

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS EN
CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SU ASOCIACIÓN CON LAS ACTITUDES
ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
M. C. MACIEL MIGUEL JIMÉNEZ**

**DIRECTOR DE TESIS
M. EN C.E.F. JAVIER CONTRERAS DUARTE**

**CODIRECTORA DE TESIS
E. EN S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO**

**REVISORES DE TESIS
PH.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
M. EN C. GUILLERMO GARCIA LAMBERT**

**“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SU ASOCIACIÓN CON LAS ACTITUDES
ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES.”**

ÍNDICE

Cap.	Pág.
PRÓLOGO	
RESUMEN	
SUMMARY	
AGRADECIMIENTOS	
I. MARCO TEÓRICO	1
I.1 Hábitos	1
I.2 Hábitos saludables	5
I.3 Hábitos alimentarios	5
I.3.1 Hábitos alimentarios saludables	6
I.3.2 Alimentación en el adolescente	6
I.4 Actitud	15
I.4.1 Componentes de la actitud	19
I.4.2 Actitudes alimentarias	19
I.4.3 Trastornos de la conducta alimentaria	20
I.5 Adolescencia	24
I.5.1 Generalidades	24
I.5.2 Características de la adolescencia	25
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
II.1 Argumentación	31
II.2 Pregunta de investigación	32
III. JUSTIFICACIONES	33
III.1 Académica	33
III.2 Científica	33
III.3 Epidemiológica	33
III.4 Social	34
IV. HIPÓTESIS	35
IV.1 Hipótesis alterna	35
IV.2 Hipótesis nula	35
V. OBJETIVOS	36
V.1 General	36
V.2 Específicos	36
VI. MÉTODO	37
VI.1 Tipo de estudio	37
VI.2 Diseño de estudio	37
VI.3 Operacionalización de variables	37
VI.4 Universo de trabajo	42
VI.4.1 Criterios de inclusión	42
VI.4.2 Criterios de exclusión	42
VI.4.3 Criterios de eliminación	43
VI.5 Instrumentos de investigación	43
VI.5.1 Descripción	43
VI.5.2 Validación	44
VI.5.3 Aplicación	45
VI.6 Límite de tiempo y espacio	46
VI.7 Método (Desarrollo del proyecto)	46
VI.8 Diseño estadístico	47

VII. ORGANIZACIÓN	48
VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS	49
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
X. CUADROS Y GRÁFICOS	54
XI. CONCLUSIONES	79
XII. RECOMENDACIONES	81
XIII. BIBLIOGRAFÍA	83
XIV. ANEXOS	86
XIV.1 Anexo 1	86
XIV.2 Anexo 2	88
XIV.3 Anexo 3	91
XIV.4 Anexo 4	92

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Hábitos

Hábito. Del lat. habitus. Disciplina que alguien adquiere mediante la repetición hecha con constancias de cierta actividad; práctica que repite alguien tantas veces, que se vuelve costumbre (1). Modo de conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas (2).

Es un mecanismo estable que crea destrezas o habilidades, es flexible y puede ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria (3).

Los hábitos conforman las costumbres, actitudes, formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten (favorable o desfavorablemente) en el estado de salud, nutrición y el bienestar (3).

Los hábitos permiten automatizar conductas, una vez que se adquirieron. El ser humano es el que hace los hábitos y luego, ellos hacen al hombre. De ahí la frase de Aristóteles... ¡Somos lo que hacemos! (4).

Características de los hábitos

El hábito se caracteriza por la realización de los movimientos de forma automatizada, quedando la conciencia liberada de ejercer el control en las operaciones motrices, sensoriales e intelectuales que componen las acciones. Esto lo logra el sujeto mediante el aprendizaje y la ejercitación (5).

Las acciones se llevan a cabo como resultado de un aprendizaje, en el cual se han establecido conexiones nerviosas temporales que son la base fisiológica de los

hábitos. La formación del sistema de conexiones temporales, también llamado estereotipo dinámico, permite que las acciones se realicen con rapidez y con precisión, eliminando movimientos innecesarios y el gasto de energía (5). Los hábitos surgen porque el cerebro busca continuamente formas de ahorrar esfuerzo (4).

Duhigg explica lo que es el ciclo de un hábito:

1. Señal (Cue), es el detonante que activa la ejecución de un hábito. Puede ser casi cualquier cosa; una situación, un sonido, un lugar, un objeto, una hora del día, un estado de ánimo.
2. Rutina (Routine), es la secuencia de acciones que se ejecutan al percibir la señal. Dichas acciones pueden ser físicas, mentales o emocionales.
3. Recompensa (Reward), el premio que recibe el cerebro y que refuerza el hecho de que el hábito en cuestión debe recordarse (4).

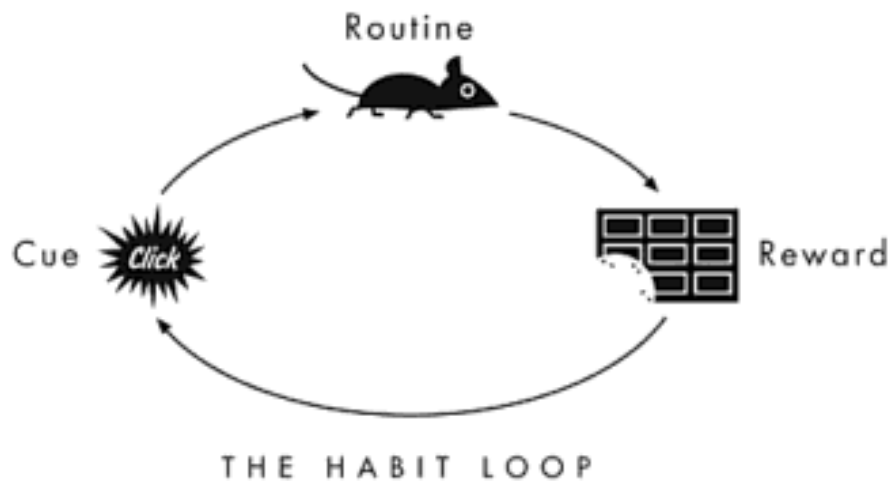


Figura 1: Ciclo de un hábito, fuente (4)

Factores que intervienen en la formación de los hábitos

- La dirección del aprendizaje por personas de experiencia.
- La imitación de los modelos de acción.
- La ejercitación y el entrenamiento encaminados al perfeccionamiento (5).

Aprendizaje

El proceso de aprendizaje de los hábitos se realiza por etapas, y se descompone la actividad en partes que requerirán no solo de la ejercitación, sino también de la corrección de los errores encaminada al perfeccionamiento (5).

En este proceso tiene un gran valor la calidad de las orientaciones que recibe el sujeto, pues ello garantiza que el hábito se forme correctamente, y responda al fin de la actividad (5).

Imitación de modelos de acción

Al imitar el modelo de acción, el sujeto se apoya en la observación consciente de dicho modelo, y llega a la formación de la imagen ideal de este con ayuda del lenguaje, lo cual le permite la ejecución consciente encaminada a un fin (5).

Ejercitación

El ejercicio también interviene en el proceso de formación de los hábitos, pero el ejercicio no puede concebirse como una simple repetición, ya que ello conduce a la reproducción mecánica de la actividad; la meta del ejercicio es el perfeccionamiento y la eliminación de los movimientos innecesarios, para la formación correcta del hábito (5).

Cuando el hábito ha sido elaborado cuidadosamente y con interés, el individuo actuará luego con rapidez, eficiencia y calidad (5).

Clasificación de los hábitos

Existen diversas clasificaciones entre las que se encuentran: hábitos sensoriales, motores e intelectuales.

- Hábitos sensoriales: Están vinculados con las sensopercepciones y los distintos órganos de los sentidos, y son resultado de la experiencia obtenida mediante la ejercitación y el perfeccionamiento. Por ejemplo: la discriminación por el médico de los ruidos cardíacos o del murmullo vesicular mediante el estetoscopio.
- Hábitos motores: Se trata de la automatización de los componentes motores de las acciones. Por ejemplo: caminar, escribir. Estos hábitos se combinan con acciones sensoriales y se les llama sensitivomotores. Por ejemplo: conducir un auto, dibujar, palpar el abdomen.
- Hábitos intelectuales: Son los llamados hábitos de pensamiento, que son resultado de la actividad del pensamiento y se elaboran mediante su desarrollo. Por ejemplo, cuando el médico ausculta a un paciente, se evidencian hábitos sensoriales (discriminación auditiva), motores (manipulación del estetoscopio) e intelectuales (interpretación semiológica de lo escuchado) (5).

Otras clasificaciones de hábitos son:

- a) Hábitos físicos
- b) Hábitos afectivos
- c) Hábitos sociales
- d) Hábitos morales
- e) Hábitos de lectura
- f) Hábitos de higiene

Dentro de estos se encuentran:

1. Hábitos sobre acciones (motores).
2. Hábitos de comportamiento (motores)
3. Hábitos de conducta (4).

Y por encima de todos los tipos de hábitos, el que se denominaría con el número 0 (cero): el hábito de pensamiento. Este hábito afecta a los 3 tipos de hábitos (acciones, comportamiento y conducta) (4).

El crear un automatismo en la forma de pensar está basado en la socialización y el mimetismo. Y pueden llegar a ser una máquina de crear condicionamientos mentales si le da rienda suelta, ya que pueden actuar en común (4).

I.2 Hábitos saludables

Hábitos saludables son todas aquellas conductas que se asumen como propias en la vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso, la práctica de la actividad física correctamente planificada, higiene bucal, higiene personal (6).

I.3 Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios son el conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres (7).

Hábitos alimentarios se ven influenciados principalmente por tres factores: la familia, los medios de comunicación y la escuela (8).

Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y ejercen una influencia muy fuerte en la dieta de los niños y las conductas vinculadas con la alimentación; sin embargo, los cambios socioeconómicos actuales han llevado a padres e hijos a alimentarse de manera inadecuada (8).

La promoción, formación y consolidación de los hábitos alimentarios ayudan a:

- Prevenir desde las primeras etapas de la vida la aparición de trastornos y enfermedades vinculadas con la alimentación y nutrición, que se pueden manifestar a corto y largo plazo.
- Lograr que los conocimientos en materia de salud, nutrición y estilos de vida saludables sean adaptados al nivel de aprendizaje significativo, para su aplicación en la rutina escolar, familiar y en la comunidad.
- Formar rutinas que favorezcan una relación alimentaria sana y estimulan actitudes positivas hacia una alimentación saludable.
- Valorar y aprender las pautas de conducta y actitudes que contribuyen a estimular la protección y cuidado responsable de su salud integral. Fomentar el bienestar integral y seguridad alimentaria de la familia y de cada uno de sus integrantes (3).

I.3.1 Hábitos alimentarios saludable

Se refiere a una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico (9).

I.3.2 Alimentación en el adolescente

Son importantes los aspectos nutricionales sobre la conservación de la salud en la etapa de la adolescencia (7).

La alimentación es el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (7,9).

Alimentación correcta es la dieta que, de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la

vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades (7).

La nutrición es un conjunto de procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrientes por el organismo. En el ser humano tiene carácter bio-psico-social (7).

Dieta: al conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación (7).

Características de la dieta correcta:

- Completa. - Que contenga todos los nutrientes. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los 3 grupos.
- Equilibrada. - Que los nutrientes guarden las proporciones apropiadas entre sí.
- Inocua. - Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consuma con moderación.
- Suficiente. - que cubra las necesidades de todos los nutrientes, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños, que crezcan y se desarrollen de manera correcta.
- Variada. - que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.
- Adecuada. - que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características (7).

La evaluación de prácticas alimentarias es altamente aconsejable para detectar tempranamente hábitos pasibles de ser mejorados e impactar positivamente en el estado nutricional de los adolescentes (10).

El aprendizaje de hábitos alimentarios se caracteriza por ser un tipo de aprendizaje social integrado en el que intervienen los padres y el entorno social del individuo (medio ambiente). En tal sentido, habría un determinismo recíproco de los hábitos alimentarios en el hogar, la escuela y el medio ambiente social. De acuerdo al grupo en mención las condiciones sociales predominan sobre el pensamiento mítico por ello hay muchas creencias, mucha influencia distorsionada de los medios de comunicación, la carencia de educación nutricional (11).

La adquisición de los conocimientos se considera positiva, en la medida que repercute y refuerza la práctica alimentaria correcta creando buenas actitudes hacia la alimentación saludable. Sin embargo, no es suficiente que la información sea correcta, es necesario también que se produzca la modificación o abandono de estos hábitos alimentarios insanos y erróneos (11).

La alimentación correcta está representada gráficamente en el Plato del Bien Comer, que muestra los tres grupos de alimentos que deben estar presentes en las tres comidas principales del día: (7,12).



Figura 2: Plato del Bien Comer, fuente (12)

Los alimentos se deben distribuir en tres, cuatro o cinco comidas diarias, procurando cada día escoger diversos alimentos (7, 12).

Nutrición en el adolescente.

La etapa de la adolescencia se caracteriza por un acelerado crecimiento y desarrollo en el nivel fisiológico, psicosocial y cognoscitivo que afecta las necesidades del/la adolescente (7,13).

Los requerimientos nutricionales en adolescentes dependen de los fenómenos normales de la pubertad asociados a la maduración sexual y al estirón de crecimiento que influyen en la velocidad de ganancia de peso y talla los cuales ejercen una influencia importante en los requerimientos de nutrientes. El crecimiento longitudinal acelerado durante la adolescencia contribuye al 15% de la talla final del adulto; su contribución al peso del adulto se aproxima al 50% (13).

Por lo tanto, está claro que la nutrición desempeña un papel significativo en la duplicación de masa corporal, no es sorprendente que los requerimientos nutricionales se eleven durante el período de mayor crecimiento (12,13).

La gran variación individual al momento en que inicia el período de crecimiento acelerado, así como la intensidad del crecimiento, hace que la edad cronológica sea un mal índice de las necesidades nutricionales. El crecimiento fisiológico o edad de maduración es un mejor indicador para establecer los requerimientos o evaluar las ingestas (7,13).

Las necesidades nutricionales del adolescente no son estables, dependen de las variaciones individuales en el crecimiento, la constitución corporal, el nivel de actividad física y otras características como embarazo o lactancia (13).

Resulta importante tomar en cuenta la importancia de las vitaminas y minerales como: calcio, hierro, zinc entre otros, para un adecuado desarrollo integral del/la adolescente (7,13).

Recomendaciones básicas para una Nutrición Saludable en la Adolescencia

Para asegurar una nutrición saludable se requiere que la alimentación diaria cumpla con algunas características:

A. Alimentación Variada

Una alimentación variada consiste en: consumir alimentos variados todos los días como: lácteos y sus derivados, verduras, frutas, cereales y productos cárnicos, es la mejor receta para gozar de buena salud (7,13).

El organismo requiere de todos los grupos de alimentos para mantenerse sano, cada uno aporta diferentes tipos de nutrientes, por lo que es necesario conocer qué cantidades se debe consumir de cada alimento (7,13).

B. Mezclas Alimentarias

Se recomiendan algunas mezclas de alimentos que favorecen la utilización y aprovechamientos de los nutrientes en el organismo tales como:

- Productos Lácteos con cereales (chilaquitas, arroz con queso fresco, tortilla con requesón)
- Cereales con legumbres y vegetales (arroz con chicharos o con zanahorias, arroz con ejotes, arroz con garbanzos o lentejas, pastelitos de vegetales)
- Leguminosas con vegetales (frijoles con tomate, perejil, frijol de soya con tomate y rábano)
- Leguminosas con cereales (frijoles con fideos, arroz con frijoles) (13).

Otras mezclas (harina de soya y de maíz fortificada con hierro; soya, trigo y frijol; empanadas) (13).

C. Aumentar el consumo de fibra

La fibra ayuda a facilitar la digestión de los alimentos y a la absorción adecuada de nutrientes que el cuerpo necesita, por lo que es necesario incluirlas cada día en la alimentación. La fibra se encuentra en verduras, frutas y cereales integrales (7,13).

D. Establecer y respetar horarios de alimentación

El cuerpo necesita energía durante todo el día, después de dormir, ayunos prolongados, actividad física intensa, para un óptimo rendimiento académico.

Por lo que es importante realizar los tres tiempos de comida y refrigerios en caso que sea necesario aumentar el aporte de energía y nutrientes (7,13).

E. El desayuno es una comida muy importante

El cuerpo necesita energía después de dormir, por lo que el desayuno es esencial, ya que si no se inicia con un buen desayuno durante todo el día la alimentación no será adecuada. Se recomienda elegir un desayuno con alimentos ricos en carbohidratos, tales como panes y cereales además incluir frutas y lácteos (13).

F. Consumir suficientes líquidos.

Es fundamental mantener el cuerpo bien hidratado ya que más de la mitad del peso corporal es agua, se necesita como mínimo de 6 a 8 vasos de agua al día (7,13).

G. Cuidados de los dientes

El cuidado de piezas dentales es importante para la salud integral de las personas, por lo que se deben de cepillar adecuadamente después de cada comida; evitar la ingesta de alimentos ricos en almidón o azúcares porque es uno de los factores predisponentes de la caries dental (12,13).

H. Actividad física

La actividad física es importante para mantener activos los músculos y los huesos permitiendo su mejor funcionamiento (7,13).

Algunos beneficios son:

Mejora la condición física, el desempeño escolar, aumenta el sentido de responsabilidad personal, reduce el consumo de drogas y el alcohol, mejora el sistema inmunológico, reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, y controla el peso (13).

I. Hábitos de higiene

Resulta importante complementar un buen estilo de vida con hábitos higiénicos adecuados como: baño diario, vestuario limpio, lavado de manos, conservación y preparación higiénica de los alimentos y saneamiento ambiental. Todo esto favorece un entorno saludable y la prevención de enfermedades (12,13).

Nutrición afectiva

Es la acción de nutrir emocionalmente, esto aumenta las habilidades de la inteligencia emocional por medio del afecto, reponiendo o reparando las áreas deterioradas o poco desarrolladas en virtud a un entorno negativo o poco propicio (13).

Relación entre Nutrición Biológica y Nutrición Afectiva

Para asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo es esencial poseer una dieta balanceada en cantidad y calidad; sin embargo, para que el desarrollo humano sea integral, se requiere de una nutrición afectiva suficiente para desarrollar la inteligencia emocional de la persona (12,13).

