



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN**

**CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE
LA ESCUELA SECUNDARIA PARTICULAR SOR JUANA INÉS DE
LA CRUZ DE OZUMBA, ESTADO DE MÉXICO,
CICLO ESCOLAR 2013-2014.**

*TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN NUTRICIÓN*

PRESENTA:
PLN GARCÍA ESPINOSA GUILLERMO

ASESORA:
M. EN N.C. MARÍA DE LOS ÁNGELES MAYA MARTÍNEZ

Febrero 2015

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar a este momento tan importante en mi vida, por darme fuerzas en los momentos que llegaron a complicar la obtención de este logro, Gracias Dios por tantas bendiciones.

A mi abuelo José Espinosa por ser un gran ejemplo, por sus consejos tan sabios, por motivarme siempre, simplemente mi gran inspiración.

A mis padres: Lidia Espinosa Reyes y Pascual García Madariaga, por todo su apoyo, su confianza, siempre dándome los mejores consejos, por su plena dedicación hacia mí, siempre guiándome por el mejor sendero, caminando siempre a mi lado, sin ellos nada hubiese sido posible.

A la M. EN N.C. María de los Ángeles Maya Martínez, quien fue mi asesora en la elaboración de esta tesis, dedicándome parte de su tiempo, compartiendo sus conocimientos, resolviendo cualquier tipo de duda durante todo el proceso de elaboración, mostrando siempre una gran disposición.

Al Maestro Luis Fernando Espinosa Valencia, quien con su experiencia en investigación, fue un apoyo importante,

A mis tías y tíos: Francisca, Graciela, Estela, Diana, Pablo, José Luis, Cruz, Moisés, Mario;
A mis primos: Mario Alberto, Ana, Yessica, Antonio, Cristina, Raúl.
Todos ellos han sido parte importante en mi vida,
Siempre me alentaron para seguir adelante.

A todas las personas que de alguna manera me manifestaron su apoyo, deseándome buenas cosas y dándome palabras de aliento.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	6
2	ANTECEDENTES	8
2. 1	Adolescencia	8
2. 2	Conducta alimentaria	10
2. 3	Conductas alimentarias de riesgo	11
2. 3. 1	Investigaciones realizadas sobre conductas alimentarias de riesgo	11
2. 3. 2	Principales conductas alimentarias de riesgo	17
2. 3. 2. 1	Atracones	17
2. 3. 2. 2	Seguimiento de dietas restrictivas	20
2. 3. 2. 3	Abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas	21
2. 3. 2. 4	Exceso de ejercicio	23
2. 3. 2. 5	Práctica de ayunos	24
2. 3. 2. 6	Vómito auto inducido	25
2. 4	Factores de riesgo para desarrollar conductas alimentarias de riesgo	26
2. 4. 1	Factores biológicos	27
2. 4. 2	Factores psicológicos	28
2. 4. 3	Factores sociales	30
2. 5	Consecuencias de las conductas alimentarias de riesgo	31
2. 5. 1	Anorexia	32
2. 5. 2	Bulimia	33
2. 6	Diagnóstico y tratamiento de las conductas alimentarias de riesgo	34
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38

4	JUSTIFICACIÓN	40
5	OBJETIVOS	42
6	HIPÓTESIS	43
7	METODOLOGÍA	44
8	RESULTADOS	47
9	ANÁLISIS DE RESULTADOS	78
10	CONCLUSIONES	82
11	SUGERENCIAS	84
12	BIBLIOGRAFÍA	85
13	ANEXOS	89

SIGNIFICADO DE ABREVIATURAS

CAR: Conductas Alimentarias de Riesgo.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

IMC: Índice de Masa Corporal.

EAT: Eating Attitudes Test.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

1. INTRODUCCIÓN

Tanto a nivel internacional como nacional, la práctica de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) durante la adolescencia es una problemática que ha incrementado considerablemente en tiempos recientes, debido a los distintos factores que intervienen para que los adolescentes busquen alternativas para conseguir de manera “rápida” el objetivo de lograr una imagen corporal idealmente delgada.

Debido a la importancia que tiene esta problemática, se realizó la presente investigación en la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz, ubicada en el municipio de Ozumba, Estado de México; para detectar si entre los alumnos de esta institución se presenta la práctica de CAR; y así realizar un análisis sobre esta problemática.

Dentro de esta investigación en el apartado 2 se encuentran los antecedentes; aquí se menciona y analizan conceptos claves sobre la temática, tales como: adolescencia, conducta alimentaria, Conductas Alimentarias de Riesgo, atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio, práctica de ayunos, vómito auto inducido, entre otros; en este mismo apartado también se analizan investigaciones de diferentes autores, tanto a nivel internacional como a nivel nacional, que han abordado esta temática.

El planteamiento del problema se encuentra en el apartado 3. En el apartado 4 se encuentra la justificación, en donde se menciona porque la elección del tema.

En el apartado 5 se mencionan los objetivos de la investigación, tanto específico como generales. La hipótesis se describe en el apartado 6.

El diseño metodológico se encuentra en el apartado 7; aquí se menciona el tipo de estudio, universo, límite de espacio, límite de tiempo, criterios de inclusión y exclusión, variables de estudio, operacionalización de variables, métodos, técnicas y procedimientos.

Los resultados, así como el análisis de los mismos se encuentran en los apartados 8 y 9 respectivamente.

En el apartado 10 se menciona las conclusiones a las que se llega después de la investigación realizada; las sugerencias para enfrentar la problemática de la prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes se mencionan en el apartado 11.

2. ANTECEDENTES

Se tienen datos estadísticos que hablan de la importancia que están tomando las CAR. Estudios internacionales indican que las conductas alimentarias de riesgo se presentan en el 1% y 4% de las adolescentes predominantemente de raza blanca, clase media a alta y sólo en el 5% a 10% de los casos involucran hombres. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 realizada con adolescentes entre 10 y 19 años, reportó una prevalencia nacional de conductas alimentarias de riesgo de 1.3% (0.8% en hombres y 1.9% en mujeres).

Las CAR son aquellas que se manifiestan como consecuencia de una obsesión por alcanzar una imagen corporal “ideal”, por lo general impuesta por distintos factores tales como: los medios de comunicación, comparación social e inclusive por los mismos familiares, entre otros. Las CAR que se presentan con mayor frecuencia son: seguimiento de dietas restrictivas, práctica de ayunos, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, vómitos auto inducidos, atracones y exceso de ejercicio. Esta problemática se presenta comúnmente en la etapa de la adolescencia, debido a la inestabilidad emocional característica de esta edad. Por lo general las CAR son el inicio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que en muchas ocasiones traen consecuencias fatales. (1)

Durante la adolescencia es frecuente que se presenten CAR por lo tanto en los siguientes apartados se abordará la temática de adolescencia y CAR.

2.1. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa de la vida que comprende entre los 10 y 19 años. Algunos autores concuerdan que en esta etapa de la vida se producen cambios endocrinos, morfológicos y psicológicos propios de la adolescencia, convirtiéndose en una etapa vulnerable debido a las transformaciones biológicas, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en la identidad personal. (2)

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas, emocionales y sociales, que son fascinantes porque logran la

transformación del niño en adulto. Como todos los procesos importantes de cambio, genera perturbaciones y confusión. Por eso es angustiosa para el adolescente e incomprensible para los adultos, pero es esencial para el desarrollo de la vida y culmina exitosamente en la madurez y en el avance de la sociedad.

Los cambios físicos que se presentan tienen que ver con la aceptación y adaptación al cuerpo, ese cuerpo que es muy diferente al que se tenía de niño o niña. Todos los cambios físicos, y la rapidez con que se viven, generan sentimientos de preocupación y ansiedad. (3)

Los cambios físicos tienen una amplia variación respecto a la normalidad; es pues necesario comprenderlos y conocerlos para poder diferenciar las variaciones normales de las anomalías en el crecimiento y desarrollo puberales. Posiblemente muchos de los problemas de los adolescentes son consecuencia de comportamientos favorecidos genéticamente, pero que ya no son necesarios o deseables en el momento actual y se adaptan mal a las exigencias de la sociedad presente.

Como parte de los cambios psicológicos está la definición de la personalidad; el adolescente rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. La mayor parte de los problemas psicológicos que se presentan en la adolescencia son resultado de los cambios que se producen y de la incapacidad de adaptación a su nueva situación, la inseguridad para relacionarse, estados de rebelión, ansiedad o ligeras depresiones están dentro de lo normal.

Los cambios sociales se dan porque el adolescente se rebela contra su entorno, busca nuevas maneras de relacionarse, nuevas experiencias y nuevas visiones. Construye independencia y fortalece su autoafirmación. Muestra una actitud de rebeldía y crítica, y a la vez de descubrimiento y apertura. Por esta vía define los principios que regirán su vida y sus relaciones con los demás. (2), (3), (4), (5)

Se puede concluir que los cambios que se presentan en la adolescencia llegan por sorpresa, de modo que el adolescente no sabe cómo manejarlos, no tiene herramientas para entenderlos y por eso le cuesta tanto comunicarlos. Son desconcertantes, causan miedo y en ocasiones vergüenza. Para algunos

adolescentes, los hábitos que adquieren para solucionar sus conflictos acaban resultando en adaptaciones patológicas, que afectan tanto a su salud mental como física para el resto de sus vidas.

2.2. Conducta alimentaria

La conducta alimentaria, como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Siendo una conducta básica de todo ser humano, se ha ido complejizando más y más a través de los años, por factores económicos, sociales y laborales, entre otros.

Cuando se habla de conducta alimentarias se refiere, al “comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos”, advirtiendo al respecto que en forma general los patrones alimentarios se forman y se aprenden, mas no se heredan, mediante un proceso que ocurre como ya se mencionó en los primeros años de vida. De todas formas, algunos fenómenos instintivos e innatos juegan papel importante en la construcción de la conducta alimentaria,, como es el caso de la preferencia innata por los alimentos dulces, y posiblemente por los salados, así como el rechazo también innato por los alimentos ácidos y los amargos, hechos importantes en el humano como animal omnívoro. (6)

Otra definición de conductas alimentarias las refiere como un comportamiento habitual relacionado con hábitos alimentarios, selección de alimentos, preparaciones y volúmenes consumidos de estos alimentos, los que influyen directamente en el estado nutricional de los individuos pertenecientes a diversos grupos etarios. Es un fenómeno de naturaleza compleja y de origen multifactorial, que por definición es influenciado por diversos factores entre los cuales se distinguen la sociedad, cultura, religión, situación económica, disponibilidad de alimentos entre otros. (7)

El término conducta alimentaria se asocia de manera inmediata con el hecho de ingerir alimentos; sin embargo, es una conducta compleja mediada por factores

externos a la persona y no exclusivamente porque los individuos quieran satisfacer sus necesidades alimentarias y sus requerimientos nutricios. La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. (8)

2.3. Conductas alimentarias de riesgo.

Las conductas alimentarias de riesgo se pueden definir como aquellas que se encuentra en la parte intermedia de las conductas alimentarias normales y los trastornos de la conducta alimentaria. (1)

Las CAR también denominadas “disfuncionales” como: manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria pero se dan con menor frecuencia e intensidad.

Las CAR incluyen atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito auto inducido 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 trastornos de la conducta alimentaria; comienzan voluntariamente con conductas de riesgo en pequeña escala y evolucionan hasta llegar a la pérdida de control y el síndrome completo. (9)

La alteración de las conductas alimentarias ha dado origen a lo que se conoce como CAR cuya consecuencia son los TCA, en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados. Las CAR incluyen: atracones o episodios de ingestión excesiva, la sensación de pérdida de control al comer, seguimiento de dietas restringidas, ayunos, vómito auto inducido, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, y el ejercicio físico en exceso, conductas realizadas con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal. (10)

2.3.1. Investigaciones realizadas sobre Conductas alimentarias de riesgo.

La importancia de desarrollar investigación sobre las CAR radica entre otras razones, las graves complicaciones clínicas y psicológicas que conllevan estas enfermedades, tales como las secuelas de la mala nutrición, incluyendo el compromiso cardiovascular, el retardo en la maduración sexual y el desarrollo físico general en pacientes adolescentes. (11)

Los malestares emocionales, los síntomas depresivos, la ideación suicida y el estrés cotidiano son elementos centrales a los que se deben poner especial atención en la prevención, dado que tienen un efecto de vulnerabilidad en el adolescente en cuanto que inducen o exacerbaban el sentido de fracaso que lesiona la autoestima, provocan la sensación de pérdida de control y la necesidad de recuperarlo a través del uso de prácticas alimentarias de riesgo que resultan exitosas, en cuanto a que derivan en la baja de peso corporal, lo que trae como consecuencia una sensación de logro, y por lo tanto, la necesidad de continuar con dichas prácticas, lo que finalmente desemboca en un espiral sin control o en la configuración del trastorno alimentario como tal. (1)

La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su imagen corporal y apariencia que por cualquier otro aspecto de sí mismos, presentando en algunos casos esfuerzos obsesivos por controlar el peso, a través de dietas, ejercicio físico en exceso o conductas purgativas, siendo incluso poco probable un problema real de peso. En términos evolutivos, en este periodo cobra mayor importancia la relación con los pares en el colegio, buscando mayor aceptación, por lo que se le da más atención a la imagen corporal, muchas veces incurriendo en actitudes alimentarias de riesgo. Por otro lado, el bullying se hace presente en este entorno, generando sentimientos de rechazo en quienes presentan estándares físicos alejados de la figura corporal ideal, teniendo más riesgo a desarrollar CAR. (12)

Cuando se alcanza la adolescencia, se atraviesan por procesos diferentes; los hombres adquieren musculatura, estatura, voz grave y la incursión en espacios extra-familiares como el trabajo, que son características asociadas al poder, eficacia y autoridad, que van acorde con lo esperado socialmente para ellos, mientras que las expectativas en las mujeres son la asertividad, la independencia y el autocontrol, características que no van de acuerdo con el incremento en la

cantidad de grasa corporal, ya que es símbolo de ineficacia, falta de poder y falta de control. Una mujer que tiene control sobre su vida, pero que es obesa, pensará que esta característica contradice su eficacia y su control y la conducirá a tener la creencia que la presencia de sobrepeso hace evidente sus posibles fallas ante los demás. (2)

Un aspecto fundamental del estereotipo femenino es la preocupación por la apariencia física y la realización de esfuerzos para alcanzar y preservar la belleza. Las mujeres físicamente atractivas son percibidas como más femeninas y dado que es el ideal estético actual, no es de sorprender que las mujeres delgadas sean catalogadas como tales. Se ha reportado que las mujeres adaptan su forma de comer para proyectar una imagen favorable de sí mismas y se estima que en la medida en que una mujer se define a sí misma más en función de su apariencia física y de sus relaciones con los otros, se encontrará más vulnerable de desarrollar un trastorno alimentario. (13)

Ante la pregunta: ¿qué causa las conductas alimentarias de riesgo? se debe entender que su etiología es compleja y múltiple, pues tiene que ver con factores socioculturales, familiares, psicológicos, metabólicos e incluso se cree que, también, biogénicos. El tema de los trastornos alimentarios viene estudiándose desde el año 1689, pero la preocupación se intensificó en las últimas décadas en virtud a la agudización social de esta realidad. Una persona no puede superar del problema con sólo tener “fuerza de voluntad”, ya que el padecimiento es sumamente complejo. El pedirle a un adolescente envuelto en síntomas de anorexia, bulimia o comer compulsivo que, simplemente, “coma bien y deje de hacerse daño” puede sumirlo aún más en la depresión y en sentimientos de impotencia, pues ni la persona misma sabe cómo comenzó el problema ni cómo detenerlo. La complejidad de la unidad biológica, psicológica, cultural y social del individuo puede inducirlo a desarrollar CAR, por lo cual es necesario considerar a la escuela como un ente protector y tender a realizar políticas preventivas con enfoque de riesgo. (1)

Si bien existe una larga trayectoria en el estudio de la dinámica familiar en los trastornos alimentarios, más recientemente se ha estudiado la influencia de los

comentarios críticos sobre la apariencia física; en particular, algunas prácticas de crianza como el control y la crítica del padre, o la exigencia de la madre, que se estima incrementan el riesgo de CAR, mientras que el afecto materno funge como un factor protector. Asimismo, se ha encontrado que las personas que presentan CAR suelen tener dificultad en las relaciones interpersonales y tienden a aislarse o a establecer relaciones conflictivas, lo que dificulta establecer redes sociales y de apoyo. (2)

Los hallazgos de investigación mencionan que los trastornos de la imagen corporal y de la conducta alimentaria, se inician alrededor de los 10 años y se incrementan dramáticamente con la transición a la escuela secundaria. Los principales factores de riesgo involucrados en el desarrollo de problemas de la conducta alimentaria son los cambios característicos de la pubertad, el inicio de las relaciones de pareja, el incremento en las exigencias académicas, y la presencia de la familia, compañeros y el medio social para alcanzar un cuerpo idealmente delgado. El seguimiento de dietas para bajar de peso es común entre los adolescentes, aun cuando su peso corporal sea normal o inclusive bajo, y el uso de otras prácticas alimentarias de riesgo, como el vómito auto inducido, abuso de laxantes y diuréticos se presenta en porcentajes preocupantes. (7)

Algunos estudios realizados en México reportan que el 60% de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan a cabo dietas para bajar de peso y entre el 2.5 y el 12% utilizan el vómito auto inducido, laxantes o diuréticos con este mismo fin.

Estudios de corte longitudinal con 1-2 años de duración han mostrado evidencias acerca del agravamiento de la patología alimentaria en algunos individuos. Estos estudios informan que del 20 al 30% de personas que realizan dietas para bajar de peso de manera patológica, desarrollan un síndrome parcial o completo y el 15% de los sujetos con un síndrome parcial evolucionaron hacia un síndrome completo. (8)

La investigación de Villatoro (2000) realizada en adolescentes mexicanos del Distrito Federal se observó que las mujeres presentan mayores porcentajes en todas las conductas alimentarias en comparación con los hombres, con excepción

de comer compulsivamente, la cual fue mayor en hombres. A partir de los datos presentados en este estudio de investigación se puede concluir que en la población estudiada, existen las CAR características de la anorexia y bulimia nerviosa, principalmente en la población femenina. Si bien es conocido que la prevalencia de estas enfermedades es baja, los porcentajes de preocupación por engordar y la práctica de diversos métodos de control de peso aquí reportados, colocan a una cantidad importante de adolescentes sobre todo mujeres, ante la posibilidad de desarrollar una patología más severa. (8)

En la investigación de Ballester (2003) realizada en España sobre detección de CAR en niños de 12 a 14 años de edad, se menciona lo siguiente:

Los niños de edades mucho más tempranas (11 años) ya se aprecian conductas alimentarias problemáticas que podrían reflejar una cierta gestación de trastornos más graves.

Explorado el comportamiento y actitudes alimentarias de los niños a estas edades, así como el comportamiento y actitudes alimentarias de los padres se puede constatar el papel que los educadores pueden desempeñar como facilitadores de la adquisición de conductas alimentarias poco deseables. De hecho, numerosos estudios han intentado establecer una relación entre las influencias familiares y la génesis de los trastornos alimentarios. En este sentido, hemos encontrado hechos como el comportamiento alimentario de la madre, en concreto el haber hecho dieta, así como las actitudes que estos padres mantienen hacia sus hijos, el reñirles por su falta de apetito o el fomentar que realicen ejercicio para quemar calorías, que podrían influir negativamente en la adquisición de comportamientos y actitudes alimentarias problemáticas por parte de los hijos. (10)

Los problemas alimentarios son muy frecuentes en nuestro contexto ya que están afectando a poblaciones de edad cada vez más temprana. Hemos encontrado algunos datos que, aunque se encuentran sometidos al posible error asociado a los auto informes, evidencian conductas alimentarias problemáticas que en su génesis no sólo pueden desembocar en graves trastornos que amenacen el desarrollo físico y psicológico de los niños, sino que también deparan un gran sufrimiento para los niños afectados y para las personas que les rodean. (11)

Los resultados de la investigación de Urzua (2010) realizada en Chile muestran una mayor prevalencia de CAR en las mujeres, incluyendo el grupo etario de la adolescencia. Posibles explicaciones se plantean desde la construcción de los roles de género que inciden en la percepción de la imagen corporal, en donde a las mujeres se les invita y se les recuerda constantemente "el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez", y que el comer poco es más femenino. Los datos con relación al riesgo en grupos de edad menores (10 y 11 años), aportan evidencia a la disminución cada vez mayor del riesgo de TCA a grupos de menores edades, sin disminuir la prevalencia de riesgo en los otros rangos de edad.

Los resultados sugieren que la preocupación por el control del peso y la imagen corporal lleva a los adolescentes de entre 12 a 13 años a desarrollar mayor CAR, afectando su calidad de vida, en particular en las dimensiones: bienestar psicológico, bullying, entorno escolar, estado emocional y ánimo, autopercepción, autonomía y recursos económicos. En la edad escolar aparecería la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura. Esta situación se observa con mayor frecuencia en las mujeres, las que centran su ideal en un cuerpo delgado, en la prevalente focalización en la apariencia externa y la trascendencia de esta figura en el éxito social, tendencia que se acentúa durante la adolescencia. (14)

Por otra parte los resultados mostrados en la investigación de Saucedo (2010) en el estado de Hidalgo son los siguientes: se encontró que existe una relación positiva con la edad y entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y las CAR. En esta muestra las mujeres con sobrepeso (13.3%) y los varones con obesidad fueron los que presentaron los mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo (15%); además, debe resaltarse este último valor, ya que fue el más alto en toda la muestra, indicando que las CAR no son exclusivas del sexo femenino. Asimismo, la relación entre IMC y atracones con sensación de falta de control mostró esta misma tendencia. (10)

La investigación de Paredes (2011) realizada en Santa Fe Argentina, hace mención de que algunos deportes pueden predisponer a practicar CAR debido a la

exigencia que representa obtener y mantener una figura corporal que el mismo deporte requiere.

En este trabajo de investigación se menciona que se encuentran fundamentalmente cuatro grupos de deportes donde surgen comportamientos alimentarios patológicos: deportes de estética, de categoría de peso, de gimnasio y de resistencia. Dentro de los deportes de estética se ubican danza y ballet, actividades físicas que involucran el desarrollo de agilidad, flexibilidad y fuerza. El cuerpo de una bailarina debe ser delgado, fuerte y flexible; además, este estereotipo de cuerpo es puntuable por los jueces. (15)

La investigación de Medrano (2012) realizó la que quizá es la primera revisión sistemática sobre el tema, con poco más de la mitad de los estados de México, y con una muestra muy representativa aunque no probabilística de mexicanas entre 13-18 años. En dicho estudio se observó que un 21 y 24.6% de las entrevistadas a nivel nacional y para el estado de Chihuahua respectivamente, presentaban un riesgo moderado-alto de padecer CAR. En ese mismo estudio se informó que las participantes chihuahuenses mostraron el primero (4.3%), segundo (6.3%) y tercer lugar (1.3%) a nivel nacional en la práctica de ayunos prolongados, uso de dietas restrictivas y de laxantes, respectivamente. (12)

2.3.2. Principales conductas alimentarias de riesgo

A continuación se analizarán las CAR que se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes. De acuerdo a los estudios realizados por distintos autores son las siguientes:

2.3.2.1. Atracones.

El trastorno por atracones de alimentación se describe como un cuadro muy similar a la bulimia nerviosa, es decir, el sujeto oscila entre períodos de restricción y períodos de sobre ingesta de grandes cantidades de comida, acompañados de una sensación de pérdida de control, en intervalos discretos de tiempo, frente a los que no se dan compensaciones con purgas o con ejercicio.

