

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS
EN ADOLESCENTES Y SU RELACION CON
INDICE DE MASA CORPORAL**

Por:

LIC. ALINA EDITH CHAVEZ HERRERA

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

DICIEMBRE, 2005

TM

TX360

C6

C5

2005

c.1

DICIONARIO

ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES

Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

TM

TX360

C6

C5

2005

c.1

DICIONARIO

ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES

Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

TM

TX360

C6

C5

2005

c.1

DICIONARIO

ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES

Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL

Y SU RELACION CON EL INDICE DE MASA CORPORAL



1080128586

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS
EN ADOLESCENTES Y SU RELACION CON
INDICE DE MASA CORPORAL

Por:

LIC. ALINA EDITH CHAVEZ HERRERA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2005

TM

TX 360

.C6

CS

2005



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES Y SU
RELACIÓN CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

Por

LIC. ALINA EDITH CHÁVEZ HERRERA

**Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

DICIEMBRE, 2005

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES Y SU
RELACIÓN CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Por

LIC. ALINA EDITH CHÁVEZ HERRERA

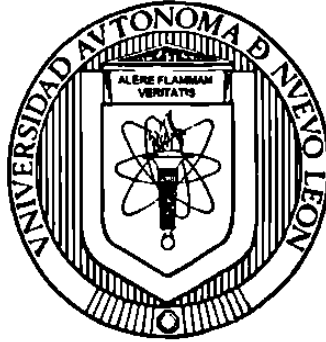
Director de Tesis

ME. MA. DEL REFUGIO DURÁN LÓPEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2005

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES Y SU
RELACIÓN CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Por

LIC. ALINA EDITH CHÁVEZ HERRERA

Asesor Estadístico

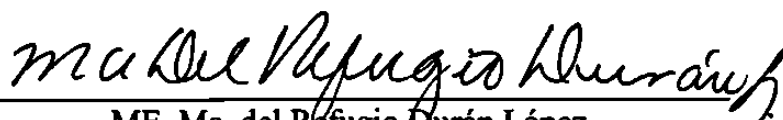
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, Ph D

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

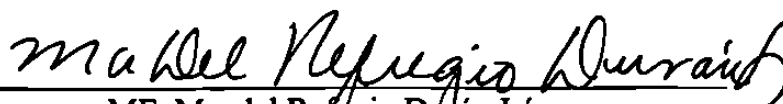
DICIEMBRE, 2005

ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES Y SU
RELACIÓN CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL

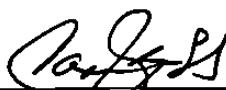
Aprobación de Tesis



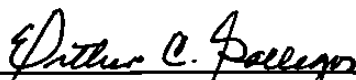
ME. Ma. del Refugio Durán López
Director de Tesis



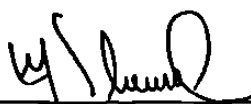
ME. Ma. del Refugio Durán López
Presidente



ME. Carmelita Pedraza Loredo
Secretario



Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD.
Vocal



MSP. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

DEDICATORIA

A Dios por permitirme realizar un sueño que aspiraba alcanzar desde que estudiaba la licenciatura y por estar a mi lado y en mi corazón en los momentos que mas lo necesite.

A mis padres: Sr. Daniel Chávez Sanpedro y Sra. Iliana Edith Herrera García. En especial a mi mami por apoyar incondicionalmente todas las decisiones y sueños que he emprendido a lo largo de mis 26 años de vida, y sobre todo por ser una madre tan amorosa, comprensiva, siempre dedicada a mi bienestar y el de mis hermanos.

A mis hermanos Ileana y Daniel por ser los mejores hermanos que Dios me pudo haber dado y el apoyo y palabras de aliento que siempre he recibido de ambos.

A mi abuelita la Sra. Maria Sampedro, mis tías Omega, Socorro, Alfa, Lucila y mis primas y primos por siempre hacerme sentir su cariño y preocupación por mi bienestar durante mis estancias en la ciudad de México. También a mi tía Ana Elena por compartir sus experiencias conmigo y mis tíos Guayín, Miguel Angel así como mi primo y primas.

A Juan Manuel por su cariño y apoyo a pesar de la distancia. A mis queridas amigas Lupita, Ileana, Alejandra, Wendy, Cecilia y mis buenos compadres Josseline, Manuel y mi ahijado Manuelito. Porque todos han estado a mi lado en los momentos mas importantes de mi vida y sobre todo por su incondicional amistad.

A Patricia, Ramonita, Francisco, Nuvia, Edilberto y Nallely por ser los mejores amigos y compañeros de trabajo durante el desarrollo de la maestría.

A mis amigas de postgrado, Antonieta y Rosy por ofrecerme su amistad y apoyo durante toda mi estancia en Monterrey. A mi buen amigo Milton y sus consejos novedosos. A mis amigos Francisco Rafael y Karla Selene por brindarme su amistad y compartir sus experiencias conmigo.

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) por las facilidades brindadas para el desarrollo y conclusión de la maestría.

A la C. Rectora de la Universidad Autónoma de Campeche C.P. Enna Alicia Sandoval Castellanos, por impulsar el desarrollo de programas de postgrado en el personal docente de la Universidad.

A la Lic. María Candelaria Aguilar Briceño, representante institucional del PROMEP, por el gran apoyo, consejos y gestiones realizadas para concluir esta maestría.

A la MCE. Margarita Quintana Dzul, directora de la Escuela Superior de Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche por su apoyo y facilidades brindadas para la conclusión de la maestría.

A la ME. Ma. Del Refugio Duran López , por compartir su gran experiencia y conocimientos en cada asesoría. Sobre todo por transmitirme su gran interés, así como su dedicación a la investigación.

A la MSP. María Magdalena Alonso Castillo por el apoyo brindado para la culminación de la maestría en esta ciudad.

A el MEC. Juan Francisco Zamudio Rodríguez, director y la MEC. Ma. De Lourdes Zambrano Moreno, subdirector académico de la preparatoria no. 22 de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por las facilidades brindadas durante la recabación de datos para la realización de la tesis.

A el MCE. Francisco Rafael Guzmán y la MCE. Karla Selene López por el apoyo moral y disponibilidad de ayuda para concluir la tesis.

A todos mis maestros y compañeros de maestría que durante todo este proceso de aprendizaje estuvieron a mi lado y gracias a Dios hoy culmino con éxito. Muchas Gracias.

A todo el personal administrativo de la Subdirección de Posgrado e Investigación por su amabilidad y facilidades prestadas.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	5
Definición de Términos	8
Objetivos	8
Hipótesis	8
Capítulo II	
Metodología	9
Diseño de Estudio	9
Población, Muestreo y Muestra	9
Criterios de Inclusión	10
Procedimiento y Selección de Participantes	10
Mediciones	11
Confiabilidad del Instrumento	12
Consideraciones Éticas	13
Estrategias de análisis de Resultados	15
Capítulo III	
Resultados	16
Estadística Descriptiva	18
Estadística Inferencial	19

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	29
Conclusiones	32
Recomendaciones	32
Referencias	34
Apéndices	
A Tablas de Selección Aleatoria	38
B Asignación Proporcional por Estratos	41
C Solicitud para el Desarrollo de la Investigación	42
D Carta de Consentimiento Informado para el Padre o Tutor	43
E Consentimiento Informado para el Adolescente	44
F Procedimiento para la Toma y Registro de Mediciones	45
G ¿Te Preocupan tus Hábitos Alimentarios?	47
H Cedula de Datos Personales (CDP)	48
I Instrumento	49
J Frecuencia de Actitudes Alimentarias	51
K Frecuencia de Conductas Alimentarias	53

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Alpha de cronbach del instrumento EAT-40	13
2 Características sociodemográficas de los participantes	16
3 Variables continuas del estudio	17
4 Clasificación del IMC por sexo	17
5 Frecuencias de actitudes y conductas	18
6 Prueba de Kolmogorov-Smirnov	19
7 Prueba U de Mann-Whitney para las variables IMC, actitudes y conductas alimentarias por semestre en curso.	20
8 Prueba de Kruskal-Wallis para las variables IMC, actitudes y conductas alimentarias por turno	21
9 Regresión lineal múltiple para sexo, IMC y la prueba de actitudes alimentarias	22
10 Regresión lineal múltiple para sexo, IMC y la subescala de actitudes alimentarias	23
11 Regresión lineal múltiple para sexo, IMC y la subescala de conductas alimentarias	24
12 Prueba U de Mann Whitney para las variables actitudes y conductas alimentarias por sexo	25
13 Correlación de Spearman entre variables	27

Lista de Figuras

Figura

- | | |
|--|----|
| 1 Diferencias de medianas de sexo, IMC y la prueba de actitudes alimentarias | 26 |
| 2 Relación del IMC y la prueba de actitudes alimentarias | 28 |

RESUMEN

Alina Edith Chávez Herrera
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre 2005

Título del estudio: ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Número de Páginas: 54

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de
Enfermería con Énfasis


Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue determinar actitudes y conductas extremas en alimentación de adolescentes y su relación con IMC. Los objetivos fueron: identificar las características sociodemográficas que se asocian con alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias, así como determinar el efecto de sexo e IMC en actitudes y conductas en alimentación. Las hipótesis planteadas fueron: las mujeres presentan mayores alteraciones de actitudes y conductas alimentarias que los hombres, así como la asociación del IMC con alteraciones de actitudes y conductas alimentarias. El marco de referencia se basó en los conceptos de actitudes y conductas de Perloff (2003), las variables se midieron a través de la prueba de actitudes alimentarias (EAT-40) y la variable IMC fue interpretada con los índices establecidos por Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré para adolescentes mexicanos. El diseño fue de tipo descriptivo correlacional, con un muestreo probabilístico, selección aleatoria de los adolescentes de 14 a 18 años de edad y asignación proporcional a doce estratos, en una preparatoria del área metropolitana de Monterrey N.L. La muestra fue de 227

Contribución y Conclusiones: El promedio de edad de los participantes fue de 15.3 ($DE = 0.79$), predominando el sexo femenino. El 40.5% de los adolescentes tuvieron IMC de sobrepeso y obesidad. Las actitudes extremas que presentaron los adolescentes, fueron; "Me gusta que la ropa me quede ajustada" (18%) seguido por "Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio" (13%) y las conductas fueron, "Me controlo en las comidas" (15%) seguida por "Corto mis alimentos en trozos pequeños" (14%). Se encontraron diferencias entre el IMC y el semestre escolar ($Z = -5.64, p < .001$). Las actitudes y conductas alimentarias en un 18% se explicaron debido al sexo e IMC; las mujeres obtuvieron mayores alteraciones de actitudes y conductas alimentarias que los hombres ($Z = -3.83, p < .001$).