Los elementos de la nutrición afectiva son equivalentes a los de la nutrición biológica:

- Constructores, se incluyen nutrientes afectivos que forman la estructura de la inteligencia emocional: amor, respeto, aceptación, reconocimiento, caricias físicas y emocionales (7,13).
- Energéticos, se incluyen todos los nutrientes afectivos que “mueven” a actuar: oportunidades, sueños, creatividad, que impulsan a la persona a proponerse metas y a alcanzarlas (7,13).
- Protectores, se encuentran aquellos nutrientes afectivos que nos protegen de las influencias negativas del entorno y que nos ayuda a interactuar en forma armoniosa con el mismo, estos son: autoestima positiva y comunicación asertiva (7,13).

NUTRICIÓN BIOLÓGICA	NUTRICIÓN AFECTIVA
Constructores: • Proteínas	• Amor, aceptación, respeto, reconocimiento, caricias
Energéticos: • Grasas/carbohidratos	• Oportunidades, sueños, creatividad
Protectores: • Vitaminas/minerales	• Autoestima alta/comunicación asertiva
↓ Potencial físico	↓ Inteligencia emocional

Fuente: Nutrición Afectiva, (13).

Elementos de la nutrición biológica y afectiva

El practicar la nutrición afectiva desde la niñez, permitirá durante la adolescencia enfrentar de una mejor forma los cambios biológicos, sociales y psicológicos característicos de esta etapa de la vida, ya que podrá tener mayor seguridad de sus propósitos y sueños lo cual le permitirá mantener una mejor disciplina en cuanto a su comportamiento frente a la sociedad y consigo mismo; de esta forma se puede evitar que el o la adolescente tome medidas inadecuadas para ser aceptado(a) socialmente (7,13).

Si el adolescente es capaz de reconocer sus emociones y las causas que las provocan, puede racionalizar, controlar, modificar o neutralizar sus emociones y su respuesta (13).

Por otra parte, la persona emocionalmente inteligente es capaz de automotivarse, fijarse metas y planificar la forma de alcanzarlas, será capaz de actuar sobre sí mismo y sobre los que le rodean, entendiendo y respetando los sentimientos de los demás (13).

Resulta importante que se incluya la nutrición afectiva tanto en las medidas preventivas como en el tratamiento de enfermedades y trastornos de origen alimentario, a través de un equipo multidisciplinario, de esta forma se puede cambiar los métodos de atención a los/as adolescentes; ya que la base de la nutrición afectiva es el de trasladar seguridad, respeto a sí mismo y optimismo en los/as adolescentes (13).

Así pues, la nutrición afectiva además de crear en el/la adolescente una forma de vida con mayor seguridad en sí mismo, puede formar parte esencial en el cambio de conductas alimentarias inadecuadas, así como en el tratamiento nutricional de enfermedades crónicas como el VIH/SIDA, en donde una combinación de la nutrición

biológica y la nutrición afectiva forman un dúo capaz de nutrir de esperanzas y metas para mejorar y prolongar la vida misma (13).

I.4 Actitud

Las actitudes son juicios de valor que pueden ser agradables (expresión positiva) o desagradables (expresión negativa), son juicios respecto a las personas, objetos o acontecimientos. Y aunque no son precisamente valores, sí pueden constituirse con la influencia de éstos, es decir, pueden adquirirse al paso de la vida con la identificación de personas significativas, por ejemplo, el padre, los maestros, los amigos, el sacerdote, etcétera (14).

Actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada (15).

Las actitudes lógicamente son constructos hipotéticos (son inferidos, pero no objetivamente observables), son manifestaciones de la experiencia consciente, informes de la conducta verbal, de la conducta diaria, etc... (15).

Características de la actitud:

- Las creencias son la base de las actitudes.
- Las actitudes se pueden referir a “objetos” y “situaciones”
- Las actitudes son predisposiciones a actuar a partir de la experiencia
- Son predisposiciones que necesitan de estímulos socio - culturales
- El núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los “valores” que orientan el comportamiento y son “la fuerza motivacional” (15).

Teorías clásicas de las actitudes:

Surgen a partir de la definición que es atribuida a Gordon Allport, el cual conceptualiza las actitudes como:

“Actitudes son predisposiciones para reaccionar favorable o desfavorablemente frente a un objeto organizadas a través de la experiencia y que ejercen influencia directa o dinámica sobre el comportamiento” (1,16).

Donde se entiende:

- Las actitudes son predisposiciones de reacción, es decir, ellas no pueden confundirse con conductas, sino que preceden a la conducta. Por esto, “actitud” en latín significa postura, que permite anticipar la conducta que va a tener una persona. El individuo desarrolla la capacidad psicosocial de anticipar o predecir la conducta de otro individuo, observando la actitud (15,16).
- Implican una reacción favorable o desfavorable frente a un objeto (16).
- Se señala también, que las actitudes se organizan a través de la experiencia. Esto implica que las actitudes se tienen que aprender a través de la experiencia que se denomina aprendizaje social, socialización, endoculturización (16).
- Las actitudes se aprenden en la familia nuclear o sustituta, generalmente compuesta por padres y hermanos, mediante las opiniones aisladas que el niño escucha de sus padres, respecto a diferentes sucesos o temas, lo cual va configurando una manera de opinar del niño, conforme a este aprendizaje. Piaget denomina a esto “opiniones complejas” o “sistemas de opiniones”, es decir, el niño va agrupando opiniones aisladas en sistema de opiniones. Con ello el niño va siendo capaz de opinar qué es lo que les gusta y qué es lo que no les gusta. Probablemente los sistemas de opinión dan lugar a creencias que a su vez se organizan en “sistemas de creencias” los que a su vez van a dar origen a valores, que se organizan a través de sistemas o jerarquía de valores y esto determina lo que se conoce como Ideología Psicosocial (1,16).

1. Función Adaptativa Utilitaria o Instrumental

En todas las culturas los seres humanos desarrollan algunas actitudes positivas hacia aquellos objetos que son recompensantes y desarrollan actitudes negativas frente a objetos castigadores, de modo que es difícil encontrar a un sujeto que tenga una actitud negativa frente a los padres, al contrario, tendrá una actitud positiva (puesto que ellos son un objeto recompensante, por el apoyo, la comprensión y el afecto que nos brindan) (15,16).

Obviamente la mayoría de los seres humanos desarrolla actitudes negativas frente a aquellos objetos de actitud que son castigadores (tal es el caso de la violación, el robo, el asesinato, etc.). De modo que muchas de nuestras actitudes nos sirven para adaptarnos al sistema de reforzamiento evitativo que impera en nuestra sociedad, es decir, vamos a desarrollar simpatía por aquellos objetos aprobados por la cultura o subcultura y antipatía por objetos rechazados por la cultura o subcultura. Esto explica cómo las actitudes se desarrollan a partir del cumplimiento de una función adaptativa (16).

2. Económica

Un segundo grupo de actitudes se desarrolla a partir de una función económica. Es decir, a partir de una escasa información nos formamos una impresión respecto de un objeto de actitud, y en consecuencia, emitimos una actitud favorable o desfavorable.

Este fenómeno es denominado "déficit cognoscitivo", que se suple con la función económica, es decir, contando con escasa información logramos adoptar una actitud determinada que predispone una conducta. En consecuencia, a través de esta función se es capaz de desarrollar prejuicios y estereotipos (15,16).

3. Expresiva

Esta función permite desarrollar actitudes como una forma de expresión de nuestros valores. De modo que muchas de las actitudes se desarrollan a partir de valores irrenunciables o trascendentales para la vida (14,16).

4. Defensiva

Esta función permite entender por qué razón a veces las personas se comportan anti actitudinalmente o contra actitudinalmente (15,16).

Esta función tiene una fuerte influencia de las investigaciones psicoanalíticas. Lo que han descubierto en estas investigaciones es que cuando se observan expresión de actitudes extremas o exageradas, no hay en psicología otro paradigma para explicarlas sino es a través de las posturas psicoanalíticas, es decir, a través de un contenido manifiesto diametralmente opuesto al contenido latente (16).

El origen de este planteamiento está contenido en las primeras experiencias de Freud con su paciente, Ana, quien tenía la obsesión de lavarse las manos permanentemente. Para descubrir el porqué de esta conducta, Freud decide hipnotizar a esta paciente para descubrir qué es lo que estaba a la base de este comportamiento y descubre a través de la regresión de que esta mujer tenía la compulsión de lavarse las manos porque se sentía sucia, dado que en la infancia ella fue obligada a masturbar a un hombre (familiar cercano). Esto ejemplifica que cuando se observan expresiones de actitud sumamente exageradas, a juicio de los psicoanalistas es sujeto de análisis (16).

Esto indica que las actitudes se desarrollan y sirven para cumplir alguna de estas funciones. Esta información es importante puesto que, si una actitud se aprende a través de cualquiera de estas funciones, la manera de cambiarlas es

“desaprendiéndolas” a través de la misma función (utilizando las técnicas de aprendizaje pavloviano, instrumental o vicario) (16).

I.4.1 Componentes de la actitud

- Componente cognoscitivo

La actitud se forma cuando las creencias, la información, la cultura, los conocimientos y los valores se relacionan con el criterio propio. Es decir, se requiere de la flexibilidad del pensamiento para ir adquiriendo o modificando la actitud de acuerdo con la situación en la que se encuentre. Se puede llegar a pensar que, en la forma más positiva de expresar las actitudes, se pueden aprovechar más las aptitudes de aprendizaje y la evolución favorable hacia la madurez (14).

- Componente afectivo

Se genera de un sentimiento específico que nace de una impresión que antecede a la persona, es la parte emocional de una actitud y suele aprenderse de los padres, maestros y compañeros (14,16).

- Componente conductual

Es la intención de comportarse de tal forma con base en los sentimientos o actitudes específicos. Esta conducta intencional es el resultado de una actitud y es una predisposición a actuar en una forma específica (16).

I.4.2 Actitudes alimentarias

Las actitudes y comportamientos alimentarios de riesgo son bastante comunes entre la población adolescente (16,17).

Las actitudes son juicios de valor respecto a la alimentación, positivo o negativo, que se adquieren al paso de la vida (17).

La obesidad, el sobrepeso y los trastornos alimentarios entre jóvenes representan un problema de salud pública, con altos niveles de prevalencia y graves consecuencias a nivel de salud biopsicosocial (17).

El incremento del sobrepeso y la obesidad en la población adolescente conllevan graves complicaciones de la salud física y psicológica general y aumenta el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA) los cuales presentan una de las tasas de mortalidad más elevadas de los trastornos psicológicos (17).

Se han dirigido numerosos esfuerzos hacia la identificación de factores de riesgo compartidos y hacia la integración de programas de prevención del amplio espectro de los denominados problemas relacionados con el peso (17).

Proporcionar información correcta sobre nutrición, la herencia del peso, la forma y la distribución de la grasa corporal, así como los efectos reales de las dietas, podrían prevenir problemas de alimentación durante la adolescencia (17).

I.4.3 Trastornos de la conducta alimentaria

El período de transición de la niñez a la adultez es una de las etapas más importantes de la vida ocasionalmente puede convertirse en período de riesgo de mayor morbilidad y mortalidad. Las enfermedades metabólicas –nutricionales desarrolladas en esta etapa determinarán enfermedades crónicas en la edad adulta (18,19).

La adolescencia es una etapa de la vida marcada por importantes cambios emocionales, sociales y fisiológicos. Sobre estos últimos la alimentación cobra una especial importancia debido a que los requerimientos nutricionales, para hacer frente a estos cambios, son muy elevados y es necesario asegurar un adecuado aporte de energía y nutrientes para evitar situaciones carenciales ocasionadas por trastornos de la conducta alimentaria (13, 19).

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan en 90 a 95% de los casos a mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 25 años, comprendiendo las etapas de mayor capacidad reproductiva, con efectos sobre el ciclo menstrual, función ovárica, fertilidad, sexualidad y embarazo. Los períodos menstruales a menudo cesan después de una baja del 10 a 15% del peso corporal normal, lo cual se debería a un mecanismo alterado de regulación de la secreción de GnRH, junto a modificaciones en el sistema dopaminérgico y opioide. (20).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son procesos psicopatológicos que suponen severas modificaciones en las actitudes y los comportamientos relacionados con la ingestión de alimento, como resultado de una distorsión en la percepción de las dimensiones corporales y un miedo intenso a la obesidad (21).

Entre los trastornos de conducta alimentaria que ocurren con más frecuencia en adolescentes están (13):

A. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que afecta de 10 a 20 veces más, a las adolescentes y mujeres jóvenes que a los hombres y más frecuente en los niveles socioeconómicos altos que en los bajos. Se caracteriza por una restricción excesiva de la ingesta de alimentos, con pérdida acentuada de peso por debajo del peso corporal ideal. Las personas perciben una imagen corporal distorsionada u obesa, a pesar de tener un peso normal o bajo (13, 22).

Al inicio de esta alteración se evidencia la preocupación de la paciente por sentirse “gorda”, fracciona su comida habitual y la toma con lapsos intermedios más prolongados, ingiere pocos alimentos (13,22).

Esta situación se presenta generalmente durante el desarrollo puberal e incluso al inicio del mismo y también es considerado como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes durante la adolescencia (13,22).

La detección precoz es importante y puede hacerla el personal de salud evaluando el estado nutricional y la gravedad de la condición, y decidiendo las pautas de manejo más adecuadas (13,22).

Manifestaciones clínicas:

El cuadro clínico de la anorexia nerviosa se caracteriza por: adelgazamiento progresivo, o bajo peso (índice de masa corporal menor del Percentil 5^o.) En la mujer puede haber historia de amenorrea y en los hallazgos físicos en ambos sexos: cabello reseco, lanugo (vello excesivo), acrocianosis (coloración azulosa de las manos y pies), piel seca, lesiones dérmicas al examen físico, hipotensión, bradicardia o pulso débil. En algunos casos es posible documentar alteraciones electrocardiográficas debido a la falta de electrolitos que se pierden por el vómito o por el uso frecuente de laxantes (13,22).

Características de las personas:

- Autoimagen distorsionada
- Autoestima baja
- Depresión
- Pensamiento obsesivo y tendencia al perfeccionismo
- Escasa comunicación con los demás
- Conductas autodestructivas
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Obsesión por la comida (13,22).

B. Bulimia

Otra alteración de la alimentación es la bulimia que es definida como episodios recurrentes de ingesta compulsiva de comida (consumo rápido de una gran cantidad de alimentos, en corto período) que termina con dolor abdominal, sueño o vómito; hay obsesión de la persona en perder peso por lo que recurre a provocarse vómitos, usa laxantes o diuréticos, se impone episodios de dieta estricta o ayuno, ejercicio excesivo y muestra preocupación persistente por su figura y peso corporal. La bulimia está relacionada con alteraciones depresivas mayores y con trastornos de la personalidad (13,22).

Manifestaciones clínicas:

La mayoría de los pacientes con diagnóstico de bulimia no sufren emaciación aun cuando su peso sea menor al ideal. Piel seca y pelo quebradizo. Glándulas inflamadas debajo de la mandíbula como consecuencia de los vómitos, fatiga y sudoración fría debido al rápido cambio del nivel de azúcar en la sangre, rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos, pérdida de piezas dentales, irritación general del aparato digestivo, al igual que en la anorexia es posible registrar alteraciones electrocardiográficas debido a la falta de electrolitos que se pierden por el vómito o por el uso frecuente de laxantes (13,22).

Características de las personas:

- Baja autoestima
- Depresión
- Conductas autodestructivas
- Auto percepción de la imagen corporal distorsionada
- Preocupación excesiva por el peso
- Episodios recurrentes de comer en forma compulsiva (consumo rápido de grandes cantidades de comida en un tiempo limitado).

- Un sentimiento de pérdida de control sobre el comportamiento alimentario.
- Autoinducción del vómito, uso de laxantes o diuréticos, ayuno prolongado o repetitivo y ejercicio físico intenso.
- Episodios compulsivos de alimentación semanales por lo menos durante tres meses. (13,22).

I.5 Adolescencia

I.5.1 Generalidades.

Etimológicamente, la palabra adolescente viene, del participio latino *adolescens*, que significa “que crece” y “se desarrolla”. Esta definición implica transformaciones y adaptaciones constantes que se dan en el curso de vida dentro de los ámbitos físico, emocional, social y cultural (18).

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto, en esta etapa se define la personalidad, se construye la independencia, se rompe con la seguridad de lo infantil, el adolescente todavía necesita apoyo de la familia, la escuela y la sociedad (23).

Muchos de los patrones conductuales, hábitos, conocimientos y actitudes frente a la vida se establecen o fortalecen en este lapso de tiempo (23).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se divide en dos etapas: la adolescencia temprana, que abarca de los 10 a los 14 años de edad y la adolescencia tardía, que comprende de los 15 a los 19 años (23, 24).

En la adolescencia, la salud y el desarrollo físico, psicológico y social están estrechamente interrelacionados entre sí. Los cambios sexuales y corporales que se producen durante la adolescencia se acompañan de importantes cambios

psicosociales, por lo que esta etapa es decisiva en el camino hacia la edad adulta (25).

En México, de acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de adolescentes ascendió a cerca de 22.5 millones en el año 2012, lo que representó el 19.1 por ciento de la población total del país en ese año (117.1 millones) (26).

El número de adolescentes en el país aumentó de 21.2 millones en el año 2000 a 22.5 millones en el 2012 lo que representó un incremento de 5.5%. Este grupo llegó a 22.2 millones en el 2018 (26, 27).

Se destaca el hecho de que, en los últimos años, el número de hombres es discretamente mayor al de mujeres (26).

Al interior del país, el Estado de México es la entidad federativa con mayor número de adolescentes (más de tres millones), le siguen en importancia Veracruz y Jalisco con alrededor de 1.5 millones de adolescentes (26,27).

I.5.2 Características de la adolescencia

Desarrollo Psicosexual

Freud consideró que los instintos sexuales son importantes en el desarrollo de la personalidad. Sin embargo, utiliza el término psicosexual para describir cualquier placer sensual. Durante las distintas etapas del desarrollo, algunas zonas del cuerpo asumen una importancia psicológica prominente, como fuente de placeres nuevos, y los nuevos conflictos cambian de forma gradual de una parte del cuerpo a otra (25, 28).