Se cree que los atracones de alimentación aparecen después de períodos de sobre ingesta y no luego de los períodos de restricción (tal como sucede en la bulimia nerviosa) y que los intentos de restricción (si afloran) se dan como consecuencia de la aparición de los atracones, muy posiblemente frente a la sensación de culpa y vergüenza que éstos implican. Esto ayudaría a entender por qué la suspensión de los atracones no disminuye el peso. Los pacientes con este trastorno consistentemente consumen un monto mayor de calorías, tanto en los atracones como en las comidas en las que no hay atracones propiamente dichos, lo cual marca una diferencia clara entre estos pacientes y aquellos que presentan bulimia nerviosa. (16)

Epidemiología

Los atracones de comida y los factores que contribuyen a los mismos han tenido un especial interés en los últimos años ya que aparecen en muchos trastornos alimentarios y en la población general. Son un serio problema en la obesidad, en la anorexia nerviosa y son fundamentales en el diagnóstico de la bulimia nerviosa

La existencia de atracones en pacientes obesos fue identificada por primera vez por Stunkard en 1959 como un patrón distintivo de esta población. Describió episódicos consumos de grandes cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico). Previamente, Hamburger en 1951 había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por la comida (caramelos, helados y otros dulces) que eran con frecuencia incontrolables. En 1970, Korhaber definió el stuffing syndrome como una entidad en obesos caracterizada por 3 síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión. (17)

La existencia de atracones en la obesidad se ha relacionado con diferentes aspectos clínicos como pueden ser: grado de adiposidad, hallazgos psicopatológicos y poca respuesta al tratamiento.

¿Cuáles son los síntomas del trastorno por atracón?

La mayoría de la gente come demasiado de vez en cuando, y muchas personas creen que frecuentemente comen más de lo que deben. Sin embargo, comer

grandes cantidades de comida no significa que esa persona padezca el trastorno por atracón. La mayoría de la gente con problemas serios del trastorno por atracón tiene algunos de los siguientes síntomas:

- Episodios frecuentes de comer lo que considerarían otras personas una cantidad excesiva.
- Sensaciones frecuentes de no poder controlar lo que come o cuanto come
- Comer mucho más rápido que lo normal.
- Comer hasta estar incómodamente llenos (llegar a la plenitud incomoda)
- Comer grandes cantidades de comida, aun sin sensación de hambre.
- Comer en solitario por vergüenza de la cantidad de comida ingerida.
- Sentirse a disgusto, depresión, o vergüenza después de un atracón. (18)

¿Qué causa el trastorno por atracón?

La causa del trastorno por atracón todavía no está conocida, y los investigadores solo ahora están empezando a entender las consecuencias del trastorno y los factores que contribuyan a su desarrollo. Como otros trastornos alimenticios, parece que el trastorno por atracón resulta de una combinación de factores psicológicos, biológicos, y medioambientales.

Se ha reconocido una conexión entre el trastorno por atracón y otros trastornos de la salud mental. Casi la mitad de las personas con el trastorno del atracón tienen un historial de depresión, aunque no se conoce bien porque existe esta conexión. Mucha gente admite que el miedo, la tristeza, el aburrimiento, la ansiedad, u otras emociones negativas pueden provocar un episodio de atracón. El comportamiento impulsivo y otros problemas psicológicos también son más comunes en la gente que padece el trastorno por atracón. (17)

Los trastornos alimenticios, incluyendo el trastorno por atracón, tienden a ser más comunes en las mismas familias, sugiriendo una susceptibilidad del trastorno por atracón que igual se puede heredar. Los investigadores también están intentando adivinar como los elementos químicos del cerebro y el metabolismo (la forma que el cuerpo usa calorías) afectan el desarrollo del trastorno por atracón.

Las personas que padece el trastorno por atracón muchas veces vienen de unas familias que comen demasiado o que ponen un énfasis poco natural en la comida;

por ejemplo usando la comida como un premio o como una cosa reconfortante y calmante. (18)

2.3.2.2. Seguimiento de dietas restrictivas.

Una dieta restrictiva puede variar desde evitar alguno de los alimentos principales del día, hasta consumir solamente 500 calorías al día. Por lo general este tipo de dietas son extremas y obsesivas para quien las practican. (19)

Aunque el control del peso durante la juventud puede disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas en la vida adulta, la preocupación excesiva por estar delgado puede llevar a prácticas negativas para la salud que suponen un factor de riesgo para la desnutrición y también para TCA, asociados a los estándares culturales de belleza actuales. A lo largo de las últimas décadas, la percepción de la imagen corporal se ha revelado como uno de los factores que más inciden y condicionan las elecciones alimentarias. Una muestra de ello es el creciente interés sobre la dietética que hay en la actualidad. En la mayoría de los casos las dietas restrictivas traen como consecuencia una ingesta energética diaria menor de las cantidades recomendadas y saludables. Así, a través de la abstinencia o de la selección alimentaria, con la ayuda o sin ella de otros factores como el ejercicio físico, se han llegado a generalizar entre el conjunto de la población una serie de mecanismos individuales dirigidos a adecuar la imagen corporal a unos criterios estéticos predeterminados y orientados hacia la delgadez. Esto es especialmente preocupante en las mujeres adolescentes puesto que la distorsión de la imagen que sufre un gran porcentaje de esta población les lleva a realizar dietas sin supervisión. (20)

Diversos estudios han analizado la relación entre la satisfacción con la imagen corporal, el IMC y la realización de dietas. No obstante, los resultados son contradictorios, ya que se ha encontrado que la posibilidad de realizar dieta no depende del peso corporal real del sujeto sino de la percepción que tenga de él. Mientras que unos estudios han encontrado que los que hacen dieta están más satisfechos con su imagen corporal, otros muestran que los hombres y mujeres que hacen dieta muestran altos valores de insatisfacción corporal respecto al IMC.

La edad media para comenzar a hacer dieta se sitúa en los 12 y los 14 años para chicas y chicos respectivamente, manteniéndose esta conducta en el tiempo. Las diferencias entre géneros también se aprecian cuando hay que elegir alimentos. Mientras que los hombres prefieren productos de origen animal y lácteo, puesto que su objetivo es normalmente ganar músculo, las mujeres prefieren más verduras, frutas y menos cereales, ya que buscan bajar peso. Si a todo esto se le añade la ausencia de supervisión médica con la que se suelen llevar a cabo las dietas, es fácil entender el grave peligro para la salud que puede entrañar el seguimiento de éstas. (19)

Existe una relación directamente proporcional entre el seguimiento de dietas restrictivas y los TCA, y es que en los sujetos que realizan dietas restrictivas el riesgo de padecer algún TCA es mayor que en aquellos que no las practican.

2.3.2.3. Abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas.

- **Laxantes.**

La principal función de los laxantes es la de acelerar los movimientos del intestino y hacer que el alimento pase más rápido. Es una forma de acelerar el proceso digestivo y conseguir eliminar antes las sustancias de deshecho. Pero esto lleva consigo una mayor rapidez del bolo alimenticio y menos tiempo para que el cuerpo asimile los nutrientes. No solamente no asimilamos las grasas, sino que tampoco el resto de nutrientes, creando a la larga una situación de desequilibrio nutricional que puede derivar en anemias, mareos y debilidad entre otros.

Desde hace muchos años el uso de laxantes para bajar de peso ha sido una práctica habitual para muchas personas, ya que existía la creencia de que usando estos instrumentos se conseguía una menor absorción de grasas. Esta creencia ha llevado a muchas personas a hacer de los laxantes el mejor método de adelgazamiento, pero sin saber los problemas que esta práctica puede tener a varios niveles. (21)

- **Diuréticos.**

Un diurético es un tipo de medicamento que causa que el cuerpo elimine más agua de la que normalmente elimina. Estos contienen cafeína y la furosemida principalmente.

A pesar de que hoy en día muchas personas recurren a los diuréticos como alternativas para bajar de peso, cabe destacar que estos recursos sirven para la eliminación de líquido y la aceleración de los movimientos del intestino para que el alimento pase más rápido, pero no para la eliminación de grasa. Si bien es cierto que sirven para depurar, también lo es el hecho de que pueden ser riesgosos para salud porque se pierde líquido y otros nutrientes de importancia.

Utilizar diuréticos hace parecer que se está perdiendo peso de manera irreal, ya que pareciera que se está adelgazando; sin embargo lo que estamos haciendo es perder líquido que luego volveremos a reponer al ingerirlo de manera normal. De esta manera perdemos electrolitos, lo que conlleva a sufrir problemas en los músculos y padecer calambres y dolores.

El uso excesivo de diuréticos resulta en una variedad de condiciones desde dolores de cabeza hasta problemas del corazón. Al perder líquido de forma acelerada se incrementa el riesgo de deshidratación y de presentar edemas cerebrales, ya que se pierden minerales y valiosos nutrientes para todos los órganos en general. (22)

- **Anfetaminas.**

Son sustancias preparadas originalmente para uso medicinal, pero que en la actualidad los médicos prescriben con menor frecuencia porque son altamente adictivas. Afectan el sistema nervioso central y tienen efectos estimulantes, semejantes a los de la cocaína. Como ésta, producen un estado de alerta junto con diversas reacciones en la percepción del hambre y el cansancio.

Aunque las anfetaminas han sido la base de algunos medicamentos para adelgazar, actualmente no se consideran una opción recomendable para adelgazar debido a los efectos secundarios y la adicción que producen. Sólo se aprueba su uso para quienes padecen trastorno de hiperactividad por déficit de atención, pero no como medicamentos para adelgazar. Los efectos secundarios

pueden ser graves (incluso con riesgo para la vida), ya que elevan la tensión arterial y pueden provocar ataque cardíaco. Están especialmente contraindicadas para quienes padecen anorexia o toman antidepresivos.

Una sustancia derivada de las anfetaminas es la sibutramina, que sí está aprobada actualmente como tratamiento para adelgazar, pero es una sustancia controlada y que debe ser prescrita obligatoriamente por un médico. Los riesgos de la sibutramina son similares a los de las anfetaminas, por lo que es imprescindible control médico.

Es peligroso tomar este tipo de medicamentos que contienen compuestos anfetamínicos o derivados si no han sido prescritos por el médico. Hay personas que utilizan los medicamentos prescritos para la hiperactividad con el fin de adelgazar, pero es una práctica no recomendable debido a que provoca trastornos del sueño, adicción, riesgo de ataque cardíaco, etc. (21)

2.3.2.4. Exceso de ejercicio.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que el inicio de la restricción alimentaria se produce a edades más tempranas cuando existe ejercicio físico intenso y que la insatisfacción corporal es mayor entre pacientes practicantes de ejercicio. Además de esta relación con la edad y con insatisfacción corporal se ha visto una importante correlación con la presencia de la obsesividad como rasgo de personalidad. Finalmente parece que la presencia de actividad física intensa en los pacientes con anorexia es anterior al inicio de la dieta restrictiva.

En definitiva la actividad física, el deporte, es un elemento que viene a sumarse a otros factores de riesgo ya conocidos en la aparición de los trastornos alimentarios. Son tres, según la mayoría de investigadores en el tema, los posibles mecanismos que pueden explicar la relación existente entre el deporte y los TCA. Por una parte podría tratarse de una relación de atracción que ocultaría o escondería su patología tras los estereotipos creados por la propia modalidad deportiva, consiguiendo además un método eficaz para seguir bajando de peso. En segundo lugar, podría haber una relación causal, en el sentido de la llamada anorexia por actividad, o bien una causalidad generada por la presión a la pérdida

de peso de ciertas modalidades deportivas. Finalmente podría tratarse de una relación de precipitación, en cuyo caso la vulnerabilidad de ciertos sujetos les llevaría al trastorno empujado por una intensa práctica deportiva. (23)

La hiperactividad física en los trastornos alimentarios no se refiere sólo a la práctica deportiva, pues tal exceso de actividad también se da en tareas cotidianas no relacionadas con el deporte. Muchas veces esa actividad sigue un patrón compulsivo y ritualista y aunque inicialmente esta hiperactividad tenga como objetivo perder peso puede acabar siendo compulsivo y adictivo. (15)

Otra cuestión, en el ámbito deportivo, es la que hace referencia al diferente riesgo potencial que presentan las diversas modalidades deportivas. Son los llamados deportes de estética los que parecen engendrar un máximo riesgo. Gimnasia rítmica y artística, patinaje artístico, natación sincronizada, danza y ballet se incluirían en este grupo. Diversos estudios aportan una presencia de trastornos alimentarios entre los practicantes de estas actividades que oscila entre el 12-23%. La combinación de una actividad física excesiva y la presión por adelgazar de actividades que enfatizan la imagen corporal, el peso y la delgadez, parece determinante para la aparición de trastornos alimentarios. (24)

2.3.2.5 Práctica de ayunos.

La restricción alimentaria es considerada como una reducción o abstinencia en el comer y el beber que puede ir desde la simple evitación de un alimento considerado “engordante”, la omisión de un tiempo de comida (generalmente el desayuno o la cena), hasta el ayuno prolongado en el que escasamente se consume agua.

Algunos autores afirman que la dieta restrictiva es la práctica más frecuente de los hombres y mujeres que pretenden reducir su peso corporal, y se le considera como uno de los precursores más importantes de los TCA. (25)

Algunos estudios han confirmado que las mujeres son las que utilizan con mayor frecuencia la restricción alimentaria como resultado de la motivación por adelgazar derivada del malestar con la forma y el tamaño de su cuerpo, cuyo origen puede ser la creciente presión por tener una imagen corporal sumamente delgada,

promovida por los medios masivos de comunicación y las situaciones sociales que fomentan normas y valores que determinan las actitudes y conductas hacia la forma corporal, la talla y el peso, así como pensamientos negativos y de culpabilidad alrededor de la comida, lo que puede ser el inicio de hábitos alimentarios inadecuados, particularmente en la etapa de cambios físicos como la adolescencia y juventud. (26)

La práctica de ayunos parece ser la CAR que se presenta con mayor frecuencia; sin embargo, existen algunas prácticas que la pueden acompañar para controlar el peso, como el uso de laxantes, diuréticos, anfetaminas, ejercicio excesivo, vómito auto inducido entre otras.

2.3.2.6. Vomito auto inducido.

El vómito es la expulsión forzada del contenido gástrico por la boca. Representa un reflejo protector para la expulsión de materiales dañinos desde el aparato digestivo, aunque puede ser el signo de debut de numerosos trastornos sistémicos no digestivos y efecto secundario de numerosos fármacos.

La práctica de vomito auto inducido es una de las conductas alimentarias más frecuentes, que generalmente se presenta en los adolescentes y sobre todo en las mujeres. Al igual que la mayoría de las CAR la finalidad de quienes las practican es alcanzar una figura corporal "ideal". Los vómitos auto inducidos se presentan después de un atracón de comida, esto debido al sentimiento de culpabilidad. La práctica de vómitos auto inducidos están muy relacionados con uno de los TCA que es la bulimia. En la mayoría de las veces el problema de bulimia inicia y va de la mano con los vómitos auto inducidos. (27)

El hecho de vomitar cada comida es muy peligroso para el organismo, sin contar los sentimientos de inseguridad, baja autoestima y culpa que genera en la persona.

Las principales complicaciones que provoca la práctica de vómitos auto inducidos son las siguientes:

- Problemas en la cavidad bucal. La salud bucal sufre las consecuencias de los frecuentes vómitos. Debido al contacto con los ácidos estomacales, los

dientes se desgastan, se debilitan (en los peores casos pueden caerse) y se vuelven más sensibles al frío y al calor, las glándulas salivales se hinchan y la lengua se seca y se enrojece.

- Problemas para tragar la comida. Vomitar en exceso también produce hinchazón en las mejillas, barbilla y cuello, lo que causa dolores al momento de digerir la comida.
- Deshidratación. Los vómitos hacen perder líquidos al organismo. Y como la deshidratación causa más hambre, los que practican esta CAR terminan comiendo más y por tanto, luego vomitando más. Esto genera todo un círculo dañino para su salud.
- Problemas intestinales. La falta de nutrientes como la fibra y la deshidratación traen consigo problemas intestinales como la constipación. También son frecuentes los dolores y calambres estomacales, pues el estómago queda por mucho tiempo vacío.
- Úlceras. Cuando se vomita, el cuerpo no sólo elimina la comida sino ácidos estomacales. Estos dañan las sensibles mucosas de la garganta y la boca, causando un ardor que puede dar lugar a úlceras.
- Anemia. Como eliminan los alimentos de su organismo, practicantes de vómitos auto inducidos pierden muchos nutrientes esenciales, como el hierro. La falta de hierro puede provocar anemia, y en las mujeres, esto trae aparejado irregularidades en el período menstrual.
- Debilidad en los músculos, piel y cabello. Como consecuencia de la falta de vitaminas y minerales, los músculos pierden fuerza y tonicidad, la piel se torna más seca y el cabello más quebradizo. (28)

2.4. Factores de riesgo para desarrollar conductas alimentarias de riesgo.

Se entiende como factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad, que se sabe que va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud. (1)

En estudios realizados acerca de las causas de las CAR se han identificado principalmente factores de riesgo biológicos por ejemplo alteraciones genéticas y

endocrinológicas, género y etapa de la vida; otros factores de riesgo identificados son los psicológicos y sociales por ejemplo sensación de fracaso, estrés, ansiedad, depresión, abuso físico o sexual, comparación social, burlas de pares y familiares, baja autoestima e insatisfacción corporal. (9)

2.4.1. Factores biológicos.

- **Alteraciones genéticas y endocrinológicas.**

Existe evidencia substancial sobre la influencia de los factores genéticos en el desarrollo de CAR y de los TCA que provienen de estudios de agregación familiar. Estos estudios han indicado que las CAR ocurren con mayor frecuencia en familiares de primer grado de pacientes con algún TCA que en la población general con una incidencia hasta 8 veces mayor.

Algunas anormalidades biológicas relacionadas son trastornos de tipo endocrinológico afectan al eje Hipotálamo-pituitario-gonadal, cuya naturaleza no se conoce con exactitud. Algunas posibilidades son inmadurez, daño o disfunción en los centros reguladores del apetito, la saciedad y el comer, conexiones neuronales anómalas en el hipotálamo o anormalidades en los sitios receptores. Otra área involucrada en la actividad de la serotonina, de cuyos niveles en el organismo depende el grado de impulsividad e una persona y puede predisponer a este rasgo en la bulimia nerviosa, mientras que cuando los niveles son elevados puede predisponer a la anorexia nerviosa. (13)

Mediante las sofisticadas técnicas de neuroimagen se han podido identificar anormalidades en el funcionamiento y estructura del cerebro de personas que presentan CAR y/o TCA, que al parecer son secundarias a la pérdida de peso y deshidratación, y que remiten con la ganancia del mismo. (9)

- **Género y etapa de la vida.**

La adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de las CAR y los TCA dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos. La preocupación por el peso y la figura se incrementan y la exigencia por lograr las metas de esta etapa puede ser difícil para muchos y puede tener un impacto significativo en la

confianza y la autoestima. Para aquellos que tienen problema con alcanzar dichas metas, y la consecuente sensación de falta de control, el control sobre la forma de comer puede surgir como una respuesta no específica hacia las demandas de la pubertad. (28)

Desde la perspectiva de género, los trastornos de la alimentación son la expresión más abierta, global y sintomática de la falta de habilidad de la mujer para regir su vida y para contrarrestar su curso traumático. Las mujeres y las niñas son motivadas a auto-evaluarse en términos de la cantidad de comida que consumen o que se niegan a sí mismas, y adquieren un sentido de justificación moral a través del control físico. Esta actitud se encuentra tan profundamente enraizada en la conciencia social que uno de los principales requisitos para que una mujer sea atractiva o deseada se centra en su habilidad para negarse a sí misma el alimento. La investigación en este campo ha demostrado que no sólo un cuerpo delgado es más atractivo, sino que comer poco es más femenino. La promesa de alcanzar la delgadez y la gran promoción que se hace para alcanzarla, invitan a someterse a dietas, aun a las personas que no tienen sobrepeso. Es importante señalar que la cultura de las dietas se encuentra al alcance de los adolescentes; a las niñas, en particular, se les invita y se les recuerda continuamente el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez. La libertad para comer trae implícita la libertad para hacer dietas. (22)

2.4.2. Factores psicológicos.

- **Abuso físico o sexual.**

Los eventos adversos en la vida pueden ejercer un efecto en la conciencia del peso y la figura corporal, ya que tienen un efecto adverso en la autoestima. Las experiencias de abuso físico o sexual han sido asociadas con numerosas manifestaciones de problemáticas psicológicas; como son la depresión, la ideación suicida, la autoagresión, abuso del alcohol, insatisfacción sexual, ansiedad y mala salud mental en general. El tema de abusos físicos y/o sexuales en los TCA ha sido ampliamente debatido en la literatura y se ha llegado a la conclusión que se

trata de un factor de riesgo no específico. La forma en que el abuso puede llevar a la práctica de CAR y/o TCA es porque el abuso induce emociones intolerables y afecta la identidad. El TCA de riesgo funciona como un intento desesperado para regular los afectos negativos abrumadores y para construir un sentido de sí mismo coherente cuando las estructuras internas no son muy estables.

La manera en que las CAR ayudan a lidiar con los problemas emocionales o de la identidad, es enfocando la atención en el peso, la figura y el comer, ya que se encuentran en un dominio en el que se adquiere control emocional. La atención puesta en estos aspectos de forma tan rígida y obtusa, permite al parecer manejar los problemas de la identidad y no tener que lidiar con aspectos más amplios. (13)

- **Sensación de fracaso, estrés, ansiedad, depresión.**

Los malestares emocionales, los síntomas depresivos, la ansiedad, el estrés cotidiano tienen un efecto de vulnerabilidad en el adolescente en cuanto que inducen o exacerban el sentido de fracaso que lesiona la autoestima, provocan la sensación de pérdida de control y la necesidad de recuperarlo a través de prácticas alimentarias de riesgo que resultan exitosas, en cuanto a que derivan en la baja de peso corporal, lo que trae como consecuencia una sensación de logro, y por lo tanto, la necesidad de continuar con dichas prácticas, lo que finalmente desemboca en un espiral sin control o en la configuración del trastorno alimentario como tal. (2)

En la dimensión estado emocional y ánimo de la calidad de vida existe una relación significativa con dieta y riesgo a desarrollar CAR, coincidiendo con la literatura revisada que afirma la presencia de experiencias negativas, los estados de ánimo depresivos y sensaciones de estrés en personas con desórdenes alimentarios. En cuanto a esto, estudios señalan que en los desórdenes alimentarios, la depresión suele manifestarse asociada al insomnio, la tristeza, el aislamiento, el llanto, los problemas de auto concepto, incluyendo la autocrítica que se extiende desde la autoestima hasta la imagen corporal, acompañada de culpa, vergüenza y desesperanza. Se puede concluir que definitivamente un TCA

está acompañado por un deterioro de la calidad de vida, especialmente en el ámbito del bienestar emocional. (14), (22)

2.4.3. Factores sociales.

- **Baja autoestima e insatisfacción corporal.**

Entre los factores de mayor impacto reportados en el desarrollo de CAR se encuentran la baja autoestima y la insatisfacción corporal, esta última con gran predominio durante la adolescencia como resultado de diversos cambios físicos y la relevante influencia de amigos y compañeros, así como de la presión social que promueve la delgadez. La fuente de la insatisfacción corporal 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. (26)

La construcción de la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural. Estudios demuestran que la insatisfacción con las partes del cuerpo es una preocupación común entre los adolescentes y se asocia el inicio de la pubertad. Una baja satisfacción corporal en adolescentes es un factor de motivación para la realización de dieta, la implicación en conductas no saludables de control del peso, que a su vez, pueden dar lugar a ingesta compulsiva de alimentos y ganancia de peso, con el consecuente sentimiento de fracaso por no alcanzar la reducción ponderal. (28)

- **Medios de comunicación, comparación social, burlas de pares y familiares.**

En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para hombres y mujeres adolescentes y por otra parte estigmatizan la obesidad. Paradójicamente, los medios de comunicación muestran mensajes de que ser delgado es hermoso, incentivan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de

belleza establecido, y por otro lado, bombardean a los niños(as) y adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres. En este contexto, desde muy temprano, niños y niñas que aún están en proceso de formación de la imagen corporal, reciben informaciones opuestas de los medios de comunicación que pueden configurarse en condiciones muy desfavorables en el proceso de formación de la imagen corporal, del comportamiento alimentario y de la salud de los adolescentes. (22)

La familia contribuye de manera importante en el desarrollo de las CAR, al admirar la delgadez y envidiar el control y disciplina necesarios para alcanzarla.