Se encontró una asociación positiva entre el IMC y las actitudes y conductas alimentarias ($r_s = 343, p < .001$), lo que indica que a mayor IMC mayor es el riesgo de padecer alteraciones alimentarias.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



Capítulo I

Introducción

Hoy en día, uno de los problemas más frecuentes en adolescentes es la alteración de los patrones alimentarios. Este problema ha mostrado un alta prevalencia a nivel mundial en los últimos 20 años, vistos a través de cambios en las actitudes y conductas hacia los alimentos. Las actitudes y conductas alimentarias surgen en el adolescente a partir de la cognición basada en la percepción equivocada de su propio cuerpo o alguna parte del mismo, situación que se relaciona con aspectos estéticos que los llevan a deteriorar su salud. El 90% de quienes sufren alteración de las actitudes y conductas hacia los alimentos, son mujeres, aunque en la última década se ha incrementado este fenómeno en varones, dónde la relación es de uno por cada 10 mujeres (Concilio & Danilin, 2003; Fernández, 2003; Wildes, Emery & Simons, 2001).

Estudios epidemiológicos realizados en España y Chile señalan que las alteraciones de patrones alimentarios en jóvenes han pasado de ser una enfermedad poco frecuente a cifras equiparables a las de países europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad. Las actitudes y conductas extremas se presentan de 0.5 a 3% en los grupos de adolescentes entre los 14 y 18 años de edad, en países donde la forma de vida se asemeja a las tendencias del mundo occidental; es decir, donde el tener una figura delgada se relaciona estrechamente con el ideal de la belleza (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997; Tobal, Díaz & Arce, 2001).

En México, el abordaje epidemiológico de las alteraciones de los patrones nutricionales en los adolescentes menores de 19 años se ha limitado al reporte de prevalencias de sobrepeso, obesidad, deficiencias nutricionales, así como de anemias, por lo que se hace necesario extender las investigaciones hacia las actitudes, y conductas alimentarias de este grupo poblacional (Santos-Preciado, et al., 2003).

Las actitudes y conductas alimentarias extremas con frecuencia han sido estudiadas como parte de los trastornos de la alimentación; desde el punto de vista clínico ayudan a diagnosticar bulimia y anorexia. Es importante que los profesionales de la salud reconozcan aquellos factores que favorecen la detección temprana de las alteraciones de este tipo, para ayudar a los jóvenes en situaciones que ponen en riesgo su vida y poder tratarlos con enfoque preventivo (Fernández, 2003). Los factores que pueden desencadenar actitudes y conductas alimentarias extremas que lleven a los adolescentes a trastornos de la alimentación son diversos; dentro de los principales se encuentran la edad, el sexo, los fracasos académicos, la obesidad o sobrepeso y sensibilidad aumentada hacia las actitudes y conductas alimentarias extremas (Urrejola, 2004).

Por otro lado, se han documentado factores ambientales importantes como la publicidad, que frecuentemente lanza mensajes sobre la conveniencia de perder peso al consumir productos específicos como alimentos hipocalóricos, cremas, medicamentos y aparatos de gimnasia (Concilio & Danilin, 2003; Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997; Urrejola, 2004). También con frecuencia los adolescentes se enfrentan a presiones sociales y factores socioculturales que les afectan psicológicamente hasta asumir conductas de imitación que los llevan a modelar su personalidad en función de lo que ven en sus iguales, lo que hace que se mantengan en constante búsqueda del perfeccionismo, situación que se refleja en una preocupación excesiva en su imagen corporal. Dichas actitudes en los jóvenes hacen que asuman conductas de hipervigilancia de su peso y eliminen comidas que consideran como engordantes (Chinchilla, 1995; Fernández, 2003, Toro, 2000).

Algunos investigadores han reportado que las alteraciones de los patrones alimentarios presentes en los jóvenes pueden variar en relación al momento en que se presentan y al tiempo de evolución. Algunos ejemplos de estas alteraciones son, el rechazo sistemático de los alimentos o ingesta de los mismos en cantidad elevada en corto tiempo, con sensación de pérdida de control de la ingesta, vómito posprandial

autoprovocado, preocupación por los alimentos, miedo exagerado al sobrepeso, donde el Índice de Masa Corporal (IMC) puede encontrarse en un déficit o un exceso ponderal (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997; Suárez, Vaz, Guisado & Gómez, 2003). En este sentido las alteraciones de actitudes y conductas en alimentación, deben ser detectadas y atendidas tempranamente, debido a que provocan grandes daños a la salud física, psicológica y social. Algunos ejemplos de tales daños son, la desnutrición severa, alteraciones del tubo digestivo, hipertensión, cardiopatías, alteraciones bioquímicas en sangre, cambios endocrinos y hormonales, así como problemas de autoestima y autoimagen corporal negativa; todo ello influenciado por la presión social, donde la hospitalización y muerte pueden ser el resultado final (Bueno, 2003; Papalia, Wendkos & Duskin, 2001; Soutullo, 2004).

Es importante que los profesionales de la salud se involucren en la detección temprana de las actitudes y conductas alimentarias que pueden llevar a los adolescentes a situaciones críticas de salud. Son los profesionales de enfermería, el personal humano capacitado, con quien el adolescente puede establecer un primer acercamiento a los servicios de salud, creándose el momento propicio en el cual entrevistar al adolescente y de ser necesario, aplicarle un instrumento de medición que apoye la detección temprana de alteraciones alimentarias, que podrían ocasionarle un estado de cronicidad (Soutullo, 2004).

En base a lo anterior para el presente estudio se plantea el siguiente propósito:

Determinar cuáles son las actitudes y conductas extremas en alimentación de adolescentes y su relación con el IMC.

Marco de Referencia

En este apartado se abordan los conceptos de actitudes y conductas según Perloff (2003) y el Índice de Masa Corporal de Saucedo-Molina, Ocampo, Mancilla y Gómez-Peresmitré (2001).

La actitud es una entidad mental y emocional que es inherente o característica, de una persona. La gente no nace con ella, ésta se adquieren durante el curso de la niñez y la adolescencia mediante la socialización; ésto significa, que nadie nace predispuesto, pero con el tiempo se pueden aprender actitudes prejuiciosas. Los individuos no tienen una actitud hasta que encuentran por primera vez el objeto de la información y responden de diversa manera hacia ese objeto.

El decir que cuando se tiene una actitud, significa que se ha categorizado algo y se ha hecho un juicio de valor, por lo que no se puede ser neutral acerca del tema, aunque es posible tener sentimientos ambivalentes ante dicha situación. También las actitudes involucran afectos y emociones, al expresar odios, atracciones, gustos y disgustos. Las actitudes son complejas, tienen diversos componentes, se forman y se pueden expresar de diferentes maneras, mediante pensamientos, sentimientos y conductas. Perloff hace referencia a que las actitudes influyen en el pensamiento y la acción también permiten categorizar rápidamente a las personas, organizar su mundo social, los lugares, los eventos y darse cuenta que es lo que esta pasando a su alrededor. Igualmente moldean las percepciones e influyen en los juicios. Las actitudes se reflejan a través de las conductas, encausando las acciones y guiándolas en la dirección de las creencias que tienen las personas.

Para Perloff, las conductas son la representación observada de las actitudes. Sin embargo, el autor menciona que no siempre la conducta es derivada de la actitud, ya que ante determinados momentos o situaciones este sentido puede ser alterado por las personas al actuar de forma inversa a sus creencias; estas últimas son cogniciones subjetivas o generalizaciones sobre un objeto. Algunos ejemplos de las conductas, son, “procuro no comer aunque tenga hambre, “la ingesta de alimentos en cantidad elevada en corto tiempo”, así como “consumir dietas estrictas”.

El Índice de Masa Corporal, ($IMC = \text{peso}/\text{estatura}^2$) es un buen indicador de la dimensión física del cuerpo, al combinar dos parámetros: uno ponderal y otro lineal. En

esta forma se establece una relación de proporción del peso respecto a la estatura, por medio de la cual es posible hacer un diagnóstico rápido del déficit o del exceso ponderal. Esta técnica antropométrica es útil debido a su fácil aplicación, bajo costo y reproducibilidad en diferentes momentos y con distintas personas. En lo anterior radica su utilidad por lo que ha desplazado a varias medidas antropométricas que valoran la composición corporal (Saucedo-Molina et al., 2001).

Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré (1998) a través de un estudio realizado en 1998 determinaron la validez diagnóstica del IMC en adolescentes mexicanos, al considerar los puntos de corte que dieron origen al IMC combinado para la siguiente clasificación: bajo peso 15-18.9 kg/m², normal 19-22.9 kg/ m², sobrepeso 23-27 kg/m², obesidad, > a 27 kg/m².

Estudios Relacionados

En este apartado se presentan los estudios relacionados con las variables de interés y grupo poblacional.

Ballester, De Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer (2002) en España, realizaron un estudio en 1025 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 14 y 19 años, donde examinaron las alteraciones de actitudes alimentarias, satisfacción con la apariencia física y la relación con el IMC de acuerdo al sexo. Los autores reportaron diferencias significativas entre las puntuaciones del EAT-40 (Prueba de las Actitudes Alimentarias) sexo e IMC ($\chi^2 = 10.3, p = 0.01$). El 10.2% de las mujeres tenían sobrepeso y 1.5% eran obesas; en cuanto a los hombres, el 13.7% presentaba sobrepeso y un 2.5% eran obesos. El 16.5% ($n = 78$) de la muestra de mujeres presentaban puntuaciones superiores al punto de corte (≥ 30) del EAT-40 el cual indica alteraciones de actitudes y conductas alimentarias (Garner & Garfinkel, 1979). Por lo que estos adolescentes tienen el riesgo de padecer trastornos alimentarios.

Los mismo autores reportan que las mujeres presentaron mayor promedio en

actitudes alimentarias extremas ($\bar{X} = 20.16$ vs. $\bar{X} = 12.61$) con respecto a los hombres ($F = 152.27, p < 0.001$). También reportaron asociación entre las conductas y actitudes características de las alteraciones alimentarias y satisfacción con la apariencia física ($r = .65, p < 0.01$); así como asociación entre el IMC y la preocupación por la imagen corporal ($r = .28, p < 0.01$).

En España, Suarez, Vaz, Guisado & Gómez (2003) reportaron un estudio donde el objetivo fue detectar alteraciones de conductas y actitudes alimentarias en dos grupos: uno con alteraciones alimentarias y otro sin alteraciones. La muestra fue de 127 mujeres con edades entre 14 y 25 años de edad. Encontraron que la ingesta de alimentos en cantidad elevada en corto tiempo, con sensación de pérdida de control de la ingesta (reportado como atracones) fue de 34.7 %, seguidas por el consumo de dietas estrictas (13.0%). Por otro lado, refirieron diferencias significativas en el IMC entre los dos grupos de estudio ($F = 28.385, p = 0.0001$); el grupo con alteraciones de actitudes y conductas alimentarias presentó grandes oscilaciones en su IMC con respecto a mujeres sin alteraciones de actitudes y conductas alimentarias, $X = 24.74$ ($DE = 4.1$) vs. $X = 21.37$ ($DE = 2.14$).