La adolescencia es la última etapa importante, caracterizada por cambios físico rápidos y marcados, llamada fase genital que se inicia con los 12 años. Comienza en la pubertad, con la maduración del sistema reproductor y la producción de hormonas sexuales (24, 27).

Los órganos genitales se convierten en la fuente principal de tensiones y placeres sexuales, pero también se invierte energía en establecer amistades y prepararse para la vida en pareja. La confianza previa de los adolescentes en sus cuerpos se altera y empiezan a preocuparse como le ven los demás. Hay una búsqueda de la identidad sexual y el aprendizaje de roles sexuales (25, 28).

Desarrollo Cognoscitivo

Se denomina desarrollo cognitivo al conjunto de cambios, relacionados con la edad, que se producen en la actividad mental. Según Piaget, la inteligencia capacita a las personas para adaptarse al ambiente, lo que aumenta su Modelo de Creencias (24,28).

Un estudio de los adolescentes propuso tres etapas del razonamiento: intuitiva, de las operaciones concretas y de las operaciones formales. Hasta la adolescencia los niños son incapaces de razonar de modo abstracto con cierto grado de competencia (28).

Piaget señala que, en torno a los 12 ó 13 años, se suele producir el cambio del período de las operaciones concretas al período de las operaciones formales. El pensamiento formal se caracteriza por la adaptabilidad y la flexibilidad (28).

Los adolescentes pueden pensar en términos abstractos, usar símbolos abstractos y extraer conclusiones lógicas a partir de un conjunto de observaciones; pueden plantear hipótesis y demostrarlas y considerar cuestiones teóricas y filosóficas (28, 29).

El pensamiento ya no depende de la realidad actual y concreta, puede jugar con posibilidades, manejar analogías y metáforas, reflexionar sobre su propio pensamiento y efectuar combinaciones y permutaciones (28,30).

A pesar de que el estilo de pensamiento adolescente introduce cambios importantes frente a la cognición infantil, ciertas características de etapas anteriores no son totalmente superadas, Elkind afirma que se agudiza el egocentrismo y éste intensifica y magnifica en los adolescentes la importancia de sus propias ideas, comportamientos e imagen corporal (27).

Desarrollo Psicológico

La tarea evolutiva central de la adolescencia, de acuerdo con Erick Erikson, es la formación de una identidad individual coherente. La identidad es la autodefinición de una persona con respecto a otras personas, a la realidad y a otros valores. En la identidad hay un componente psicológico, referido a la imagen psicológica que cada persona tiene de sí mismo, y otro componente social, referido a la imagen que el grupo tiene de nosotros. Esta autodefinición se forma a medida que el adolescente elige valores, creencias y metas en la vida tras explorar las alternativas y desempeñar distintos roles (27,29).

Erikson se vale de los conceptos biológicos de período crítico y de epigénesis y describe conflictos clave o problemas intrínsecos que el individuo trata de dominar durante estos períodos del desarrollo de la personalidad. Sólo se logra superar con éxito cada uno de estos conflictos intrínsecos cuando se ha conseguido un dominio satisfactorio de los anteriores (24,27).

La etapa de la adolescencia coincide con la etapa de la identidad frente a la confusión de roles. Los adolescentes tratan por todos los medios de conjugar los roles que han venido desempeñando hasta ahora y los que esperan desempeñar en adelante de acuerdo con las normas y modas adoptadas por sus compañeros, para integrar sus

conceptos y valores con los de la sociedad y tomar una decisión respecto a su futuro (26-27).

Construir una identidad diferenciada y elaborar el propio proyecto vital, averiguando qué quieren hacer con su vida, origina un alto nivel de incertidumbre que, sumado al que implican los actuales cambios sociales, puede resultar en algunos casos difícil de soportar; especialmente cuando los y las adolescentes no han desarrollado la tolerancia a la incertidumbre. La incapacidad de resolver su conflicto intrínseco da lugar a confusión. El resultado del dominio adecuado es la devoción y fidelidad a los demás y a determinados valores e ideologías (28,30).

Desarrollo Social

La socialización de los adolescentes se realiza a través de la familia, el instituto, el grupo, los medios de comunicación y las normas culturales (24,28).

La familia es el primer agente de socialización durante la niñez y es muchas veces quien selecciona de manera directa o indirecta a otros agentes, pudiendo limitar o controlar el impacto de los demás agentes de socialización (18,28).

Es en el seno de la familia donde la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y hace a partir de ellas unas u otras conductas (28,29).

El aprendizaje, la observación y las consecuencias de las acciones van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y posteriormente del adolescente. La idealización de los padres y otras figuras como profesores que se mantiene hasta la entrada en la adolescencia, deja paso a una visión más realista de los mismos (27).

Se produce un alejamiento de la familia, y una identificación con grupos de amigos que pasan a ocupar un papel de mayor peso, convirtiéndose en el refugio y sustitución de la relación perdida (28,29).

Los amigos ayudan a suavizar estos sentimientos de debilidad y las interacciones con ellos, son importantes campos de prueba de las cualidades interpersonales del adolescente y no deben ser interferidas. Le permite al adolescente poner en práctica lo aprendido con los otros agentes socializadores y, a la vez, le comunica normas, valores y formas de actuar en el mundo (27).

La necesidad de ser aceptado por el grupo de pares domina las interacciones sociales. Los adolescentes temen sentirse excluidos por los demás y en sus intentos de establecer su autonomía respecto de los padres, se vuelven hacia sus pares en busca de apoyo (27,30).

Es una fase de inmadurez en la que suelen percibirse de modo inconsciente como insuficientemente preparados para asumir la edad adulta, son inseguros y buscan la aprobación externa para afirmarse en sus opiniones o comportamientos. Por esto, pueden ejercer gran influencia y presión sobre el comportamiento individual, moldeándose el adolescente a los hábitos de su grupo (28).

En cuanto a los medios de comunicación, se considera que influyen en la socialización ya que transmiten conocimientos a la vez que son muy potentes en reforzar los valores y normas de acción social aprendidos con los otros agentes socializadores (28).

Desarrollo Físico

La adolescencia se caracteriza por grandes cambios físicos que trasladan a la persona desde la niñez hasta la madurez física (24,28).

Estos cambios son importantes desde dos perspectivas, por un lado, con ellos se consiguen la madurez orgánica del cuerpo humano, y por otro, por las necesidades de estilos de salud adecuados para que estos cambios acaben con éxito y se logre la adecuada madurez funcional (28).

Respecto a los cambios físicos, en relación al desarrollo sexual, aparición de las características sexuales secundarias, crecimiento y maduración de las gónadas y el aparato genital, aparición de la ovulación y los ciclos menstruales en la niña y la espermatogénesis en el varón, se dan otros cambios no menos importantes en relación al crecimiento y desarrollo funcional corporal. La adolescencia se caracteriza por un período de acelerado crecimiento, la altura aumenta en un 25% y su peso se duplica (28,30).

Además, en relación con el sexo, tiene lugar un cambio en la composición del organismo, variando las proporciones de los tejidos libres, hueso y músculo fundamentalmente, y el compartimiento graso. En las chicas se ensancha la pelvis, cambian las proporciones faciales al hacerse más prominente la nariz y la barbilla. Estos cambios van configurando la figura corporal de las y los adolescentes (24,28).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

La etapa de la adolescencia es un periodo, en el cual el individuo presenta cambios en los aspectos biológico, psicológico y social, en donde hay una búsqueda de la identidad y la necesidad por encajar en el medio donde se desarrollan, se aferran a los estereotipos creados, de la sociedad actual. Sin considerar que se encuentran en una etapa de desarrollo, en donde las decisiones que se tomen tendrán consecuencias positivas o negativas para su salud.

Las actitudes alimentarias pueden ser determinadas por la apariencia física, el deseo por tener la imagen física deseada, la preocupación por la comida, el peso, el estar en forma, en la cual los factores socioculturales son parte de la etiología, para el desarrollo de estas alteraciones, se presentan muy frecuentemente durante la adolescencia, en mujeres más que en varones aunque esto no los excluye; generando cambios en el comportamiento alimentario, perdiendo de vista la alimentación y mucho más la nutrición que en esta etapa se requiere, relacionándose más con las emociones; originando consecuencias psicológicas, físicas y sociales no favorables.

El hábito alimenticio en los adolescentes, pueden estar influido por su entorno, tradiciones, costumbres, nivel educativo, herencia, economía, factores que ponen a prueba los requerimientos alimentarios y nutricionales propios de la etapa de la adolescencia y a su vez generan riesgos a la salud en un corto, mediano y largo plazo.

A nivel nacional los trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes han aumentado en los últimos años, sin darles la importancia que estos requieren dando alteraciones no solo de alimentación y nutrición al individuo, también se ven relacionados a alteraciones de ansiedad, depresión y temores influyendo en la vida individual, familiar y social. Brindar información oportuna y adecuada del hábito

alimenticio orientada a este grupo de población con sus características propias, podría ayudarnos a prevenir problemas de alimentación durante la adolescencia y vida futura.

II.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál son los hábitos alimentarios más frecuente, así como las actitudes alimentarias y cuál es la asociación entre ambas variables en los adolescentes que acuden al Centro de Atención Primaria a la Salud del municipio de Metepec en San Gaspar, en el año 2019?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

La integración de los conocimientos obtenidos en el ámbito, epidemiológico, estadístico, social, epistemológico, educación, comunicación, economía, en calidad en salud, dan herramientas para el adecuado ejercicio de la especialidad en salud pública y ser una oportunidad para la tesista en el desarrollo académico.

Además de formar parte de los requisitos en la obtención el diploma de la especialidad en Salud Pública.

III.2 Científica

Esta investigación está apegada al método científico, en la cual se desglosan cada uno de sus componentes con la finalidad de aportar o crear nuevas estrategias, ya que actualmente se considera como un problema de salud pública las actitudes alimentarias en adolescentes; la finalidad es generar aportaciones que ayuden a detener el desarrollo de las mismas, evitando complicaciones, para los individuos, familia y sociedad favoreciendo su calidad de vida.

Además de dar la pauta, para futuras investigaciones, buscando ampliar el conocimiento actual.

III.3 Epidemiológica

En México, de acuerdo a la Secretaría de Salud cada año se registran cerca de 20 mil casos de anorexia y bulimia, siendo la población de entre 15 y 19 años de edad la más afectada. Según el INEGI en México en el 2017 la tasa de incidencia en mujeres, para anorexia y bulimia fue de 1.97. De cada 10 casos de personas con anorexia y bulimia, nueve son mujeres.

La tasa de incidencia por 100 mil habitantes, en el 2017, a nivel nacional fue de 2.34 por ciento para personas con anorexia y bulimia, y en específico para el Estado de México la tasa de incidencia para anorexia y bulimia fue de 0.81 en hombres y 1.97 en mujeres por 100 mil habitantes.

III.4 Social

Los adolescentes en muchas de las ocasiones son estigmatizados por la sociedad, al padecer alguna de las actitudes alimentarias, repercutiendo en el trabajo, familia, escuela, desarrollo personal, modificando su estilo y calidad de vida.

Las actitudes alimentarias en los adolescentes pueden ser originadas por estereotipos, falta de comunicación, presión social, nivel económico o baja autoestima, lo que impide una correcta alimentación, favoreciendo el desarrollo de diversas enfermedades.

IV. HIPÓTESIS

IV.1. Hipótesis alterna

Los adolescentes presentan igual o más del 70 por ciento hábitos alimentarios inadecuado, y en igual o menor del 40 por ciento un trastorno de alimentación, de este igual o más del 50 por ciento corresponde a anorexia, con una asociación estadísticamente significativa entre hábito alimentarios y actitudes alimentarias.

IV.2. Hipótesis nula

Los adolescentes presentan en menos del 70 por ciento hábitos alimentarios inadecuados, y en más del 40 por ciento un trastorno de alimentación, de este menos del 50 por ciento corresponde a anorexia, con una asociación no estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios y actitudes alimentarias.

V. OBJETIVOS

V.1. Generales

Analizar cuáles son los hábitos alimentarios y las actitudes alimentarias más frecuentes y su asociación entre ambas variables, en los adolescentes que acuden al Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

V.2. Específicos

Analizar la asociación del hábito alimentario con la edad.

Determinar el hábito alimentario con las etapas de la adolescencia.

Determinar el hábito alimentario con nivel de escolaridad.

Determinar el hábito alimentario con estado civil.

Establecer el hábito alimentario con ocupación.

Categorizar el hábito alimentario con género.

Categorizar las actitudes alimentarias y la edad.

Determinar las actitudes alimentarias con las etapas de la adolescencia.

Comparar actitudes alimentarias con nivel de escolaridad.

Determinar las actitudes alimentarias con estado civil.

Categorizar las actitudes alimentarias con el género.

Determinar las actitudes alimentarias con ocupación.

Determinar el factor restricción alimentaria con edad.

Determinar el factor bulimia con edad.

Categorizar el factor motivación para adelgazar con edad.

Categorizar el factor preocupación por la comida con edad.

Categorizar el factor presión social con la edad.

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo.

VI.2 Diseño de Estudio

Se realizó un estudio de los hábitos alimentarios y la frecuencia de las actitudes alimentarias en los adolescentes de 10 a 19 años, en los cuáles se buscó la asociación entre hábitos alimentarios y las actitudes alimentarias que acudieron a consulta y a los grupos de promotores de atención a la salud (GAMS), al Centro de Atención Primaria a la Salud “San Gaspar”, de agosto a octubre del año 2019. Para esto se citaron a los adolescentes a consulta y a sesiones del GAMS, en donde se les invitó a participar en la investigación, firmaron los menores de 18 años el asentimiento y los mayores de 18 años el consentimiento informado, los que aceptaron, se les aplicaron dos instrumentos uno para hábitos alimentarios y otro para las actitudes alimentarias, a los adolescentes en el Centro de Atención Primaria a la Salud “San Gaspar”, de forma individual en consulta y grupal en sesiones, durante el periodo de agosto del 2019 a octubre 2019. La información obtenida se analizó y presentó en cuadros de salida y gráficas.

VI.3 Operacionalización de variables

Variables	Definición Teórica	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicador
Hábitos alimentarios	Conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por	Cantidad y calidad del alimento que se consume.	Cualitativa Nominal	Inadecuados menor de 38.5 puntos

	la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos.			Adecuados mayor o igual a 38.5
Actitudes alimentarias	Las actitudes son juicios de valor respecto a la alimentación, positivo o negativo, que se adquieren al paso de la vida.	Son los trastornos de alimentación durante la adolescencia que hacen referencia a un grupo de condiciones relacionadas con la perturbación de la imagen corporal y el comportamiento anormal del comer, enfocándose principalmente a Anorexia nerviosa y Bulimia, en específico a los factores de restricción alimentaria, bulimia, Motivación para adelgazar, Preocupación por la comida, Presión social percibida.	Cualitativa Nominal	<p>EAT-40 igual o más de 28 puntos anormal</p> <p>EAT-40 menos de 28 puntos normal</p> <p>EAT-40 más de 28 puntos incluyendo los ítems 5, 9, 10, 29, 30, 36, 37, 38, 39. Factor restricción alimentaria</p> <p>EAT-40 más de 28 puntos incluyendo los ítems 7,13, 14, 40 Factor bulimia</p> <p>EAT-40 más de 28 puntos</p>

				<p>incluyendo los ítems 4, 6, 15, 22, 25. Factor Motivación para adelgazar</p> <p>EAT-40 más de 28 puntos incluyendo los ítems 1, 21, 31, 34. Factor Preocupación por la comida</p> <p>EAT-40 más de 28 puntos incluyendo los ítems 12,24,33. Factor Presión social percibida.</p>
Etapas de la adolescencia	Periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital	Periodo de la vida en la que los adolescentes se encuentran, se divide por fases dependiendo la edad en temprana y tardía.	Cualitativa Nominal	<p>Adolescencia temprana: de los 10 a los 14 años de edad</p> <p>Adolescencia tardía: de los 15 a los 19 años de edad</p>

	entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas.			
Género	Expectativas de índole cultural respecto a los roles y comportamiento s de hombres y mujeres.	Roles socialmente contruidos, comportamientos, actitudes y atributos que la sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde el momento de su nacimiento a la fecha.	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa Continua	10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años

Nivel de escolaridad	División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional. Estos son: básico, medio superior y superior.	Último grado de escolaridad del adolescente al momento del estudio.	Cualitativa Ordinal	Sin estudios Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Preparatoria completa Preparatoria incompleta Universidad incompleta
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Clase o condición del adolescente en el orden social recabado al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	Casado (a) Soltero (a) Unión Libre Viudo (a) Divorciado (a)
Ocupación	Toda acción referente a lo que se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda	Es la actividad que realiza él o la adolescente al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	Estudiante No estudiante

	cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.			
--	--	--	--	--

VI.4 Universo de trabajo

Los adolescentes que acudieron a consulta y a las sesiones del grupo de promotores de atención a la salud GAPS al Centro de Atención Primaria a la Salud “San Gaspar”, de forma individual durante el periodo de agosto a octubre 2019.

VI.4.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron en la investigación los adolescentes entre 10 y 19 años, que acudieron a consulta y a sesiones del grupo de promotores de atención a la salud GAPS del Centro de Atención Primaria a la Salud “San Gaspar” y que aceptaron participar bajo asentimiento informado a los menores de 18 años y consentimiento informado a los de 18 años o mayores.

Los adolescentes que autorizaron la aplicación y requisitaron completamente los instrumentos de investigación.

VI.4.2 Criterios de exclusión

No se consideraron a los adolescentes que no quisieron participar, que no firmaron el asentamiento, a los menores de 18 años y consentimiento informado, a los de 18 años o mayores.

Personas que tenían menos de 10 años, o mayor de 19 años.

Los adolescentes que no requisitaron completamente los instrumentos de investigación.

VI.4.3 Criterios de eliminación

Los adolescentes que decidieron salir en cualquier momento de la investigación.

VI.5 Instrumentos de investigación

Eating Attitudes Test (EAT-40) cuestionario autoevaluativo y cuestionario de hábitos alimentarios.

VI.5.1 Descripción

Eating Attitudes Test (EAT-40), es un instrumento capaz de diferenciar entre pacientes con trastornos alimentarios (anorexia, bulimia) y población normal.