La dinámica familiar está involucrada tanto en el desarrollo como en la perpetuación de las CAR. La interacción familiar es intrusiva, hostil y negadora de las necesidades de los hijos, o sobre involucradas con la crianza. (13)

Estudios han demostrado que principalmente las madres tienden a ejercer influencia negativa en sus hijos sobre las conductas alimentarias, al alimentarlos de forma irregular, al utilizar la comida para cuestiones no relacionadas con la alimentación y manifestando preocupación por el peso corporal de sus hijos.

Desde los escritos de Hilde Bruch en 1973 se hizo la observación acerca de la preocupación extrema que mostraban los familiares con TCA acerca de su propia figura y peso corporal. Algunas investigaciones han señalado que la preocupación y los problemas de los padres en relación con el peso corporal, promueven los problemas alimentarios en los hijos a través del modelamiento directo de estas conductas, ya que refuerzan la interiorización del ideal estético. De esta manera los padres refuerzan el mensaje de la sociedad acerca de la importancia del peso y de la delgadez promoviendo insatisfacción con la figura corporal

Pike y Rodin en 1991 encontraron que los ambientes familiares que son menos tolerantes y más críticos, en particular de la apariencia física de los hijos, aumentan la necesidad de buscar el control de su vida a través del control del cuerpo. (28)

2.5. Consecuencias de las conductas alimentarios de riesgo

La alteración de las conductas alimentarias da origen a lo que se conoce como TCA tales como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, en los cuales se ven distorsionados los patrones de la ingestión de alimentos, olvidándose la importancia de mantener un balance entre ingestión y gasto de energía, lo que repercute de manera importante en el estado nutricional y por ende en la salud del individuo.

Las CAR tienen gran similitud con los TCA. Ambos tienen un origen psicológico, biológico y/o social; de igual manera se presentan con mayor frecuencia en adolescentes y sobre todo en las mujeres. La práctica de CAR por sí solas representan un constante peligro para quien las padece, pero cuando no son detectadas de manera precoz, y tratadas oportunamente pueden llegar a magnificarse, acumularse y constituirse finalmente en un TCA, con todas las consecuencias que éstos tienen a nivel físico y emocional. (1)

En base a lo mencionado anteriormente y a la revisión de otros trabajos de investigación se puede llegar a la conclusión que en numerosas ocasiones la práctica de CAR pueden marcar el inicio de determinados TCA. Los principales trastornos alimentarios que se presentan como consecuencia de la práctica de conductas alimentarias son la anorexia y la bulimia.

2.5.1 Anorexia.

En relación específica a la anorexia nerviosa, Simon y Fontaine en 1994, dicen que es un trastorno que aparece habitualmente al inicio de la adolescencia, que es 9 veces más frecuente en la mujer que en el hombre; que la incidencia de las formas clínicas afecta al 0,01 % de las mujeres entre 16 y 25 años; que se observa vulnerabilidad al trastorno en nadadoras, gimnastas, modelos, bailarinas y actrices. En el 50% de los casos la anorexia se asocia a episodios de bulimia y vómitos. Las secuelas de la desnutrición pueden aparecer 10 o 15 años después del inicio del trastorno, pudiendo presentarse osteoporosis y fracturas, insuficiencia cardíaca y renal, retraimiento y desinserción socio-profesional. (22)

La mayoría de las definiciones de anorexia son de naturaleza sindromática, privilegiando éstas unos u otros síntomas según la orientación teórica particular. Generalmente, se señala como distintivo de anorexia nerviosa el trastorno en los

hábitos relacionados con el comer o en el comportamiento de ingestión anormal a causa de la restricción voluntaria de la ingesta por un deseo manifiesto.

2.5.2 Bulimia.

La bulimia, a su vez, ha sido definida como la ingesta excesiva en un tiempo menor al que cualquier persona ingeriría la misma cantidad, seguida de sentimientos de culpa que preceden a periodos prolongados de ayuno y otras conductas compensatorias, todo ello con la finalidad de perder peso. Se señala que estos comportamientos deben ocurrir por lo menos dos veces por semana durante los últimos tres meses, y al mismo tiempo clasifica a dicho trastorno como purgativo y no purgativo. (1)

La bulimia de igual forma que la anorexia han sido consideradas “nerviosas” ya que son el resultado de un malestar mental; sin embargo, también se califican como el resultado de una cultura moderna, en la cual los estándares de delgadez extrema son una norma a cubrir, convirtiéndose en sinónimos del éxito, la aceptación y el logro.

En la bulimia, pueden presentarse episodios de ingestión excesiva de alimentos con una frecuencia de varias veces al día durante muchos meses. Las personas bulímicas típicamente comen grandes cantidades de alimentos ricos en calorías, por lo regular en secreto. La persona generalmente siente una falta de control sobre su alimentación durante estos episodios. Estos episodios de ingestión excesiva de alimentos provocan una sensación de auto rechazo, lo cual lleva a lo que se llama purga con el fin de evitar el aumento de peso. La purga puede incluir:

- Vómito auto inducido.
- Ejercicio excesivo.
- Uso de laxantes, enemas o diuréticos.

Las personas bulímicas con frecuencia están en un peso normal, pero pueden verse a sí mismas con sobrepeso. Debido a que el peso a menudo es normal, es posible que los demás no noten este trastorno alimentario.

La bulimia puede ser peligrosa y llevar a que se presenten complicaciones graves con el paso del tiempo. Por ejemplo:

- Estreñimiento.
- Deshidratación.
- Caries dentales.
- Desequilibrios electrolíticos.
- Hemorroides.
- Pancreatitis.
- Inflamación de la garganta.
- Rupturas del esófago a causa del vómito excesivo. (2)

2.6. Diagnóstico de las conductas alimentarias de riesgo.

Para valorar las CAR y sus diferentes variables se han propuesto varias escalas o instrumentos. Se pueden utilizar para seleccionar poblaciones o individuos en riesgo de presentar CAR y adelantar programas o acciones preventivas. Las escalas son herramientas auto aplicadas que tienen capacidad para establecer síntomas y/o medir la presencia de conductas de riesgo, pero por si solas no efectúan diagnóstico de CAR, dicho diagnóstico se realiza con la suma de: entrevistas semiestructuradas guiadas por un profesional capacitado, entrevista clínica, exploración física, psicopatológica y conductual además de las exploraciones complementarias, con las cuales se evidencian las alteraciones somáticas, cognitivas, conductuales y emocionales que forman parte de las CAR. Las escalas de mayor interés y aplicación para identificar síntomas y establecer conductas alimentarias de riesgo son las siguientes:

- **Eating Attitudes test (EAT)**

Eating attitudes test (EAT). Instrumento con cuarenta preguntas que se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert, que van desde siempre a nunca, para una puntuación de 0 a 120. Ampliamente aceptada para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con los TCA. Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones relacionadas con el miedo a ganar peso, la tendencia para adelgazar y la presencia de conducta hacia patrones alimentarios restrictivos. Fue elaborada por DM Garner y PE Garfinkel en el año de 1979. Las preguntas

son agrupadas en siete dominios o dimensiones: 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.

Posteriormente DM Garner y colaboradores en el año 1982, a partir de un análisis factorial de EAT, la rediseñaron y la simplificaron a 26 preguntas, por lo tanto la primera pasó a denominarse EAT-40 y la versión breve EAT-26. (29)

Es probablemente el auto reporte estandarizado medida de los síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios más utilizado. El EAT-26 se puede utilizar en una, así como un entorno clínico no clínica no se centró específicamente en trastornos de la alimentación. Puede ser administrado en grupo o ajustes individuales y está diseñado para ser administrado por profesionales de salud mental, consejeros escolares, entrenadores, consejeros de campamento, y otros con interés en la recopilación de información para determinar si un individuo debe ser referido a un especialista para una evaluación para un trastorno de la alimentación. Es ideal para el entorno escolar, programas deportivos, gimnasios, clínicas de infertilidad, consultorios pediátricos, en práctica general, y los departamentos psiquiátricos ambulatorios. Se piensa sobre todo para los adolescentes y adultos. (30)

El EAT-26 por sí solo no da un diagnóstico específico de un trastorno alimentario. Ni el EAT-26, ni ningún otro instrumento de cribado, se han establecido como altamente eficientes como el único medio para la identificación de trastornos de la alimentación. El EAT-26 ha sido particularmente útil una herramienta de detección para evaluar "Riesgo de la consumición desorden" en la escuela secundaria, la universidad y otras muestras especiales de riesgo, como los atletas. La detección de trastornos de la alimentación se basa en la suposición de que la identificación temprana puede conducir a un tratamiento más temprano, reduciendo así las complicaciones físicas y psicológicas graves o incluso la muerte. (29)

El EAT-26 se debe utilizar como el primer paso en un proceso de selección de dos etapas. De acuerdo con esta metodología, las personas que tengan una calificación de 20 o más en la prueba deberán ser entrevistadas por un profesional calificado para determinar si cumplen con los criterios de diagnóstico para un trastorno alimentario. Completando el EAT-26 se obtiene un "índice de referencia" en base a 3 criterios: 1) el puntaje total basado en las respuestas a las preguntas EAT-26; 2) las respuestas a las preguntas de comportamiento relacionados con los síntomas de la alimentación y la pérdida de peso, y 3) el IMC calculado a partir de su altura y peso. El EAT-26 ha sido ampliamente utilizado y ha sido traducido a muchos idiomas diferentes en los últimos 30 años. Se convirtió en una Current Contents cita Classic en 1993 y desde que los documentos que describen el tiempo de desarrollo y la validación de la prueba han sido algunos de los artículos más citados en la literatura científica sobre los trastornos alimentarios. (31)

- **DSM-IV**

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios.

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; no es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual. (32)

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico. Por ejemplo, el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persistan durante largo tiempo y no se consideran graves).

Por otra parte, la falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Además de requerir entrenamiento y juicio clínico, es también importante el método de recopilación de los datos. La aplicación válida de los criterios

diagnósticos de este manual requiere una evaluación que permita directamente el acceso a la información contenida en estos grupos de criterios (p. ej., si un síndrome ha persistido durante un período mínimo de tiempo). Las valoraciones que se apoyan únicamente en pruebas psicológicas y que no tienen validez de contenido (p. ej., test proyectivos) no puede ser utilizadas como datos primarios para establecer el diagnóstico. (33)

Analizando las escalas que se han utilizado con mayor frecuencia para la detección de conductas alimentarias de riesgo en trabajos anteriores; para esta investigación se ha decidido emplear el EAT-26, esto debido a que por su estructura se adapta mejor para alcanzar las expectativas de esta investigación.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término conducta alimentaria se asocia de manera inmediata con el hecho de ingerir alimentos; sin embargo, es una conducta compleja mediada por factores externos a la persona y no exclusivamente porque los individuos quieran satisfacer sus necesidades alimentarias. La conducta alimentaria es entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo.

Las conductas alimentarias de riesgo son un problema que se presenta con mayor frecuencia en la etapa de la adolescencia, debido a que a esta edad existe mayor inestabilidad emocional, esto aunado a factores como: los estereotipos de imagen corporal que imponen los medios de comunicación masiva; factores psicológicos y sociales del adolescente, por ejemplo sensación de fracaso, estrés, ansiedad, depresión, problemas familiares, comparación social, burlas de compañeros y familiares, baja autoestima e insatisfacción corporal entre otros.

Estudios internacionales indican que las conductas alimentarias de riesgo se presentan en el 1% y 4% de las adolescentes predominantemente de raza blanca, clase media a alta y sólo en el 5% a 10% de los casos involucran hombres. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 realizada con adolescentes entre 10 y 19 años, reportó una prevalencia nacional de conductas alimentarias de riesgo de 1.3% (0.8% en hombres y 1.9% en mujeres).

De acuerdo a investigaciones realizadas tanto a nivel internacional como nacional los adolescentes son la población con mayor vulnerabilidad a presentar conductas alimentarias de riesgo, importando cada día menos el tipo de población en que se desarrollen o el nivel socioeconómico que tengan es por ello que se consideró que los estudiantes de la escuela secundaria Sor Juana Inés de la Cruz son vulnerables a la práctica de conductas alimentarias de riesgo, esto debido a los siguientes factores: La escuela está ubicada en Ozumba Estado de México, considerada como zona semiurbana donde es común la práctica de CAR, otro

factor que favorece la presencia de la problemática a estudiar es el nivel socioeconómico de los adolescentes de la escuela ya que al ser particular el nivel socioeconómico es de medio a alto, y es común que haya mayor interés por mantener una imagen corporal delgada acorde a los estereotipos actuales.

Otro factor es la falta de información que los adolescentes tienen respecto a alimentación y nutrición sana y adecuada para su edad por lo que recurren a prácticas inadecuadas para mantener su peso, situación que al paso del tiempo determina la presencia de conductas alimentarias de riesgo.

Es común que los adolescentes en este nivel de estudios acudan a la escuela sin desayunar, propiciando ayunos prolongados, que se sometan a dietas restrictivas u otro tipo de conductas de riesgo.

Sin embargo en las poblaciones semiurbanas aun cuando este tipo de adolescentes cuenta con aparatos tecnológicos más sofisticados que les permiten fácil acceso a todo tipo de información y en la población se cuenta con una gran diversidad de alimentos industrializados, por costumbre un buen número de madres de familia no trabaja y aun vigilan los horarios de comida y el tipo de alimentación de sus hijos adolescentes.

Ante esta situación se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las conductas alimentarias de riesgo que con mayor frecuencia se presentan en los adolescentes de la escuela particular Sor Juana Inés de la Cruz ubicada en Ozumba, Estado de México?

4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las conductas alimentarias de riesgo han significado un problema muy grave tanto a nivel internacional como a nivel nacional. Esta problemática ha aumentado en tiempos recientes; esto debido a que ahora los adolescentes se preocupan todavía más por alcanzar una imagen corporal para ellos ideal. Ya no solo los medios de comunicación influyen en la adopción de estereotipos corporales sino inclusive la propia familia interviene de manera importante. Esto hace que los adolescentes se vean orillados a la práctica de conductas alimentarias inapropiadas.

Las conductas alimentarias de riesgo se definen como manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria pero se dan con menor frecuencia e intensidad, incluyen atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito auto inducido y práctica de ayunos, todos dirigidos a controlar o reducir el peso corporal.

De acuerdo a lo observado en trabajos realizados, se puede concluir que el problema de las conductas alimentarias de riesgo se presenta en la etapa de la adolescencia, es decir, entre los 10 y los 19 años de edad, ya que se producen cambios endócrinos, morfológicos y psicológicos, debido a las transformaciones biológicas puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en la identidad personal, haciendo vulnerables a los adolescentes, pues estos tienden a manifestar preferencias hacia determinadas estéticas corporales o estereotipos impuestos por la sociedad contemporánea, haciendo que muestren una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas alimentarias de riesgo.

En este sentido, se hace muy interesante como los adolescentes tienden a realizar conductas inadecuadas en cuanto a la manera de alimentarse, todo con el fin de obtener una imagen corporal que para ellos es la ideal, no visualizando las graves consecuencias que les puede acarrear esto.

Es de interés realizar esta investigación porque se considera de suma importancia detectar en los adolescentes la práctica de conductas alimentarias de riesgo y los

factores que las condicionan, ya que es una forma de prevenir los trastornos de la conducta alimentaria que en la mayoría de las veces traen consecuencias fatales. La detección de las prácticas de conductas alimentarias de riesgo puede ser considerada como una medida preventiva que evita la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria ya que si los familiares o el propio adolescente detecta de manera precoz la práctica de estas conductas puede incidir de manera eficaz y oportuna en su tratamiento o prevención y así poder evitar complicaciones en su salud.

5. OBJETIVOS

General

Analizar la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en los adolescentes de la Escuela Particular Sor Juana Inés de la Cruz ubicada en el municipio de Ozumba, Estado de México.

Objetivos específicos

- Diagnosticar el Estado de Nutrición de los adolescentes, mediante el Índice de Masa Corporal para comprobar si existe relación entre éste y la práctica de conductas alimentarias de riesgo.
- Identificar cuáles son las conductas alimentarias de riesgo que son más frecuentes en los adolescentes de la escuela Sor Juana Inés de la Cruz.
- Determinar en qué género existe mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo.

6. HIPÓTESIS

Los adolescentes de la escuela secundaria particular Sor Juana Inés de la Cruz practican con regularidad conductas alimentarias de riesgo tales como: atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito auto inducido y prácticas de ayuno.

7. METODOLOGÍA

El presente estudio fue de tipo transversal, prospectivo y descriptivo; que se realizó con alumnos de 12 a 15 años de edad que asisten a la escuela secundaria particular Sor Juana Inés de la Cruz, Ozumba, Estado de México, durante el ciclo escolar 2013-2014.

Universo: Comprendió todos los alumnos de 12 a 15 años de edad de la escuela antes mencionada.

Límites de tiempo y espacio: Escuela Secundaria particular Sor Juana Inés de la Cruz ubicada en Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014.

Unidades de Estudio y observación: Alumnos de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz.

Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos de 12 a 15 años de edad.
- Alumnos inscritos en el ciclo escolar 2013-2014.
- Alumnos que aceptaron participar en el estudio
- Alumnos que asistieron el día de la evaluación.
- Alumnos que presentaron la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que no se encontraron dentro del rango de edad de los 12 a 15 años.
- Alumnos que no estuvieron inscritos en el ciclo escolar 2013-2014.
- Alumnos que no aceptaron participar en el estudio.
- Alumnos que no asistieron el día de la evaluación.

- Alumnos que no presentaron la carta de consentimiento informado.

Recursos humanos, materiales y económicos:

- Un pasante de la licenciatura de nutrición.
- Un estadímetro.
- Una báscula digital.
- Una cinta métrica
- 50 test EAT-26 impresos.
- 50 cédulas de evaluación nutricional.
- Dos bolígrafos.
- Un lápiz.
- Una goma.
- Una engrapadora.
- Una calculadora científica.

Variables:

Variable independiente: Los adolescentes

Variable dependiente: Las conductas alimentarias de riesgo: atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso en el consumo de laxantes, diuréticos y/o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito auto inducido y práctica de ayunos.

Selección de fuentes: Métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos.

Para el presente estudio se buscó un acercamiento con las autoridades de la escuela secundaria particular Sor Juana Inés de la Cruz para solicitar el permiso y poder realizar la intervención, se entregó el oficio correspondiente (anexo 2), una vez obtenido el permiso, se tuvo una plática con los alumnos sobre el tema objeto de estudio en donde se les invitó a participar en la investigación y se les entregó un formato de carta de consentimiento informado (anexo 3), al mismo tiempo se programó una plática informativa con los padres de familia en donde se explicó las actividades a realizar, se recalcó la importancia que tiene la detección oportuna de

la presencia de conductas alimentarias de riesgo y se les comentó que sus hijos se les harán entrega del consentimiento informado para su llenado.

Se realizó la medición de peso y talla, para el registro de datos se utilizó una cedula de evaluación antropométrica (anexo 4). La medición de peso y talla se realizó según las técnicas correspondientes (anexo 5 y 6).

Posterior a la medición antropométrica se aplicó el Test EAT-26 (Anexo 7) el cual se interpretó según los parámetros establecidos para el mismo, los resultados se vaciaron a una base de datos, la interpretación de los mismos fue a través de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) los resultados se presentaron en tablas y gráficas.

Para la identificar que CAR son las que se presentan en los adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz se realizó una prueba de hipótesis (Correlación de Pearson), de esta manera se podrá identificar cuáles ítems son significativos.

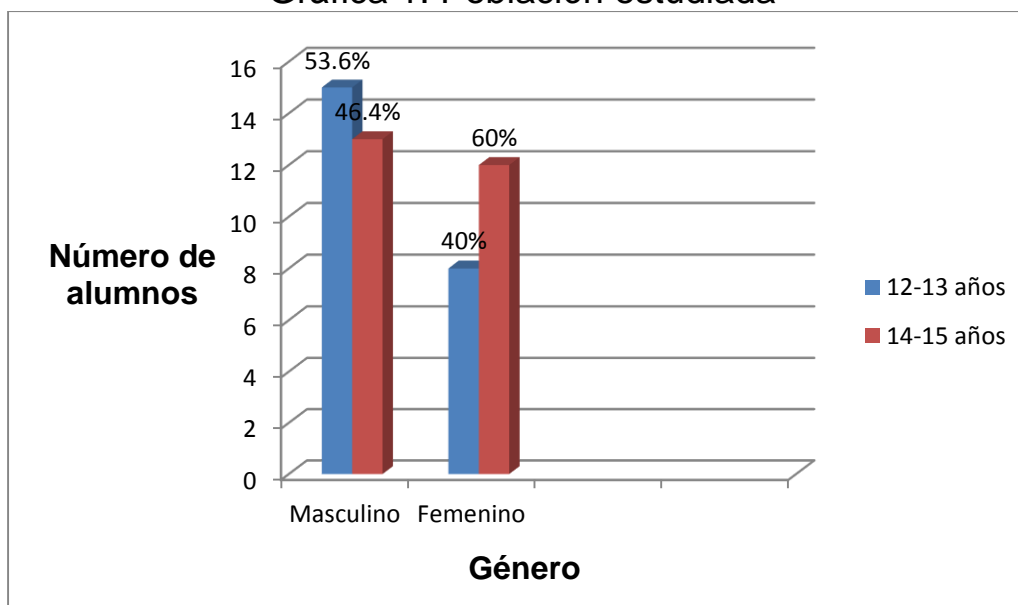
La función de la correlación de Pearson es determinar si existe una relación lineal entre dos o más variables y que esta relación sea estadísticamente significativa. El nivel de significancia en las ciencias sociales y en psicología normalmente es 0.5, puede variar en la regla de decisión a 0.01 y 0.001 si se requiere mayor certeza en la prueba de hipótesis.

8. RESULTADOS

Para la presentación de resultados, se realizaron tablas y gráficas donde se observan las frecuencias y porcentajes de datos que dan respuesta a los objetivos e hipótesis. Se inicia con la población estudiada, seguida del Estado de Nutrición, prevalencia de CAR, así como cada uno de los 26 ítems que integran el test que se aplicó. Para su mejor análisis los datos también se distribuyeron por medio de género y rango de edad.