González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas (2002), realizaron un estudio con el objetivo de establecer la relación entre el peso corporal, las actitudes alimentarias extremas, asociadas al desarrollo de trastornos de conductas alimenticias. La muestra estuvo integrada por 744 mujeres de nacionalidad Chilena. El análisis de relación entre peso corporal y actitudes alimentarias extremas fue de $r = 0.28$, con un valor de $p < 0.001$, lo que indicó que a mayor peso, mayores trastornos de conducta alimentaria. Por otro lado reportaron que el 64% de la variación de los desordenes alimentarios se explican por las variables peso, depresión y autoestima.

El propósito de un estudio realizado en adolescentes Españoles por Benedito, Perpiña, Botella y Baños (2002), fue conocer si las conductas restrictivas en la comida, están relacionadas con los esquemas acerca de la apariencia y cuales fueron las edades

en que estas conductas se presentaron. La muestra fue de 373 participantes de ambos sexos, con edades entre 14 a 22 años. La correlación entre las conductas restrictivas y los esquemas cognitivos de la apariencia fue de $r = 0.41$ y $p < 0.0001$. Las edades fueron divididas en tres grupos que fueron: 14-16, 17-19, 20-22 años; estas agrupaciones se hicieron para comprobar diferencias de medias, encontrándose un coeficiente de $F = 9.7$ con $p < 0.001$. La media obtenida para el grupo de 14-16 años, reportó mayor preocupación por la apariencia, ($\bar{X} = 23$, $DE = 9$).

Merino, Pombo y Godás (2001) reportaron un estudio donde el propósito fue describir la relación entre las alteraciones de las actitudes alimentarias, peso de acuerdo a sexo y edad de una muestra de 227 participantes españoles, de ambos sexos, con edades entre los 16 y 27 años. El instrumento utilizado para obtener las puntuaciones medias en función de las variables sociodemográficas fue el EAT-40. Los participantes obtuvieron una puntuación media total de 12.48, siendo considerada menor al punto de corte de 20 (Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991). Por lo que se interpretó como una población sin alteraciones de las actitudes alimentarias. Los resultados de análisis de varianza de las puntuaciones medias del EAT-40 con la variable sociodemográfica sexo, mostró diferencias significativas ($F = 10.867$; $p = < .001$). La puntuación media reportada en el EAT-40 para las mujeres fue de $X = 14.39$, ($DE = 12.06$); siendo superior a la obtenida por los varones ($X = 10.29$, $DE = 5.37$). También se observó que los participantes presentaban obesidad moderada $X = 27$, ($DE = 0.0$) y una puntuación media en el EAT superior a la observada en los sujetos que presentan peso normal ($\bar{X} = 12.09$, $DE = 9.12$) o bajo peso severo ($X = 10.80$, $DE = 9.44$).

En suma se concluye que existen diferencias entre las actitudes y conductas alimenticias extremas presentes en los adolescentes de acuerdo a sexo. El IMC se relaciona con actitudes y conductas alimentarias extremas, con predominio de IMC alto.

Definición de Términos

Para el presente estudio se usaron los siguientes términos:

Actitudes alimentarias son sentimientos y emociones negativas tales como nerviosismo, preocupación, miedo, que son generadas en el adolescente cuando se le cuestiona sobre la comida, imagen física, presión social autopercebida, entre otros aspectos. Estas actitudes se miden a través del instrumento EAT-40.

Conducta alimentaria es la acción negativa que tiene el adolescente hacia el consumo de alimentos, dietas, ejercicio, vigilancia de peso y consumo de medicamentos purgativos, entre otros aspectos. Estas conductas se miden a través del instrumento EAT-40.

Índice de Masa Corporal (IMC), es el cociente obtenido al dividir el peso en kilogramos (kg) por la talla al cuadrado (m^2). El IMC se interpretó como: bajo peso 15-18.9 kg/m^2 , normal 19-22.9 kg/m^2 , sobrepeso 23-27 kg/m^2 obesidad $> 27 kg/m^2$.

Objetivos

1. Conocer cuales son las actitudes y conductas extremas de alimentación mas frecuentes.
2. Identificar cuáles son las características sociodemográficas que se asocian con alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias en los adolescentes.
3. Determinar el efecto de sexo, e IMC en actitudes y conductas en la alimentación de los adolescentes.

Hipótesis

H1. Las mujeres presentan mayores alteraciones de actitudes y conductas alimentarias que los hombres.

H2. Existe asociación del Índice de Masa Corporal con las alteraciones de actitudes y conductas alimentarias.

Capítulo II

Metodología

Los elementos a considerar en este capítulo son, el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, procedimiento de recolección de datos y selección de participantes, mediciones, consideraciones éticas, estrategias de análisis de resultados.

Diseño del Estudio

El diseño fue de tipo descriptivo correlacional; se considera descriptivo cuando se pretende observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de forma natural y correlacional dado que el propósito del estudio fue establecer un vínculo o relación entre variables (Polit & Hungler, 1999).

Población, Muestreo y Muestra

La población del estudio se integró por adolescentes de ambos sexos, los cuales asistían a una preparatoria del municipio de Monterrey Nuevo León, en sus turnos matutino, vespertino y nocturno. Cabe mencionar que en la preparatoria los semestres a cursar durante el periodo de realización del estudio fueron primeros y terceros.

El muestreo fue de tipo probabilístico, con selección aleatoria y asignación proporcional a doce estratos combinados por semestre, turno y sexo, esto se realizó con apoyo en el paquete Excel. En los apéndices A y B se muestra la tabla de asignación aleatoria y la asignación proporcional por estratos respectivamente.

Para la obtención de la muestra se utilizó el paquete estadístico nQuery Advisor Versión 4.0; a partir de la población total del plantel educativo ($N = 3337$) con un 95% de nivel de confianza, para una prueba bilateral, con una correlación de 0.20. La muestra calculada fue de 227 adolescentes, distribuidos en los doce estratos y potencia de .85.

Criterios de Inclusión

1. Adolescentes de 14 a 18 años de edad
2. Adolescentes sin estado de gravidez
3. Que pudieran mantenerse erguidos al menos durante 5 minutos

Procedimiento de Recolección de Datos y Selección de Participantes

Se solicitaron los listados oficiales de alumnos inscritos en la preparatoria seleccionada, posteriormente se efectuó una reunión con las autoridades educativas de la institución para obtener su aprobación para llevar a cabo el estudio. Se envió una carta solicitando algunos datos específicos de la población de interés para contar por escrito con el apoyo requerido (Apéndice C) siendo estos, la población total estudiantil, por turno, por semestre y en cada caso número de hombres como de mujeres. A la solicitud se respondió con la entrega de los listados oficiales de los alumnos inscritos en la institución; posteriormente a través de los listados de selección aleatoria se obtuvieron los números de matrícula de los adolescentes seleccionados a participar en el estudio

Para obtener el consentimiento de los participantes se ofreció una breve explicación acerca del objetivo del estudio y se les entregó una carta de consentimiento informado (Apéndice D) que deberían llevar a su casa para que los padres recibieran la solicitud de “permiso” y a la vez dieran su consentimiento en caso de estar de acuerdo. Cabe señalar que todos los padres aceptaron, regresando dicho consentimiento con su firma. También a los adolescentes se les entregó una carta de consentimiento informado (Apéndice E); al entrar en la sala de usos múltiples se les explicó de nuevo el objetivo del estudio y en que consistiría su participación, así como que tenían la libertad de retirarse si deseaban, sin embargo ningún adolescente se rehusó a participar, todos contestaron la cédula de datos sociodemográficos, así como el instrumento para posteriormente medir el peso, la talla (Apéndice F) y finalmente como agradecimiento a su participación se les entregó un tríptico informativo sobre hábitos alimentarios, nominada “¿te preocupan tus hábitos

alimentarios?, Así como datos relevantes que facilitarían la asistencia a la clínica de nutrición y psicología (Apéndice G).

Mediciones

Se utilizó una Cédula de Datos Personales (CDP) para obtener información acerca de las variables sociodemográficas tales como edad, sexo, semestre, grupo, turno, número de matrícula, padecimientos actuales y prácticas de régimen alimenticio (Apéndice H), debido a que algunas actitudes y conductas podrían estar influenciadas por estos antecedentes, así como el registro de peso y talla.

El instrumento utilizado para la medición de las variables del estudio fue el EAT-40 (Apéndice I), cuya traducción de las siglas al español son, Prueba de las Actitudes Alimentarias. Fue elaborado en 1979 por Garner y Garfinkel en Toronto, Canadá, para la evaluación de las actitudes y conductas alimentarias. Constituye una herramienta de tamizaje, en poblaciones comunitarias y de alto riesgo. Es un instrumento útil, práctico y económico para detectar posibles casos de alteraciones alimentarias, a partir de esta valoración y de ser necesario los sujetos son referidos a la entrevista clínica (Álvarez, Vázquez, Mancilla & Gómez-Péresmitré, 2002).

El test fue diseñado y validado originalmente con adolescentes canadiense de 14 a 18 años de edad, (Garner & Garfinkel, 1979) mostró una consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0.79 para la muestra clínica y de 0.94 para el grupo control, razón por la cual es un instrumento confiable. Dado su extenso uso con fines epidemiológicos, clínicos y de investigación, ha sido traducido al idioma español y validado en población española (Castro, et al., 1991). Este estudio se llevó a cabo en una población de 156 mujeres, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.93. En México también se ha realizado una evaluación psicométrica del EAT-40, por Álvarez et al. (2002), en una muestra total de 2169 estudiantes de nivel medio-superior y superior, donde se observó que la puntuación media de actitudes extremas obtenidas, fue de 16.21 ± 3.05 , sólo el 8.2% de la

población rebasó el punto de corte (≥ 30) establecido por Garner y Garfinkel (1979). El Alpha de Crombach del instrumento demostró una consistencia interna de 0.72 por lo que se consideró adecuado para ser aplicado en población mexicana.

El instrumento EAT-40 tiene 40 reactivos, originalmente las opciones de respuesta son: nunca (0) casi nunca (0), algunas veces (0), bastantes veces (1), casi siempre (2), siempre (3). Los reactivos 1, 18, 19, 23, 39 se invierten por el sentido en la redacción de los reactivos. La valoración permite aproximarse a los diagnósticos de Anorexia y Bulimia de acuerdo a los resultados. El punto de corte establecido por Garner y Garfinkel para la escala es ≥ 30 , el valor mínimo fue cero y el máximo 120 por lo que a mayor calificación, mayor alteración de las actitudes y conductas alimentarias del adolescente.

En el presente estudio con el propósito de tener la medición original se trataron los datos con los criterios preestablecidos por el autor del instrumento, lo que permitió el manejo de un punto de corte (≥ 30) para en caso necesario canalizar a los adolescentes con expertos además, el puntaje original se transformó a un índice de 0 a 100, que facilitó el tratamiento estadístico de los datos encontrados al aplicar el EAT-40.

Para el conocimiento de las características de las actitudes y conductas alimentarias en este estudio, se usaron dos subescalas, la primera contempla las actitudes y la segunda las conductas alimenticias extremas. Para la subescala Actitudes se contemplaron los reactivos, 1, 3, 4, 6, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 25, 27, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 40. y para la subescala Conductas, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 30, 32, 35, 39.