El Cuestionario de Actitudes hacia la Comida contiene 40 reactivos (EAT-40), integrado por cinco factores: Restricción Alimentaria, Bulimia, Motivación para Adelgazar, Preocupación por la Comida y Presión Social Percibida. Seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que va desde el siempre a nunca, se puntúan con 1, 2, 3 o 0. Los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 se puntúan A=3, B=2, C=1, D=0, E=0, F=0 y el resto A=0, B=0, C=0, D=1, E=2, F=3. Califican para adolescentes con algún trastorno de la conducta alimentaria, es mayor o igual a 28 puntos. La puntuación máxima de 120, a más puntuación más gravedad del trastorno.

Cuestionario de hábitos alimentarios es un cuestionario adaptado a las características de la población mexicana. Está diseñado para ser autoadministrado. Consta de tres sesiones que evalúan los hábitos alimentarios.

La primera consta de 4 ítems (6 preguntas) referentes a la frecuencia y cantidad de consumo de alimentos recomendados; la segunda contiene 7 ítems (9 preguntas) sobre el consumo de alimentos no recomendados y la tercera con 3 ítems (12 preguntas) se refiere a la frecuencia, compañía y lugar de los tiempos de comida.

Para la evaluación de los hábitos alimentarios se evalúan de 0 a 3 en los ítems que constan de una sola pregunta y de 0 a 1.5 puntos en los ítems que contienen dos o más preguntas.

Para la sección uno la puntuación máxima es de 12 puntos, para la sesión dos de 21 puntos y para la sección tres de 18 puntos dando un máximo de 51 puntos.

Los hábitos se clasifican de acuerdo con la puntuación obtenida en adecuados mayor o igual a 38.5 e inadecuados menor a 38.5. El cuestionario evalúa el consumo de alimentos y el comportamiento con relación a la alimentación.

Ambos cuestionarios fueron aplicados a los adolescentes, en sesiones de los GAPS, divididas en tres grupos y de forma individual, a los que acudieron al Centro de Atención Primaria a la Salud "San Gaspar", con la finalidad de encuestar a todo el grupo de estos.

VI.5.2 Validación

En México se ha examinado la confiabilidad y validez del EAT-40. La versión en español del EAT-40 (Castro, Toro, Salamero & Guimerá, 1991) fue adaptada por Álvarez-Rayón et al. (2004) y aplicada a una muestra clínica de 276 personas con Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) (AN Anorexia= 52, BN bulimia= 102 y TCANE trastornos de conducta alimentaria no específicos= 122), de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), y a una muestra control de 280 personas.

La consistencia interna del instrumento fue alpha de cronbach = .90 en la muestra con TCA y .93 en la muestra total, coeficientes similares a los reportados por Garner y Garfinkel (1979).

El análisis factorial exploratorio (AFE) derivó cinco factores que agruparon 25 reactivos y explicaron 46.6% de la varianza: Restricción Alimentaria (Alpha = .88), Bulimia (Alpha = .87), Motivación para Adelgazar (Alpha = .85), Preocupación por la Comida (Alpha = .77) y Presión Social Percibida (Alpha = .76). La puntuación total diferenció entre las mujeres con Trastornos de Conducta Alimentaria y las mujeres control; además, la mejor predicción diagnóstica para AN (anorexia) o BN (bulimia) se obtuvo con el punto de corte de 28 (sensibilidad = 83% y especificidad = 91%), en tanto que para TCANE se propuso el punto de corte de 22 (83% y 82%, respectivamente). En general, se demostró que el EAT-40 cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para su empleo en población mexicana.

Cuestionario de hábitos alimentarios fue analizado para cada sección y para el conjunto de secciones, consideraron significativos los valores de $p < 0.05$.

La consistencia interna se evaluó con coeficiente Alfa de Cronbach, la cual se consideró en valores de 0.71 a 0.8; debajo de 0.7 indicaron consistencia interna baja y superior a 0.9 redundancia o duplicación.

Las secciones de hábitos alimentarios mostraron una considerable correlación de Pearson en sus puntuaciones entre test y retest (de 0,65 a 80).

Validez de constructo con cargas factoriales mayores o igual 0,32.

VI.5.3 Aplicación

La responsable de hacer la aplicación de los cuestionarios fue la tesista del presente trabajo, la médica cirujana Maciel Miguel Jiménez.

VI.6 Límite de tiempo y espacio

Se realizó el presente trabajo en el Centro de Atención Primaria a la Salud “San Gaspar”, durante el periodo de mayo del 2019 a diciembre 2019.

VI.7 Método (Desarrollo del proyecto)

Para la elaboración del proyecto de investigación se consideró, la utilización de:

- Computadora.
- Cuestionarios.
- Consultorio médico.
- Aula de la unidad.

Se realizó con los adolescentes que acudieron a consulta y se les informó de manera individual al igual que cuando se trabajó en las secciones de los Grupos GAPS, se citaron y reunieron en el aula de la unidad de salud, a los adolescentes y tutores con ayuda del personal de campo de la unidad (técnicos en atención primaria a la salud, cuidadoras de salud), para exponer: los objetivos del proyecto de investigación, que la información obtenida sería confidencial, y que los adolescentes que lo ameritarán se les daría seguimiento en la unidad de salud o se enviaron con los especialistas correspondientes.

En consulta y en estas sesiones se les solicitó su asentimiento a los menores de 18 años y consentimiento informado a los de 18 años o mayores.

Se acudió a tres sesiones que se programaron con los GAPS, con la finalidad de aplicar los instrumentos de investigación de manera grupal en la que se quedó la tesista con los adolescentes por si presentaban alguna duda o pregunta referente a estos.

Se asignó un folio a cada cuestionario posterior a la aplicación de estos.

Antes de la aplicación del cuestionario se explicó:

- Que la información obtenida sería estrictamente confidencial

- Que no había respuestas correctas o incorrectas
- Se les solicitó que contestarán todas las preguntas
- Se agradeció su participación.

Los cuestionarios se llenaron a pluma (negra, azul, roja), o con lápiz.

Una vez concluida la aplicación de los cuestionarios se evaluó para saber que adolescente ameritaban seguimiento por psicología, nutrición y envió con el especialista psiquiatra.

Se agendaron en la unidad, a los adolescentes, tutores y familiar de los adolescentes que tuvieron cuestionarios anormales y se realizó asesoría en sesiones de GAPS en alimentación. Refiriéndose al especialista que ameritaron, se le explicó la importancia del seguimiento con el área referida y se agradeció su participación.

Al concluir el estudio se le explicaron los resultados de este, tanto al personal como a los adolescentes y tutores que permitieron la realización de este.

VI.8 Diseño estadístico

Se recolectaron los datos de los cuestionarios aplicados, se capturó la información obtenida en una base de datos en Excel, se revisó de información y realizaron correcciones de la información, se clasificó y tabularon los datos, se realizaron cuadros de salida, estadísticos descriptivos, se realizaron gráficas. Se utilizaron pruebas estadísticas para asociar las variables, se utilizaron pruebas estadísticas para contrastar las hipótesis.

VII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Maciel Miguel Jiménez

Director de tesis:

M. en C.E.F. Javier Contreras Duarte

Codirectora de Tesis:

E. en S.P. Nancy Cedillo Villavicencio

VIII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Esta investigación se realizó de acuerdo con lo que establece:

- La Declaración de Helsinki adoptada en la 64^a asamblea general, Fortaleza Brasil, octubre 2013 con la finalidad de brindar protección de los derechos a los adolescentes, seguridad y bienestar.
- La Ley General de Salud referente a la investigación para la Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Se realizó bajo consentimiento y asentimiento informado, según fue el caso, sin poner en riesgo a los participantes de la investigación.

Los datos que se recabaron fueron totalmente confidenciales y solo se utilizaron para los fines descritos en este documento.

Se buscó referir a los adolescentes en los casos que así lo ameritaron, con el especialista correspondiente, para buscar el beneficio de este, de los instrumentos que detectaron alguna alteración.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

El estudio realizado de hábitos alimentarios y actitudes alimentarias en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud en el 2019, incluyó a un total de 68 personas, de las cuales el 29 fueron masculinos (42.7%) y 39 femeninos (57.3%), con una razón 1:1.3 respectivamente, la media de edad de los adolescentes participantes fue de 15.5 años con una DE \pm 1.45 años, el individuo más joven registró una de edad 13 años, mientras que el más longevo presentaba 19 años, lo que representa un rango de edad de 6 años. Las etapas de la adolescencia que fueron identificadas en este estudio fueron 12 individuos (17.7%) en adolescencia temprana y 56 (82.3%) en el periodo de adolescencia tardía.

El contexto actual obliga a indagar sobre variables de índole social de interés en los adolescentes, que en el estudio son la escolaridad y el estado civil.

En la escolaridad fueron identificadas 4 adolescentes (5.9%) con primaria incompleta, 14 con secundaria incompleta (20.6%) y 35 con preparatoria incompleta (51.1%), que en su conjunto representan el 77.6%, cabe señalar que 61 personas cursaban algún plantel educativo. En lo que respecta al estado civil, 59 adolescentes (86.8%) fueron solteros, 2 casados (2.9%) y 7 en unión en libre (10.3%).

En este estudio se identificó que 63 (92.6%), adolescentes presentaron hábitos alimentarios inadecuados y 2 (2.9%) con actitudes alimentarias anormales (Gráfica No1). Con un grado de libertad, nivel de confianza del 95% y la significancia estadística del 0.05, la Chi cuadrada de la tabla de 3.84 y Chi cuadrada calculada del 5.74, por lo que sí hay asociación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y las actitudes alimentarias.

En lo que se refiere a los hábitos alimentarios y edad, la mayor proporción de adolescentes con hábitos alimentarios inadecuados fue en el grupo de 15 años de edad (30.9%), le sigue en frecuencia los de 17 años donde se identificaron a 17 individuos

(25%) que en su conjunto representaron el 55.9% de los individuos, este dato contrasta con los 5 (7.4%) adolescentes identificados con hábitos alimentarios adecuados (4 femeninos y un masculino), de los cuales 3 (4.4%) se encontraron en el grupo de 16 años. (Gráfica No 2). Hay una relación inversa mala entre las dos variables de hábitos alimentarios y edad, después de la aplicación de la r de Pearson, el resultado fue $r = -0.186$, por lo cual no hay una dependencia de las variables.

Respecto a las actitudes alimentarias el estudio arrojó que el 97.1% ($n=66$) de los adolescentes presentaron actitudes alimentarias normales y sólo dos femeninas (2.9%) se categorizaron como anormales una de 16 y otra de 19 años, es decir dentro de la etapa de la adolescencia tardía. La distribución por edad de las actitudes alimentarias normales quedó de la siguiente manera: el 32.4% ($n=22$) en el grupo de 15 años, le siguen en frecuencia los adolescentes de 17 años con 25% ($n=17$) y en el tercer sitio se encontraron a los de 16 años con 14.7% ($n=10$).

Considerando que la adolescencia es un proceso biológico dinámico y acelerado, dependiente del estado nutricional de los individuos, en este estudio se identificaron los hábitos alimentarios y las actitudes alimentarias de acuerdo a las etapas de la adolescencia, de tal manera que se observó que el 76.5% ($n=52$) de las personas fueron identificadas con hábitos alimentarios inadecuados durante la etapa de la adolescencia tardía y el 16.2% ($n=11$) durante la etapa temprana, sólo se identificaron a 4 (5.9%) adolescentes en la etapa tardía con hábitos alimentarios adecuados. (Gráfica No 3). En lo que se refiere a las actitudes alimentarias del total de los adolescentes, el 79.4% ($n=54$) presentaron actitudes alimentarias normales durante la etapa tardía.

La observación en la investigación, de los hábitos alimentarios y el nivel de escolaridad de los adolescentes, el 47.1% ($n=32$) de los individuos con preparatoria incompleta fue identificado con hábitos alimentarios inadecuados, así como las 5 (7.4%) personas que refirieron preparatoria completa, por otra parte solo 3 (4.4%) individuos con preparatoria incompleta fueron identificados con hábitos alimentarios adecuados. (Gráfica No 4). Con relación a las actitudes alimentarias normales, el 50% ($n=34$) respondieron una escolaridad con preparatoria incompleta, dentro de esta misma categoría le siguen en

frecuencia los de secundaria incompleta con un 19.1% (n=13) y en tercer lugar los de secundaria completa con un 13.2% (n=9), las 2 adolescentes con actitudes alimentarias anormales se ubicaron en la categoría de secundaria y preparatoria incompleta.

Los datos de otra variable de tipo social como lo es el estado civil de los adolescentes, el estudio arrojó que el 7.4% (n=5) de los encuestados fueron identificados con hábitos alimentarios adecuados, además de ser solteros, así mismo en esta clasificación del estado civil fueron identificados 54 personas con hábitos alimentarios inadecuados lo que representa el 79.4%, le siguen en frecuencia las 7 (10.3%) personas identificadas con hábitos alimentarios inadecuados pero que su estatus del estado civil se ubicó en unión libre, finalmente el 2.9% (n=2) se identificaron como casadas que a su vez presentaron hábitos alimentarios inadecuados. Por otra parte, las actitudes alimentarias de acuerdo con su estado civil de los adolescentes, observadas en el estudio fueron 58 personas solteras (85.3%) identificadas con actitudes alimentarias normales, en contraste las dos (2.9%) adolescentes con actitudes alimentarias anormales se encontraban el grupo de solteros y de unión libre.

Respecto a la ocupación de los adolescentes, ésta no fue clasificada por alguna rama laboral en específico, toda vez que de acuerdo con el instrumento utilizado la ocupación se categorizó en estudiante y no estudiante.

En la categoría de no estudiante el estudio observó a 7 (10.3%) adolescentes los cuales fueron identificados en su totalidad con hábitos alimentarios inadecuados. El 89.7% (n=61) de los adolescentes se ubicó en la categoría de estudiante, de los cuales 5 (7.4%) fueron identificados con hábitos alimentarios adecuados y el resto (n=56) con hábitos alimentarios inadecuados, lo que representa el 82.3%. Referente a las actitudes alimentarias normales y el estatus de estudiante, esta situación se presentó en el 88.2% (n=60) de los adolescentes, mientras que en el 8.8% (n=6) se presentó adolescentes no estudiantes.

En el estudio se observó el comportamiento de los hábitos alimentarios por género, de tal manera que en el género femenino se identificaron al mayor número de personas con

hábitos alimentarios adecuados ($n=4$), lo que representó el 5.9%. Por otra parte, solo fue identificado un hombre con estas mismas características. Respecto a los hábitos alimentarios inadecuados, el estudio identificó que el 41.2% ($n=28$) correspondían a masculinos y el 51.4% ($n=35$) al género femenino.

Con relación a las actitudes alimentarias por género, el estudio identificó que el 54.4% ($n=37$) corresponden a adolescentes femeninas con actitudes alimentarias normales, por otra parte, en el género masculino esta variable se presentó en el 42.6% ($n=29$).

De las actitudes alimentarias anormales identificadas en este estudio fueron 2.9% ($n=2$) adolescentes femeninas, los factores presentes en el estudio fueron, factor restricción alimentaria con un 100% ($n=2$), (Gráfico No 14). Factor bulimia fue identificado en la adolescente de 19 años (Gráfico No 15). El factor motivación para adelgazar en el 100% ($n=2$), (Gráfico No 16). En el factor preocupación por la comida presente en el 100% ($n=2$), (Gráfico No 17). El factor presión social solo lo presentó la adolescente de 16 años (Gráfico No 18). Un dato relevante en este estudio es que el 100% de las actitudes alimentarias anormales encontradas indican anorexia según el factor restricción alimentaria.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No. 1

Hábitos alimentarios y actitudes alimentarias más frecuentes en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Actitudes Alimentarias Hábitos alimentarios	Normal		Anormal		Total	
	F	%	F	%	F	%
Adecuados	4	5.9	1	1.5	5	7.4
Inadecuados	62	91.2	1	1.4	63	92.6
Total	66	97.1	2	2.9	68	100.0

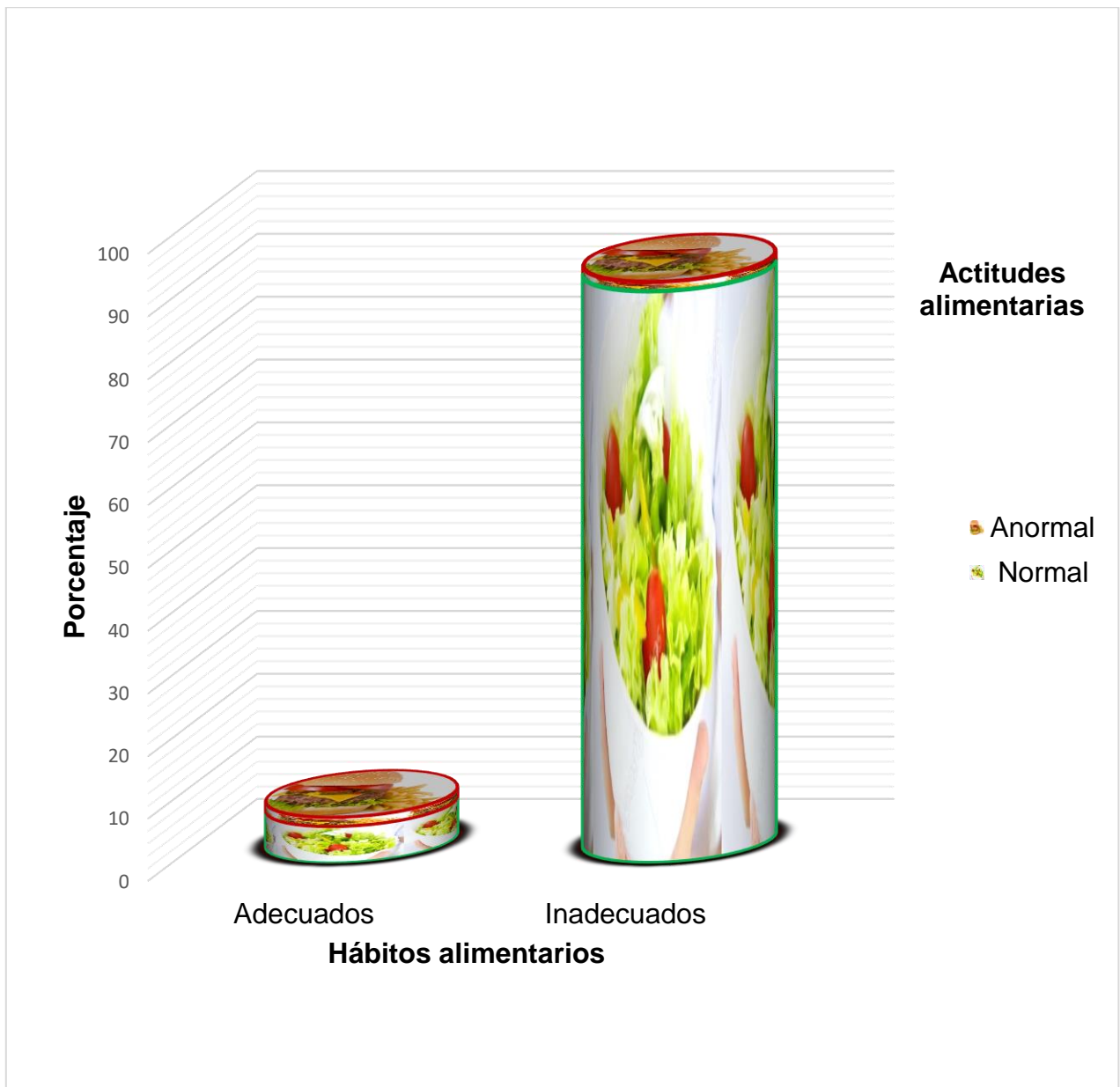
Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Prueba estadística: Chi cuadrada tabla:3.85, Chi cuadrada calculada:5.74.