La población estudiada en el presente trabajo de investigación fue de 48 alumnos de la Escuela Secundaria Sor Juana Inés de la Cruz los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 28 son del género masculino, y de estos el 53.6 % se encontró en el rango de edad de 12 a 13 años, el 46.4 % se encontró en el rango de 14 a 15 años. Para el género femenino el 40% se encontró en el rango de 12 a 13 años, y el 60% en el rango de 14 a 15 años. (Gráfica 1)

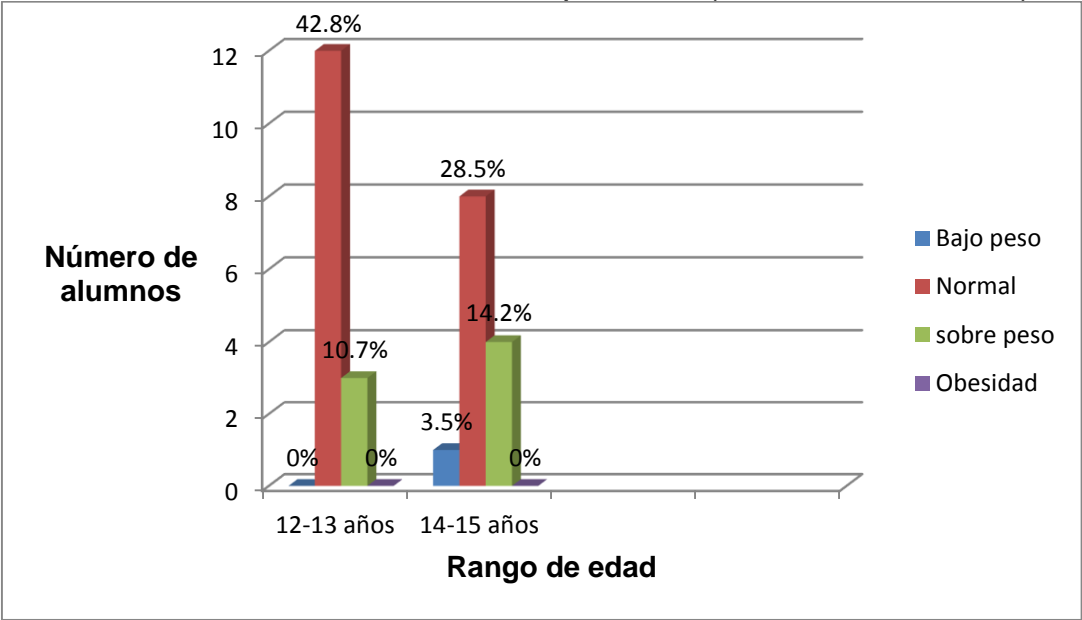
Gráfica 1. Población estudiada



Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

En el género masculino el Estado de Nutrición que prevaleció es el normal con el 71.4%, de los cuales el 42.8% se encontraron en el rango de 12 a 13 años de edad, y el 28.5% tenía entre 14 y 15 años. Seguido del sobrepeso (25%) de los cuales el 10.7 % se encontró en el rango de edad de 12 a 13 años, y el 14.2% tuvo entre 14 y 15 años. El Estado de Nutrición que menos prevaleció fue el de bajo peso, representado por el 3.5% en el rango de edad de 14 y 15 años. Cabe destacar que ningún alumno presentó problemas de obesidad. (Gráfica 2)

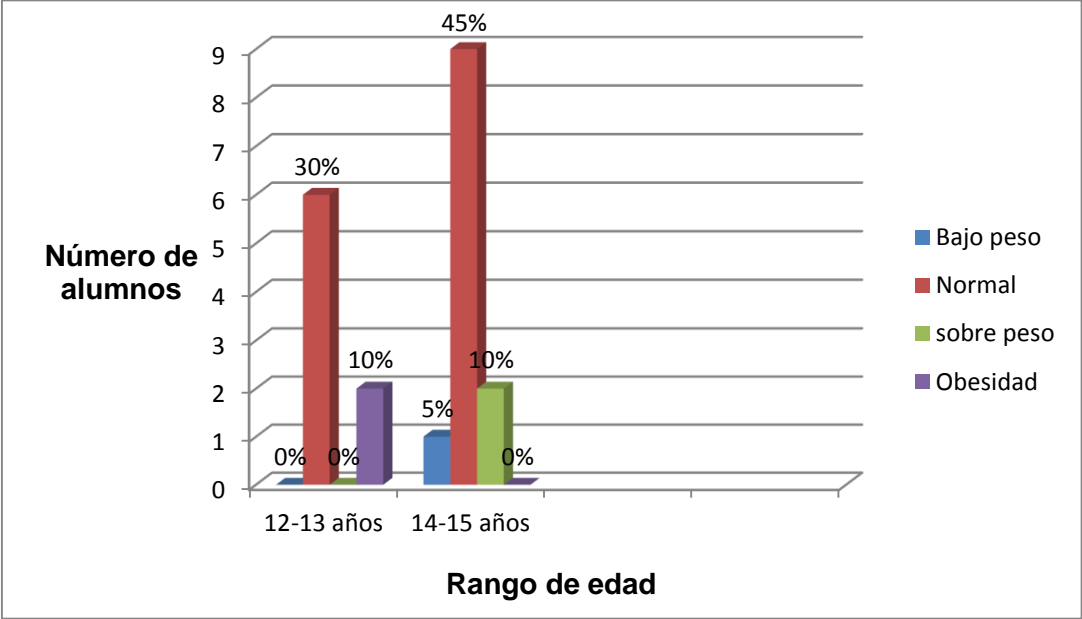
Gráfica 2. Estado de Nutrición por IMC (Género masculino)



Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

El Estado de Nutrición para el género femenino que prevaleció fue el normal (75%) de las cuales el 30% se encontró en el rango de 12 a 13 años de edad, y el 45% tuvo entre 14 y 15 años. En segundo lugar predominó el sobrepeso con el 10%, en el rango de edad es de 14 a 15 años. El rango de 12 a 13 años presentó obesidad (10%). El Estado de Nutrición de menor prevalencia fue el de bajo peso con el 5% en el rango de edad de 14 a 15 años. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Estado de Nutrición por IMC (Género femenino)

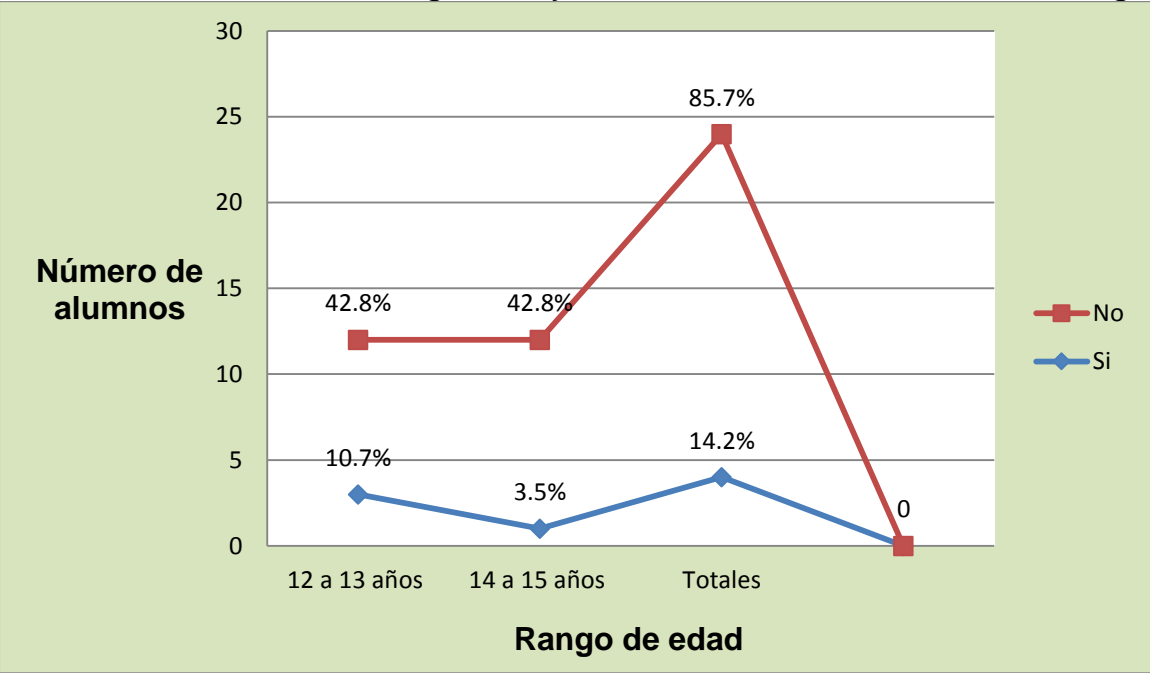


Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Al estudiar cada una de las respuestas obtenidas del Test se observan los siguientes resultados (gráfica 4)

En la gráfica 4 se observa que el 14.2% de los alumnos del género masculino presentó Conductas alimentarias de Riesgo, de los cuales el 10.7% se encontraron en el rango de edad de 12 a 13 años, mientras que el 3.5% tuvieron entre 14 y 15 años. El 85.7% no presentó CAR. 42.8% tuvieron entre 12 y 13 años, mismo porcentaje para el rango de edad de 14 a 15 años.

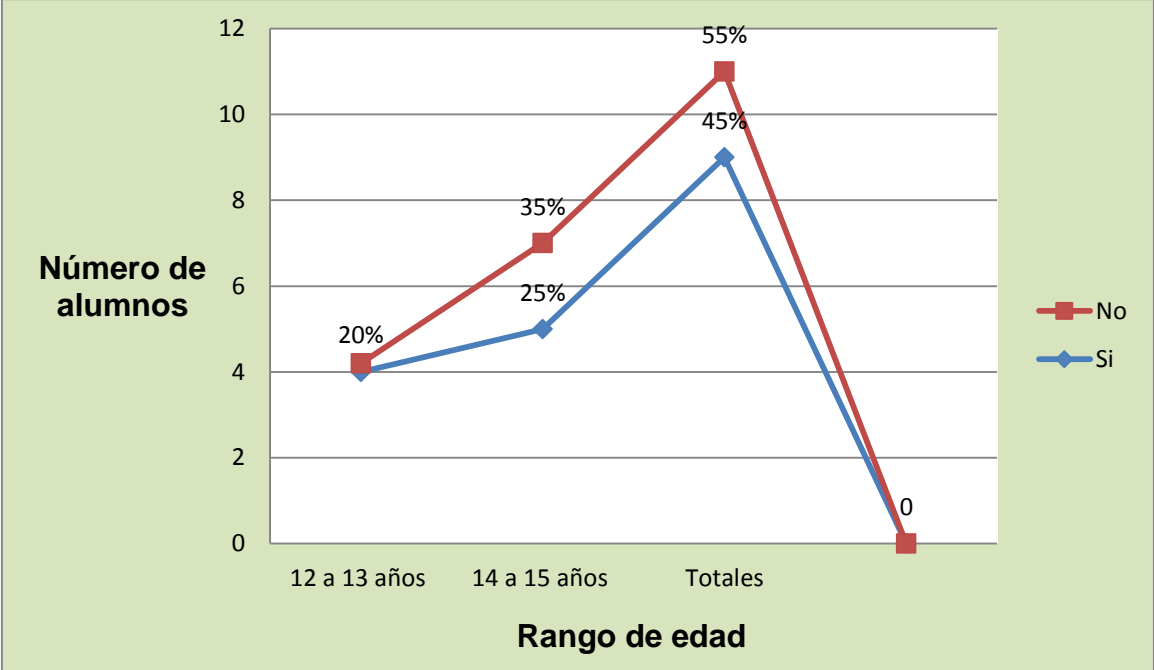
Gráfica 4. Relación entre género y Conductas Alimentarias de Riesgo



Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

En la gráfica 5 se observa que el 45% de los alumnos del género femenino presentó Conductas alimentarias de Riesgo, de los cuales el 20% se encontraron en el rango de edad de 12 a 13 años, mientras que el 25% tuvieron entre 14 y 15 años. 55% de las alumnas no presentó CAR, 20% tienen entre 12 y 13 años, mientras que el 25% se encontró en el rango de edad de 14 a 15 años.

Gráfica 5. Relación entre género y Conductas Alimentarias de Riesgo

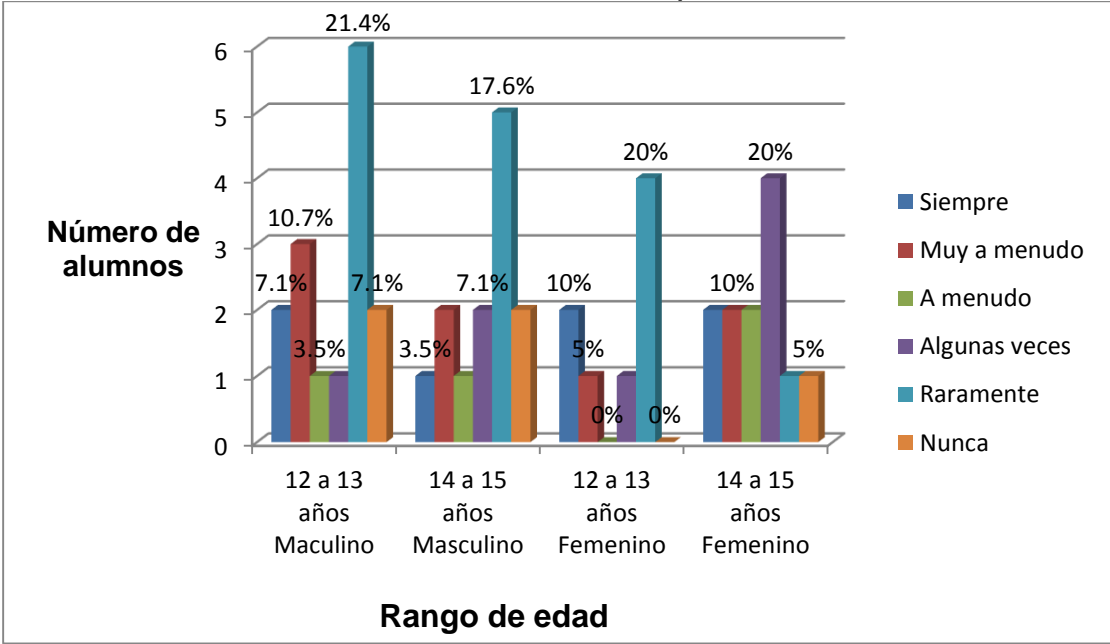


Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Las conductas alimentarias de riesgo se determinaron a través de la aplicación del Test EAT-26 y se tabularon por ítems y género, obteniendo lo siguiente.

En el ítem “**Me da mucho miedo pesar demasiado**” se observa que la respuesta que prevaleció fue raramente con el 39.2% para el género masculino, y algunas veces con el 25% para el género femenino; y la menos frecuente fue a menudo con el 7.1% para el género masculino y nunca con el 0% para el género femenino. (Gráfica 6).

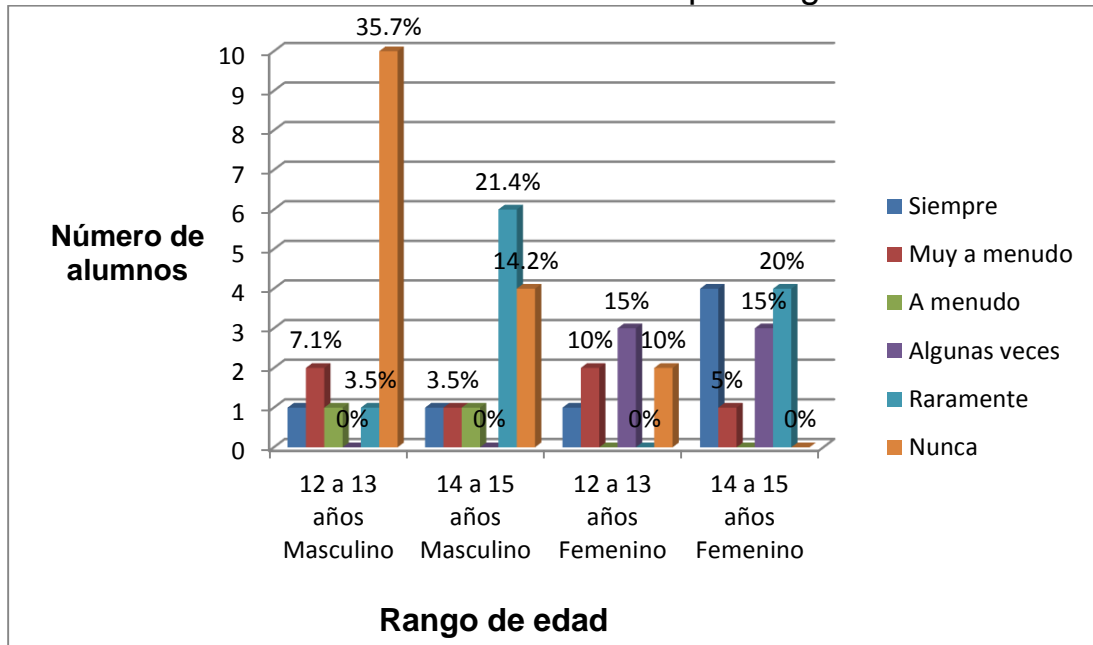
Gráfica 6. Me da mucho miedo pesar demasiado



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Procuro no comer aunque tenga hambre**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 35.7% para el género masculino, y algunas veces con el 30% para el género femenino; y la menos frecuentes fueron “algunas veces y a menudo” con el 0% para ambos géneros (Gráfica 7).

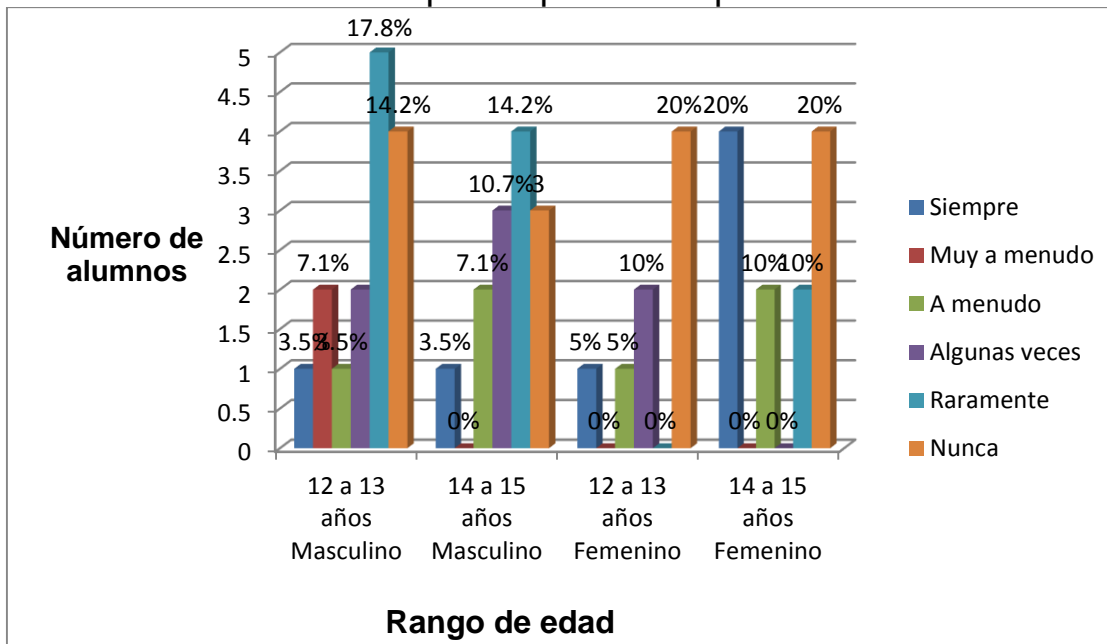
Gráfica 7. Procuro no comer aunque tenga hambre



Fuente: Base de datos de la investigación “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Me preocupa mucho por la comida**” se observa que la respuesta que prevaleció fue raramente con el 32.1% para el género masculino, y nunca con el 40% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre y muy a menudo ambas con el 7.1% para el género masculino y muy a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 8).

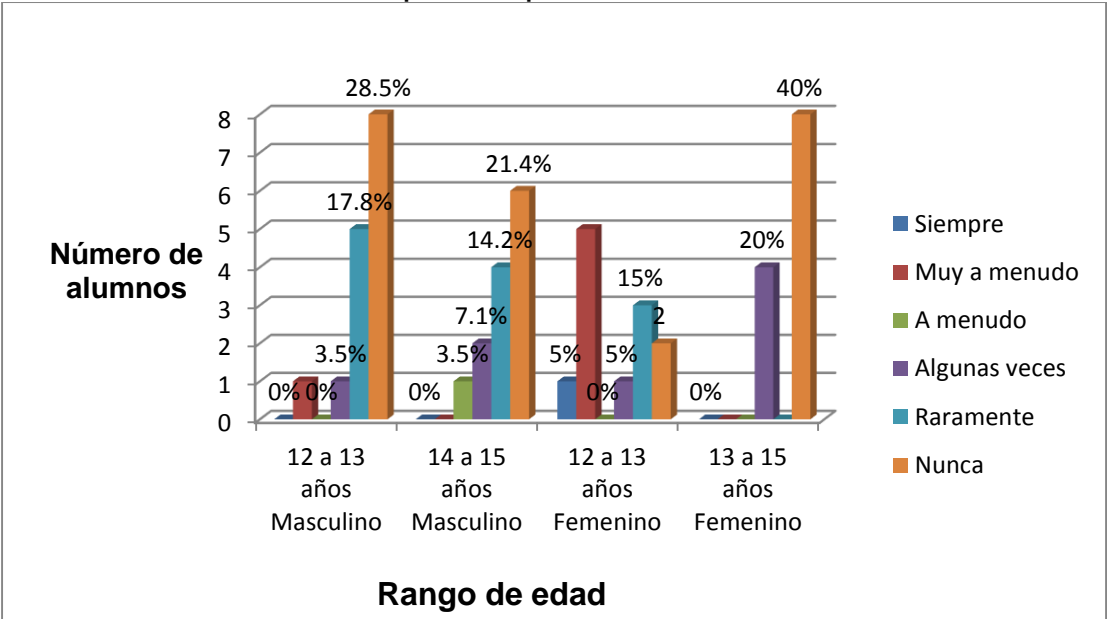
Gráfica 8. Me preocupa mucho por la comida



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**A veces me he atracado de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 28.5% para el género masculino, y nunca con el 50% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre y muy a menudo ambas con el 0% para el género masculino y a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 9).

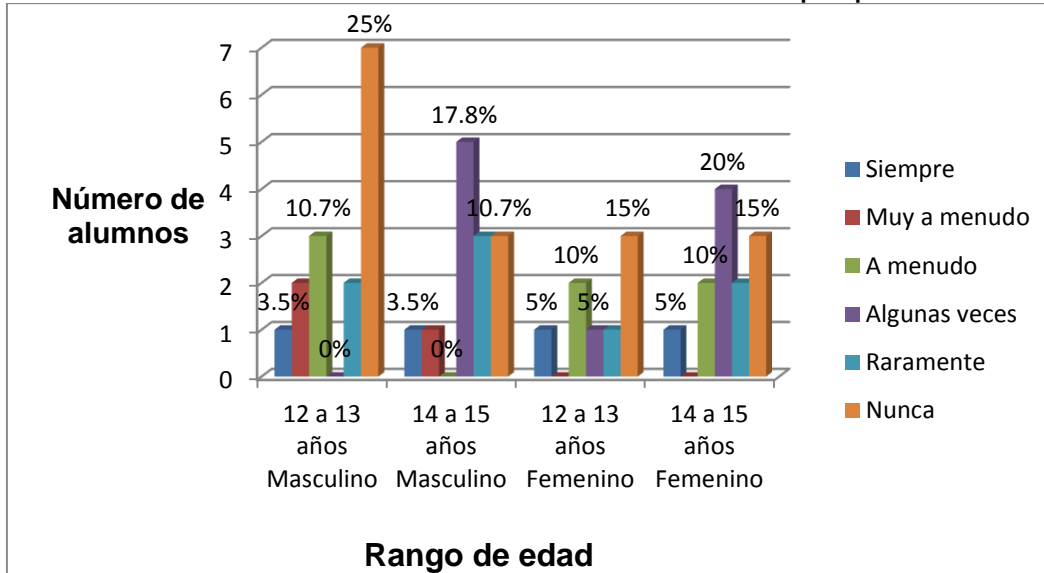
Gráfica 9. A veces me he “atracado” de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Corto mis alimentos en trozos pequeños**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 35.7% para el género masculino, y nunca con el 30% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre con el 7.1% para el género masculino y muy a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 10).