Confiabilidad del Instrumento

La confiabilidad del EAT-40, en los 227 participantes, se muestra en la tabla 1. Se observa que el instrumento, EAT-40 utilizado en esta investigación fue aceptable (Polit & Hungler, 1999), al igual que sus dos subescalas. Por otro lado la confiabilidad de la

prueba de actitudes alimentarias en la versión creada por Garner y Garfinkel también obtuvo una confiabilidad aceptable, coincidiendo, con la confiabilidad reportada por los autores del instrumento en su estudio original.

Tabla 1

Alpha de cronbach del instrumento EAT-40

Escala / Subescalas	Ítems	Alpha de Cronbach
Prueba de Actitudes Alimentarias	40	.8684
Subescala de Actitudes	21	.7618
Subescala de Conductas	19	.6761
Prueba de Actitudes Alimentarias de Garner y Garfinkel	40	.7659

Fuente: EAT-40

n = 227

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (1987) de la Secretaría de Salud, el cual abarca en su Título segundo, aspectos éticos de la investigación en seres humanos. En su Capítulo I de las disposiciones comunes, del Artículo 14, fracciones I, V, VII y VIII, los cuales se aplicaron de la manera siguiente: el estudio se apegó a los principios científicos y éticos para su desarrollo, por lo que previamente se solicitó la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; así como la autorización de las autoridades del plantel educativo de la preparatoria número 22 de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se siguieron los lineamientos del Artículo 16 de dicho capítulo, el cual contempla que en todo momento se mantenga la privacidad del sujeto de estudio e identificarlo sólo

cuando los resultados de la recolección de datos lo requieran y esté lo autorice por lo que para el presente estudio se consideró registrar el número de matrícula con el fin de facilitar la canalización con expertos, aquellos adolescentes que requieran algún tipo de apoyo nutricional o psicológico.

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 17, fracción II; esta fue considerada como una investigación de riesgo mínimo ya que se realizaron procedimientos que implicaron la toma y registro de la talla y peso corporal, así como de una evaluación que describe aspectos psicológicos en los adolescentes participantes, que en algún momento durante o posterior al procedimiento podrían hacer emerger sentimientos que causen angustia o preocupación.

Durante la fase de análisis de datos del instrumento, los participantes que fueron detectados con puntajes elevados, fueron notificados sobre el resultado obtenido en el EAT-40, se les pidió su aprobación verbal para ser referidos por la autora del estudio a la Clínica de Nutrición de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, para recibir ayuda psicológica y nutricional; esto en acuerdo al artículo 19.

Se obtuvo el consentimiento informado, por escrito del padre o representante legal del adolescente, según lo estipulado en el artículo 36; así como de los participantes de la investigación. La Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL, dictaminó su aprobación en lo estipulado sobre el Artículo 22, en lo que al consentimiento informado se refiere en sus fracciones I y II; así como el Artículo 21 en sus fracciones II, VI, VII y VIII, donde en todo momento se respetó la autonomía del participante.

De acuerdo con el Artículo 58 fracción I y II el rechazo del adolescente a intervenir o retiro durante el estudio, no afectó su situación escolar. Se les explicó los beneficios del estudio, así como la importancia de su participación. Se aseguró a los participantes la confidencialidad de la información obtenida de las mediciones, y que esta sería resguardada por la autora de la investigación durante un periodo no mayor a seis meses;

tiempo después del cual sería destruida.

Estrategias Análisis de Resultados

Los datos obtenidos en el presente estudio fueron analizados con el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 10. Se utilizó estadística descriptiva para mostrar las características principales de los participantes. También se usó estadística inferencial; como primer paso se determinó la distribución de las variables, a través de la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, para decidir la utilización de estadística paramétrica o no paramétrica, posteriormente se procedió a dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas.

Para el primer objetivo se utilizó tanto la prueba U de Mann-Whitney como la prueba de Kruskal-Wallis para determinar diferencias entre medianas de las variables sociodemográficas. Para el segundo objetivo se obtuvieron frecuencias y proporciones. Para determinar el efecto del sexo e IMC en las actitudes y conductas alimentarias en el tercer objetivo, se utilizó el modelo de regresión lineal múltiple.

En la primera hipótesis para determinar la diferencia entre el sexo, actitudes y conductas alimenticias se utilizó la prueba U de Mann Whitney. En la segunda hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la asociación de las variables IMC y las actitudes y conductas alimentarias.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio, los cuales aparecen en el siguiente orden: características sociodemográficas de los participantes, datos descriptivos de las variables de estudio, y prueba de normalidad para las variables continuas, posteriormente estadística inferencial para la prueba de hipótesis.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

Variable		<i>f</i>	%
Edad	14-15	142	62.6
	16-18	85	37.4
Sexo	Masculino	106	46.7
	Femenino	121	53.3
Semestre	Primero	131	57.7
	Tercero	96	42.3
Turno	Matutino	79	34.8
	Vespertino	73	32.2
	Nocturno	75	33.0

Fuente: CDP

n = 227

En la tabla 2 se observa mayor proporción de los adolescentes entre 14-15 años de edad; predominando a su vez el sexo femenino; los alumnos de primer semestre fueron el grupo mayoritario.

Tabla 3

Variables continuas del estudio

Variables	X	Mdn	DE	Valor	
				Mínimo	Máximo
Peso	62.00	60.00	13.85	36.00	115.00
Talla	1.65	1.65	7.89	1.49	1.86
Índice de Masa Corporal	22.68	22.14	4.46	14.00	37.00

Fuente: CDP

 $n = 227$

En la tabla 3 se puede observar que los valores del IMC mínimo y máximo obtenidos se encuentran fuera de la clasificación tanto de bajo peso como de obesidad.

Tabla 4

Clasificación del IMC por sexo

IMC	Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%
Bajo Peso 15-18.9 Kg ²	20	19.05	24	19.83
Peso Normal 19-22.9 Kg ²	42	40.00	48	39.67
Sobrepeso 15 23-27.0 Kg ²	25	23.81	34	28.10
Obesidad >27.0 Kg ²	18	17.14	15	12.40

Fuente: CDP

 $n = 226$

En la tabla que se presenta no fue incluido un adolescente de 15 años, del sexo masculino ya que obtuvo un IMC menor a "bajo peso".

La proporción de sobrepeso fue mayor en mujeres que en hombres, pero en la

clasificación de obesidad los hombres obtuvieron proporciones más altas que las mujeres.

Las mujeres con edades entre 14-15 años fueron las que tuvieron sobrepeso y los hombres de 15-16 años fueron los que tuvieron obesidad.

Con la finalidad de identificar los problemas de salud que pueden estar influenciando las actitudes y conductas alimentarias, se les pregunto a los adolescentes sobre algún padecimiento actual, a lo que un 87% manifestó no tenerlo y un 13% presentaba un problema de salud: 1.8% padecía gastritis y 0.4 % colitis, el 7.5% restante refirió tener otras enfermedades.

Por otra parte el 7% de los adolescentes refirió estar bajo algún régimen alimenticio y los motivos por los cuales lo llevaban a cabo fueron para fortalecer la salud, bajar de peso y por gusto.

Estadística Descriptiva

Tabla 5

Frecuencias de actitudes y conductas

Variables	f	%
Actitudes		
“Me gusta que la ropa me quede ajustada”	40	18
“Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio”	29	13
“Me da mucho miedo pesar demasiado“	23	10
“Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”	23	10
“Me preocupa el deseo de estar mas delgada (o)”	17	8
Conductas		
“Me controlo en las comidas”	33	15
“Corto mis alimentos en trozos pequeños”	31	14
“Hago mucho ejercicio para quemar calorías”	17	8
“Tardo en comer más que las otras personas”	17	8

Fuente: EAT-40

n = 227

Al analizar las actitudes y conductas alimentarias extremas obtenidas en el EAT-40 se observó que el mayor número de frecuencias no se ubicaron en los extremos de la escala de medición, aunque se obtuvieron frecuencias importantes. En la tabla 5 se observan estas proporciones y la opción de respuesta para el primer reactivo de las actitudes fue “nunca” y para los demás reactivos, incluyendo las conductas, la opción de respuesta fue “siempre”.

Estadística Inferencial

Previo al análisis estadístico se aplicó la prueba de normalidad a las variables continuas, para determinar la distribución de los datos.

Tabla 6

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Variables del estudio	\bar{X}	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	Valor de p
Peso	62.00	13.85	36.00	115.00	1.660	.008
Talla	165.09	7.89	1.49	1.86	.892	.404
IMC	22.66	4.46	14.00	37.00	1.669	.008
Prueba de Actitudes						
Alimentarias	23.85	8.53	11.00	55.50	1.53	.018
Subescala de Actitudes	25.91	10.33	6.67	60.95	1.75	.004
Subescala de Conductas	46.38	9.34	25.30	79.52	1.47	.025

Fuente: CDP, EAT-40

n = 227

En la tabla 6 se muestra la distribución de las variables, donde se observa que únicamente la talla presenta normalidad en su distribución, por lo que fue conveniente

utilizar estadística no paramétrica para el análisis de los datos.

Tabla 7

Prueba U de Mann-Whitney para las variables IMC, actitudes y conductas alimentarias por semestre en curso

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Z</i>	<i>Valor de p</i>
IMC						
Primero	131	21.28	20.32	3.76	-5.64	.000
Tercero	96	24.54	23.34	4.66		
Prueba de Actitudes Alimentarias						
Primero	131	26.19	23.80	8.90	-.174	.862
Tercero	96	25.52	24.76	8.05		
Subescala de Actitudes						
Primero	131	26.19	23.80	11.14	-.086	.931
Tercero	96	25.52	24.76	9.15		
Subescala de Conductas						
Primero	131	46.26	44.57	9.43	-.086	.686
Tercero	96	46.56	45.18	-.404		

Fuente: CDP, EAT-40

n = 227

Para dar respuesta al segundo objetivo del estudio, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Únicamente en el IMC se encontraron diferencias significativas por semestre, siendo los alumnos del primer semestre los que obtuvieron mayor IMC que los del tercer semestre.

Tabla 8

Prueba de Kruskal-Wallis para las variables IMC, actitudes y conductas alimentarias por turno.

