Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Maestría en Nutrición Clínica Tesis

Validación de contenido de banco de ítems del instrumento de tamizaje para la detección de conductas alimentarias de riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla

Cacho Campillo, Andrea

2022

https://hdl.handle.net/20.500.11777/5455

http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del 3 de abril de 1981

Validación de contenido de banco de ítems del instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla

DIRECTOR DEL TRABAJO

MNC. ROSA MARÍA SALMERÓN CAMPOS

ELABORACIÓN DE TESIS DE GRADO
que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN NUTRICIÓN CLÍNICA

Presenta

ANDREA CACHO CAMPILLO

Puebla, Pue. 2021

Índice

Resumen 5

1. Planteamiento de la investigación 6

1.1 Planteamiento del problema 6

1.2 Objetivos 7

1.2.1 Objetivo general 7

1.2.2 Objetivos específicos 8

1.3 Justificación 8

1.4 Marco contextual 9

2. Marco teórico 12

2.1 Conductas alimentarias de riesgo 12

2.1.1 Definición 12

2.1.1.1 Atracón 12

2.1.1.2 Pica 13

2.1.1.3 Rumiación 13

2.1.1.4 Restricción o rechazo 13

2.1.1.4.1 Ayuno 14

2.1.1.4.2 Fanatismo alimentario 14

2.1.1.5 Conductas compensatorias 15

2.1.1.5.1 Vómito autoinducido 15

2.1.1.5.2 Ejercicio físico compulsivo 15

2.1.1.5.3 Consumo de suplementos 16

2.1.1.5.4 Consumo de productos milagro 16

2.1.1.6 Influencia de las redes sociales en las CAR y en los TCA 17

2.1.2 Etiología 18

2.1.3 Epidemiología 19

2.2 Instrumento de detección 20

2.2.1 Construcción 21

2.2.2 Confiabilidad 24

2.2.3 Validez 25

2.3 Cuestionarios de detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas Alimentarias de Riesgo 33

2.3.1 Cuestionarios existentes para población mexicana 33

2.3.1.1 Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo 33

2.3.1.2 Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria 35

2.3.1.3 Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal 36
2.3.1.4 Escala de Imagen Corporal en Mujeres Jóvenes 37
2.3.2 Cuestionarios existentes para poblaciones 38
2.3.2.1 EAT-26 38
2.3.2.2 SCOFF 39
2.3.2.3 BULIT 39
2.3.2.4 BITE 39
2.3.2.5 QEWP-R 40
2.3.2.6 BES 41
2.3.2.7 BSQ 41
2.3.2.8 EDI 41
2.3.2.9 CIMEC-40 41
2.3.2.10 TFEQ 41
3. Marco metodológico 43
3.1 Características del estudio 43
3.1.1 Ubicación espacio-temporal 43
3.1.2 Tipo de estudio 43
3.2 Criterios de selección 43
3.2.1 Criterios de inclusión 43
3.2.1.1 Criterios de inclusión para el panel de expertos 43
3.2.1.2 Criterios de inclusión para el panel de jueces 44
3.2.2 Criterios de exclusión 44
3.2.3 Criterios de eliminación 44
3.2.3.1 Criterios de eliminación para panel de expertos 44
3.2.3.2 Criterios de eliminación para panel de jueces 45
3.3 Operacionalización de variables 45
3.4 Etapas del proyecto 45
3.4.1 Desarrollo de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla 45
3.4.2 Determinación de contenido de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla 45
3.5 Método estadístico 46
3.5.1 Tipo de muestreo 46
3.5.2 Tamaño de la muestra 47
3.5.3 Pruebas estadísticas 47

3.6 Aspectos éticos 47
4. Resultados 49
4.1 Desarrollo de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla ... 49
4.2 Determinación de contenido de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla 52
5. Discusión 66
6. Conclusiones 68
7. Recomendaciones 69
Referencias 70
Anexos 77
Anexo 1. Estándares para pruebas educacionales y psicológicas (*Standards for Educational and Psychological Testing*) 77
Anexo 2. Estado del conocimiento 81
Anexo 3. Correo electrónico de invitación a expertos 100
Anexo 4. Importancia del proyecto (enviado por correo) 101
Anexo 5. Carta de Consentimiento informado para expertos 102
Anexo 6. Entrevista a expertos 103
Anexo 7. Transcripción de entrevistas a expertos 106
Anexo 8. Concentrado de ítems relevantes recuperados de cada entrevista. 152
Anexo 9. Primer banco de ítems y cuadros de características de ítems 169
Anexo 10. Correo de invitación a jueces 185
Anexo 11. Segundo Banco de ítems 186
Anexo 12. Resultados para Validación de Contenido según la modificación a la metodología de Lawshe 196
Anexo 13. Carta consentimiento informado Prueba Piloto 204

Resumen

Introducción: En los últimos años, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad crónica más común en la adolescencia y la adolescencia tardía o "primera juventud" [3]. El banco de ítems con validez de contenido para el instrumento de tamizaje de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), contiene reactivos abordados desde la nutrición y la relación del paciente con el alimento y su aporte energético, así como con factores evaluables dentro del estilo de vida, de esta forma los ítems podrán ser incluidos en una historia clínica nutriológica de rutina.