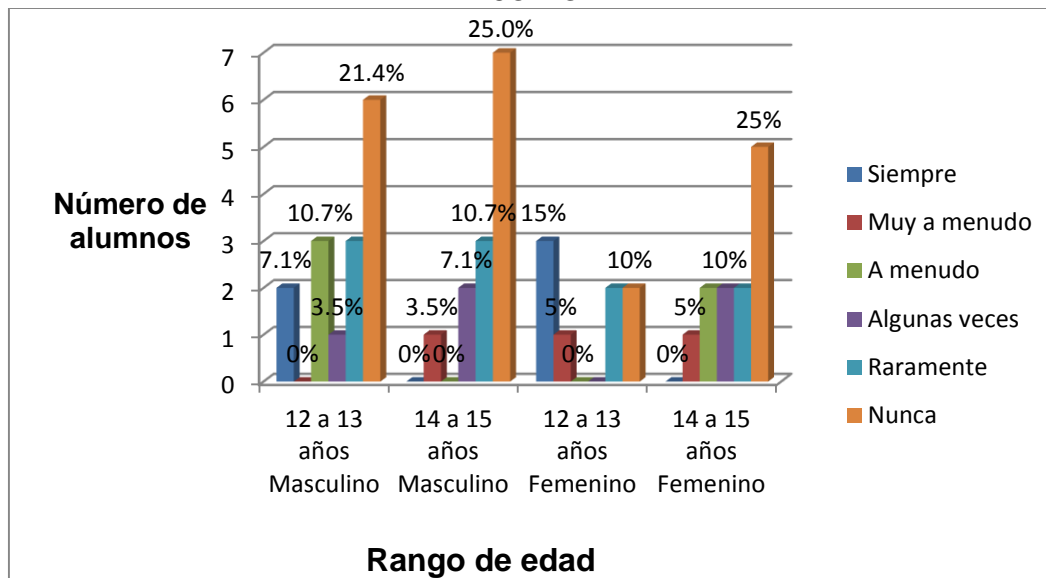
Gráfica 10. Corto mis alimentos en trozos pequeños



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 46.4% para el género masculino, y nunca con el 35% para el género femenino; y la menos frecuente fue muy a menudo con el 3.5% para el género masculino y muy a menudo, a menudo y algunas veces todas con 10% para el género femenino. (Gráfica 11).

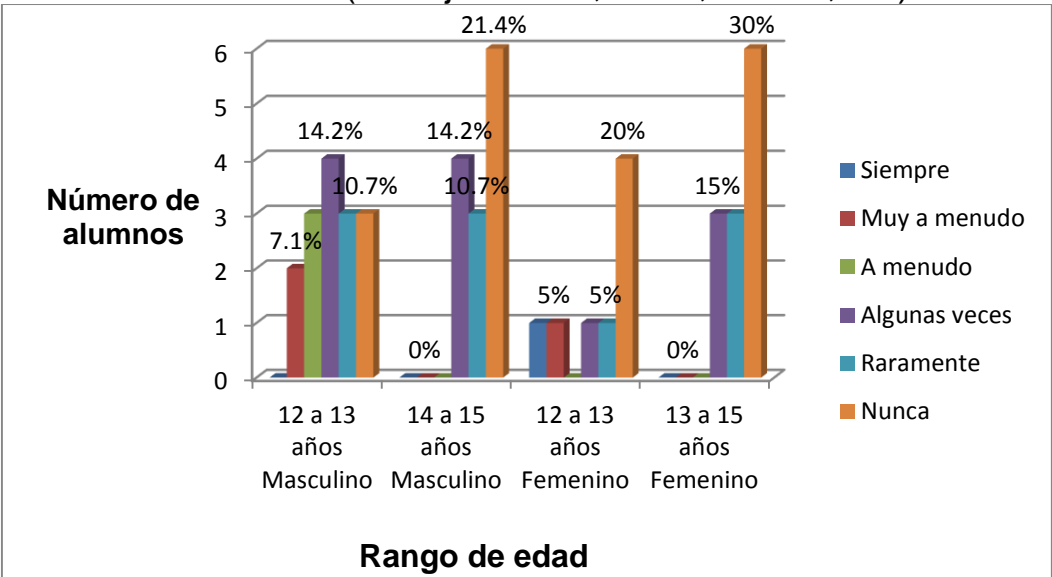
Gráfica 11. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como



Fuente: Base de datos de investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (Por ejem. Pan, arroz dulces, etc.)**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 32.1% para el género masculino, y nunca con el 50% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre con el 0% para el género masculino y a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 12).

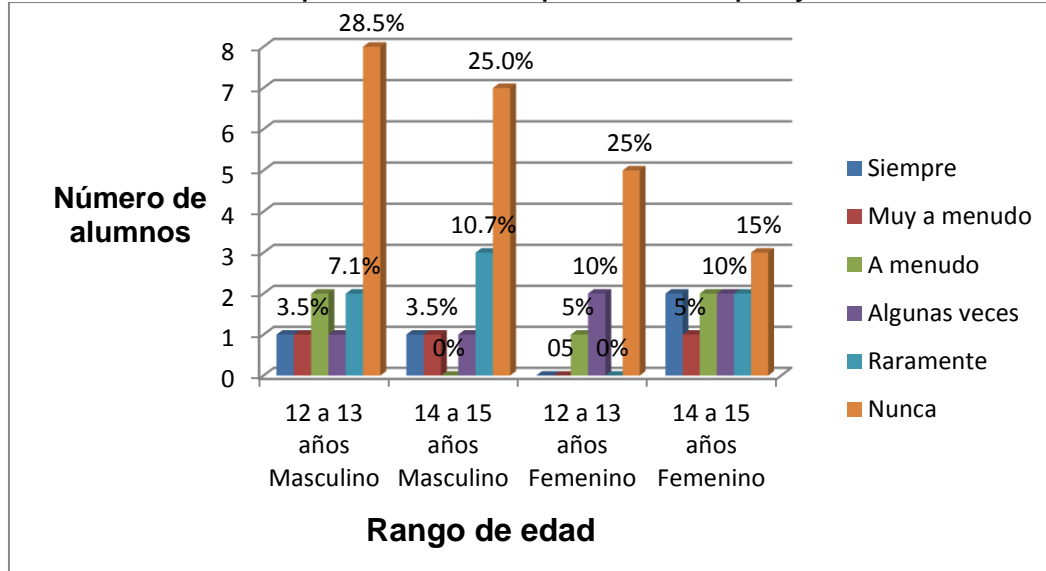
Gráfica 12. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (Por ejem. Pan, arroz, dulces, etc)



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Noto que los demás preferirían que yo comiese más**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 53.5% para el género masculino, y nunca con el 40% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre, muy a menudo, a menudo, y algunas veces todas con el 7.1% para el género masculino; y muy a menudo con el 5% para el género femenino. (Gráfica 13).

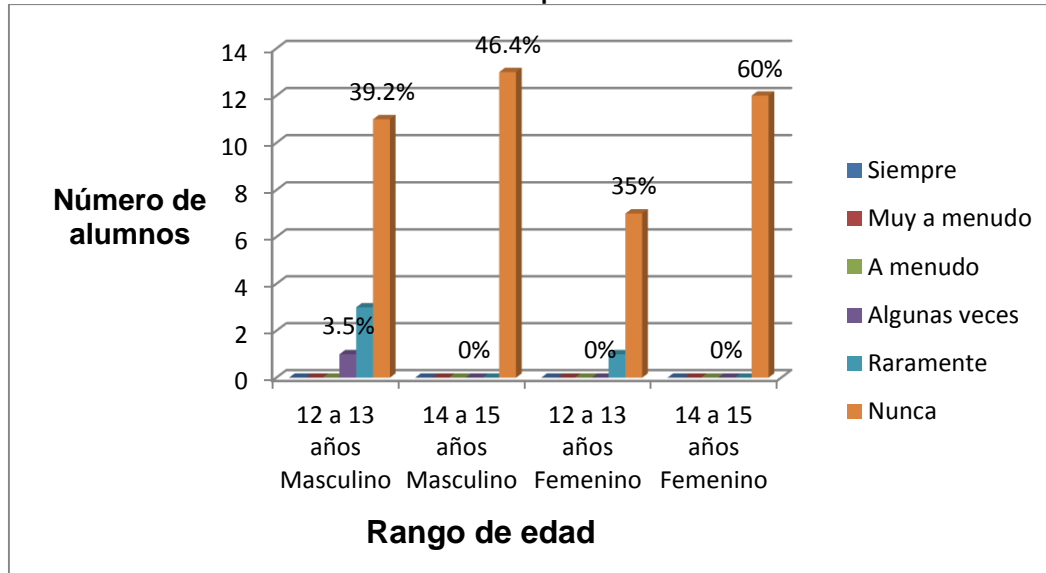
Gráfica 13. Noto que los demás preferirían que yo comiese más



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Vomito después de haber comido**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 85.7% para el género masculino, y nunca con el 95% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre, muy a menudo y a menudo todas con el 0% para el género masculino; y siempre, muy a menudo, a menudo y algunas veces todas con el 0% para el género femenino. (Gráfica 14).

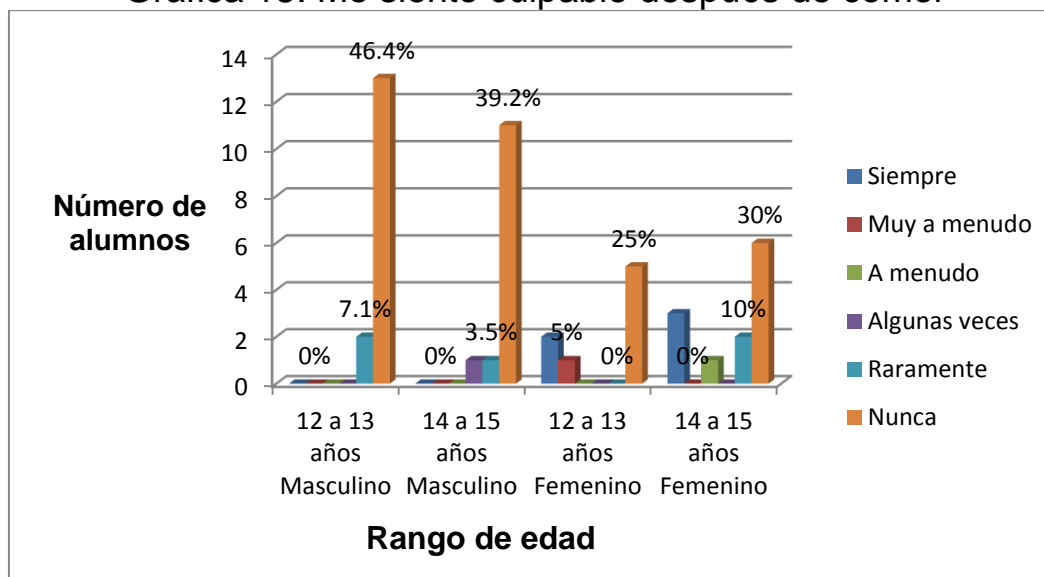
Gráfica 14. Vomito después de haber comido



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Me siento muy culpable después de comer**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 85.7% para el género masculino, y nunca con el 55% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre, muy a menudo y a menudo todas con el 0% para el género masculino; y algunas veces con el 0% para el género femenino. (Gráfica 15).

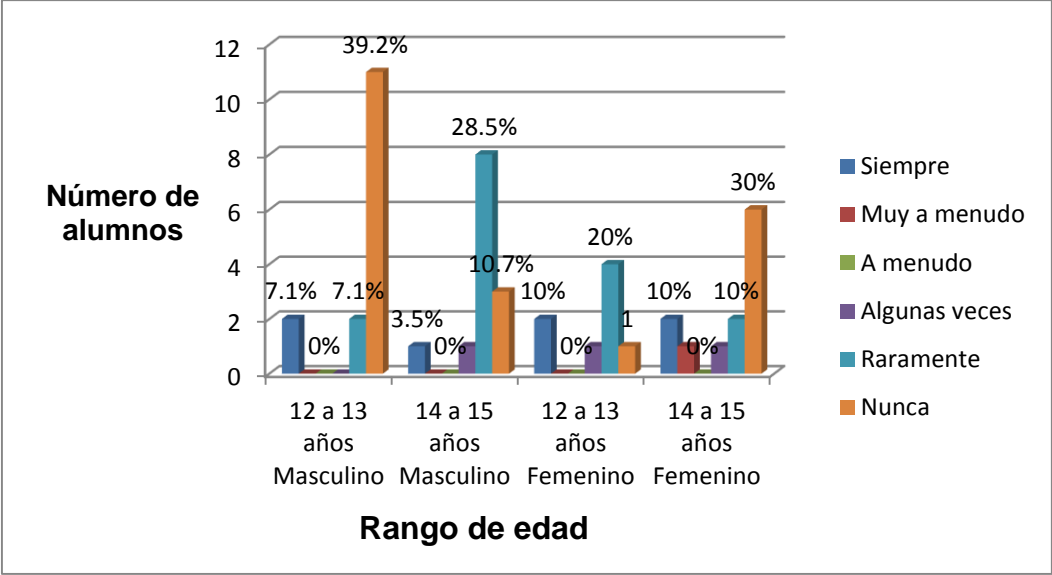
Gráfica 15. Me siento culpable después de comer



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Me preocupa el deseo de estar más delgado/a**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 50% para el género masculino, y nunca con el 35% para el género femenino; y la menos frecuente fue, muy a menudo y a menudo ambas con el 0% para el género masculino; y a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 16).

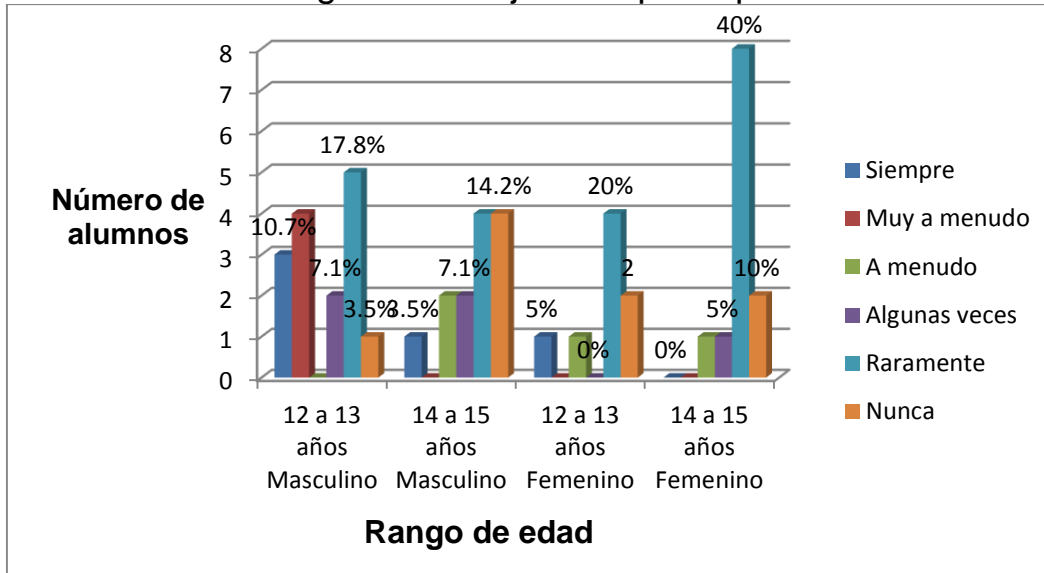
Gráfica 16. Me preocupa la idea de estar más delgado/a



Fuente: Base de datos para la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Hago mucho ejercicio para quemar calorías**” se observa que la respuesta que prevaleció fue raramente con el 32.1% para el género masculino, y raramente con el 60% para el género femenino; y la menos frecuente fue, a menudo con el 7.1% para el género masculino; y muy a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 17).

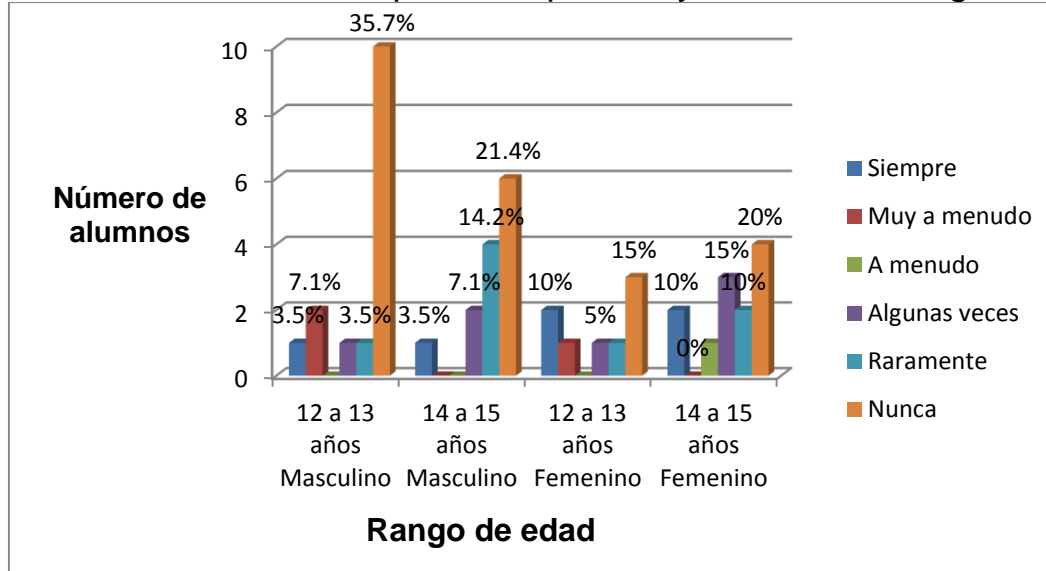
Gráfica 17. **Hago mucho ejercicio para quemar calorías**



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 57.1% para el género masculino, y nunca con el 35% para el género femenino; y la menos frecuente fue, a menudo con el 0% para el género masculino; y muy a menudo y a menudo ambas con el 5% para el género femenino. (Gráfica 18).

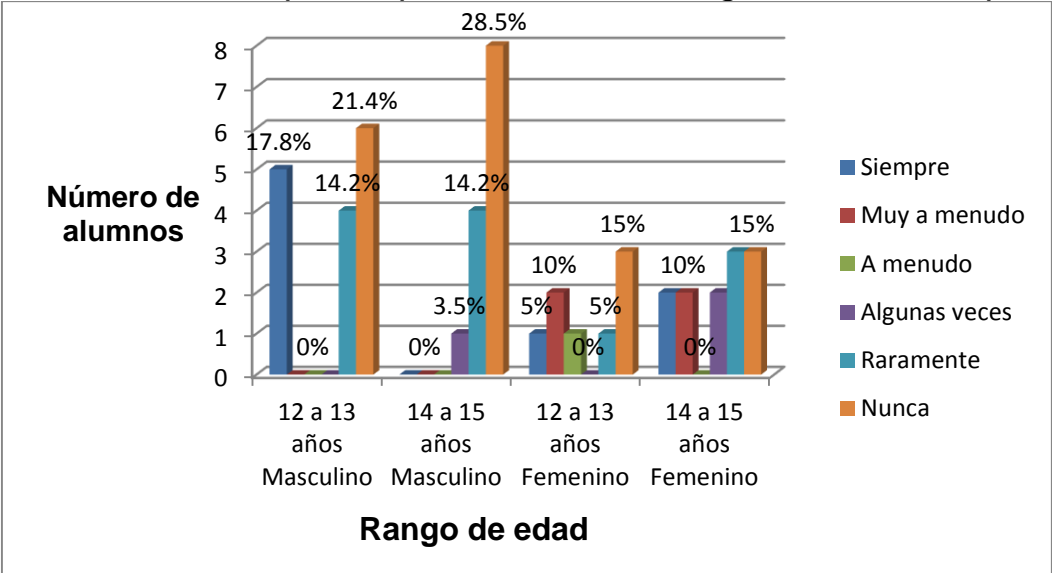
Gráfica 18. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 50% para el género masculino, y nunca con el 30% para el género femenino; y la menos frecuente fue muy a menudo y a menudo ambas con el 0% para el género masculino; y a menudo con el 5% para el género femenino. (Gráfica 19).

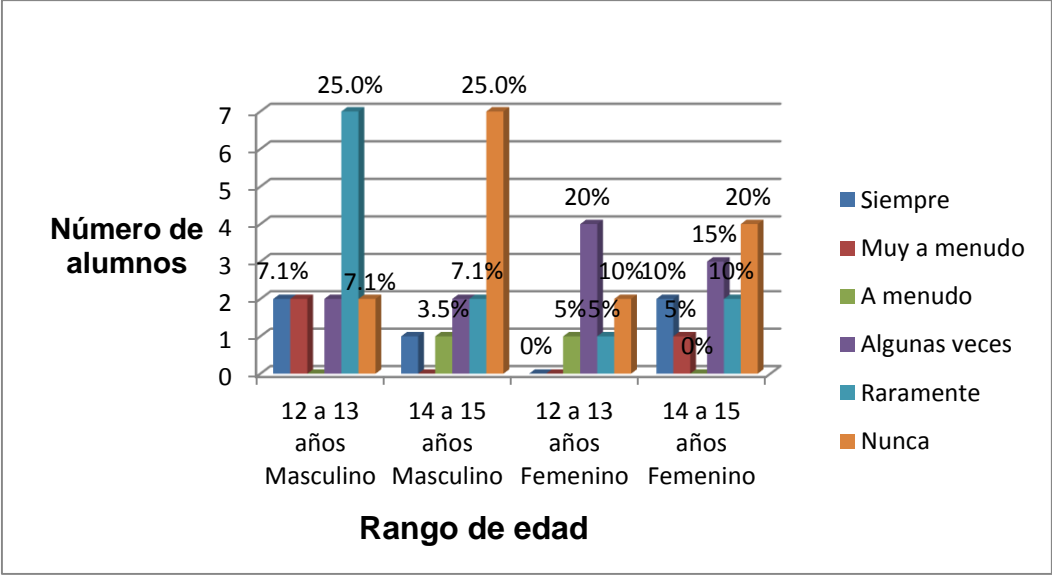
Gráfica 19. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Tardo en comer más que las otras personas**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca y raramente ambas con el 32.1% para el género masculino, y algunas veces con el 35% para el género femenino; y la menos frecuente fue a menudo con el 3.5% para el género masculino; y muy a menudo y a menudo ambas con el 5% para el género femenino. (Gráfica 20).