Variables	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>gl</i>	Valor de <i>p</i>
IMC							
Matutino	79	23.09	22.23	4.87	.661	2	.719
Vespertino	73	22.41	21.68	4.37			
Nocturno	75	22.46	22.09	4.10			
Prueba de Actitudes Alimentarias							
Matutino	79	25.68	23.50	8.46	9.195	2	.010
Vespertino	73	22.05	20.50	8.10			
Nocturno	75	23.67	21.50	8.74			
Subescala de Actitudes							
Matutino	79	27.84	26.66	10.42	8.361	2	.015
Vespertino	73	24.08	22.85	10.18			
Nocturno	75	25.65	24.76	10.15			
Subescala de Conductas							
Matutino	79	48.36	48.19	9.15	6.978	2	.031
Vespertino	73	44.36	43.37	8.83			
Nocturno	75	46.28	44.57	9.70			

Fuente: CDP, EAT-40

n = 227

En la tabla 8 se observa que existen diferencias significativas entre la prueba de actitudes, subescala de actitudes y subescala de conductas de acuerdo al turno. Los

alumnos del turno matutino obtuvieron mayores alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias que los del turno vespertino y nocturno

Tabla 9

Regresión lineal múltiple para sexo, IMC y la prueba de actitudes alimentarias

Modelo 1	gl	SC	Cuadrado Medio	F cal.	Valor de p
Regresión	2	3054.31	1527.15	25.48	.000
Residual	224	13425.38	59.93		

$R^2_{ajustada}$ 17.8%

Modelo 1	β	EE	t	Valor de p
Constante	5.84	3.94	1.48	.140
Sexo	5.61	1.03	4.79	.000
IMC	.55	.11	5.44	.000

Fuente: CDP, EAT-40

$n = 227$

Para dar respuesta al tercer objetivo del estudio, que menciona, “El sexo e IMC predicen las actitudes y conductas alimentarias de los adolescentes”; se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple, la variable dependiente fue la prueba de actitudes alimentarias y las variables independientes fueron, sexo e IMC. El modelo muestra que el sexo e IMC tuvieron un efecto significativo ($F_{(2,224)} = 25.48, p < .001$) sobre la prueba de actitudes alimentarias. Las actitudes y conductas alimentarias en un 18% se explican por el sexo e IMC, siendo el sexo femenino el que obtuvo mayores actitudes y conductas alimentarias ($\beta = 5.61$).

Tabla 10

Regresión lineal múltiple para sexo, IMC y la subescala de actitudes alimentarias

Modelo 2	<i>gl</i>	<i>SC</i>	Cuadrado Medio	<i>F cal.</i>	Valor de <i>p</i>
Regresión	2	2988.08	1494.04	15.83	.000
Residual	224	21140.05	94.37		

$R^2_{ajustada}$ 12.4%

Modelo 2	β	<i>EE</i>	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
Constante	5.84	3.94	1.48	.140
Sexo	6.04	1.29	4.67	.001
IMC	.47	.14	3.29	.000

Fuente: CDP, EAT-40

$n = 227$

En la tabla 10 se muestra el efecto de la variable sexo e IMC sobre la subescala de Actitudes, el modelo en su totalidad fue significativo ($F_{(2,224)} = 15.83, p < .001$). Las actitudes alimentarias en un 12.4% se explican por las variables sexo e IMC, siendo el sexo femenino el que obtuvo mayores actitudes alimentarias ($\beta = 6.04$).

Tabla 11

Regresión lineal múltiple para sexo, IMC y la subescala de conductas alimentarias

Modelo 1	<i>gl</i>	<i>SC</i>	Cuadrado Medio	<i>F</i> cal.	Valor de <i>p</i>
Regresión	3	4430.75	1476.92	21.51	.000
Residual	223	15309.04	68.65		

$R^2_{ajustada}$ 22.4%

Variable	β	<i>EE</i>	<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
Constante	39.18	10.890	3.59	.000
Sexo	5.78	1.104	5.23	.000
IMC	.778	.126	6.16	.000

Fuente: CDP, EAT-40

$n = 227$

La tabla 11 muestra el efecto del sexo e IMC sobre la subescala de conductas, resultando significativo ($F_{(3,223)} = 21.51, p = <.001$). Las conductas alimentarias en un 22% se explican por las variables sexo e IMC, siendo el sexo femenino el que obtuvo mayores conductas alimentarias ($\beta = 5.78$).

Tabla 12

Prueba de U de Mann Whitney para las variables actitudes y conductas alimentarias por sexo

Sexo	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Z</i>	<i>Valor de p</i>
Prueba de Actitudes Alimentarias						
Masculino	106	20.95	0.25	5.04	-3.83	.000
Femenino	121	26.39	24.50	10.05		
Subescala de Actitudes						
Masculino	106	22.76	23.33	5.62	-3.21	.001
Femenino	121	28.66	26.66	12.52		
Subescala de Conductas						
Masculino	106	43.37	42.16	7.60	-4.33	.000
Femenino	121	49.02	48.19	9.94		

Fuente: CDP, EAT-40

n = 227

Para dar respuesta a la H_1 del estudio que menciona, “Las mujeres presentan mayores alteraciones de actitudes y conductas alimentarias que los hombres”. Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Withney, determinándose que las mujeres presentan mayores alteraciones de actitudes y conductas alimentarias que los varones, tanto en la escala total como en sus subescalas, por lo que la hipótesis de investigación se sustenta.

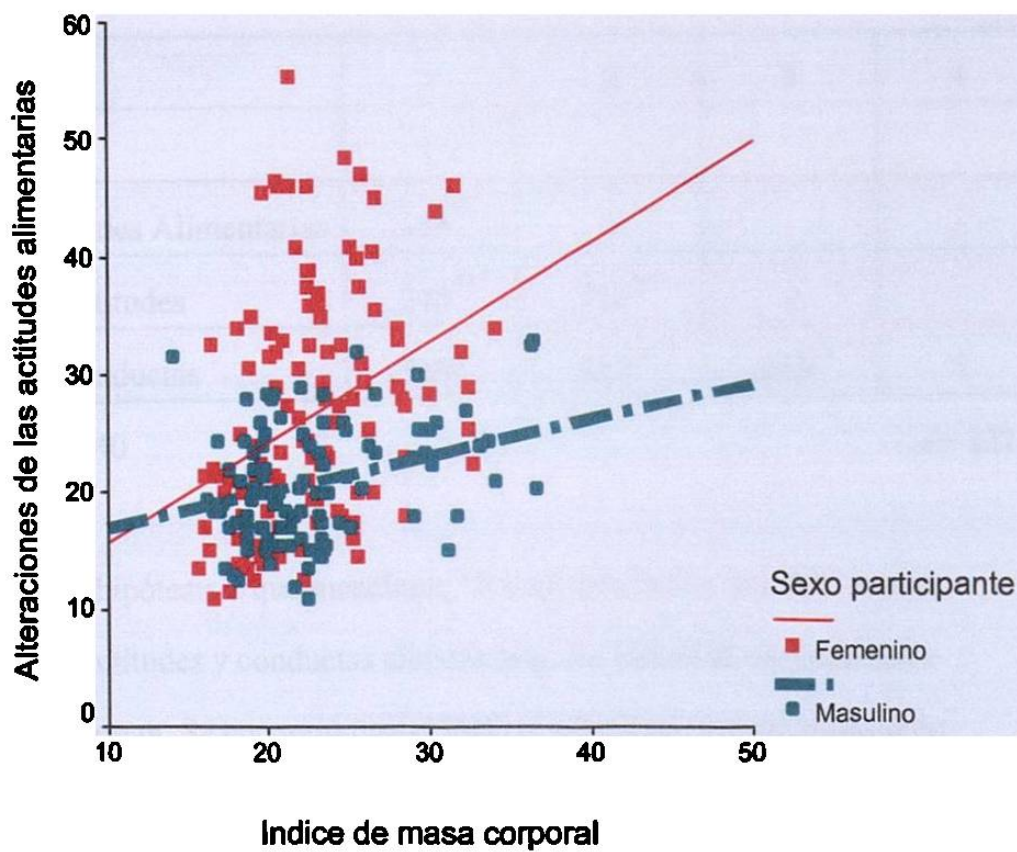


Figura 1

Diferencias de medianas de sexo, IMC y la prueba de actitudes alimentarias

En forma adicional al estudio en la figura 1 se puede observar que existen diferencias entre el sexo femenino y masculino, siendo las mujeres las que presentan mayores alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias que los hombres.

Tabla 13

Correlación de Spearman entre variables

Variables	1	2	3	4
1. IMC	1			
2. Prueba de Actitudes Alimentarias	.343**	1		
3. Subescala de Actitudes	.243**	.914**	1	
4. Subescala de Conductas	.390**	.867**	.613**	1

Fuente: CDP, EAT-40

 $n = 227$ ****** $p < .001$

Para probar la hipótesis 2 que menciona, “Existe asociación del IMC con las alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Se encontró que el IMC se relaciona significativamente ($p < .001$) con las alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias; por lo que a mayor IMC mayores alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias tiene el adolescente. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

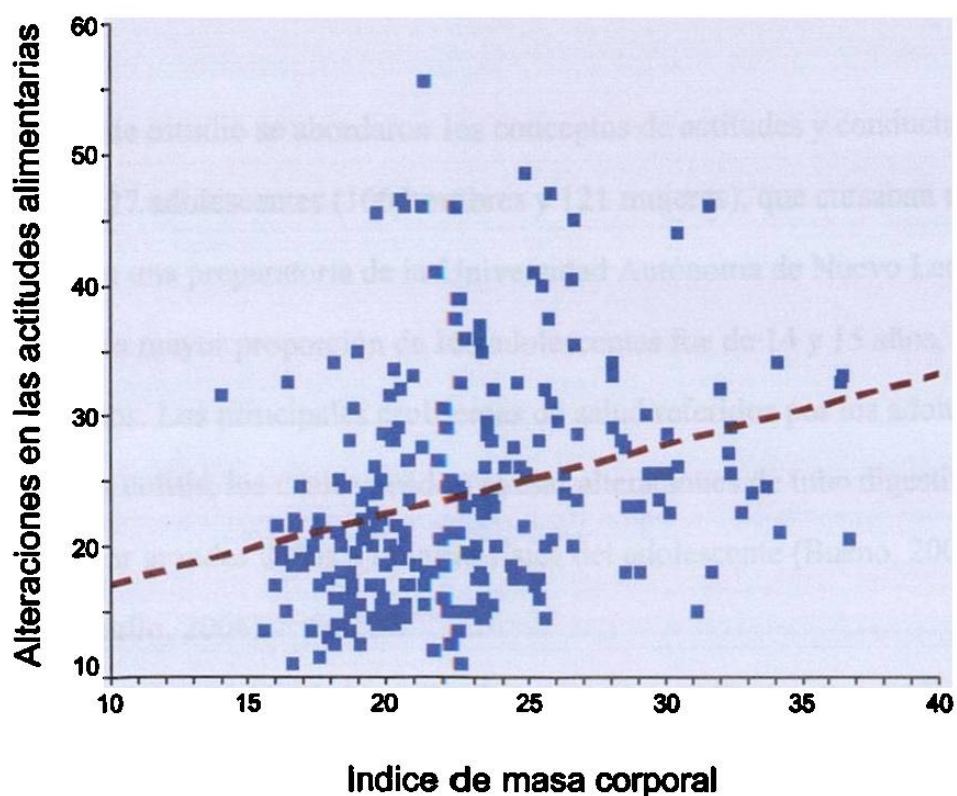


Figura 2

Relación del IMC y la prueba de actitudes alimentarias

En la figura 2 se observa que existe asociación positiva entre el IMC y las alteraciones alimentarias, lo que significa que a mayor IMC mayores alteraciones de las actitudes alimentarias tiene el adolescente.