Gráfico No. 1

Hábitos alimentarios y actitudes alimentarias más frecuentes en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 1

Cuadro No. 2

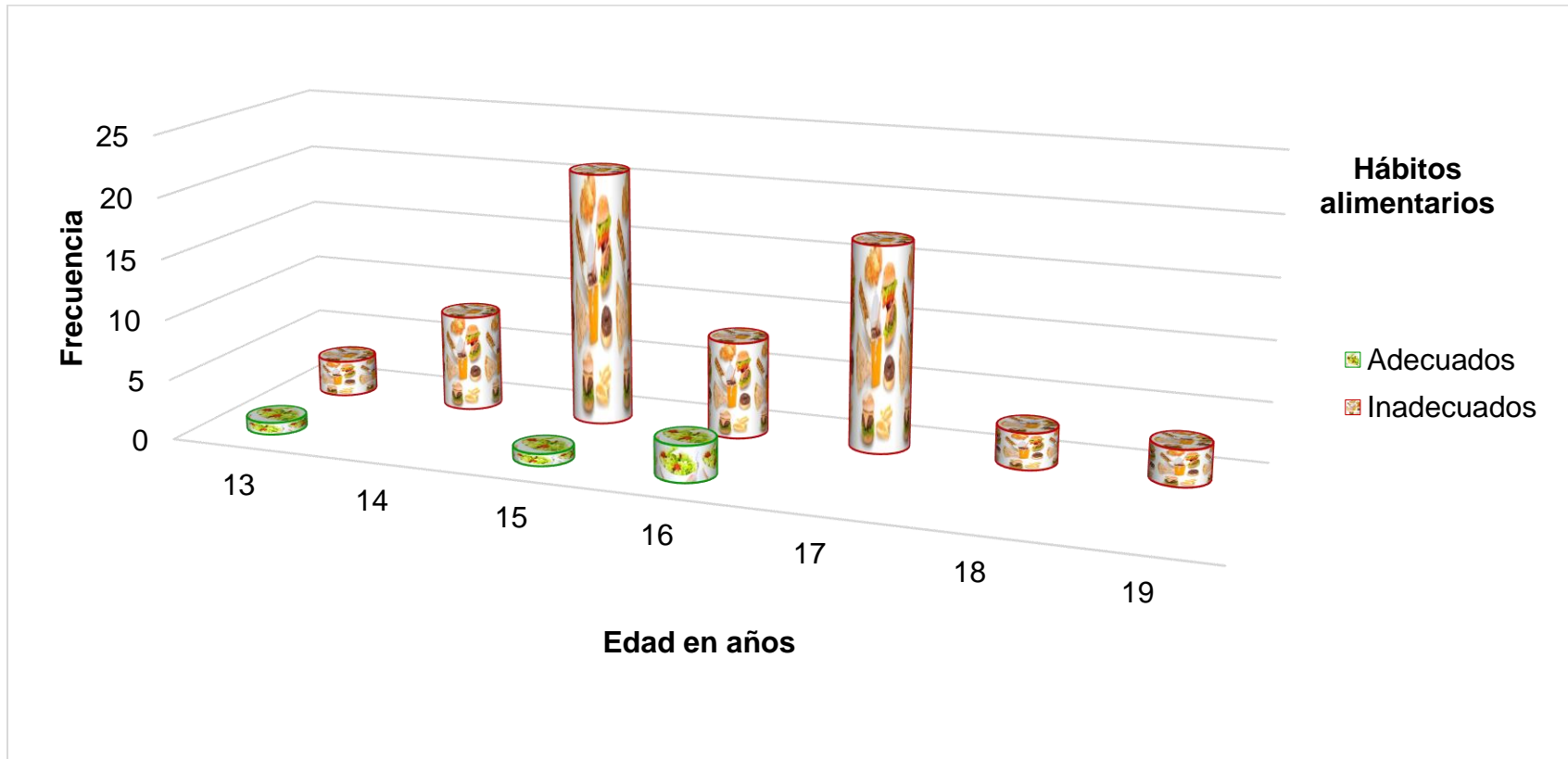
Hábitos alimentarios por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Edad en años Hábitos alimentarios	13		14		15		16		17		18		19		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Adecuados	1	1.5	0	0.0	1	1.5	3	4.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	7.4
Inadecuados	3	4.4	8	11.8	21	30.9	8	11.8	17	25.0	3	4.4	3	4.4	63	92.6
Total	4	5.9	8	11.8	22	32.4	11	16.2	17	25.0	3	4.4	3	4.4	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos.
 Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.
 Prueba estadística: r de Pearson -0.186

Gráfico No. 2

Hábitos alimentarios y edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 2

Cuadro No. 3

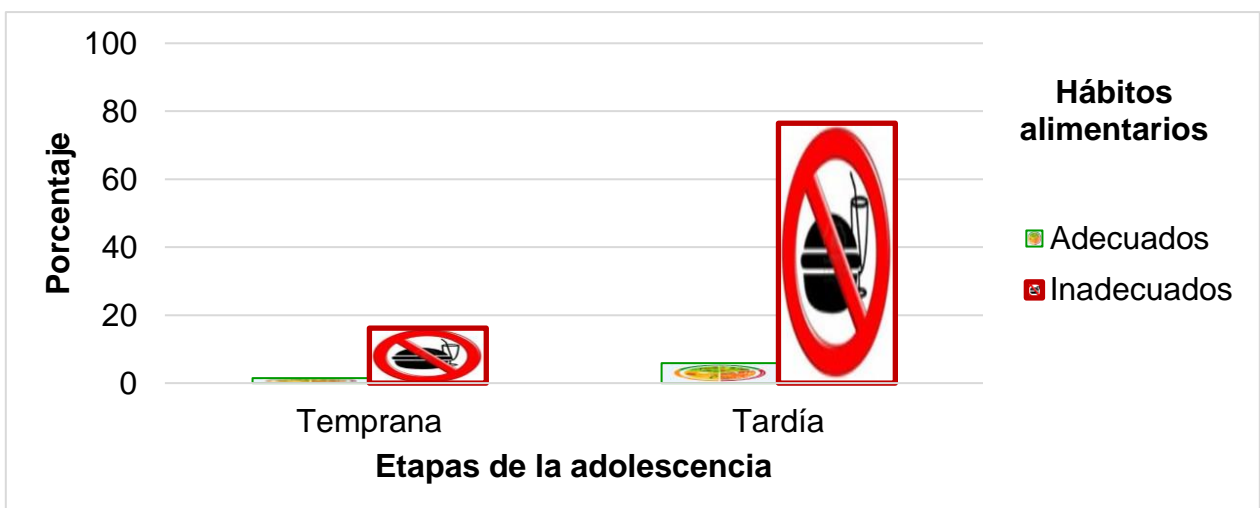
Hábitos alimentarios según las etapas, en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Etapas de la adolescencia Hábitos alimentarios	Temprana		Tardía		Total	
	F	%	F	%	F	%
Adecuados	1	1.5	4	5.9	5	7.4
Inadecuados	11	16.2	52	76.4	63	92.6
Total	12	17.7	56	82.3	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos
Nota aclaratoria: F. Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No.3

Hábitos alimentarios según las etapas, en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 3

Cuadro No. 4

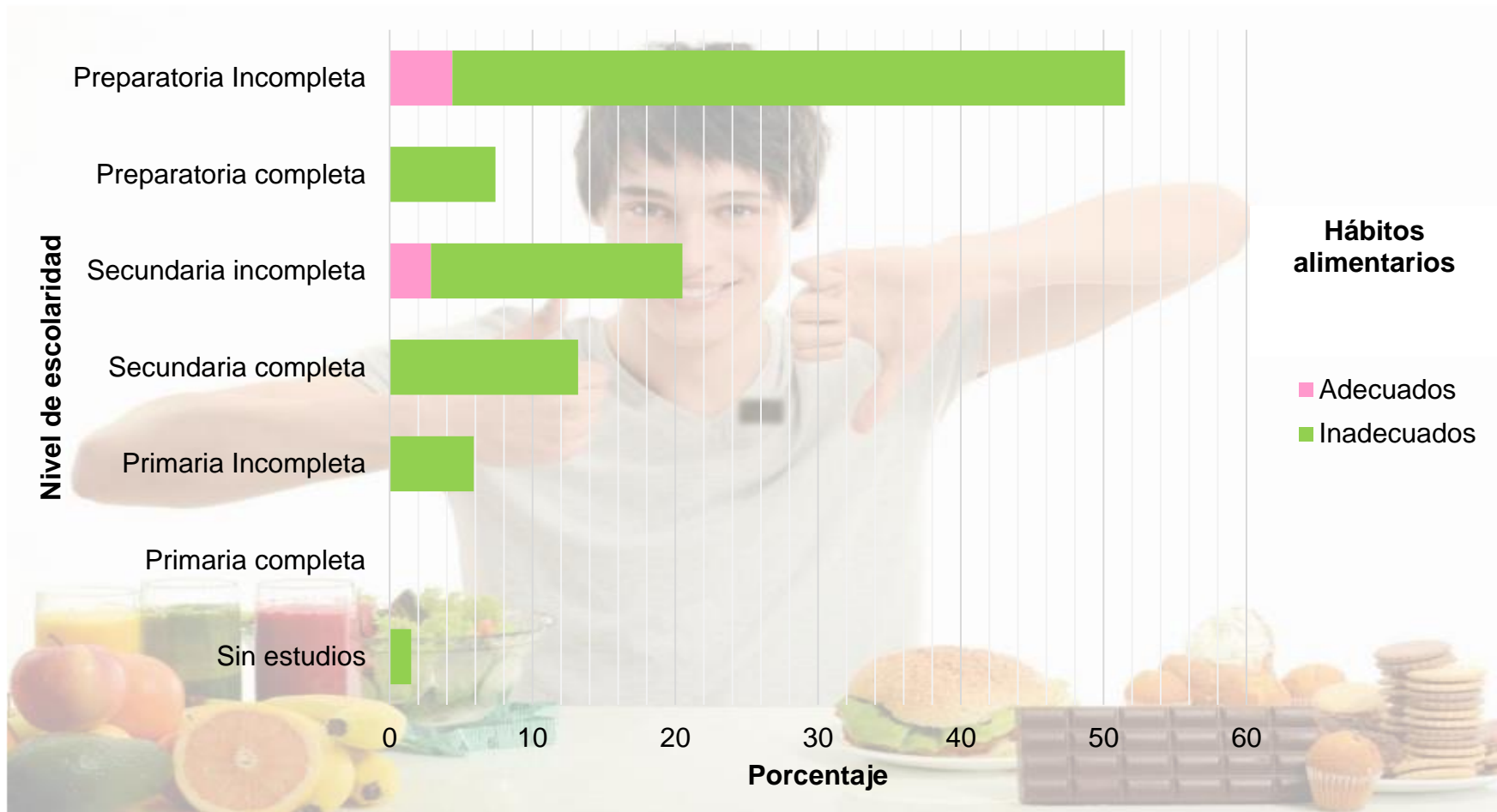
Hábitos alimentarios y nivel de escolaridad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Nivel de escolaridad Hábitos alimentarios	Sin estudios		Primaria completa		Primaria incompleta		Secundaria completa		Secundaria incompleta		Preparatoria completa		Preparatoria Incompleta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Adecuados	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.9	0	0.0	3	4.4	5	7.4
Inadecuados	1	1.5	0	0.0	4	5.9	9	13.2	12	17.6	5	7.4	32	47.1	63	92.6
Total	1	1.5	0	0.0	4	5.9	9	13.2	14	20.6	5	7.4	35	51.5	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos
Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 4

Hábitos alimentarios y nivel de escolaridad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No. 5

Hábitos alimentarios y estado civil en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Estado civil Hábitos alimentarios	Casado (a)		Soltero (a)		Unión Libre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Adecuados	0	0.0	5	7.4	0	0.0	5	7.4
Inadecuados	2	2.9	54	79.4	7	10.3	63	92.6
Total	2	2.9	59	86.8	7	10.3	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 5

Hábitos alimentarios y estado civil en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 5

Cuadro No. 6

Hábitos alimentarios y ocupación en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

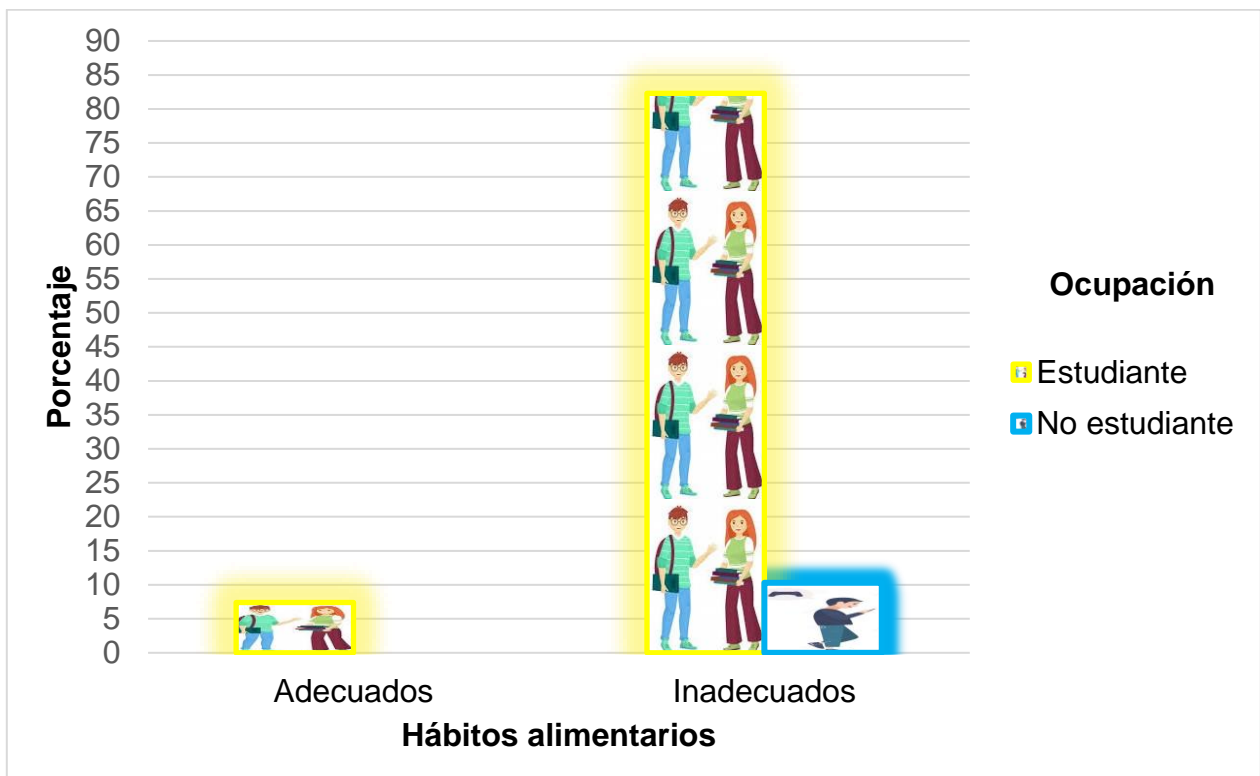
Ocupación Hábitos alimentarios	Estudiante		No estudiante		Total	
	F	%	F	%	F	%
Adecuados	5	7.4	0	0.0	5	7.4
Inadecuados	56	82.3	7	10.3	63	92.6
Total	61	89.7	7	10.3	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 6

Hábitos alimentarios y ocupación en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 6

Cuadro No. 7

Hábitos alimentarios y género en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

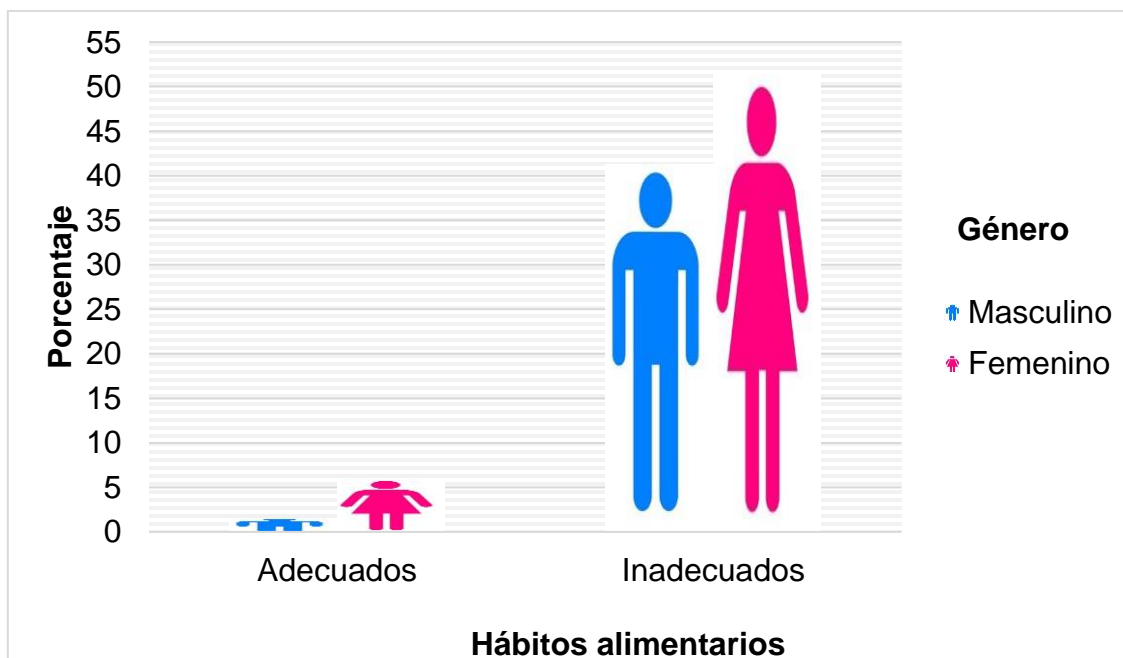
Hábitos alimentarios \ Género	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Adecuados	1	1.5	4	5.9	5	7.4
Inadecuados	28	41.2	35	51.4	63	92.6
Total	29	42.7	39	57.3	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 7