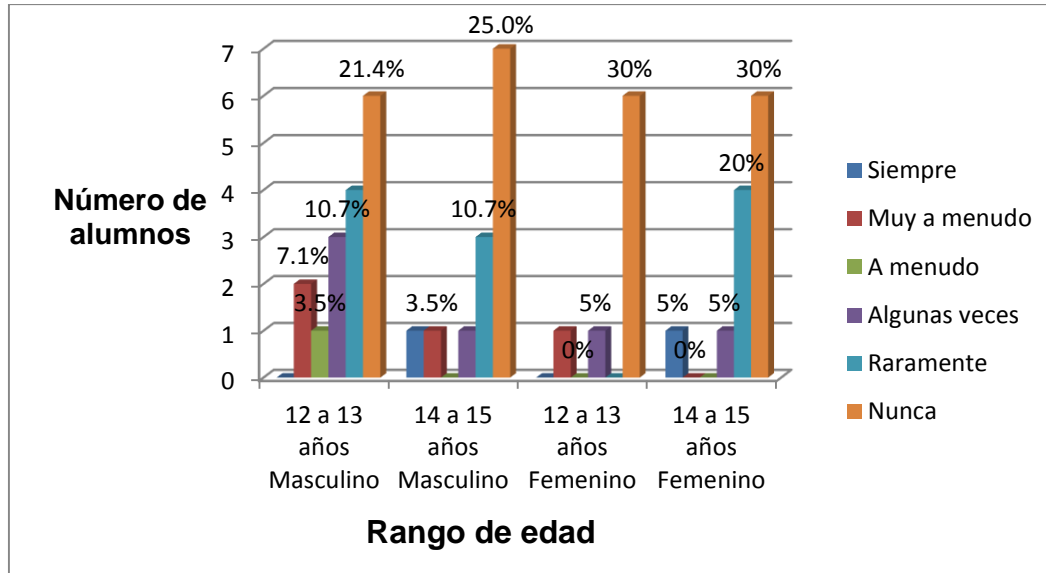
Gráfica 20. Tardo en comer más que las otras personas



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Procuro no comer alimentos con azúcar**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 42.8% para el género masculino, y nunca con el 60% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre y a menudo ambas con el 3.5% para el género masculino; y a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 21).

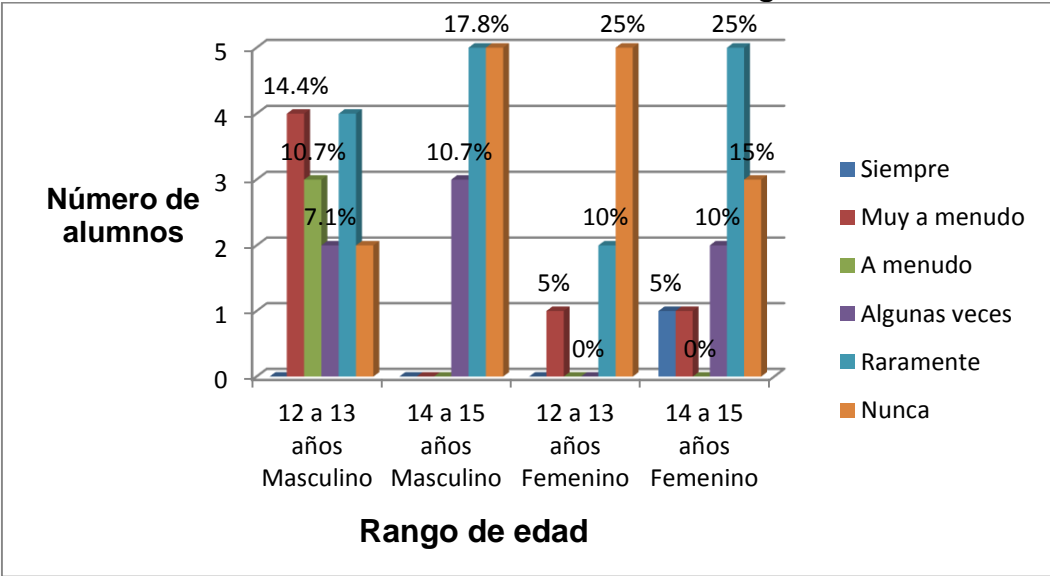
Grafica 21. Procuro no comer alimentos con azúcar



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Como alimentos de régimen**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 25% para el género masculino, y nunca con el 40% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre con el 0% para el género masculino; y a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 22).

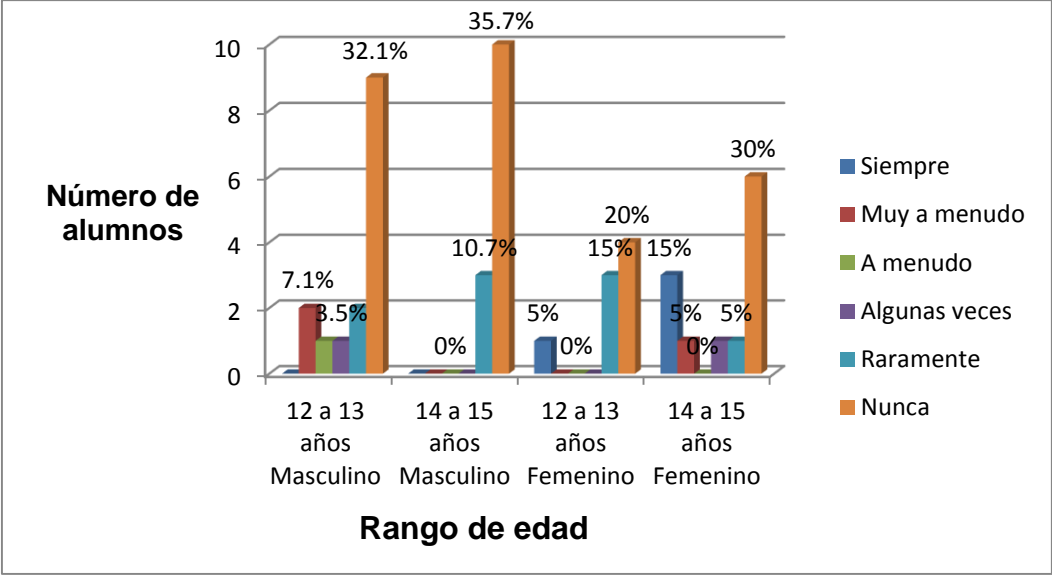
Gráfica 22. Como alimentos de régimen



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Siento que los alimentos controlan mi vida**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 67.8% para el género masculino, y nunca con el 50% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre con el 0% para el género masculino; y a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 23).

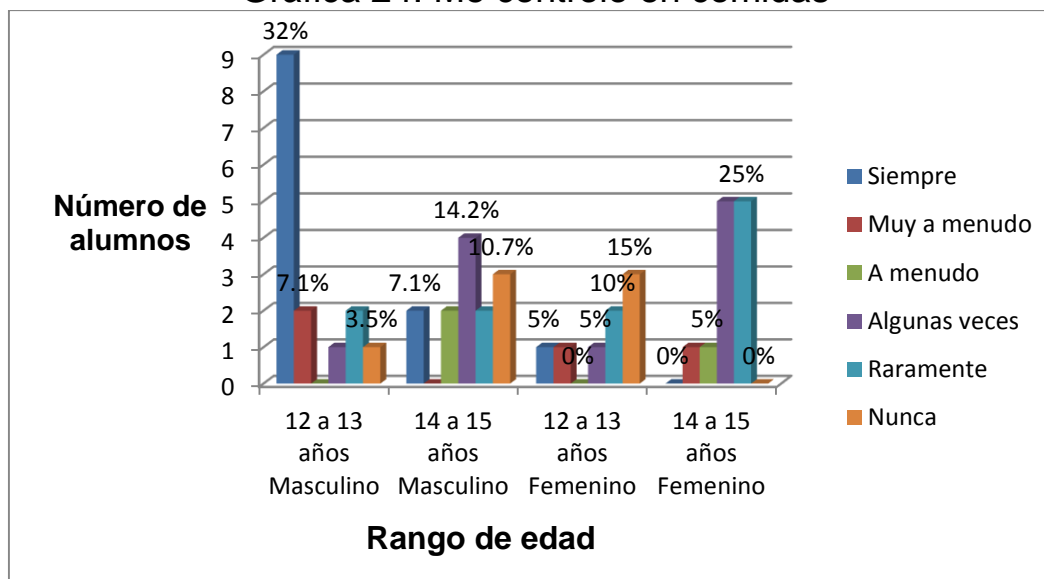
Gráfica 23. Siento que los alimentos controlan mi vida



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Me controlo en comidas**” se observa que la respuesta que prevaleció fue siempre con el 39.2% para el género masculino, y raramente con el 35% para el género femenino; y la menos frecuente fue muy a menudo y a menudo ambas con el 7.1% para el género masculino; y siempre y a menudo ambas con el 5% para el género femenino. (Gráfica 24).

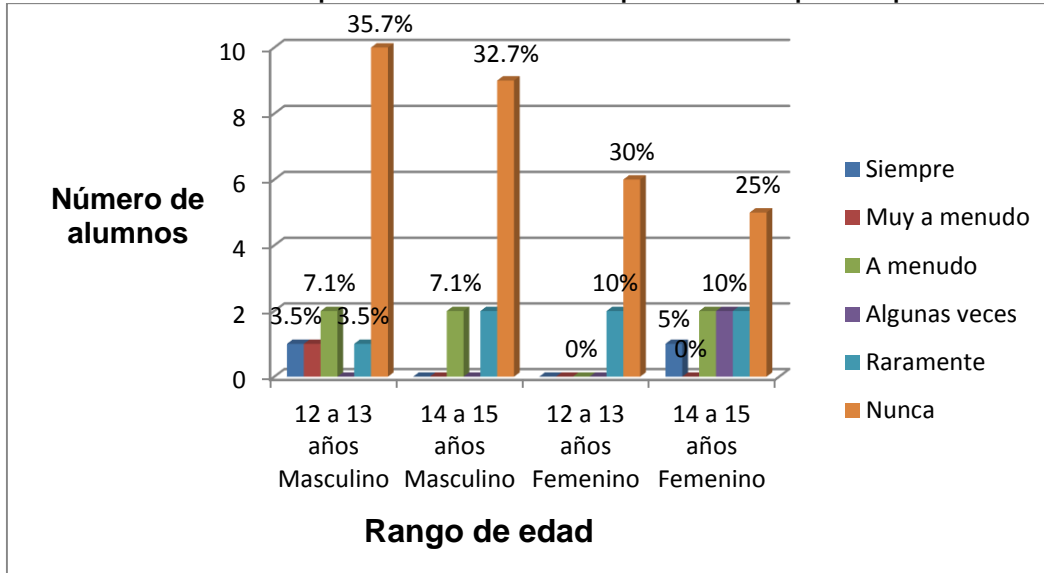
Gráfica 24. Me controlo en comidas



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Nota que los demás me presionan para que coma**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 67.8% para el género masculino, y nunca con el 55% para el género femenino; y la menos frecuente fue algunas veces con el 0% para el género masculino; y muy a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 25).

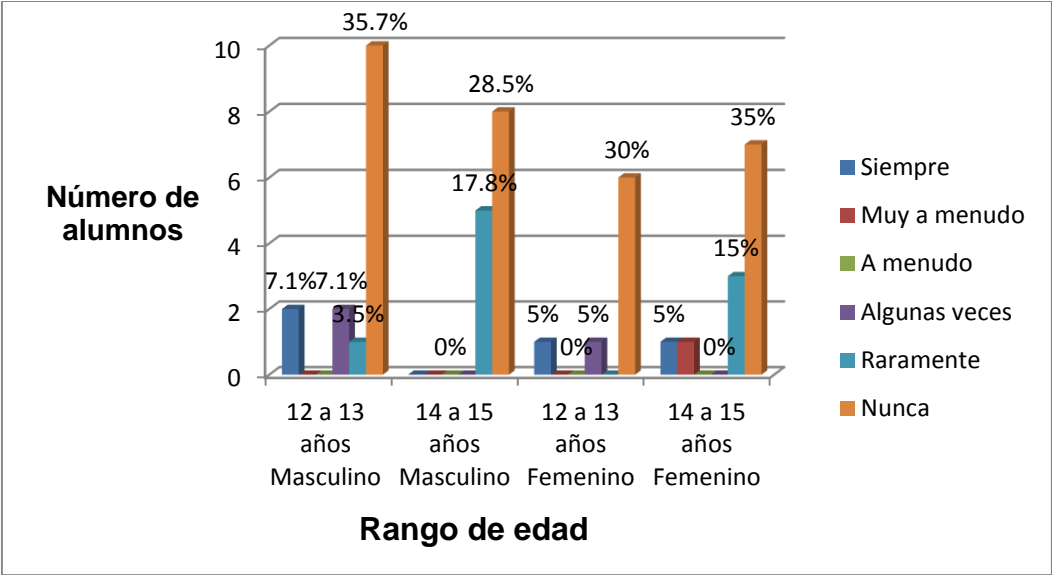
Gráfica 25. Nota que los demás me presionan para que coma



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 64.2% para el género masculino, y nunca con el 65% para el género femenino; y la menos frecuente fue muy a menudo y a menudo ambas con el 0% para el género masculino; y a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 26).

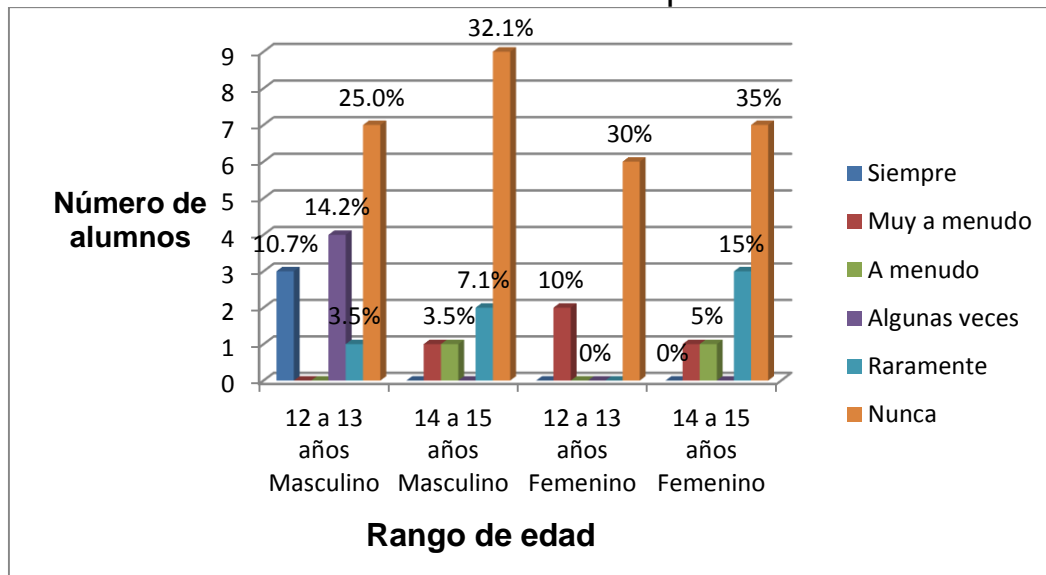
Gráfica 26. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Me siento incomodo/a después de comer dulces**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 57.1% para el género masculino, y nunca con el 65% para el género femenino; y la menos frecuente fue muy a menudo y a menudo ambas con el 3.5% para el género masculino; y siempre y algunas veces ambas con el 0% para el género femenino. (Gráfica 27).

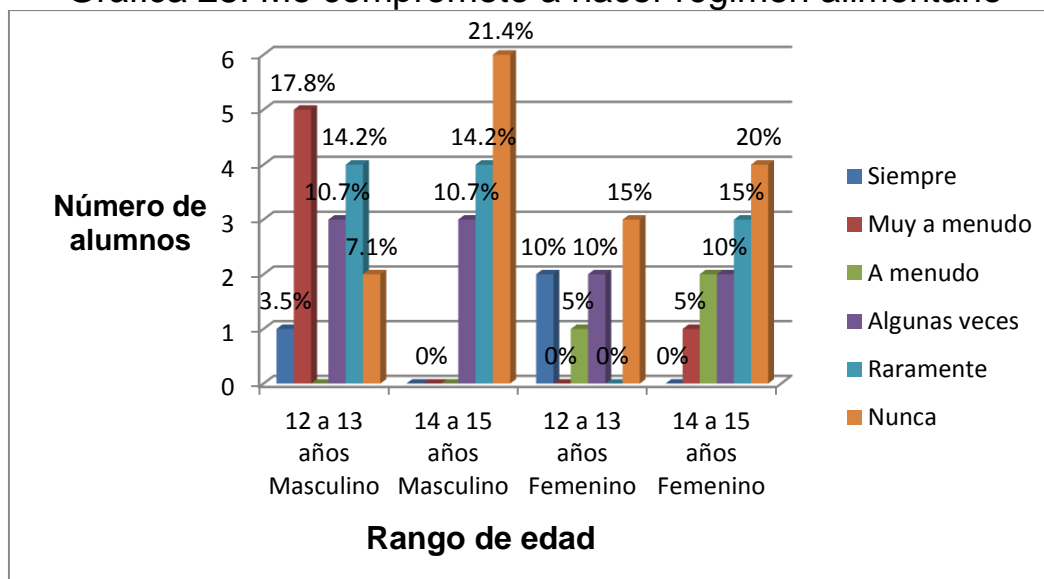
Gráfica 27. Me siento incomodo/a después de comer dulces



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Me comprometo a hacer régimen alimentario**” se observa que la respuesta que prevaleció fue raramente y nunca ambas con el 28.5% para el género masculino, y nunca con el 35% para el género femenino; y la menos frecuente fue a menudo con el 0% para el género masculino; y muy a menudo con el 5% para el género femenino. (Gráfica 28).

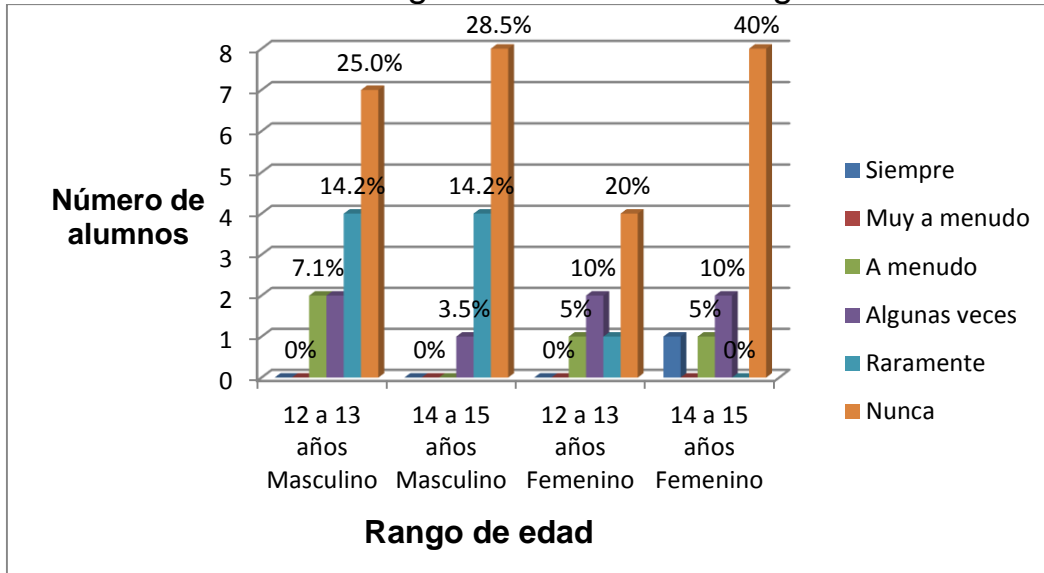
Gráfica 28. Me comprometo a hacer régimen alimentario



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Me gusta sentir el estómago vacío**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 53.7% para el género masculino, y nunca con el 60% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre y muy a menudo ambas con el 0% para el género masculino; y muy a menudo con el 0% para el género femenino. (Gráfica 29).

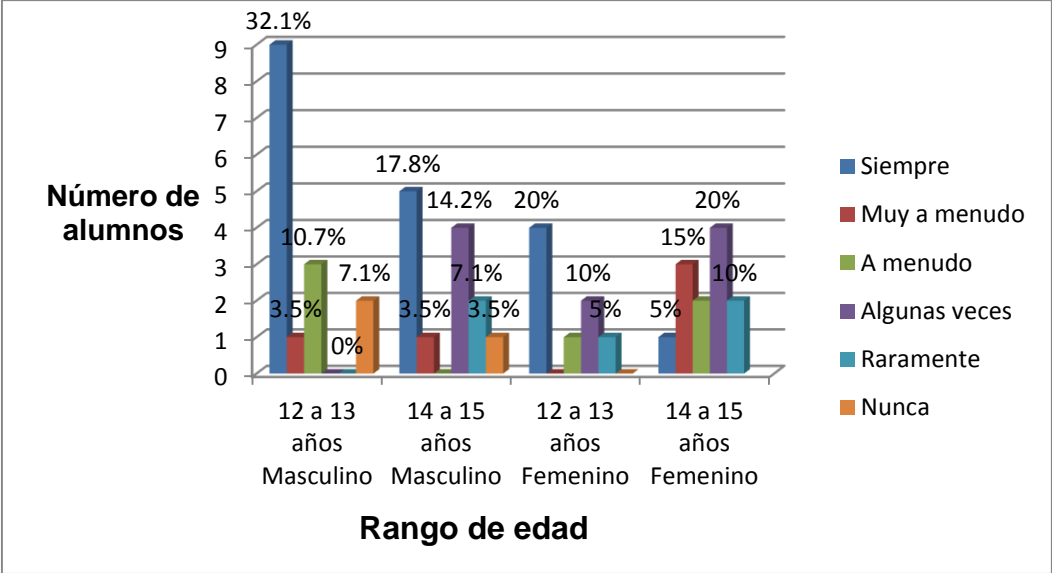
Gráfica 29. Me gusta sentir el estómago vacío



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” se observa que la respuesta que prevaleció fue siempre con el 50% para el género masculino, y algunas veces con el 30% para el género femenino; y la menos frecuente fue a menudo y nunca ambas con el 7.1% para el género masculino; y nunca con el 0% para el género femenino. (Gráfica 30).

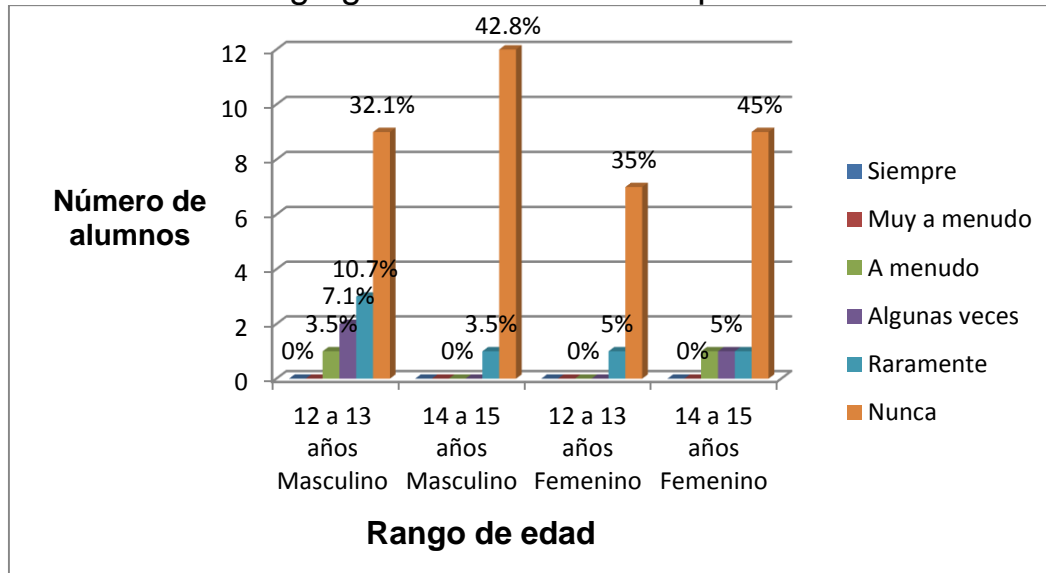
Gráfica 30. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

En el ítem “**Tengo ganas de vomitar después de las comidas**” se observa que la respuesta que prevaleció fue nunca con el 75% para el género masculino, y nunca con el 80% para el género femenino; y la menos frecuente fue siempre y muy a menudo ambas con el 0% para el género masculino; y siempre y muy a menudo ambas con el 0% para el género femenino. (Gráfica 31).