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio se abordaron los conceptos de actitudes y conductas alimentarias en 227 adolescentes (106 hombres y 121 mujeres), que cursaban el primer y tercer semestre en una preparatoria de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

La edad de la mayor proporción de los adolescentes fue de 14 y 15 años, con una media de 15.3 años. Los principales problemas de salud referidos por los adolescentes fueron, gastritis y colitis, los cuales pueden causar alteraciones de tubo digestivo, pudiendo provocar grandes daños a la salud física del adolescente (Bueno, 2003; Papalia et al., 2001; Soutullo, 2004).

Al analizar la proporción de las actitudes y conductas alimentarias del EAT-40 se encontró que las frecuencias más elevadas no se ubicaron en los extremos de la escala de medición tal y como fue planteado en el primer objetivo; sin embargo se encontró que los adolescentes tienen actitudes y conductas extremas con frecuencias relevantes; estas fueron, “me gusta que la ropa me quede ajustada” seguida por “pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio” y “me da mucho miedo pesar demasiado”. Esto coincide con lo reportado por Benedito et al. (2002) quienes encontraron una mayor preocupación por la apariencia física en un grupo de adolescentes de 14 a 16 años y las frecuencias no fueron altas.

Las conductas alimentarias que se encontraron con una proporción relevante fueron, “me controlo en las comidas”, “corto mis alimentos en trozos pequeños”, “hago mucho ejercicio para quemar calorías y “tardo en comer más que las otras personas”. Lo anterior difiere de lo reportado por Suarez et al. (2003) quienes reportaron las conductas de atracones como las más frecuentes, seguidas por el consumo de dietas estrictas; estas diferencias probablemente sean debidas a las características propias de las poblaciones de estudio, ya que en España las alteraciones de los patrones alimentarios son la tercera

causa de enfermedad más frecuente en los adolescentes (Mateos-Parra & Solano-Pinto, 1997; Tobal et al. 2001) En México las alteraciones de patrones alimentarios son de origen reciente en los adolescente por lo que posiblemente el comportamiento de los mismos no aún alarmante como el de los adolescentes de países europeos.

Al abordar el segundo objetivo del estudio se encontraron diferencias entre la variable sociodemográfica IMC de acuerdo al semestre, donde los adolescentes del tercer semestre tuvieron índices de masa corporal superiores a los de primer semestre. Esto posiblemente se encuentre relacionado con la preocupación de los adolescentes en edades tempranas por la apariencia física donde es muy frecuente que asuman conductas de hipervigilancia del peso, esto de acuerdo a lo reportado por Benedito et al. (2002), Chinchilla (1995) y Fernández (2003) Lo anterior puede tener relación con el aumento del IMC en los adolescentes del tercer semestre, ya que las edades de estos fueron de 17 a 18 años de edad con índices de masa corporal de sobrepeso y obesidad. También se encontró que las actitudes y conductas alimentarias difieren significativamente de un turno a otro siendo mayor las alteraciones en el turno matutino seguido por el turno nocturno y el vespertino, posiblemente la diferencia entre turnos se deba al aumento del IMC que presentaron los adolescentes del turno matutino y nocturno, ya que a medida que se incrementa el IMC mayores son las alteraciones alimentarias en los adolescentes.

Por otro lado se encontró que las actitudes y conductas alimentarias en un 18% se explican por el sexo e IMC, siendo el sexo femenino el que obtuvo mayores actitudes alimentarias, ésto se aproxima a lo reportado por Gonzáles et al. (2002) donde la predicción de los desordenes alimentarios se debieron al 64% de la variación del peso, depresión y autoestima. También se encontró que los valores de sobrepeso en las mujeres fueron mayores que en los hombres y las mujeres presentaron menor obesidad que los hombres. Estos datos coinciden con lo reportado por Ballester et al. (2002). En su población de estudio las mujeres obtuvieron valores de sobrepeso superior al de los

hombres, también las mujeres obtuvieron menores valores de obesidad que los hombres.

En relación a la primera hipótesis de investigación se encontró que existen diferencias entre el sexo femenino y masculino y las alteraciones de actitudes y conductas alimentarias, las mujeres obtuvieron medias de actitudes y conductas alimentarias superior al de los hombres. Lo anterior coincide con lo reportado por Ballester et al. y Merino et al. (2001), donde las medias obtenidas por el primer autor fueron de 20.16 para las mujeres y para los hombres, 12.61. Estos hallazgos pueden obedecer a los factores tanto sociales como ambientales a los que se encuentran expuestas las adolescentes, tales como, medios masivos de comunicación y la concepción de la delgadez como el ideal de belleza entre otros (Chinchilla, 1995; Fernández).

En relación a la segunda hipótesis de estudio se encontró asociación positiva entre el IMC y las alteraciones de actitudes y conductas alimentarias, siendo mayor el IMC a medida que aumentan las actitudes y conductas alimentarias en los adolescentes, por lo que estas últimas deben ser investigadas a fondo para determinar el riesgo de padecer alteraciones alimentarias a corto plazo. Lo anterior concuerda con lo reportado por Suarez et al. y González et al. (2002), quienes también encontraron asociación entre estas variables.

Como hallazgos adicionales se encontró que el 3% de los adolescentes obtuvieron un índice superior al punto de corte ≥ 30 , este porcentaje lo obtuvieron las mujeres, el 2% de ellas tuvieron edades comprendidas entre los 14 y 15 años y 1% tuvo edades entre los 16 y 18 años edad. Es posible presumir a través de los resultados obtenidos que estas adolescentes se encuentran en riesgo de desarrollar alteraciones de conducta alimenticia según lo establecido por Garner y Garfinkel, por lo que estas adolescentes fueron contactadas para ser informadas sobre el resultado obtenido en el instrumento y explicarles la importancia de acudir a una entrevista clínica con personal calificado. Todas aceptaron ser referidas a la clínica de nutrición de la Facultad de Salud Pública y

Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye:

Las actitudes y conductas alimenticias extremas que fueron obtenidas en el estudio no fueron las que se presentaron con mayor frecuencia, aunque no por esto dejaron de ser relevantes para la investigación.

La actitud, de preocupación por la apariencia física fue la más representativa en el estudio.

Existen diferencias entre la variable sociodemográfica IMC y el semestre escolar. Así también las actitudes y conductas alimentarias son diferentes entre un turno de la preparatoria y otro.

Las actitudes y conductas alimentarias que presentan los adolescentes se encuentran asociadas al sexo e IMC.

Las mujeres obtuvieron mayores alteraciones de actitudes y conductas alimentarias que los hombres.

Existe asociación positiva entre el IMC y las actitudes y conductas alimentarias, por lo que a mayor IMC mayor es el riesgo de padecer alteraciones alimentarias.

Recomendaciones

Realizar un estudio de seguimiento de los casos que obtuvieron un índice superior al punto de corte establecido por Garner y Garfinkel, así como de aquellos adolescentes que tuvieron un índice próximo al punto de corte para identificar el progreso de los casos identificados como en riesgo de desarrollar alteraciones alimenticias y aquellos que no lo estuvieron pero que podrían desarrollar las alteraciones con el tiempo.

Continuar realizando investigaciones en México para ampliar el conocimiento sobre las actitudes y conductas alimentarias que afectan a los adolescentes con la

finalidad de evitar que este grupo poblacional de nuestro país alcance las cifras equiparables a las de los países europeos, que padecen estos problemas alimentarios.

Determinar cual es la edad media de los adolescentes en la que se dan las alteraciones alimentarias en los adolescentes mexicanos, para así detectarlos en edades tempranas y ser atendidos en programas preventivos de apoyo.

Realizar un estudio de investigación multidisciplinario donde se utilice el EAT-40 ya que como ha sido demostrado, es un instrumento confiable para la medición de las actitudes y conductas alimentarias, donde personal calificado haga compromiso de seguimiento en quienes se identifique alguna actitud y/o conducta que ponga en riesgo su vida.

Referencias

- Álvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. & Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 47-56.
- Ballester, D., De Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C. & Ferrer, M. (2002). *Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia*. Universidad de Girona. Recuperado el 16 de Agosto de 2004, de http://www.universidades/portada/actualidad/noticia_actualidad.jsp?noticia
- Benedito, M., Perpiña, C., Botella, C. & Baños, R. (2002). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría*, 58(3), 268-272.
- Bueno, M. (2003). Adquisición de los hábitos alimentarios propios y su influencia en la dieta de los adolescentes en: *Nutrición clínica*, 2, 7-15.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The eating attitude test: validation of the spanish versión. *Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimenticia: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. Barcelona: Masson.
- Concilio, C. & Danilín, M. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes de bajos recursos: el paradigma de la pobreza*. Recuperado 1 de Diciembre de 2004, de Asociación Medica Argentina, Comité de nutrición (pp.1-62).
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). n Query Advisor[®], (version 4.0) [software de cómputo]. Copyright[®].
- Fernández, I. (2003). *La nueva epidemia del culto al cuerpo*. Instituto Navarro de la Mujer. Recuperado el 17 de Octubre de 2004, de [http:// www.cfnavarra.es/webgn/sou/instituc/bv/actividades.htm](http://www.cfnavarra.es/webgn/sou/instituc/bv/actividades.htm)

- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. XI (1) 101-118.
- Mateos-Parra, A. & Solano-Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Psicología*, 1(1) 1-17. Recuperado el 18 de Octubre de 2004, de http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_4.htm
- Merino, H., Pombo, M. & Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 4(13) 539-545.
- Papalia, D., Wendkos, O. & Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano* (8^{va}. ed., pp. 419-420). Bogotá, Colombia: McGraw-Hill.
- Perloff, R. (2003). En *The dynamics of persuasion, communication and attitudes in the 21st. century*. (Chapter 2), Attitudes: definition and structure (pp. 36-44). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (6^a. ed.), México: McGraw-Hill Interamericana.
- Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J., García-Avilés, M. & León-Álvarez, G., Quezada-Bolaños, S. & Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(supl. 1).
- Saucedo-Molina, T. & Gómez-Peresmitré G. (1998). Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. *Salud Pública de México*, 5(40), 392-397.

- Saucedo-Molina, T., Ocampo, M., Mancilla, J. & Gómez, Peresmitré G. (2001). Índice de masa corporal en preadolescentes y adolescentes mexicanas. *Acta Pediátrica de México*, 22 (3), 184-188.
- Secretaría de Salud, (1987) *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Porrúa
- Seidel, H., Ball, J., Danis, J., & Benedict, G. (1997). Exploración física. (3ª ed., pp.70) Harcourt Brace.
- Soutullo, C. (2004). *Trastornos de conducta alimentaria: Anorexia y bulimia*. Clínica Universitaria de Navarra. Recuperado el 15 de Octubre de 2004, de, <http://www.viatusalud.com/Documento.asp?id=363>
- Suarez, F., Vaz, F. A., Guisado J. & Gómez, L. (2003). Estudio de hábitos alimentarios en población femenina comparando grupos con patología y sin patología alimentaria. *Nutrición Hospitalaria XVIII*, (5), 259-263.
- Toro, J. (2000). *Anorexia. Trastornos psicológicos alimentarios. Insatisfacción corporal. Malnutrición. Influencia de medios comunicación*. Recuperado el 26 de Septiembre de, 2004 de http://html.rincondelvago.com/anorexia_6.html
- Tobal, F., Díaz, M. & Arce, L. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: Anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 5, 11-12.
- Urrejola, P. (2004). Trastornos nutricionales. Curso salud y desarrollo del adolescente, 3(9). Recuperado el 12 de Octubre de 2004 de <http://rt002wu.eresmas.net/anorexia.htm>.
- Wildes, J., Emery, R. & Simons, A. (2001). The roles of ethnicity and culture en the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a metanalytic review. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 521-551.