Hábitos alimentarios y género en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 7

Cuadro No. 8

Actitudes alimentarias y edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

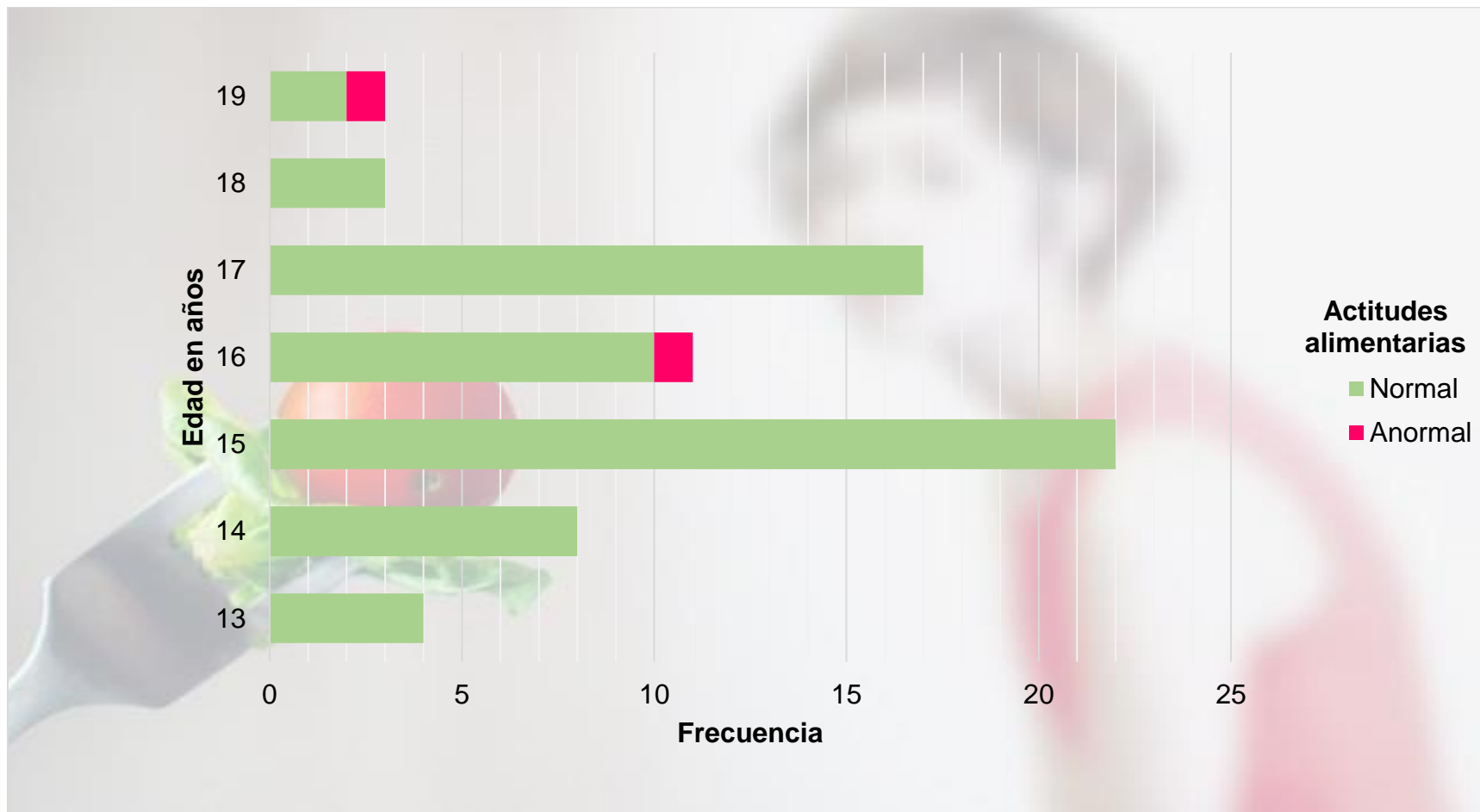
Edad en años Actitudes alimentarias	13		14		15		16		17		18		19		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	4	5.9	8	11.8	22	32.4	10	14.7	17	25.0	3	4.4	2	2.9	66	97.1
Anormal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.5	0	0.0	0	0.0	1	1.5	2	2.9
Total	4	5.9	8	11.8	22	32.4	11	16.2	17	25.0	3	4.4	3	4.4	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 8

Actitudes alimentarias y edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

Actitudes alimentarias y etapas de la adolescencia en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

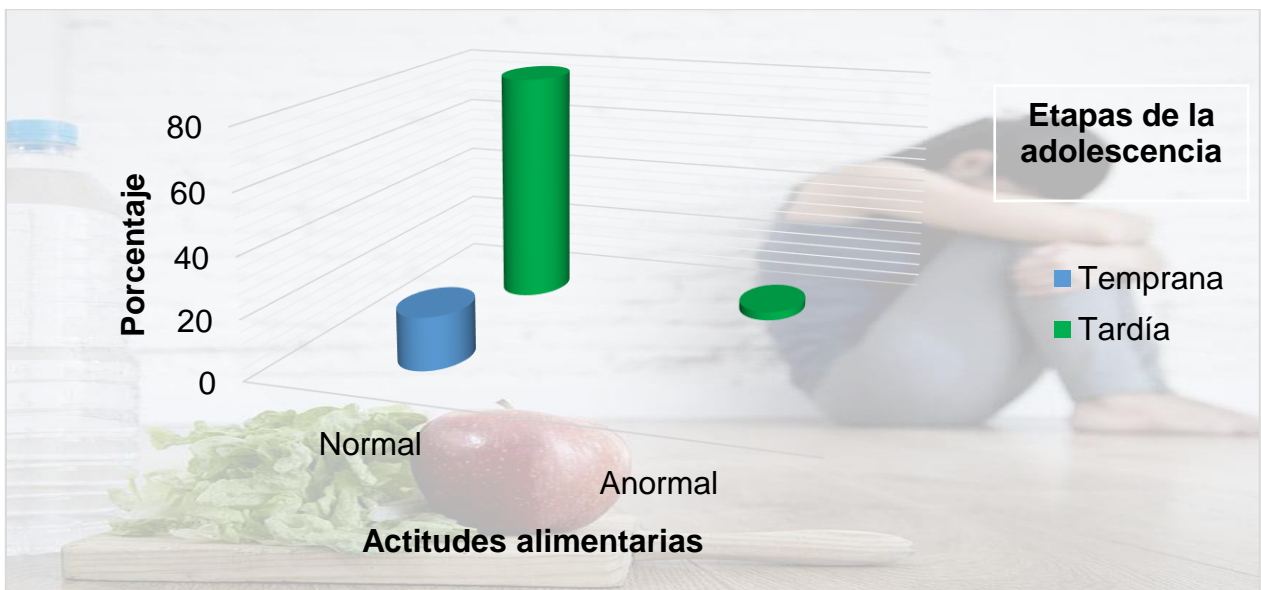
Etapas de la adolescencia Actitudes alimentarias	Temprana		Tardía		Total	
	F	%	F	%	F	%
Normal	12	17.6	54	79.4	66	97.0
Anormal	0	0.0	2	3.0	2	3.0
Total	12	17.6	56	82.4	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, %: Porcentaje

Gráfico No. 9

Actitudes alimentarias y etapas de la adolescencia en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No. 10

Actitudes alimentarias y nivel de escolaridad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

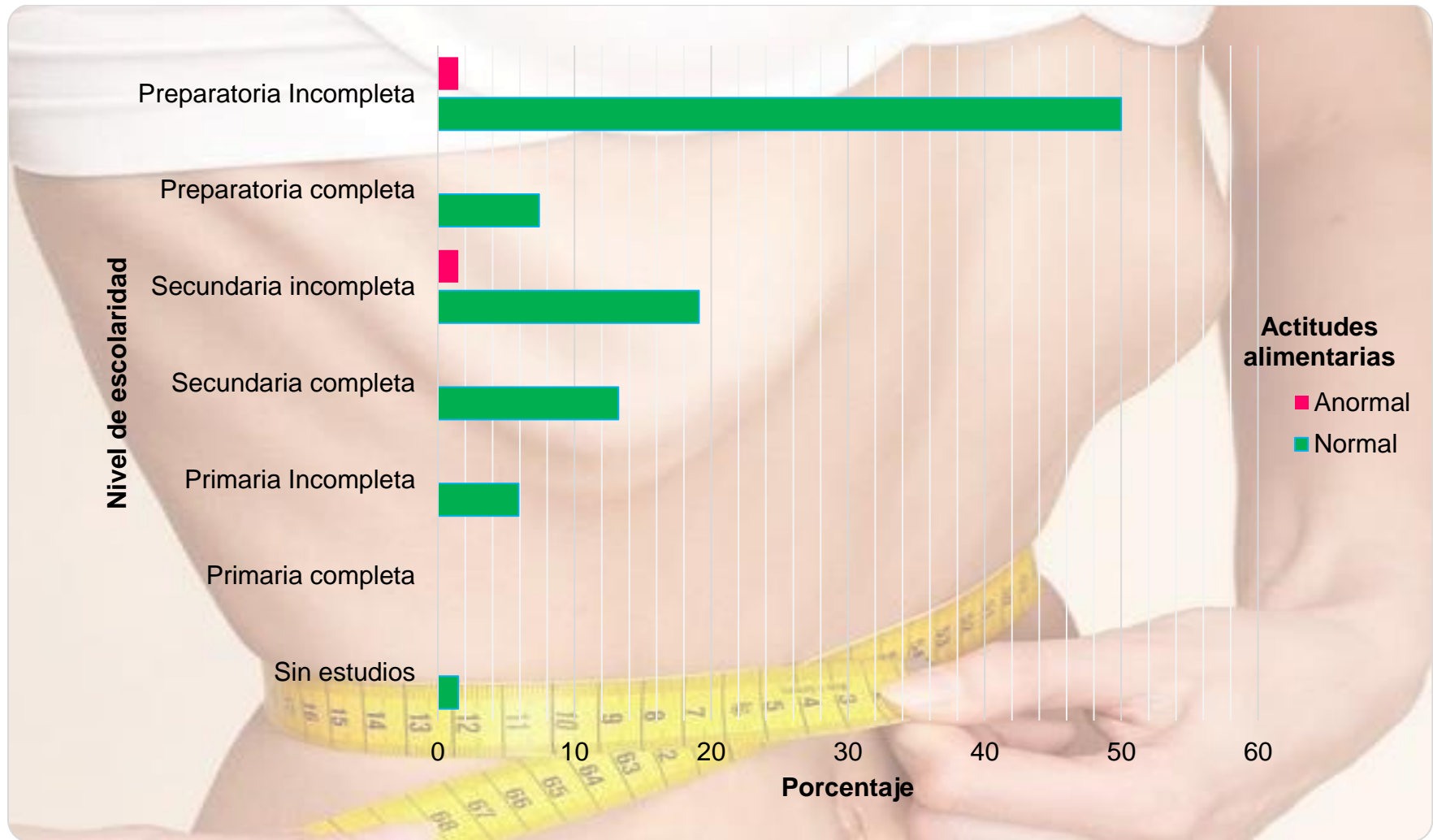
Nivel de escolaridad	Sin estudios		Primaria completa		Primaria Incompleta		Secundaria completa		Secundaria incompleta		Preparatoria completa		Preparatoria Incompleta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	1	1.5	0	0.0	4	5.9	9	13.2	13	19.1	5	7.4	34	50.0	66	97.1
Anormal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.5	0	0.0	1	1.5	2	2.9
Total	1	1.5	0	0.0	4	5.9	9	13.2	14	20.6	5	7.4	35	51.5	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 10

Actitudes alimentarias y nivel de escolaridad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 10

Cuadro No. 11

Actitudes alimentarias y estado civil en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

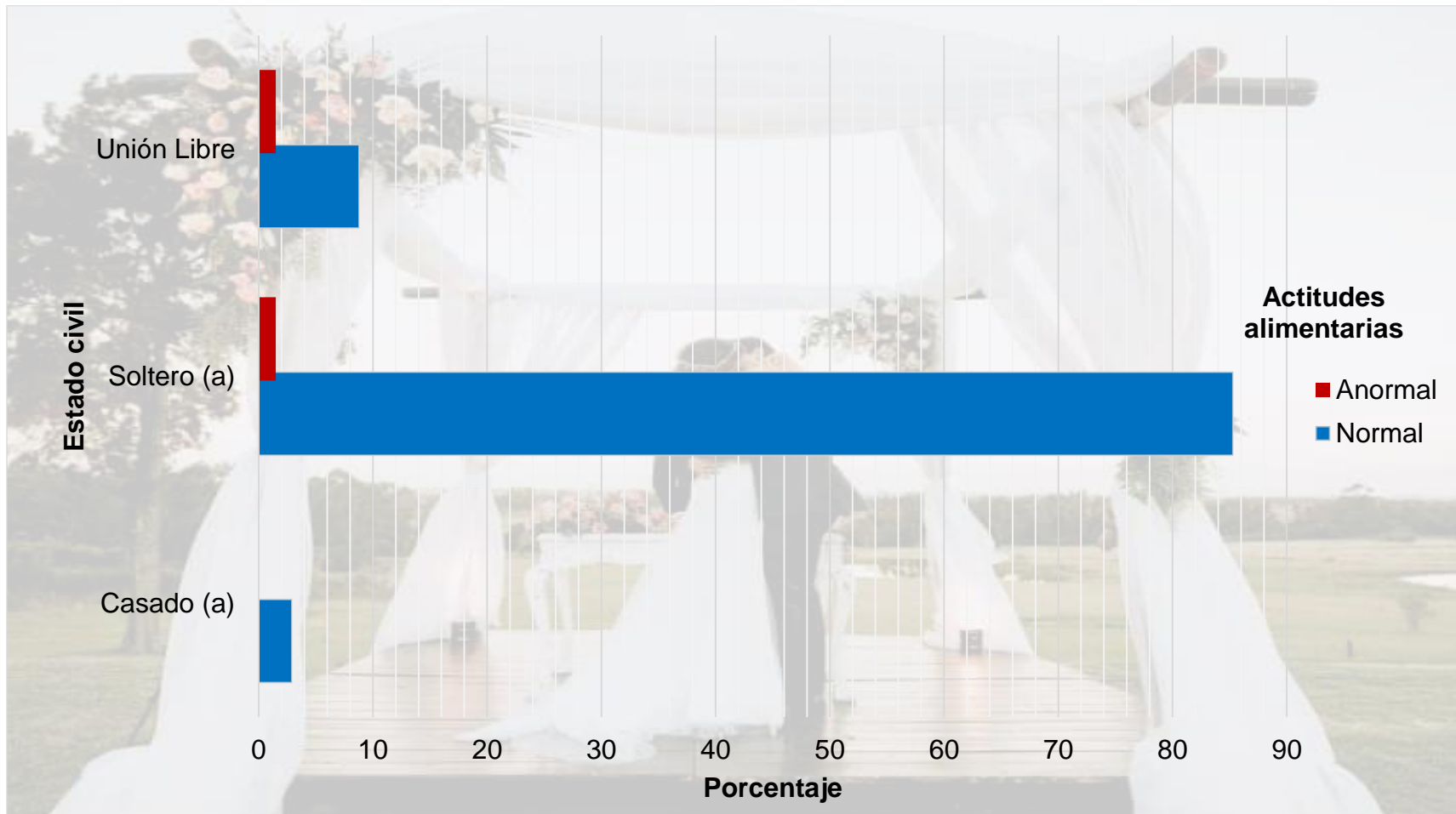
Estado civil Actitudes alimentarias	Casado (a)		Soltero (a)		Unión Libre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	2	2.9	58	85.3	6	8.8	66	97.1
Anormal	0	0.0	1	1.5	1	1.5	2	2.9
Total	2	2.9	59	86.8	7	10.3	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 11

Actitudes alimentarias y estado civil en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No. 12

Actitudes alimentarias y género en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

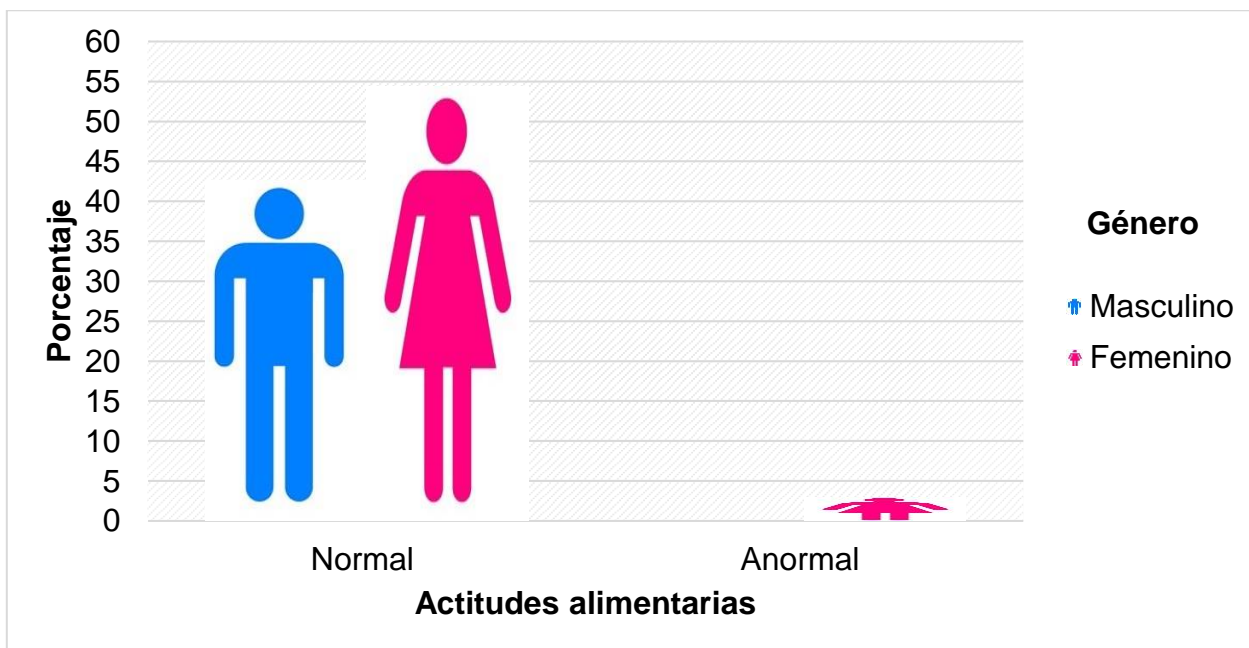
Actitudes alimentarias \ Género	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Normal	29	42.6	37	54.4	66	97.1
Anormal	0	0.0	2	2.9	2	2.9
Total	29	42.6	39	57.4	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 12