Gráfica 31. Tengo ganas de vomitar después de las comidas



Fuente: Base de datos de la investigación. “Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014”

9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La población estudiada se encontraba entre los 12 y 15 años de edad y prevaleció el género masculino; este rango de edad está propicio a que se presenten las conductas alimentarias de riesgo debido a que en esta etapa de la vida se presentan mayores inquietudes en cuanto a la percepción de la imagen corporal, y el adolescente busca alternativas para obtener una figura corporal estéticamente aceptable. (2)

Respecto a la evaluación del Estado de Nutrición la mayor prevalencia, para el género masculino, es el normal con el 71.4%, seguido del sobrepeso con el 25% y el bajo peso es el de menor prevalencia (3.5%). Cabe destacar que ningún alumno presenta problemas de obesidad.

Para el género femenino los resultados obtenidos fueron los siguientes: el Estado de Nutrición de mayor prevalencia fue el normal con el 75%. En segundo lugar predominan el sobrepeso y la obesidad ambos con el 10%. El bajo peso fue el de menor prevalencia con el 5%.

La ENSANUT 2012 menciona que el 35% de los adolescentes de entre 12 y 19 años presentan sobrepeso u obesidad. La proporción de sobrepeso por género fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%), en la investigación se dio el caso contrario donde el sobrepeso fue mayor en los hombres (25%) que en las mujeres (10%), situación que puede ser condicionada por que en los hombres de esta edad existe menos preocupación por el cuidado de la imagen corporal; como lo menciona Loubart (2006) en su estudio

Para el caso de la obesidad la ENSANUT 2012 muestra que el porcentaje de adolescentes del género masculino con obesidad fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino (12.1%); mientras que en la investigación los hombres no presentaron problemas de obesidad, y el 10% de las mujeres si lo presentó, posiblemente debido a que las mujeres ya han iniciado su menarquia con lo que

se da la liberación hormonal que propicia el acúmulo de grasa en zonas corporales específicas; como lo señala Casas Rivero (2005) en su estudio.

Para el bajo peso la ENSANUT 2012 muestra mayor prevalencia en hombres (9.7%) que en mujeres (5.5%). En el presente estudio el porcentaje fue mayor para las mujeres (5%) que para los hombres (3.5%) posiblemente condicionado por malos hábitos de alimentación o bien por CAR.

En esta investigación la prevalencia de CAR fue de 27%, el 16.6% de los adolescente se encuentra en el límite de presentar CAR, mientras que el 56.2% no las presenta Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de CAR con el 45% mientras que los hombres representan el 14.2%. Esto tiene relación con los resultados obtenidos por la ENSANUT 2012 que muestra una prevalencia de CAR de 1.3%, de igual forma el género femenino obtuvo un mayor porcentaje (1.9%) que el género masculino (0.8%). Situación similar se presentó en esta investigación.

Para establecer de forma específica las CAR de mayor prevalencia se realizó la prueba de correlación de Pearson obteniendo los resultados plasmados en el anexo 8 en dónde se observa que existe una relación entre prevalencia de CAR y: “me da mucho miedo pesar demasiado” (.596), “procuró no comer aunque tenga hambre” (.743), “me preocupo mucho por la comida” (.637), “tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como” (.343), “noto que los demás preferirían que yo comiese más” (.397), “me siento muy culpable después de comer” (.675), “me preocupa el deseo de estar más delgado/a” (.696), “los demás piensan que estoy demasiado delgado/a” (.421), “me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo” (.472), “procuró no comer alimentos con azúcar” (.352), “siento que los alimentos controlan mi vida” (.376), “paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida” (.489), “me siento incomodo después de comer dulces” (.383), y “me comprometo a hacer régimen alimentario” (.286).

De las variables antes mencionadas la de mayor presencia fue: “procuró no comer aunque tenga hambre” con un grado de significancia de .743.

Es importante hacer notar que para el coeficiente de Pearson, entre más cerca del 1 existe mayor relación, y entre más cerca este del 0 existe menor relación entre 2 variables.

En base a esto las CAR que se detectaron entre los adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz fueron: práctica de ayunos con el 76.9% y seguimiento de dietas restrictivas con el 69.2%, el 46.15% presentan ambas CAR. Estos resultados son similares con investigaciones a nivel internacional; ya que Ballester (2003) y Urzua (2010) detectaron como principales CAR la práctica de ayunos y el seguimiento de dietas restrictivas a temprana edad. Estudios nacionales como el de Medrano (2012) en donde se menciona el primer lugar a nivel nacional en la práctica de ayunos prolongados en adolescentes; además la CAR que más se presenta a nivel nacional en adolescentes de 11 a 19 años según los resultados de la ENSANUT 2012 es el seguimiento de dietas restrictivas; esta conducta inapropiada fue la que se presentó en segundo lugar en la presente investigación.

Se puede observar que las Conductas Alimentarias de Riesgo que mayor prevalecen tanto a nivel internacional, nacional y en este trabajo son: práctica de ayunos y seguimiento de dietas restrictivas. La práctica de ayunos es muy común entre los adolescentes debido a que es la forma más sencilla que encuentran para lograr su objetivo de perder peso, ya que tienen la falsa idea que dejando de comer les será más fácil adelgazar; incluso esta conducta inadecuada muchas veces los adolescentes la practican por la necesidad de adaptarse a las circunstancias y no precisamente por tener el objetivo de bajar de peso; en ocasiones los adolescentes no les es posible llevar adecuadamente sus horarios de comidas, muchas veces omiten el desayuno e ingieren alimentos hasta la hora del receso en sus escuelas; la cena es otro de los tiempos de comida que más frecuentemente se omiten. Por esta razón la práctica de ayunos es la Conducta Alimentaria de Riesgo más común entre los adolescentes. El seguimiento de dietas restrictivas es la otra práctica de CAR que los adolescentes realizan con frecuencia para conseguir una figura corporal delgada ya que tienen la idea de que comiendo poco u omitiendo ciertos alimentos se tendrá una mejor

alimentación y se perderá peso de manera rápida; ignorando las consecuencias que tiene no llevar una dieta balanceada y equilibrada; ya que la mayoría de los adolescentes que realizan estas dietas no son asesorados por un profesional en Nutrición.

10. CONCLUSIONES

Los adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz son vulnerables a la práctica de Conductas Alimentarias debido a las inquietudes e insatisfacciones que tienen respecto a la percepción de su imagen corporal.

Esta problemática se presenta a edades tempranas, entre los 11 y 14 años, sobre todo para el género femenino. La práctica de Conductas Alimentarias de Riesgo fue más común en las mujeres; aunque también se presentó en hombres, demostrando que en tiempos recientes esta problemática ya no es exclusiva del género femenino.

No existe una relación entre el Estado de Nutrición y la práctica de CAR ya que el 69.23% de los casos que presentaron esta problemática no presentan alteraciones del Estado de Nutrición (Sobrepeso u obesidad); adolescentes con un Estado de Nutrición normal o incluso con problemas de bajo peso practican con mayor frecuencia CAR, evidenciando la influencia de distintos factores para la formulación de una imagen corporal, y la importancia que los adolescentes le dan a dicha imagen, el Estado de Nutrición que presentan, y las repercusiones que traerá para su salud tanto física como mental la práctica de CAR para lograr su objetivo.

La zona geográfica es un factor determinante para la práctica de Conductas Alimentarias de Riesgo; la escuela secundaria en donde se realizó la investigación se encuentra en una zona urbana, demostrando que en estas zonas es más común la presencia de esta problemática que en zonas rurales. Mostrando que el estilo de vida es factible para que los adolescentes practiquen CAR.

Al ser una escuela particular el nivel socioeconómico de los alumnos es de medio a alto, evidenciando que la práctica de CAR se presenta con frecuencia

en este tipo de escuelas, sin dejar de lado que en adolescentes de escuelas públicas también existe presencia de CAR.

Las Conductas Alimentarias de Riesgo que prevalecieron entre los adolescentes fueron: la práctica de ayunos y el seguimiento de dietas restrictivas. No existió presencia de la práctica de vómito auto inducido y el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, evidenciando que no es común que se presente a esta edad; sin embargo de acuerdo a los resultados de otras investigaciones también se pueden presentar.

11. SUGERENCIAS

Como posible solución ante la problemática de la práctica de Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes se sugiere lo siguiente:

- Creación e implementación de programas preventivos en escuelas secundarias sobre Conductas Alimentarias de Riesgo. Informando de manera precisa y concisa a los adolescentes todo lo relacionado con esta problemática, haciendo conciencia sobre las graves consecuencias que puede traer su práctica.
- Realizar a los adolescentes evaluaciones nutricionales constantes por Nutriólogos, así como aplicación de test que ayuden a identificar si se están presentando Conductas Alimentarias de Riesgo. Con esto se puede lograr un monitoreo constante a los alumnos, y así poder identificar de manera precoz la prevalencia de CAR, evitando así las graves complicaciones que puede traer la práctica de estas conductas.
- Gestionar con las autoridades municipales correspondientes, que se brinde apoyo en instituciones como el DIF a adolescentes que se han detectado con problemas nutricios y/o con presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. Ya que en el DIF municipal de Ozumba no se brinda atención nutricional por personal profesional capacitado.
- Brindar información a los padres de familia acerca de las CAR, y como poder detectar si sus hijos están presentando síntomas que pueden ser característicos de la práctica de alguna/s de estas conductas. Esta información se puede proporcionar mediante platicas en las escuelas por profesionales capacitados, así como la proporción de material informativo como trípticos y folletos

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Loubart M. Conductas Alimentarias: Un factor de riesgo en la adolescencia. Resultados preliminares en base a grupos focales con adolescentes y profesores. *Terapia psicológica*. 2006; 24(1): 31-37.
- 2) Nuño Gutiérrez BL, Celis De la Rosa A, Unikel Santoncini C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *RIC*. 2009; 61(4): 286-294.
- 3) Corta V. Vigia de los derechos de la niñez y adolescencia mexicana. Consejo Consultivo de UNICEF [Revista de internet] 2006 [acceso 19 de febrero de 2014]; 2(3). Disponible en http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_vigia_educacion.pdf
- 4) Casas Rivero JJ, González Fierro MJ. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr integral*. 2005; 4(1): 20-24.
- 5) Prieto AM. Cambios en la adolescencia. UPN-COSDAC [Revista de internet] (2012) [Acceso el 16 de febrero de 2014]; 3(4). Disponible en: www.educasexo.com
- 6) Gómez LF. Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. *CCAP*. 2007; 7(4): 38-50.
- 7) Troncos C, Amaya JP. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición* [Revista de internet] 2009 [acceso 13 de febrero de 2014]; 36(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400005>
- 8) Unikel Santoncini C, Villatoro Velázquez J, Medina-Mora Icazza ME, Fleiz Bautista C, Alcántar Molina EV, Hernández Rosario SA. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *RIC*. 2000; 52(2): 140-147.
- 9) Altamirano Martínez MB, Vizmanos Lamotte B, Unikel Santoncini C. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(5): 401-7.

- 10) Saucedo Molina T. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental [Revista de internet]* 2010 [acceso 7 de febrero de 2014]; 33(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000100002&script=sci_arttext
- 11) Ballester Armal R, Guirado MC. Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a 14 años. *Psicothema*. 2003; 15(4): 556-562.
- 12) Wall Medrano A, Rodríguez Tadeo A, Valenzuela Calvilo LS. Análisis de la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, el acceso a servicios preventivos de salud y la formación disciplinar con el nivel de conocimientos nutricionales de universitarios del norte de México. *Rev. Medica [Revista de internet]* 2012 [Acceso el 19 de febrero]; 2(2). Disponible en: <http://www.uv.mx/rm>.
- 13) Unikel Santoncini C, Caballero Romo A. Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010.
- 14) Urzúa A, Avendaño F, Díaz S, Checure D. Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista chilena de nutrición [Revista en internet]* 2010 [acceso 6 de febrero de 2014]; 37(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182010000300003>.
- 15) Paredes F, Nessier C, González M. percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. *DIAETA*. 2011; 29(136): 18-24.
- 16) Sanchez Planell L, Fernandez Valdez M. Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes*. 2002; 5(6): 314-24.
- 17) Gempeler Rueda J. Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2005; 34(2): 242-250.
- 18) De la Vega Morales RI, Gómez Peresmitré G. Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*. 2012; 22(2): 225-234.

- 19) Vaquero Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López Miñarro PA. Imagen corporal. *Nutr Hosp.* 2013; 28(1): 27-35.
- 20) Rodríguez JM, Mina FJ. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005. *Revista colombiana de obstetricia y de ginecología.* 2008; 59(3): 180-189.
- 21) Utrilla P. Aspectos farmacológicos de las anfetaminas. *Pharmacological Aspect of Amphetamines.* 2000; 41(1): 67-77.
- 22) Lenoir M, Silber TJ. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch. argent. pediatr.* 2006; 104(3): 253-260.
- 23) Adams J, Kirkby RJ. El exceso de ejercicio como adicción. *RET.* 2003; 31(34): 10-22.
- 24) Jáuregui Lobera I, Estébanez Humanes S, Santiago Fernández MJ. Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. *Archivos latinoamericanos de nutrición.* [Revista de internet] 2008 [acceso 19 de febrero de 2014]; 58(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222008000300010&script=sci_arttext
- 25) Cruz Bojórquez RM, Ávila Escalante ML, Cortés Sobrino MC, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM. Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud.* 2008; 18(2): 189-198.
- 26) Unikel C, Saucedo Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental.* 2002; 25(2): 49-57.
- 27) Guadarrama Guadarrama R, Mendoza Mojica SH. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología.* 2011; 16(1): 125-136.
- 28) Portela de Santana ML, Da Costa Ribeiro J, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Nutr Hosp.* 2012; 27(2): 391-401.

- 29) Espinosa Borrás A, Martínez González Barreto Penie J, Santana Porben S. Criterios diagnósticos del DSM V. *Revista Cubana Aliment Nutr.* 2007; 17(1): 72-89.
- 30) Monterrosa Castro A, Boneu Yépez D, Muñoz Méndez JT, Almanza Obredor PE. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias Biomédicas.* 2012; 3(1): 115-121.
- 31) Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012
- 32) Guisado JA, Vaz FJ. Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Revista de nutrición]* 2001 [acceso 18 de febrero de 2014]; 17(7). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352001000100003>
- 33) Aparicio M, Estrada L, Fernández C, Hernández RM, Ruiz M, Ramos D et al. Manual de antropometría. 2ªed. México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán; 2004.

13. ANEXOS

Anexo 1

Operalización de Variables

Variable	Definición de la variable	Tipo de variable	Indicador	Nivel de medición	Unidad de medida
Peso	Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona. A partir de esta cifra, es posible estimar ciertas características acerca de las condiciones de salud de un individuo.	Cuantitativa	Kilogramo	Kilogramo	Kilogramo
Talla	Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo, expresada en centímetros o metros.	Cuantitativa	Metros	Metros	Metros
Índice de masa corporal (IMC) Para adolescentes	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Ideado por el estadístico belga L. A. J. Quetelet, también se conoce como índice de Quetelet. Esta medida indica el estado de	Cuantitativo	kg/m ²	<p>IMC</p> <p>Bajo peso: Debajo del percentil 5.</p> <p>Normal: Entre los percentiles 10 y 85.</p> <p>Sobrepeso: Entre los percentiles 85-95</p> <p>Obesidad:</p>	kg/m ²

	nutrición de un individuo			percentil mayor a 95	
Atracón	El atracón es muy similar al cuadro de bulimia nerviosa, el sujeto oscila entre períodos de restricción y períodos de sobre ingesta de grandes cantidades de comida, caracterizada por una pérdida de control.	Cuantitativa	Escala de Likert. Test EAT-26	Siempre: 3 Muy a menudo: 2 A menudo: 1 Algunas veces: 0 Raramente: 0 Nunca: 0	Reactivos 4, 10, y 25
Seguimiento de dietas restrictivas	Este tipo de dietas se caracteriza por la omisión de algún tiempo de comida, hasta inclusive consumir solo alrededor de 500 kilocalorías al día, son muy extremas y obsesivas para quienes las practica.	Cuantitativa	Escala de Likert. Test EAT-26	Siempre: 3 Muy a menudo: 2 A menudo: 1 Algunas veces: 0 Raramente: 0 Nunca: 0	Reactivos 3, 6, 7, 16, 17, 19, 21 y 23
Abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas	El consumo de estas sustancias es empleado como métodos purgativos para lograr bajar de peso	Cuantitativa	Escala de Likert. Test EAT-26	Siempre: 3 Muy a menudo: 2 A menudo: 1 Algunas veces:	Reactivos 1, 11, 14 y 24

	con mayor facilidad.			0 Raramente: 0 Nunca: 0	
Exceso de ejercicio	Esta conducta se refiere al abuso en la práctica de actividad física o deporte con el fin de obtener y mantener una imagen corporal ideal. Por lo general esta conducta está ligada a otras prácticas alimentarias de riesgo.	Cuantitativa	Escala de Likert. Test EAT-26	Siempre: 3 Muy a menudo: 2 A menudo: 1 Algunas veces: 0 Raramente: 0 Nunca: 0	Reactivos 11, 12 y 14
Vómito auto inducido	La finalidad de quienes practican el vómito auto inducido es alcanzar una figura "ideal". Estos se presentan por lo general después de un episodio de atracón debido al sentimiento de culpabilidad.	Cuantitativa	Escala de Likert. Test EAT-26	Siempre: 3 Muy a menudo: 2 A menudo: 1 Algunas veces: 0 Raramente: 0 Nunca: 0	Reactivos 9, 10, 24 y 26.
Práctica de ayunos	Es una reducción o abstinencia al consumir alimentos, va desde evitar un alimento considerado engordante, la omisión de un tiempo de comida, hasta el ayuno total.	Cuantitativa	Escala de Likert. Test EAT-26	Siempre: 3 Muy a menudo: 2 A menudo: 1 Algunas veces: 0 Raramente: 0 Nunca: 0	Reactivos 2, 7, 15, 16 y 22

Ozumba de Alzate, México, Mayo del 2014

**DRA. LETICIA SÁNCHEZ VÁZQUEZ
DIRECTORA DEL COLEGIO PARTICULAR
SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ
PRESENTE**

Sirva este conducto para enviarle un cordial saludo y a la vez solicitar de la manera más atenta su autorización para realizar el trabajo de investigación que lleva por título: **“CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES”** con los alumnos que asisten a la Secundaria del Colegio Sor Juana Inés de la Cruz, que tan dignamente dirige. Esto con el fin de analizar la presencia de conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes y poder detectar a aquellos alumnos que las padecen, como una forma de prevenir los cuadros de Anorexia y Bulimia que se presentan con cierta frecuencia en este grupo de edad. Otro objetivo es realizar mi tesis profesional y poder obtener el título como licenciado en nutrición.

La intervención con los alumnos consistirá en la medición de peso y talla para la obtención del IMC y de esta forma obtener el diagnóstico del Estado de Nutrición de los estudiantes, además de la aplicación del Test EAT-24 para obtener las conductas alimentarias de riesgo.

Previo a la intervención y si Usted lo considera conveniente se dará una plática a los padres de familia sobre “Conductas alimentarias de riesgo” para que estén enterados y se les entregará una Carta de Consentimiento informado para que den la autorización correspondiente.

Agradeciendo su amable atención y en espera de tener una respuesta favorable, queda de usted:

A T E N T A M E N T E

C. Guillermo García Espinosa
Pasante de la Lic. En Nut.



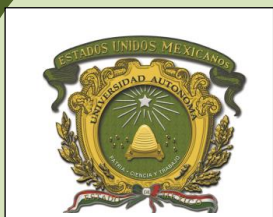
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO,
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA

CARTA CONSENTIMIENTO

Por medio del presente, conociendo el objetivo del trabajo de investigación, y estando informado de las actividades que se realizarán para alcanzar dicho objetivo, autorizo que mi hijo (a):
_____ del _____ grado de secundaria del colegio Sor Juana Inés de la Cruz participe en el trabajo de investigación “conductas alimentarias de riesgo”, que se llevará a cabo en las instalaciones de la institución durante el mes de mayo del presente año.

Firma de autorización del padre o tutor

CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES

CÉDULA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Alumno (a): _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____

Antropometría

Peso/Talla Peso: _____ Talla: _____

ICC. Cintura: _____ Cadera: _____

IMC: _____ Percentil: _____ Diagnostico: _____

Observaciones: _____

Técnica para medición de peso

De acuerdo a la técnica de medición del manual de antropometría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán para la toma del peso, la báscula se debe encontrar en una superficie plana, horizontal y firme. Antes de iniciar, comprobar el adecuado funcionamiento de la báscula y su exactitud, esto último mediante el uso de pesas previamente taradas si la báscula es de palanca y plataforma.

- 1) Verificar que ambas vigas de la palanca se encuentren en cero y la báscula esté bien balanceada.

- 2) Colocar al paciente en el centro de la plataforma. El paciente debe pararse de frente al medidor, erguido con hombros abajo, los talones juntos y con las puntas separadas.

- 3) Verificar que los brazos del paciente estén hacia los costados y holgados, sin ejercer presión.

- 4) Checar que la cabeza esté firme y mantenga la vista al frente en un punto fijo.

- 5) Evitar que el paciente se mueva para evitar oscilaciones en la lectura del peso.

- 6) Deslizar la viga de abajo (graduaciones de 20 kg), hacia la derecha aproximando el peso del paciente. Si la flecha de la palanca se va hacia abajo, avanzar la viga al número inmediato inferior.

- 7) Deslizar la viga de arriba (graduaciones en kg y 100 gramos) hacia la derecha hasta que la flecha de la palanca quede en cero y no esté oscilando. A veces es necesario realizar varios movimientos hasta que quede la flecha fija en el cero.

8) Realizar la lectura de la medición en kg y g y de frente. Otra opción es bajar al paciente y hacer la lectura. Registrar el dato inmediatamente y: por ejemplo, 48.5.

Antes de medir, vigila que el paciente se quite los zapatos, u objetos que alteren la toma del peso. La medición se hará con la menor cantidad de ropa posible para el paciente.

Técnica para medición de talla

De acuerdo a la técnica de medición del manual de antropometría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán la estatura se mide con la persona de pie y sin zapatos ni adornos en la cabeza que dificulten o modifiquen la medición.