Apéndices

Apéndice A

Tablas de Selección Aleatoria

SEMESTRE 1 TURNO 1 HOMBRES	
Observación	Estudiante
1	11
2	15
3	17
4	26
5	34
6	36
7	112
8	122
9	125
10	138
11	153
12	159
13	160
14	251
15	252
16	253
17	265
18	273
19	277
20	281

SEMESTRE 1 TURNO 1 MUJERES	
Observación	Estudiante
1	13
2	26
3	39
4	57
5	82
6	106
7	153
8	169
9	172
10	181
11	189
12	224
13	227
14	231
15	234
16	242
17	269
18	294
19	302
20	333
21	339
22	353
23	354
24	359
25	367

SEMESTRE 1 TURNO 2 HOMBRES	
Observación	Estudiante
1	32
2	46
3	57
4	65
5	93
6	97
7	134
8	139
9	141
10	171
11	176
12	177
13	178
14	190
15	200
16	204
17	250
18	263
19	290
20	291
21	305
22	306

SEMESTRE 1 TURNO 2 MUJERES	
Observación	Estudiante
1	17
2	20
3	23
4	27
5	41
6	59
7	78
8	79
9	83
10	90
11	110
12	136
13	137
14	151
15	155
16	188
17	205
18	229
19	248
20	271

SEMESTRE 1 TURNO 3 HOMBRES	
Observación	Estudiante
1	25
2	56
3	68
4	89
5	94
6	97
7	111
8	127
9	128
10	133
11	139
12	156
13	171
14	180
15	186
16	197
17	214
18	219
19	271
20	294
21	295

SEMESTRE 1 TURNO 3 MUJERES	
Observación	Estudiante
1	59
2	67
3	77
4	88
5	103
6	121
7	122
8	128
9	132
10	135
11	141
12	161
13	168
14	198
15	214
16	229
17	233
18	243
19	246
20	249
21	279
22	324
23	327

SEMESTRE 3 TURNO 1 HOMBRES	
Observación	Estudiante
1	4
2	24
3	33
4	50
5	78
6	96
7	127
8	140
9	143
10	156
11	173
12	180
13	185

SEMESTRE 3 TURNO 1 MUJERES	
Observación	Estudiante
1	30
2	41
3	66
4	80
5	83
6	87
7	88
8	106
9	116
10	124
11	125
12	128
13	131
14	134
15	177
16	187
17	222
18	231
19	242
20	244
21	272

SEMESTRE 3 TURNO 2 HOMBRES	
Observación	Estudiante
1	4
2	10
3	18
4	24
5	29
6	45
7	60
8	96
9	103
10	115
11	116
12	119
13	152
14	173

Apéndice B

Asignación Proporcional por Estratos

Semestre	Turno	Número de Alumnos		Asignación Proporcional	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Primer semestre	1 Mañana	369	293	25	20
	2 Tarde	293	328	20	22
	3 Noche	332	312	23	21
	Subtotales	994	933	68	63
Tercer semestre	1 Mañana	304	192	21	13
	2 Tarde	253	205	17	14
	3 Noche	221	235	15	16
	Subtotales	778	632	53	43
	<i>N</i> = 3337			<i>n</i> = 227	

Apéndice C

Solicitud para el Desarrollo de la Investigación



U.A.N.L.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA - SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

OFICIO NO FR.255/2005

M.E.C. JUAN FRANCISCO ZAMUDIO RODRÍGUEZ
 Director de la Preparatoria No. 22 de la U.A.N.L.
 Presente.-

Estimado Maestro Zamudio:

Por este conducto solicito a usted **AUTORIZACIÓN** para que la **Lic. ALINA EDITH CHÁVEZ HERRERA**; estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería U.A.N.L., pueda desarrollar su proyecto de Investigación en la institución educativa que Usted dignamente dirige, para su trabajo de tesis titulada **"Actitudes y Conductas de Alimentación en Adolescentes e IMC"**.

De contar con su autorización los datos que por ahora necesita la Lic. Chávez son: la población estudiantil total por turno, por semestre y por género.

Concedera del apoyo que en su institución siempre se ha dado para el desarrollo de proyectos de investigación que se implementan por docentes y alumnos de nuestra Facultad, agradezco la atención que se sirva tener con nuestro alumno, y me pongo a su disposición para cualquier duda o aclaración relacionada con la presente petición.

Atentamente,
 "Alere Flammam Veritatis"
 Monterrey, N.L. a 27 de abril de 2005"



Micaela del Refugio Durán López
ME. MA. DEL REFUGIO DURAN LOPEZ
 Secretaria de Programas de Especialidad y Maestría

SECRETARÍA
 DE PROGRAMAS
 DE ESPECIALIDAD Y
 MAESTRÍA

Cop MEC MA. DE LOURDES ZAMBANO MORENO,
 Subdirector Académico de la Preparatoria No. 22
 Archivo

González No. 1500 Nte. Col. Miras Centro CP 64460
 Monterrey, Nuevo León, México
 Tel (52-81) 8345-1847 Fax (52-81) 8345-6328
 E-mail: posgrado_enfermeria@uana.com.mx

*Recibi
 Alina Chávez
 22/04/05*

Apéndice D

Carta de Consentimiento Informado para el Padre o Tutor

Al firmar este documento, doy mi consentimiento a la Lic. Alina Edith Chávez Herrera Estudiante de Maestría en ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para que entreviste a mi hijo (a) como participante del estudio “Actitudes y Conductas Alimenticias en Adolescentes e Índice de Masa corporal”, este trabajo tiene como objetivo conocer los pensamientos y conductas de los adolescentes con respecto a las comidas.

Se me ha informado que la entrevista tendrá una duración aproximada de 25 minutos, la cual será aplicada en la sala de usos múltiples de la preparatoria. La participación de mi hijo (a) será voluntaria y que inclusive después de iniciada la entrevista, mi hijo se puede rehusar a participar en la entrevista y la toma de peso y talla en el momento que lo desee y tendrá la seguridad que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades escolares.

Nombre del Adolescente Participante

Nombre de la Responsable del Estudio

Monterrey N. L. Septiembre del 2005

Apéndice E

Consentimiento Informado para el Adolescente

Entiendo que la Lic. en Enfermería Alina Edith Chávez Herrera, esta realizando el estudio

“Actitudes y Conducta Alimenticias en Adolescentes e Índice de Masa Corporal”, para obtener el título de Maestría en Ciencias de Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

El objetivo del estudio es, conocer cuáles son las actitudes y conductas mas frecuentes en los jóvenes y que se asocian con su índice de masa corporal” para lo cuál esta solicitando mi participación contestando un cuestionario de preguntas y permitiéndole que me tomen estatura y peso. Se que la información que se derive de este estudio será eventualmente para programas enfocados a apoyar conductas y actitudes alimenticias saludables en los adolescentes.

La Lic. Chávez me a dicho que mi participación será voluntaria y que no corro ningún tipo de riesgo que afecte mi persona, debido a que tanto la información que yo proporcione, como la que sea obtenida de mi peso y talla, será confidencial y en ningún caso se dará a conocer a otras personas y que si a caso yo necesito algún apoyo me dará la información necesaria para acudir con expertos.

He entendido todo lo que hará la Licenciada Alina, por lo que no tengo inconveniente alguno y firmo la presente, dando mi consentimiento para mi participación en los procedimientos y completando el cuestionario.

Nombre del Adolescente Participante

Nombre de la Responsable del Estudio

Monterrey, N.L. Septiembre, 2005

Apéndice F

Procedimiento para la Toma y Registro de Mediciones

Peso en Kilogramos

Equipo: Báscula portátil.

Procedimiento:

1. Colocar la báscula en una superficie plana
2. Calibrar la báscula en ceros antes de pesar al adolescente.
3. Pedir al adolescente que se quite los zapatos o exceso de ropa (suéter, chamarra).
4. Colocar al adolescente de pie y en posición de firmes, asegurando que el adolescente tenga las rodillas, espalda y hombros alineados, la vista al frente, con la cabeza descubierta de objetos y peinados que alteraran la medición.
5. Se lee el peso de frente a la escala y se registra en kilogramos y gramos.
6. Para la toma de peso de cada participante se verifica que la báscula este calibrada.
7. Se registra el peso en kilogramos y gramos (Seidel, Ball, Danis & Bedit, 1997).

Talla en Centímetros

Equipo: Tallímetro portátil, adherido a una vara de madera.

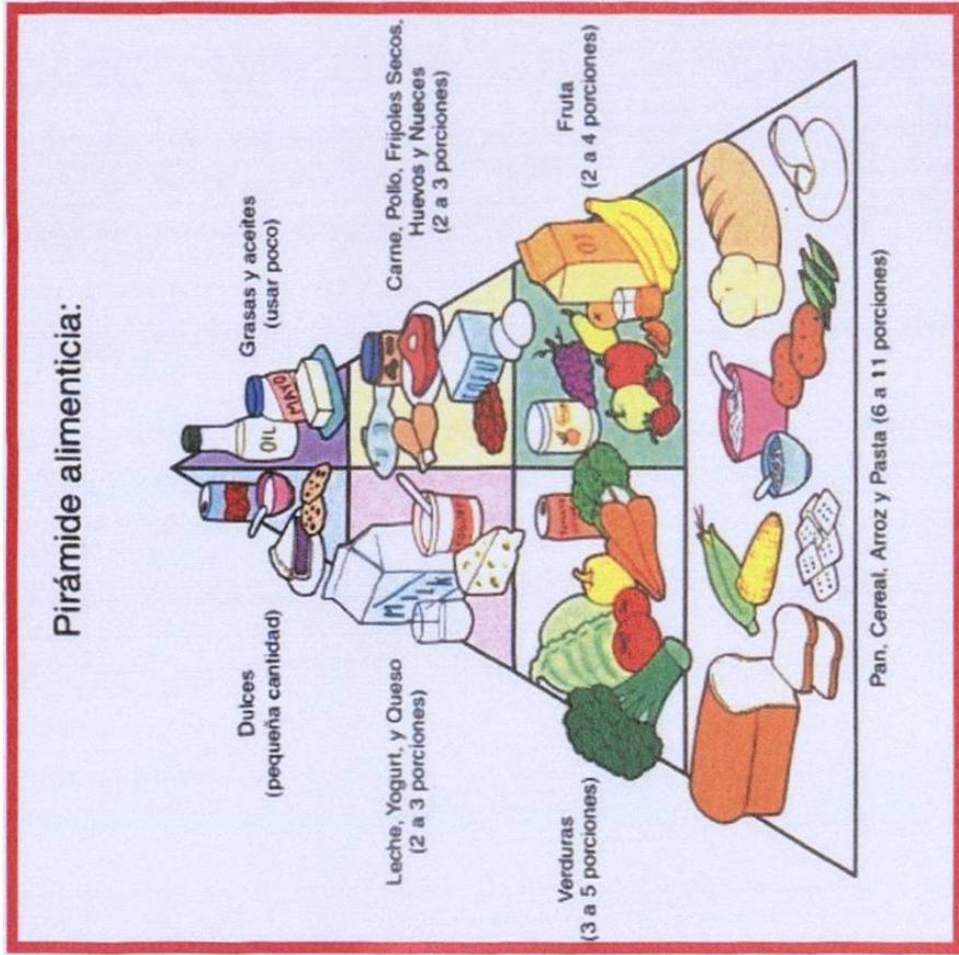
Procedimiento:

1. Colocar el tallímetro paralelo a una superficie libre de zoclos que interfieran con la adaptación de este a la pares.
2. Pedir al adolescente que se quite los zapatos y exceso de ropa (suéter, chamarra).
3. Colocar al adolescente de pie y en posición de firmes, apoyando la espalda al

tallímetro, asegurando que el adolescente tenga las rodillas, espalda y hombros alineados, la vista al frente, con la cabeza descubierta de objetos y peinados que alterarán la medición.