Actitudes alimentarias y género en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 12

Cuadro No. 13

Actitudes alimentarias y ocupación en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

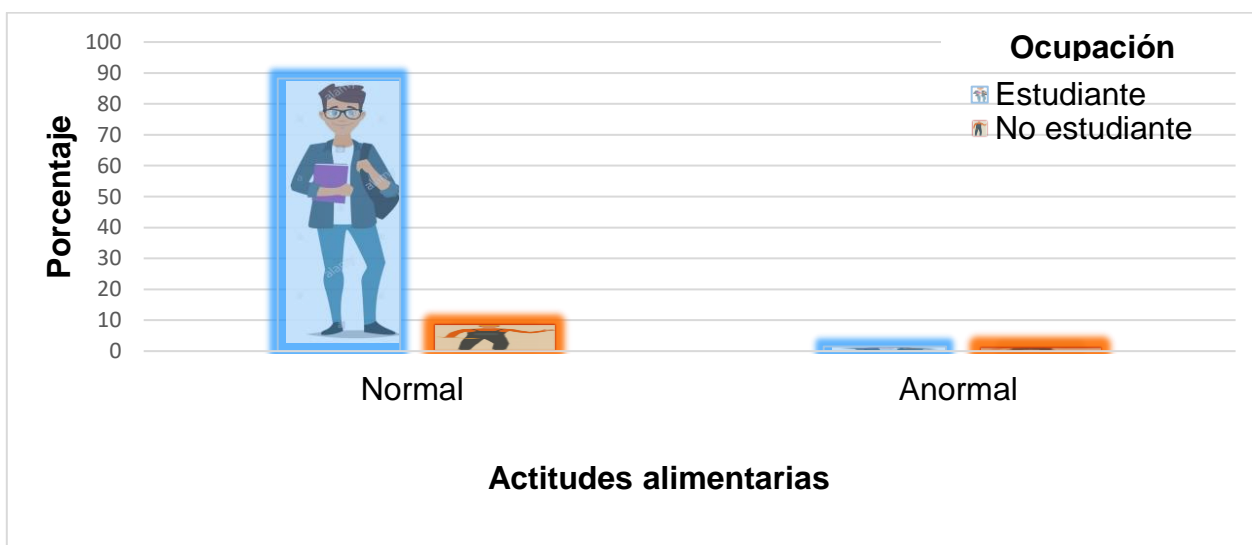
Actitudes alimentarias \ Ocupación	Estudiante		No estudiante		Total	
	F	%	F	%	F	%
Normal	60	88.2	6	8.8	66	97.0
Anormal	1	1.5	1	1.5	2	3.0
Total	61	89.7	7	10.3	68	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: F. Frecuencia, % Porcentaje.

Gráfico No. 13

Actitudes alimentarias y ocupación en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 13

Cuadro No. 14

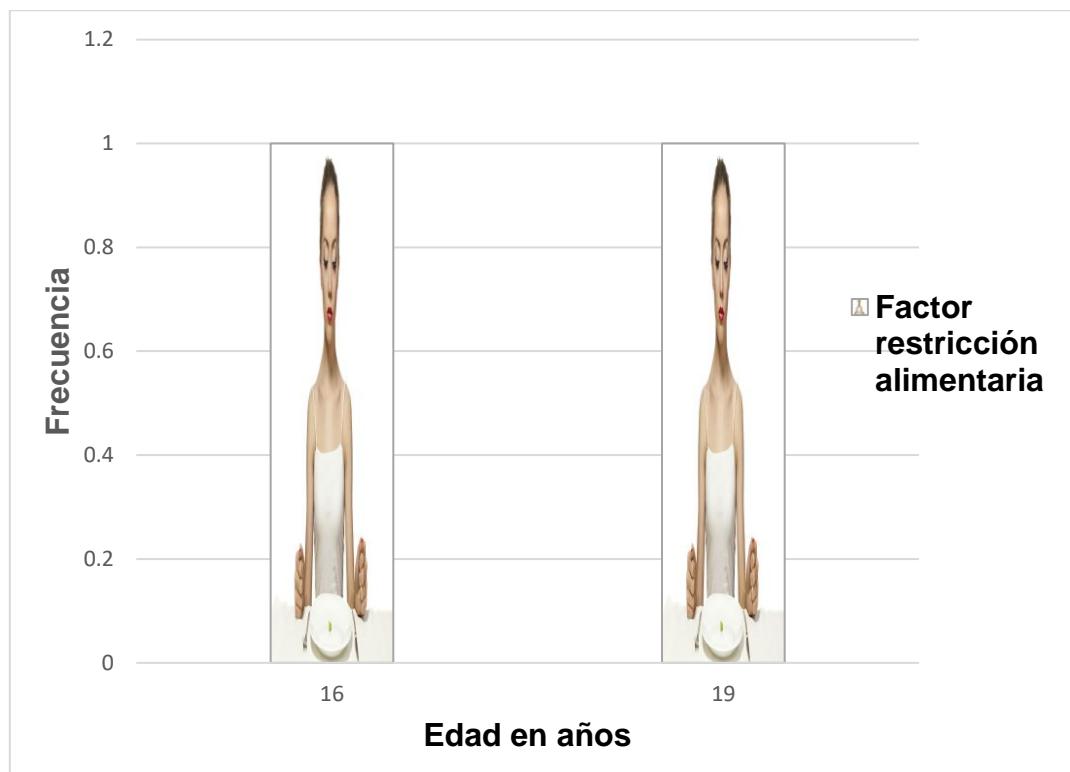
Factor restricción alimentaria por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Factor restricción alimentaria		
Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
16	1	50
19	1	50
Total	2	100

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfico No. 14

Factor restricción alimentaria por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 14

Cuadro No. 16

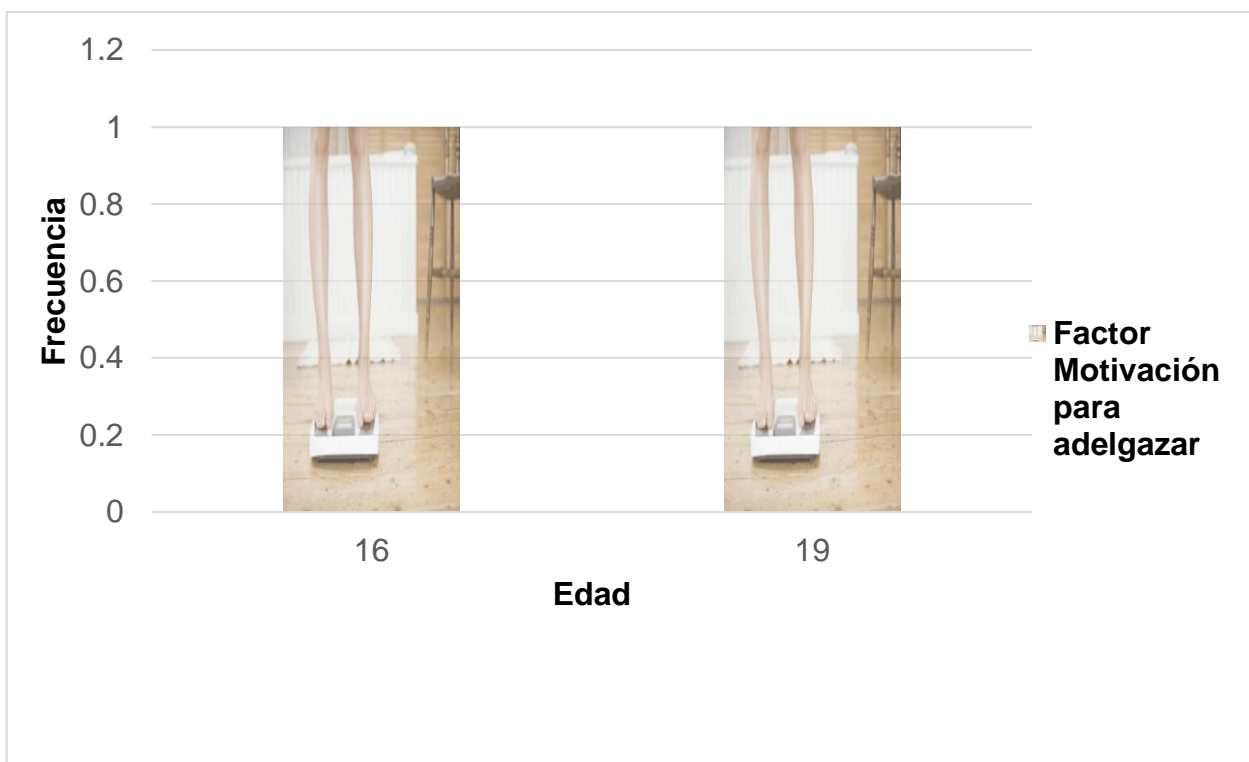
Factor motivación para adelgazar por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Factor motivación para adelgazar		
Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
16	1	50
19	1	50
Total	2	100

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfico No. 16

Factor motivación para adelgazar por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 16

Cuadro No. 17

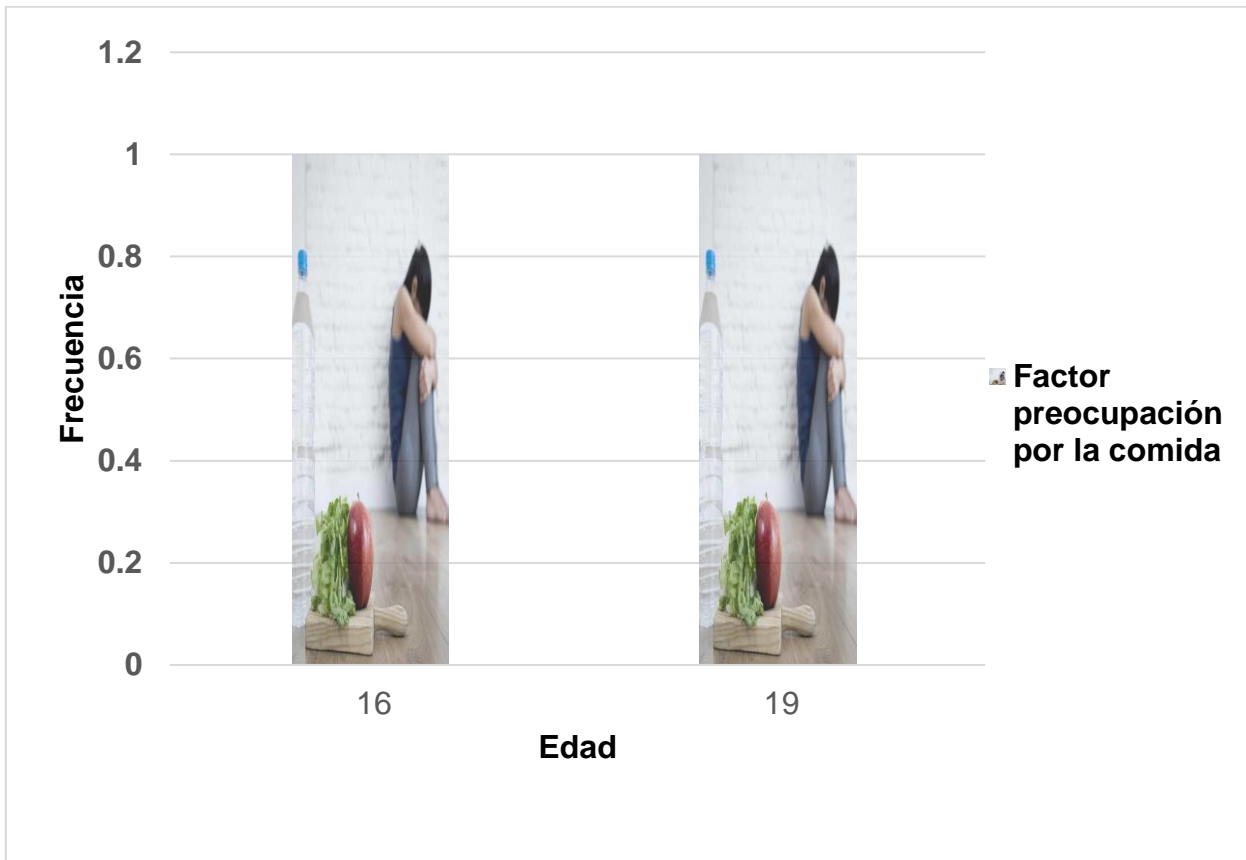
Factor preocupación por la comida por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Factor preocupación por la comida		
Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
16	1	50
19	1	50
Total	2	100

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfico No. 17

Factor preocupación por la comida por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 17

Cuadro No. 18

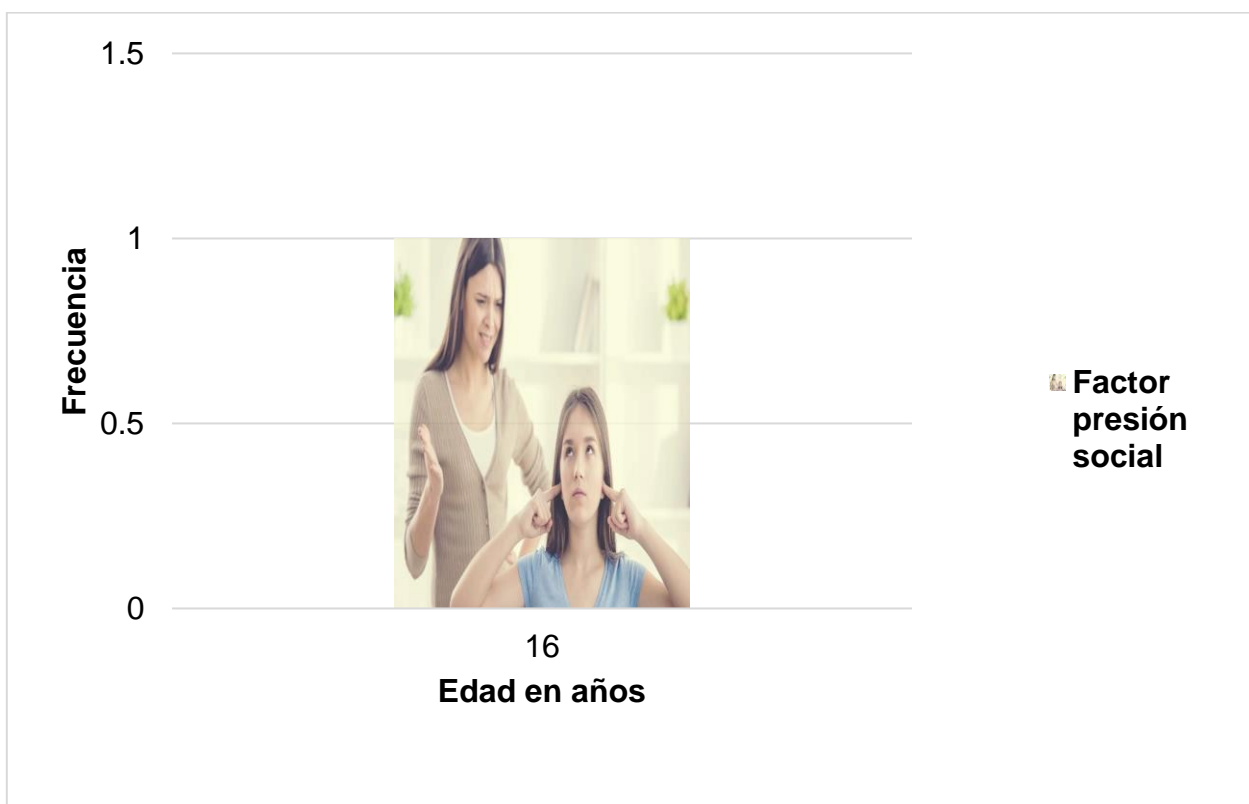
Factor presión social por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.

Factor presión social		
Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
16	1	100
Total	1	100

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfico No. 18

Factor presión social por edad en adolescentes del Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud San Gaspar, 2019.



Fuente: Cuadro No. 18

XI. CONCLUSIONES

La presente investigación referente a los hábitos alimentarios y su asociación con las actitudes alimentarias en adolescentes del Centro de Atención Primaria a la Salud, establecimiento ubicado en la localidad de San Gaspar, Metepec, Estado de México. Este estudio incluyó a 68 adolescentes entre los 13 y 19 años con una mayor participación del género femenino con un 57.3%, así mismo la mayor concentración de adolescentes se clasificó dentro de la etapa de adolescencia tardía con 82.4%.

En el estudio se identificó el grave problema de salud que actualmente representa la alimentación en la población, ya que el 92.6% de los adolescentes fueron identificados con hábitos alimentarios inadecuados. Estos hallazgos son diferentes a los reportados por Sámano et al. en adolescentes mexicanos (31), donde observo el 52% de hábitos alimentarios inadecuados.

Se observó que una tercera parte de los adolescentes con hábitos alimentarios inadecuados se encontraban en el grupo de 15 años, por lo que la mayor concentración de individuos con este problema se clasificó en la etapa de adolescencia tardía, respecto al género en el que se presentaron los hábitos alimentarios inadecuados fue más frecuentes en las femeninas, toda vez que la participación de este grupo fue mayor en comparación con los masculinos.