- 1) Colocar al paciente para realizar la medición. La cabeza, hombros, caderas y talones juntos deberán estar pegados a la pared bajo la línea de la cinta del estadímetro. Los brazos deben colgar libre y naturalmente a los costados del cuerpo.
- 2) Mantén la cabeza del paciente firme y con la vista al frente en un punto fijo. Solicitar que contraiga los glúteos, y estando frente a él colocar ambas manos en el borde inferior del maxilar inferior del explorado, ejerciendo una mínima tracción hacia arriba, como si desearas estirarle el cuello.
- 3) Vigila que el paciente no se ponga de puntillas colocando su mano en las rodillas, las piernas rectas, talones juntos y puntas separadas, procurando que los pies formen un ángulo de 45° .
- 4) Desliza la escuadra del estadímetro de arriba hacia abajo hasta topar con la cabeza del paciente, presionando suavemente contra la cabeza para comprimir el cabello.
- 5) Verifica nuevamente que la posición del paciente sea la adecuada.
- 6) Tomar la lectura de la medición; para ello cuida que la escuadra del estadímetro se encuentre pegada a la pared y horizontal al plano de medición.
- 7) Realizar la lectura con los ojos en el mismo plano horizontal que la marca de la ventana del estadímetro y registra la medición con exactitud de un mm: por ejemplo, 147.6. La lectura se hace de arriba hacia abajo.

Eating Attitudes Test (EAT-26)

Instrucciones: Esta es una medida de cribado para ayudarle a determinar si es posible que tenga un trastorno alimentario que necesita atención profesional. Por favor complete el siguiente formulario con la mayor precisión, honesta y completa como sea posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son confidenciales.

Parte A: Complete lo siguiente:

Nombre: _____

Género: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: _____

Peso Actual: _____

Talla: _____

Parte B: Disponibilidad de una respuesta para cada una de las siguientes afirmaciones:

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1 Me da mucho miedo pesar demasiado.						
2 Procura no comer aunque tenga hambre.						
3 Me preocupó mucho por la comida.						
4 A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que						

como.						
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de Carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.).						
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
9 Vomito después de haber comido.						
10 Me siento muy culpable después de comer.						
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
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 otras personas.						
16 Procuro no comer alimentos con azúcar.						
17 Cómo alimentos de régimen.						
18 Siento que los alimentos controlan mi vida.						
19 Me controlo en las comidas.						
20 Noto que los demás me presionan para que coma.						
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
23 Me comprometo a hacer régimen.						
24 Me gusta sentir el estómago vacío.						
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

Parte C: Preguntas del Comportamiento:

En los últimos 6 meses, ¿usted:

	Nunca	Una vez al mes o menos	2-3 veces al mes	Una vez a la semana	2-6 veces a la	Una vez al día o más
--	-------	------------------------	------------------	---------------------	----------------	----------------------

					semana	
A) Tenido atracones de comida donde usted siente que usted no puede ser capaz de parar?						
B) Jamás se ha hecho a sí mismo enfermo (vomitado) para controlar su peso o la forma?						
C) ¿Alguna vez se usa laxantes, pastillas para adelgazar o diuréticos (píldoras de agua) para controlar su peso o la forma?						
D) Ejercido más de 60 minutos al día para perder o controlar su peso?						
E) Perdió 20 libras o más en los últimos 6 meses						
F) ¿Alguna vez ha tratado de un trastorno alimentario?						

Puntaje

Referencia Criterios A, B y C

- EAT-26 Prueba Puntuación:

Elementos de prueba y de puntuación total de la prueba:

- Reactivos 1-25 se califican de la siguiente manera Siempre: 3, muy a menudo: 2, a menudo: 1, algunas veces: 0, raramente: 0, nunca: 0;
- Reactivo 26 se anotó en la dirección opuesta (Nunca: 3, etc)
- Puntaje total de la prueba: Añadir puntuaciones de los ítems de una "puntuación total de la prueba."

Es el total de 20 o más? __ No __ Sí, hacer una referencia

Preguntas de comportamiento:

- Se comprueba que el entrevistado afirme a cualquiera de las preguntas ___No ___Sí, hacer una referencia

Interpretación

La interpretación del Eating Attitudes Test (EAT-26) se basa en tres "criterios de referencia" que determinan si el demandado deberá buscar una nueva evaluación de su riesgo de sufrir un trastorno alimentario. Estos son:

- 1) La puntuación total en el actual COMER elementos de prueba;
- 2) preguntas de comportamiento que indican posibles síntomas de trastornos alimentarios o reciente pérdida de peso significativa;

Información adicional de Interpretación:

EAT-26 las puntuaciones: Una puntuación igual o superior a 20 en el EAT-26 indica un alto nivel de preocupación por la dieta, el peso corporal o los comportamientos alimentarios problemáticos. Si su puntuación es superior a 20, usted debe buscar una evaluación por un profesional de la salud calificado para determinar si su puntaje refleja un problema que merece atención clínica. Sin embargo, por favor tenga en cuenta que las puntuaciones altas no siempre reflejan el exceso de preocupación por el peso corporal, la forma del cuerpo, y comer. Estudios de cribado han demostrado que algunas personas con puntuaciones altas no tienen trastornos de la alimentación. Independientemente de su calificación, si usted está sufriendo de sentimientos que le están causando preocupación o que interfieren con su funcionamiento diario, usted debe buscar una evaluación de un profesional de la salud mental capacitado.

Preguntas de comportamiento: Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas de comportamiento, usted debe buscar una evaluación de un profesional de la salud mental capacitado que se especializa en el tratamiento de trastornos de la alimentación. Es importante tener en cuenta la frecuencia y el contexto de los comportamientos necesita para determinar el grado de riesgo médico que representan. Por ejemplo, tanto los vómitos y el uso de laxantes para controlar el peso confieren peligros médicos graves en relación directa con su frecuencia. Sin embargo, el uso menos frecuente de estas conductas sigue siendo

un grave motivo de preocupación ya que estas conductas tienden a aumentar con el tiempo.

El EAT-26 es un refinamiento del EAT-40 original que fue publicado por primera vez en 1979 y se utilizó en uno de los primeros estudios para examinar los factores socio-culturales en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Desde entonces, la prueba ha sido traducido a muchos idiomas y se utiliza en cientos de estudios. La publicación original (Garner, DM y Garfinkel, PE, 1979, Medicina Psicológica) y la posterior publicación que describe el refinamiento de la prueba (Garner 1982, Medicina Psicológica) son la tercera y cuarta en la lista de los 10 artículos más citados en la historia de la revista Psychological Medicine. Esta revista fue fundada hace más de 40 años. Así, el Eating Attitudes Test ha tenido un impacto enorme en el campo de las conductas alimentarias de riesgo y a su vez de los trastornos alimentarios

Prueba de hipótesis (Correlación de variables)

Correlación de prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo con el Test EAT-26.

Reactivo	N	Sig. (Bilateral)	Correlación de Person	Existe relación
Me da mucho miedo pesar demasiado.	48	.000	.596**	Si
Procuro no comer aunque tenga hambre.	48	.000	.743**	Si
Me preocupo mucho por la comida.	48	.000	.637**	Si
A veces me eh “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	48	.105	.237	No
Corto mis alimentos en trozos pequeños.	48	.067	.266	No
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	48	.017	.343*	Si
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (Por ejem. pan, arroz, dulces, etc.).	48	.162	.205	No
Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	48	.005	.397*	Si
Vomito después de haber comido.	48	.260	.166	No
Me siento muy culpable después de comer.	48	.000	.675*	Si
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	48	.000	.696**	Si
Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	48	.205	.186	No
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	48	.003	.421**	Si
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	48	.001	.472**	Si
Tardo en comer más que las otras personas.	48	.534	.092	No
Procuro no comer alimentos con azúcar.	48	.014	.352*	Si
Como alimentos de régimen.	48	.723	.053	No
Siento que los alimentos controlan mi vida.	48	.008	.376**	Si
Me controlo en las comidas.	48	..073	.261	No
Noto que los demás me presionan para que coma.	48	.152	.210	No
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	48	.000	.489**	Si
Me siento incomodo/a después de comer dulces.	48	.007	.383**	Si
Me comprometo a hacer régimen alimentario.	48	..049	.286*	Si
Me gusta sentir el estómago vacío.	48	.554	.088	No
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	48	.115	.230	No
Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	48	.960	.008	No

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Cuadro 1: Población estudiada

Adolescentes	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
12-13 años	15	53.6	8	40
14-15 años	13	46.4	12	60

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 2: Estado de Nutrición por IMC (Masculino)

Rangos de edad	Bajo peso		Normal		Sobre peso		Obesidad	
	F	%	F	%	F	%	F	%
12-13 años	0	0	12	42.8	3	10.7	0	0
14-15 años	1	3.5%	8	28.5	4	14.2	0	0

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 3: Estado de Nutrición por IMC (Femenino)

Rangos de edad	Bajo peso		Normal		Sobre peso		Obesidad	
	f	%	F	%	F	%	F	%
12-13 años	0	0	6	30	0	0	2	10
14-15 años	1	5	9	45	2	10	0	0

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 4: Me da mucho miedo pesar demasiado (Género masculino)

Rango de edad	Opciones de respuesta											
	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	f	%	f	%
12-13 años	2	7.1	3	10.7	1	3.5	1	3.5	6	21.4	2	7.1
14-15 años	1	3.5	2	7.1	1	3.5	2	7.1	5	17.8	2	7.1
Totales	3	10.7	5	17.8	2	7.1	3	10.7	11	39.2	4	14.2

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 5: Procuo no comer aunque tenga hambre (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%	f	%
12-13 años	1	3.5	2	7.1	1	3.5	0	0	1	3.5	10	35.7
14-15 años	1	3.5	1	3.5	1	3.5	0	0	6	21.4	4	14.2
Totales	2	7.1	3	10.7	2	7.1	0	0	7	25.0	14	35.7

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 6: Me preocupo mucho por la comida (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	3.5	2	7.1	1	3.5	2	7.1	5	17.8	4	14.2
14-15 años	1	3.5	0	0	2	7.1	3	10.7	4	14.2	3	10.7
Totales	2	7.1	2	7.1	3	10.7	5	17.8	9	32.1	7	25

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 7: A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	1	3.5	0	0	1	3.5	5	17.8	8	28.5
14-15 años	0	0	0	0	1	3.5	2	7.1	4	14.2	6	21.4
Totales	0	0	1	3.5	1	3.5	3	10.7	9	32.1	14	50

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 8: Corto mis alimentos en trozos pequeños (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	3.5	2	7.1	3	10.7	0	0	2	7.1	7	25
14-15 años	1	3.5	1	3.5	0	0	5	17.8	3	10.7	3	10.7
Totales	2	7.1	3	10.7	3	10.7	5	17.8	5	17.8	10	35.7

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 9: Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	F	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	2	7.1	0	0	3	10.7	1	3.5	3	10.7	6	21.4
14-15 años	0	0	1	3.5	0	0	2	7.1	3	10.7	7	25.0
Totales	2	7.1	1	3.5	3	10.7	3	10.7	6	21.4	13	46.4

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 10: Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejem. pan, arroz, dulces, etc.) (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
12-13 años	0	0	2	7.1	3	10.7	4	14.2	3	10.7	3	10.7
14-15 años	0	0	0	0	0	0	4	14.2	3	10.7	6	21.4
Totales	0	0	2	7.1	3	10.7	8	28.5	6	21.4	9	32.1

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 11: Noto que los demás preferirían que yo comiese menos (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	3.5	1	3.5	2	7.1	1	3.5	2	7.1	8	28.5
14-15 años	1	3.5	1	3.3	0	0	1	3.5	3	10.7	7	25.0
Totales	2	7.1	2	7.1	2	7.1	2	7.1	5	17.8	15	53.5

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 12: Vomito después de haber comido (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	0	0	1	3.5	3	10.7	11	39.2
14-15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	46.4
Totales	0	0	0	0	0	0	1	3.5	3	10.7	24	85.7

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 13: Me siento muy culpable después de comer (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7.1	13	46.4
14-15 años	0	0	0	0	0	0	1	3.5	1	3.5	11	39.2
Totales	0	0	0	0	0	0	1	3.5	3	10.7	24	85.7

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 14: Me preocupa el deseo de estar más delgado/a (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	2	7.1	0	0	0	0	0	0	2	7.1	11	39.2
14-15 años	1	3.5	0	0	0	0	1	3.5	8	28.5	3	10.7
Totales	3	10.7	0	0	0	0	1	3.5	10	35.7	14	50.0

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 15: Hago mucho ejercicio para quemar calorías (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	3	10.7	4	14.2	0	0	2	7.1	5	17.8	1	3.5
14-15 años	1	3.5	0	0	2	7.1	2	7.1	4	14.2	4	14.2
Totales	4	14.2	4	14.2	2	7.1	4	14.2	9	32.1	5	17.8

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 16: Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	3.5	2	7.1	0	0	1	3.5	1	3.5	10	35.7
14-15 años	1	3.5	0	0	0	0	2	7.1	4	14.2	6	21.4
Totales	2	7.1	2	7.1	0	0	3	10.7	5	17.8	16	57.1

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 17: Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	5	17.8	0	0	0	0	0	0	4	14.2	6	21.4
14-15 años	0	0	0	0	0	0	1	3.5	4	14.2	8	28.5
Totales	5	17.8	0	0	0	0	1	3.5	8	28.5	14	50.0

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 18: Tardo en comer más que las otras personas (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	2	7.1	2	7.1	0	0	2	7.1	7	25.0	2	7.1
14-15 años	1	3.5	0	0	1	3.5	2	7.1	2	7.1	7	25.0
Totales	3	10.7	2	7.1	1	3.5	4	14.4	9	32.1	9	32.1

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 19: Procuo no comer alimentos con azúcar (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	2	7.1	1	3.5	3	10.7	4	14.4	6	21.4
14-15 años	1	3.5	1	3.5	0	0	1	3.5	3	10.7	7	25.0
Totales	1	3.5	3	10.7	1	3.5	4	14.4	7	25.0	12	42.8

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 20: Como alimentos de régimen (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	4	14.4	3	10.7	2	7.1	4	14.4	2	7.1
14-15 años	0	0	0	0	0	0	3	10.7	5	17.8	5	17.8
Totales	0	0	4	14.4	3	10.7	5	17.8	9	32.1	7	25.0

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 21: Siento que los alimentos controlan mi vida (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	2	7.1	1	3.5	1	3.5	2	7.1	9	32.1
14-15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10.7	10	35.7
Totales	0	0	2	7.1	1	3.5	1	3.5	5	17.8	19	67.8

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 22: Me controlo en las comidas (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
12-13 años	9	32.1	2	7.1	0	0	1	3.5	2	7.1	1	3.5
14-15 años	2	7.1	0	0	2	7.1	4	14.2	2	7.1	3	10.7
Totales	11	39.2	2	7.1	2	7.1	5	17.8	4	14.2	4	14.2

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 23: Noto que los demás me presionan para que coma (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	3.5	1	3.5	2	7.1	0	0	1	3.5	10	35.7
14-15 años	0	0	0	0	2	7.1	0	0	2	7.1	9	32.1
Totales	1	3.5	1	3.5	4	14.2	0	0	3	10.7	19	67.8

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 24: Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	2	7.1	0	0	0	0	2	7.1	1	3.5	10	35.7
14-15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	5	17.8	8	28.5
Totales	2	7.1	0	0	0	0	2	7.1	6	21.4	18	64.2

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 25: Me siento incomodo/a después de comer dulces (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	3	10.7	0	0	0	0	4	14.2	1	3.5	7	25.0
14-15 años	0	0	1	3.5	1	3.5	0	0	2	7.1	9	32.1
Totales	3	10.7	1	3.5	1	3.5	4	14.2	3	10.7	16	57.1

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 26: Me comprometo a hacer régimen alimentario (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	3.5	5	17.8	0	0	3	10.7	4	14.2	2	7.1
14-15 años	0	0	0	0	0	0	3	10.7	4	14.2	6	21.4
Totales	1	3.5	5	17.8	0	0	6	21.4	8	28.5	8	28.5

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 27: Me gusta sentir el estómago vacío (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	2	7.1	2	7.1	4	14.2	7	25.0
14-15 años	0	0	0	0	0	0	1	3.5	4	14.2	8	28.5
Totales	0	0	0	0	2	7.1	3	10.7	8	28.5	15	53.7

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 28: Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	9	32.1	1	3.5	3	10.7	0	0	0	0	2	7.1
14-15 años	5	17.8	1	3.5	0	0	4	14.2	2	7.1	1	3.5
Totales	14	50.0	2	7.1	3	10.7	4	14.2	2	7.1	3	10.7

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 29: Tengo ganas de vomitar después de las comidas (Género masculino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
12-13 años	0	0	0	0	1	3.5	2	7.1	3	10.7	9	32.1
14-15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.5	12	42.8
Totales	0	0	0	0	1	3.5	2	7.1	4	14.2	21	75.0

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 30: Me da mucho miedo pesar demasiado (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	2	10	1	5	0	0	1	5	4	20	0	0
14-15 años	2	10	2	10	2	10	4	20	1	5	1	5
Totales	4	20	3	15	2	10	5	25	5	25	1	5

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 31: Procuro no comer aunque tenga hambre (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	2	10	0	0	3	15	0	0	2	10
14-15 años	4	20	1	5	0	0	3	15	4	20	0	0
Totales	5	25	3	15	0	0	6	30	4	20	2	10

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 32: Me preocupo mucho por la comida (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	0	0	1	5	2	10	0	0	4	20
14-15 años	4	20	0	0	2	10	0	0	2	10	4	20
Totales	5	25	0	0	3	15	2	10	2	10	8	40

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 33: A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	1	5	0	0	1	5	3	15	2	10
14-15 años	0	0	0	0	0	0	4	20	0	0	8	40
Totales	1	5	1	5	0	0	5	25	3	15	10	50

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 34: Corto mis alimentos en trozos pequeños (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	0	0	2	10	1	5	1	5	3	15
14-15 años	1	5	0	0	2	10	4	20	2	10	3	15
Totales	2	10	0	0	4	20	5	25	3	15	6	30

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 35: Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
(Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	3	15	1	5	0	0	0	0	2	10	2	10
14-15 años	0	0	1	5	2	10	2	10	2	10	5	25
Totales	3	15	2	10	2	10	2	10	4	20	7	35

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 36: Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono
(por ejem. pan, arroz, dulces, etc.) (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	1	5	0	0	1	5	1	5	4	20
14-15 años	0	0	0	0	0	0	3	15	3	15	6	30
Totales	1	5	1	5	0	0	4	20	4	20	10	50

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 37: Noto que los demás preferirían que yo comiese menos (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	1	5	2	10	0	0	5	25
14-15 años	2	10	1	5	2	10	2	10	2	10	3	15
Totales	2	10	1	5	3	15	4	20	2	10	8	40

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 38: Vómito después de haber comido (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	7	35
14-15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	60
Totales	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	19	95

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 39: Me siento muy culpable después de comer (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	2	10	1	5	0	0	0	0	0	0	5	25
14-15 años	3	15	0	0	1	5	0	0	2	10	6	30
Totales	5	25	1	5	1	5	0	0	2	10	11	55

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 40: Me preocupa el deseo de estar más delgado/a (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	2	10	0	0	0	0	1	5	4	20	1	5
14-15 años	2	10	1	5	0	0	1	5	2	10	6	30
Totales	4	20	1	5	0	0	2	10	6	30	7	35

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 41: Hago mucho ejercicio para quemar calorías (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	0	0	1	5	0	0	4	20	2	10
14-15 años	0	0	0	0	1	5	1	5	8	40	2	10
Totales	1	5	0	0	2	10	1	5	12	60	4	20

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 42: Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
12-13 años	2	10	1	5	0	0	1	5	1	5	3	15
14-15 años	2	10	0	0	1	5	3	15	2	10	4	20
Totales	4	20	1	5	1	5	4	20	3	15	7	35

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 43: Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	2	10	1	5	0	0	1	5	3	15
14-15 años	2	10	2	10	0	0	2	10	3	15	3	15
Totales	3	15	4	20	1	5	2	10	4	20	6	30

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 44: Tardo en comer más que las otras personas (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	1	5	4	20	1	5	2	10
14-15 años	2	10	1	5	0	0	3	15	2	10	4	20
Totales	2	10	1	5	1	5	7	35	3	15	6	30

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 45: Procuero no comer alimentos con azúcar (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	1	5	0	0	1	5	0	0	6	30
14-15 años	1	5	0	0	0	0	1	5	4	20	6	30
Totales	1	5	1	5	0	0	2	10	4	20	12	60

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 46: Como alimentos de régimen (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	1	5	0	0	0	0	2	10	5	25
14-15 años	1	5	1	5	0	0	2	10	5	25	3	15
Totales	1	5	2	10	0	0	2	10	7	35	8	40

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 47: Siento que los alimentos controlan mi vida (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	0	0	0	0	0	0	3	15	4	20
14-15 años	3	15	1	5	0	0	1	5	1	5	6	30
Totales	4	20	1	5	0	0	1	5	4	20	10	50

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 48: Me controlo en las comidas (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	1	5	1	5	0	0	1	5	2	10	3	15
14-15 años	0	0	1	5	1	5	5	25	5	25	0	0
Totales	1	5	2	10	1	5	6	30	7	35	3	15

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 49: Noto que los demás me presionan para que coma (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	6	30
14-15 años	1	5	0	0	2	10	2	10	2	10	5	25
Totales	1	5	0	0	2	10	2	10	4	20	11	55

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 50: Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
12-13 años	1	5	0	0	0	0	1	5	0	0	6	30
14-15 años	1	5	1	5	0	0	0	0	3	15	7	35
Totales	2	10	1	5	0	0	1	5	3	15	13	65

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 51: Me siento incomodo/a después de comer dulces (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
12-13 años	0	0	2	10	0	0	0	0	0	0	6	30
14-15 años	0	0	1	5	1	5	0	0	3	15	7	35
Totales	0	0	3	15	1	5	0	0	3	15	13	65

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 52: Me comprometo a hacer régimen alimentario (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	2	10	0	0	1	5	2	10	0	0	3	15
14-15 años	0	0	1	5	2	10	2	10	3	15	4	20
Totales	2	10	1	5	3	15	4	20	3	15	7	35

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 53: Me gusta sentir el estómago vacío (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	1	5	2	10	1	5	4	20
14-15 años	1	5	0	0	1	5	2	10	0	0	8	40
Totales	1	5	0	0	2	10	4	20	1	5	12	60

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 54: Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	4	20	0	0	1	5	2	10	1	5	0	0
14-15 años	1	5	3	15	2	10	4	20	2	10	0	0
Totales	5	25	3	15	3	15	6	30	3	15	0	0

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 55: Tengo ganas de vomitar después de las comidas (Género femenino)

Opciones de respuesta												
Rango de edad	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Algunas veces		Raramente		Nunca	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
12-13 años	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	7	35
14-15 años	0	0	0	0	1	5	1	5	1	5	9	45
Totales	0	0	0	0	1	5	1	5	2	10	16	80

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 56. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo				
Adolescentes	Si		No	
	f	%	f	%
12-13 años	7	14.5	16	33.3
14-15 años	6	12.5	19	39.5
Totales	13	27.0	35	72.9

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 57. Conductas Alimentarias de Riesgo por rango de edad (género masculino).

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo				
Rango de edad	Si		No	
	f	%	f	%
12 a 13 años	3	10.7	12	42.8
14 a 15 años	1	3.5	12	42.8
Totales	4	14.2	24	85.7

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"

Cuadro 58. Conductas Alimentarias de Riesgo por rango de edad (género femenino).

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo				
Rango de edad	Si		No	
	f	%	F	%
12 a 13 años	4	20	4	20
14 a 15 años	5	25	7	35
Totales	9	45	11	55

Fuente: Base de datos de la investigación. "Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de la Escuela Secundaria Particular Sor Juana Inés de la Cruz de Ozumba, Estado de México, ciclo escolar 2013-2014"