4. Colocar un objeto plano que funja como regla sobre la parte más alta de la cabeza del adolescente y realizar la lectura sin que se retire la persona. Se registra la medida exacta en metros y centímetros (Seidel, Ball, Danis & Benedit, 1997).

¿Te Preocupan tus Hábitos Alimentarios?



Ración, porción de alimento que se consume en una comida

CLINICA DE NUTRICION

FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION UANL
TEL. DIRECTO 8333-9969 TEL. CONMUTADOR 8348-6447 Y 8333-9967 EXT. 3028

HORARIO: 8 A 19:00 HRS.

E-mail. Clinicanutricion@faspyn.uanl.mx

DIRECCION: AV. EDUARDO AGUIRRE PEQUEÑO Y YURIRIA, COL. MITRAS CENTRO, MONTERREY N.L., MEXICO C.P. 64460

Lic. Magdalena S. Chavero Torres

Coordinadora de la Clinica de Nutrición

CLINICA DE PSICOLOGIA

FACULTAD DE PSICOLOGIA UANL

TEL. 83481065 Y 83482724

HORARIO: 8 A 18:00HRS.

E-mail. Msaenze@hotmail.com

DIRECCION: MUTUALISMO 110 COL. MITRAS CENTRO, MONTERREY N.L., MEXICO CP. 64460

Lic. Maribel Sáenz Elisondo

Coordinadora de la Clínica de Psicología

Apéndice H

Cedula de Datos Personales (CDP)

No. de matrícula	Edad:	Sexo:
Semestre:	Grupo:	Fecha:
¿Actualmente padeces algún problema de salud?	¿Si procede, cual es el problema de salud que padeces?	
¿Estás bajo algún régimen alimenticio?	¿Si procede, cual es el motivo por el que llevas el régimen alimenticio?	
Peso	Talla	IMC

Apéndice I

Instrumento

EAT-40

No. de Folio _____

PRUEBA DE ACTITUDES ALIMENTARIAS

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual.
3. Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible.
4. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.
5. Especifica tu respuesta anotando una X en la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
6. Recuerda que la información que proporcionaciones será confidencial

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. *Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nerviosa (o) cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida						
7. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (p.ej. pan, arroz, papas)						
11. Me siento llena (o) después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese mas						

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar mas delgada (o)						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. *Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. *Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismo alimentos						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. *Tengo la menstruación regular (sólo mujeres)						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada (o)						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes), Diuréticos (medicamentos, bebidas que hacen que orine con mayor frecuencia)						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos dietéticos						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incómoda (o) después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer dietas						
38. Me gusta sentir el estomago vacío						
39. *Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Apéndice J

*Frecuencia de Actitudes Alimentarias**1 = Nunca**4 = Bastantes veces**2 = Casi nunca,**5 = Casi siempre**3 = Algunas veces,**6 = Siempre*

Actitud	1		2		3		4		5		6	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. *Me gusta comer con otras personas.	0	0	3	1.3	62	27.3	17	7.5	55	24.2	90	39.6
3. Me pongo nerviosa (o) cuando se acerca la hora de las comidas.	207	91.2	11	4.8	7	3.1	0	0	1	.4	1	.4
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.	104	45.8	26	11.5	56	24.7	5	2.2	13	5.7	23	10.1
6. Me preocupo mucho por la comida.	76	33.5	48	21.1	65	28.6	12	5.3	15	6.6	11	4.8
11. Me siento llena (o) después de las comidas.	6	2.6	13	5.7	65	28.6	20	8.8	55	24.2	68	30.0
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	127	55.9	39	17.2	37	16.3	7	3.1	13	5.7	4	1.8
14. Me siento muy culpable después de comer.	179	78.9	30	13.2	11	4.8	3	1.3	2	.9	2	.9
15. Me preocupa el deseo de estar mas delgada (o).	95	41.9	40	17.6	51	22.5	13	5.7	11	4.8	17	7.5
18. *Me gusta que la ropa me quede ajustada.	40	17.6	45	19.8	69	30.4	11	4.8	31	13.7	31	13.7
19. *Disfruto comiendo carne.	9	4.0	17	7.5	64	28.2	25	11.0	50	22.0	62	27.3
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	67	29.5	46	20.3	48	21.1	18	7.9	19	8.4	29	12.8
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada (o).	74	32.6	42	18.5	60	26.4	12	5.3	24	10.6	15	6.6
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	76	33.5	42	18.5	56	24.7	16	7.0	14	6.2	23	10.1
27 Disfruto comiendo en restaurantes.	5	2.2	17	7.5	72	31.7	30	13.2	33	14.5	70	30.8
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.	161	70.9	35	15.4	22	9.7	4	1.8	2	.9	3	1.3
33. Noto que los demás me presionan para que coma.	147	64.8	36	15.9	27	11.9	6	2.6	40	1.8	7	3.1

Actitud	1		2		3		4		5		6	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	152	67.0	55	24.2	16	7.0	0	0	3	1.3	1	.4
36. Me siento incómoda (o) después de comer dulces.	149	65.6	40	17.6	28	12.3	3	1.3	3	1.3	4	1.8
37. Me comprometo a hacer dietas.	124	54.6	29	12.8	48	21.1	7	3.1	12	5.3	7	3.1
38. Me gusta sentir el estómago vacío.	156	68.7	44	19.4	20	8.8	2	.9	3	1.3	2	.9
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	196	86.3	12	5.3	15	6.6	2	.9	2	.9	0	0

Fuente: EAT-40

 $n = 227$

Apéndice K

*Frecuencia de Conductas Alimentarias**1 = Nunca**4 = Bastantes veces**2= Casi nunca,**5= Casi siempre**3= Algunas veces,**6 =Siempre*

Conducta	1		2		3		4		5		6	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.	120	52.9	69	30.4	31	13.7	2	.9	5	2.2	0	0
5. Procuo no comer aunque tenga hambre.	144	63.4	39	17.2	36	15.9	1	.4	6	2.6	1	.4
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	136	59.9	55	24.2	29	12.8	4	1.8	2	.9	1	.4
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	47	20.7	46	20.3	81	35.7	13	5.7	31	13.7	9	4.0
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	120	52.9	40	17.6	43	18.9	11	4.8	10	4.4	3	1.3
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (p.ej. pan, arroz, papas).	109	48.0	54	23.8	47	20.7	9	4.0	5	2.2	3	1.3
13. Vomito después de haber comido.	214	94.3	10	4.4	2	.9	0	0	0	0	1	.4
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	43	18.9	46	20.3	87	38.3	19	8.4	15	6.6	17	7.5
17. Me peso varias veces al día.	177	78.0	35	15.4	11	4.8	1	.4	3	1.3	0	0
20. Me levanto pronto por las mañanas.	6	2.6	35	15.4	79	34.8	20	8.8	40	17.6	47	20.7
21. Cada día como los mismos alimentos.	50	22.0	78	34.4	80	35.2	11	4.8	8	3.5	0	0
26. Tardo en comer más que las otras personas.	40	17.6	58	25.6	83	36.6	14	6.2	15	6.6	17	7.5
28. Tomo laxantes (purgantes), Diuréticos (medicamentos, bebidas que hacen que orine con mayor frecuencia).	202	89.0	14	6.2	8	3.5	1	.4	1	.4	1	.4
29. Procuo no comer alimentos con azúcar.	126	55.5	51	22.5	41	18.1	2	.9	6	2.6	1	.4

Conducta	1		2		3		4		5		6	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
30. Como alimentos dietéticos.	125	55.1	52	22.9	39	17.2	10	4.4	1	.4	0	0
32. Me controlo en las comidas.	39	17.2	33	14.5	68	30.0	22	9.7	32	14.1	33	14.5
35. Tengo estreñimiento.	136	59.9	50	22.0	25	11.0	9	4.0	4	1.8	3	1.3
39. *Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	7	3.1	11	4.8	54	23.8	24	10.6	49	21.6	82	36.1

Fuente: EAT-40

n = 227

El reactivo 23 no fue contemplado dentro de la tabla de frecuencias de conductas alimentarias ya que por las características de la pregunta esta sólo fue contestada por las mujeres (121). El 40% de ellas dijo tener la menstruación regular, “siempre” y sólo el 5% dijo no tener “nunca” la menstruación regular.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Alina Edith Chávez Herrera

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis: ACTITUDES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES Y SU
RELACION CON INDICE DE MASA CORPORAL**

**Biografía: Alina Edith Chávez Herrera; nacida en la ciudad de Campeche, Campeche,
el 3 de Septiembre de 1979; hija de Sr. Daniel Chávez Sampedro y la Sra Iliana
Edith Herrera García.**

**Educación: Egresada de la Licenciatura de la Escuela Superior de Enfermería en la
Universidad Autónoma de Campeche en el año 2001. Curso de Educadores
en Diabetes en 2005, realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad
Autónoma de Nuevo León.**

**Experiencia profesional: Docente en la Escuela Superior de Enfermería de la
Universidad Autónoma de Campeche desde el 17 de Febrero de 2003 a la
fecha. Encargada del Programa de apoyo al "Arranque Parejo en la Vida"
desde Agosto del 2003 a Julio del 2004. Enfermera General en el Hospital
Regional de Zona no. 1 "Dr. Abraham Azar Farah" del Instituto Mexicano del
Seguro Social [IMSS] del 2 de Junio de 2004 a la fecha. Becaria del Programa de
Mejoramiento del Profesorado (PROMEP), de agosto 2004 a enero 2006.**

E-mail: alinaedith9@hotmail.com