La edad de los participantes fue un factor que influyó en la escolaridad identificada al momento del estudio, con un número de adolescentes que refirieron preparatoria incompleta, motivo por el cual se identificó con mayor frecuencia los hábitos alimentarios inadecuados en este nivel escolar.

Las actitudes alimentarias presentes en los adolescentes, en el 97% de ellos se catalogaron como normales, esto quiere decir que las experiencias que han tenido a lo largo de su vida han influido en los juicios de carácter positivo hacia la comida, imagen física, presión social, entre otros aspectos y que en algún momento pueden favorecer a la prevención de trastornos de la alimentación.

En el estudio realizado por Benjet et. al. (32) en adolescentes mexicanos, encontró el 1.5 %, con Trastornos de conducta alimentaria anormal, lo cual difiere de los hallazgos encontrados en el presente estudio donde se observó el 2.9%.

La mayor parte los casos se encontraba entre los 15 años de edad, es decir, dentro de la etapa de adolescencia tardía, se observó el mismo fenómeno que con los hábitos alimentarios, en el cual la mayor concentración de casos con actitudes alimentarias normales se concentró entre las femeninas de 15 años de edad.

En términos de magnitud, los hábitos alimentarios inadecuados encontrados en el presente estudio fueron mayor que los planteados en la hipótesis alterna. Los trastornos de alimentación identificados en el estudio fueron menores del cuarenta por ciento del total de los adolescentes. Lo que el estudio observó en cuanto a los factores de restricción por la comida que se refieren más a anorexia fue que en ambas pacientes se encontraron. La investigación arrojó que existe asociación estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios y actitudes alimentarias, por lo cual se rechaza la hipótesis nula.

Por otra parte sólo 4 (5.9%) adolescentes fueron identificados con hábitos alimentarios adecuados y actitudes alimentarias normales, condición ideal en contexto de la alimentación.

XII. RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación es de suma importancia realizar las siguientes recomendaciones:

Sería importante que todas las mujeres en edad reproductiva, acudieran a los servicios de salud con la finalidad de que la madre reciba orientación referente a la alimentación desde el preconcepcional, ya que está influye en la vida que se pretende gestar, se sugiere que se acompañe la orientación de alimentación durante las diferentes etapas de la vida del individuo, mismas que permitirán prevenir enfermedades crónico degenerativas, así como enfermedades psiquiátricas, ayudando a generar una mejor calidad de vida.

Se recomienda establecer programas educativos de autoestima desde el preescolar y dar seguimiento, en primaria y secundaria. La autoestima de cada individuo sería importante se fomentará, para favorecer una buena salud.

Sería importante realizar programas de alimentación que incluyan a los familiares y maestros, que apoyen en la promoción de la alimentación adecuada, actividad física y que se realice seguimiento de estos.

Es recomendable involucrar a los niños desde la selección, preparación de alimentos, cantidad, horarios, frecuencia etc. ayudará a reforzar su adecuada selección, percepción, comportamiento hacía los alimentos de forma positiva, e incluso y de ser posible compartir los alimentos en familia.

Se sugiere fomentar en la familia que el consumo de alimentos, no se utilice como solución de problemas individuales, ni colectivos, refiriéndose a estados de ansiedad, aburrimiento e incluso compensatorios para los hijos, por lo cual es recomendable que se establezcan horarios específicos para platicar, convivir, dedicar tiempo e incluso comer con los niños desde edades tempranas y que se fortalezca haciéndolo parte de la cotidianidad.

Se sugiere que la orientación de alimentación se de a través de los servicios de salud a los cuidadores de los niños, con la finalidad de que pongan en práctica las recomendaciones reforzando de manera positiva el comportamiento hacia los alimentos, fomentar la aceptación de la imagen corporal, evitando comentarios sobre peso y forma de comer, en los niños.

Es importante que los servidores de salud fomenten en familia y escuela que en cuestión de complejión corporal, cada persona es diferente por diversos factores entre los cuales se encuentra, la genética, raza, alimentación, entre otros aspectos, el que se busque comer adecuadamente ayudará a prevenir enfermedades crónico-degenerativas y complicaciones que pueden limitar el proyecto de vida de los adolescentes.

Una vez identificadas las o los adolescentes con resultados de actitudes alimentarias se sugiere referir al servicio especializado de psiquiatría, para confirmación o rechazo de diagnóstico de trastorno alimentario. Habiéndose confirmado el diagnóstico de trastornos alimentarios se recomienda que el tratamiento multidisciplinario sea por el psicólogo, nutriólogo y psiquiatra.

Se recomienda que el cuestionario de EAT 40, se realice en los adolescentes durante la atención en los servicios de salud, con la finalidad de identificar a los que se encuentren en riesgo de desarrollar algún trastorno de alimentación.

Se sugiere referir al psiquiatra de forma oportuna sin minimizar los trastornos de alimentación, ni esperar a que surjan mayores complicaciones.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Real Academia española. Diccionario de la lengua española. 22a ed. Madrid. Asociación de academias de la lengua española; 2001: 3208-3209.
- 2.-Diccionario del Español de México. México. 2018. El Colegio de México, A.C. [2018 consultado 05 de mayo 2019]. Disponible en: <http://dem.colmex.mx>
- 3.- UNICEF. Formación de hábitos alimentarios y estilos de vida saludable. España. 2000: 331-365. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>
- 4.- Duhigg C. El poder de los hábitos. Estados Unidos: Urano. 2012: 23- 50. Disponible en:https://www.academia.edu/38279552/El_poder_de_los_h%C3%A1bitos__Charles_D_uhigg.pdf
- 5.- Hábitos. EcuRed. Cuba. EcuRed; 2017 [23 octubre 2017 20:12 UTC; consultado 5 mayo 2019 17:30 UTC]. Disponible en: <https://www.ecured.cu/H%C3%A1bito>
- 6.- Velázquez S. Programa Institucional Actividades de Educación para una vida saludable. Unidad 3 Salud Física y emocional. Sistema de universidad virtual. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2000: 1-16. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT103.pdf
- 7.- Secretaria de Salud. Norma oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 2013: 24-48.
Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/138258/NOM-043-servicios-basicos-salud-educacion-alimentaria.pdf>
- 8.- Álvarez R, Cordero G, Vásquez M, Altamirano C, Gualpa M. Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. Rev. Ciencias Médicas. 2017; 21(6):88-95.
- 9.- Molina L. Hábitos alimentarios en escolares de la primaria Dabiel Robles Sasso, en Rivera Monterrico. Chiapas: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. 2018: 1-70.
- 10.- Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud. 2012: 1-18.
- 11.- González E. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las adolescentes embarazadas que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Soyapango

y Mejicanos durante el periodo de mayo a junio 2016. Universidad del Salvador. 2018: 1-120.

12.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para el cuidado de la salud. Adolescentes de 10 a 19. IMSS. Prevenimss. 2018: 1-99.

13.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de la alimentación y nutrición para adolescentes. OPS. El Salvador; 2007. 1-58.

14.- Unidad V. Comportamiento Organizacional. [citado 03 marzo 2019]. Disponible en: https://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/venida/RH/CO/COS05/CO05_Lectura.pdf

15.-Revista la Sociología en sus Escenarios. Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia. Técnicas de Medición por Medio de Escalas. 2008; 18 (2): 1-25.

16.-Actitudes. [citado 03 marzo 2019]. Disponible en: <http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/6986/3/371.302%2081-L333r-Capitulo%20II.pdf>

17.- González M, Pénelo E, Gutiérrez T, Raich R. Importancia de los conocimientos en nutrición sobre las actitudes alimentarias, dieta e IMC en adolescentes escolarizados: un seguimiento a 30 meses. Trauma Fund Mapfre. 2011; 22 (2):130-136.

18.-Unikel C, Caballero A. Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010. 5-44.

19.- García C. Parada D. Construcción de la adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. Universitas humanística. 2018; 85 (2): 347-373.

20.- Behar R, González J, Ariza M, Aguirre A. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2008; 73(3): 155–162.

21.- Franco K. Álvarez G. Ramírez R. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. Rev. Mex. de Trastornos Alimentarios 2011; 2(2): 148-164.

22.-Barriguete J, Gómez C, López M, et al. Trastornos de la Conducta alimentaria. Panorama. México; 2016. 1-67.

23.- Flores M. Nava G. Arenas L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Revista Salud Pública. 2017; 19 (3), 374-378.

24.- Organización Mundial de la Salud. La Salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los Jóvenes y la “Salud

Para Todos En El Año 2000”. Ginebra, OMS, 1995: 1-120. (Serie de Informes Técnicos número 731).

25.- Casas M, Ceñal G. “Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales” Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles. Revista de Pediatría Integral, Madrid. 2013; 17(2): 88-93.

26.- Secretaria de Salud, Programa de Acción Específico, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. 2013-2018: 1-94.

27. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Secretaria de Salud, México. 2016; 1-282.

28.- Martínez G, Alas K. Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de adolescentes embarazadas. Universidad del Salvador. Marco teórico. Licenciatura en nutrición. 2016: 1-120.

29.-Fernandez A. Adolescencia, crecimiento, emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. 2014; 50(2):445-466.

30.- Lilo E. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Revista española de Neuropsiquiatría. 2004; (90): 57-71.

31.- Sámano R. Zelonka R. Martínez R. Sánchez J. Ramírez C. Ovando G. Asociación del índice corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. Sociedad latinoamericana de Nutrición. 2012; 62(2): 145-154.

32.- Benjet C. Méndez E. Borges G. Medina M. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud Mental. 2012; 35: 483-490.

XIV. ANEXOS

XI.1 Anexo 1

Cuestionario EAT 40.

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 el círculo que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
- 6.- Recuerda que la información que proporciones será confidencial.

Nombre:						
Edad:						
Genero:						
Nivel de Escolaridad:						
Fecha:						
Estado civil:						
Ocupación:						
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me preocupo mucho por la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (p. ej. pan, arroz, papas, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento lleno(a) después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Vomito después de haber comido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento muy culpable después de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastante	Casi siempre	Siempre
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Me peso varias veces al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Disfruto comiendo carne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me levanto pronto por las mañanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Cada día como los mismos alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tengo la menstruación regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tardo en comer más que las otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Disfruto comiendo en restaurantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Como alimentos dietéticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me controlo en las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Noto que los demás me presionan para que coma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Tengo estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento incómodo(a) después de comer dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Me comprometo a hacer dietas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me gusta sentir el estómago vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

“GRACIAS”

XIV. 2 Anexo 2

Cuestionario hábitos alimentarios para adolescentes.

A continuación, te preguntamos acerca de tus hábitos alimentarios en el último mes. Solo deberás señalar una respuesta, a menos que la pregunta indique lo contrario. Recuerda no es un Examen, solo contesta sinceramente, marcando con una X lo que tú haces. Al final revisa que hayas contestado todas las preguntas.

Sesión 1

1a. ¿Cuántos días a la semana comes verduras (al menos 100 g. -ejemplo: un pepino o medio chayote)?

0 a 2

3 a 4

5 a 6

Diario

1b. Los días que si comes verduras ¿Cuántas porciones consumes (de aproximadamente 100g -ejemplo: un pepino o medio chayote)?

1 porción

2 porciones

3 porciones

4 ó más porciones

2a. ¿Cuántos días a la semana comes frutas (al menos 100 g. -ejemplo: una manzana mediana o una rebanada de sandía)?

0 a 2

3 a 4

5 a 6

Diario

2b. Los días que si comes frutas ¿Cuántas porciones consumes (de aproximadamente 100g -ejemplo: una manzana mediana o una rebanada de sandía)?

1 porción

2 porciones

3 porciones

4 ó más porciones

3.- ¿Cuántos días a la semana tomas leche sola, yogurt natural (al menos un vaso mediano) o queso?

0 a 2

3 a 4

5 a 6

Diario

4.- ¿Cuántos vasos de agua tomas al día?

0 a 2 vasos

3 a 4 vasos

5 a 6 vasos

7 o más vasos

Sesión 2

1.- ¿Cuántos días a la semana comes jamón, salchicha, salami o chorizo?

5 ó más

3 a 4

1 a 2

Ninguno

2.- ¿Cuántos días a la semana comes comida rápida (hamburguesas, piza o tacos) fuera de casa?

5 ó más

3 a 4

1 a 2

Ninguno

3.- ¿Cuántos días a la semana comes dulces o chocolates?

- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|---------|
| | 5 ó más | 3 a 4 | 1 a 2 | Ninguno |
|--|---------|-------|-------|---------|
- 4.- ¿Cuántos días a la semana comes pan dulce, galletas o pasteles?
- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|---------|
| | 5 ó más | 3 a 4 | 1 a 2 | Ninguno |
|--|---------|-------|-------|---------|
- 5.- ¿Cuántos días a la semana comes papas fritas, doritos, nachos o botanas similares?
- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|---------|
| | 5 ó más | 3 a 4 | 1 a 2 | Ninguno |
|--|---------|-------|-------|---------|
- 6a.- ¿Cuántos días a la semana comes cerveza u otra bebida con alcohol?
- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|---------|
| | 5 ó más | 3 a 4 | 1 a 2 | Ninguno |
|--|---------|-------|-------|---------|
- 6b.- Los días que si bebes cerveza u otra bebida con alcohol ¿Cuántas bebidas consumes?
- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|-----------------------|
| | 5 ó más | 3 a 4 | 1 a 2 | Ninguno /o menos de 1 |
|--|---------|-------|-------|-----------------------|
- 7a.- ¿Cuántos días a la semana tomas refrescos, jugos embotellados o aguas frescas?
- | | | | | |
|--|---------|-------|-------|---------|
| | 5 ó más | 3 a 4 | 1 a 2 | Ninguno |
|--|---------|-------|-------|---------|
- 7b.- Los días que si tomas refrescos, jugos embotellados o aguas frescas ¿Cuántos vasos consumes?
- | | | | | |
|--|---------------|---------|---------|--------|
| | 4 ó más vasos | 3 vasos | 2 vasos | 1 vaso |
|--|---------------|---------|---------|--------|

Sesión 3

1.- Marca con frecuencia (días por semana) consumes los siguientes tiempos de comida, la que sea más frecuente):

1a. Desayuno	0 a 1 día	2 a 3 días	4 a 5 días	6 a 7 días
2b. Comida	0 a 1 día	2 a 3 días	4 a 5 días	6 a 7 días
3c. Cena	0 a 1 día	2 a 3 días	4 a 5 días	6 a 7 días
4d. Refrigerio (s)	0 a 1 día	2 a 3 días	4 a 5 días	6 a 7 días

2.-Marca donde sueles consumir tus alimentos (elige solo una opción por tiempo de comida, la que sea más frecuente)

1a. Desayuno	En puesto ambulante o lo primero que encuentre	En restaurante o local establecido	Fuera de casa los alimentos que llevo de casa	En casa
2b. Comida	En puesto ambulante o lo primero que encuentre	En restaurante o local establecido	Fuera de casa los alimentos que llevo de casa	En casa

3c. Cena	En puesto ambulante o lo primero que encuentre	En restaurante o local establecido	Fuera de casa los alimentos que llevo de casa	En casa
-----------------	--	--	---	---------

4d. Refrigerio (s)	En puesto ambulante o lo primero que encuentre	En restaurante o local establecido	Fuera de casa los alimentos que llevo de casa	En casa
---------------------------	--	--	---	---------

3.- Marca con quien sueles consumir tus alimentos (elige solo una opción por tiempo de comida, la que sea más frecuente)

1a. Desayuno	Solo	Con conocidos	Con amigos	Con mi familia
2b. Comida	Solo	Con conocidos	Con amigos	Con mi familia
3c. Cena	Solo	Con conocidos	Con amigos	Con mi familia
4d. Refrigerio (s)	Solo	Con conocidos	Con amigos	Con mi familia

XIV. 3 Anexo 3

Consentimiento Informado

San Gaspar, Estado de México, a ____ de _____ del 2019.

Estamos realizando un cuestionario para recolectar la información del proyecto de investigación titulado **“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SU ASOCIACIÓN CON LAS ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES.”** su objetivo es determinar cuáles son los de hábitos alimentarios en las actitudes alimentarias y analizar la asociación de los hábitos alimentarios y las actitudes alimentarias en los adolescentes.

Confidencialidad y consentimiento:

Se le entregará una serie de preguntas muy personales que serán difíciles de contestar, sin embargo sus respuestas serán completamente confidenciales y la información que se proporcione nunca se utilizará o divulgará de manera pública; es importante recalcar que su honestidad en contestar estas preguntas ayudará a comprender lo que las personas piensan, dicen y hacen sobre ciertos tipos de comportamiento y hábitos.

Después de recibir la información del proyecto **“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SU ASOCIACIÓN CON LAS ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES.”**

Si acepto

No acepto

Testigo 1

Testigo 2

REVISADO POR EL INVESTIGADOR: Firma: _____

Se agradece su ayuda al responder este cuestionario, mismo que tomará cerca de 30 minutos concluirlo.

XIV. 4 Anexo 4

Asentimiento Informado

San Gaspar, Estado de México, a ____ de _____ del 2019.

Estamos realizando un cuestionario para recolectar la información del proyecto de investigación titulado **“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SU ASOCIACIÓN CON LAS ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES”**, su objetivo es determinar cuáles son los de hábitos alimentarios en las actitudes alimentarias y analizar la asociación de los hábitos alimentarios y las actitudes alimentarias en los adolescentes.

Confidencialidad y consentimiento:

Se le entregará una serie de preguntas muy personales que serán difíciles de contestar, sin embargo, sus respuestas serán completamente confidenciales y la información que se proporcione nunca se utilizará o divulgará de manera pública; es importante recalcar que su honestidad en contestar estas preguntas ayudará a comprender lo que las personas piensan, dicen y hacen sobre ciertos tipos de comportamiento y hábitos.

Después de recibir la información del proyecto **“HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SU ASOCIACIÓN CON LAS ACTITUDES ALIMENTARIAS EN ADOLESCENTES”**

Si acepto

No acepto

Testigo 1

Testigo 2

REVISADO POR EL INVESTIGADOR:

Firma: _____

Se agradece su ayuda al responder este cuestionario, mismo que tomará cerca de 30 minutos concluirlo.