Objetivo: Validar contenido de banco de ítems del instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Metodología: Estudio observacional de corte transversal con alcance exploratorio descriptivo. A partir de la revisión bibliográfica se elaboraron 7 dimensiones para el instrumento. A continuación, se realizó una entrevista a expertas en la materia para obtener los reactivos para posteriormente, enviarlos al panel de jueces para la validación de contenido. A cada ítem se le procesó con la modificación al modelo de Lawshe [35] como tratamiento estadístico donde se calculó la Razón de Validez de Contenido para cada ítem, se obtuvo el Índice de Validez y se reportó en porcentaje. Todos los reactivos tuvieron la misma direccionalidad, la cual fue positiva.

Resultados: Se obtuvo un banco de ítems conformado por 7 dimensiones: restricción alimentaria, ayuno prolongado, ejercicio compulsivo, vómito autoinducido, influencia de las redes sociales en las CAR, consumo de productos y dietas de moda y búsqueda de aprobación, las cuales cuentan con un total de 30 reactivos con validez de contenido a través de juicio de expertos, utilizando la "Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido para instrumentos objetivos" [35], descartando reactivos no considerados como válidos, reformulándolos hasta obtener el banco de ítems final en su última versión.

Conclusiones: El banco de ítems del instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla, es válido en contenido ya que todos sus reactivos fueron clasificados de manera unánime como "esenciales", cuentan con una Razón de Validez de Contenido mayor a 0.5823, asimismo, el Índice de Validez de Contenido del banco, dio como resultado el 96 % de validez de contenido, clasificándolo como aceptable.

1. Planteamiento de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

Escolar-Llamazares *et al.* establecen que, en los últimos años, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad crónica más común en la adolescencia y la adolescencia tardía o “primera juventud”. Esto se debe a la etapa en la que se encuentran dentro de su desarrollo, así como a la presión que la vida universitaria significa (1); del mismo modo, la influencia de los pares ocasiona una mayor preocupación por la imagen corporal y su relación con el sentido de pertenencia a un grupo, lo cual lleva a promover conductas alimentarias fuera de lo normal y de alto riesgo (2). La edad con mayor susceptibilidad es entre los 13 y 18 años y de cada 10 casos, 9 son mujeres y 1 es hombre, asimismo hasta el 10 % de las mexicanas presenta algún grado de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) y TCA y el 1 % de ellas tiene un TCA severo (3).

Internacionalmente, la prevalencia de los TCA está calculada entre el 0.3 % y 2.2 % para Anorexia Nervosa (AN) y entre el 1 % y 1.5 % para la Bulimia Nervosa (BN), la incidencia estimada es de entre 8 y 12 casos detectados por cada 100,000 habitantes (4).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012 establece que la prevalencia de TCA en México se encuentra en 1.3 %, siendo 1.9 % en mujeres y 0.8 % en hombres, esto fue medio punto porcentual, en hombres y mujeres respectivamente, más alta que en la ENSANUT del 2006 (5).

En México, según el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género de la Cámara de Diputados, los TCA han incrementado el 300 % en los últimos 20 años. La estimación del número de casos diagnosticados al año es de 20 mil (6).

En el año 2015, en el estado de Puebla se reportaron 100 casos de AN y BN, convirtiéndose en el noveno lugar a nivel nacional de incidencia de TCA. En comparación con el año 2014, el incremento de la incidencia de TCA en el estado fue del 384 % (7).

En una investigación realizada por Unikel-Santoncini *et al* en universitarios de distintas instituciones de México, se encontró que la prevalencia de CAR en mujeres va del 7.9 % al 18.9 % y del 4.2 % al 13.0 % en hombres, asimismo reportaron que hay mayor riesgo y frecuencia de aparición de CAR cuando hay un incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) en mujeres entre los 15 y 19 años, de igual forma el resultado arrojado por este estudio, establece que hay presencia de CAR en hombres y mujeres sin diferencias estadísticamente significativas, concluyendo que el riesgo de presentarlas es igual en hombres y mujeres (8).

Un estudio realizado en estudiantes de la Licenciatura en Nutrición y Ciencia de los Alimentos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, establece que los participantes que presentaban sobrepeso o algún grado de obesidad, también presentaban CAR, específicamente aquellos que tenían cierto nivel de insatisfacción con su cuerpo (9).

Actualmente, la Universidad Iberoamericana Puebla no cuenta con un estudio de este tipo, ni con un instrumento de tamizaje para detectar Conductas Alimentarias de Riesgo en alumnos de nuevo ingreso a las licenciaturas ofertadas en distintos departamentos de la universidad.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Validar contenido de banco de ítems del instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla.

1.2.2 Objetivos específicos

- Desarrollar reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla.
- Determinar la validez de contenido de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla.

1.3 Justificación

Debido a la creciente incidencia de TCA en el país, el desarrollo de un instrumento validado para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla servirá para que las autoridades correspondientes de la institución estén enteradas de la posibilidad que tienen sus estudiantes de presentar un TCA o de practicar alguna CAR. De igual forma, los estudiantes de nuevo ingreso, teniendo un promedio de edad entre 18 y 20 años, son una población propensa a presentar estas patologías durante la adolescencia tardía.

Se pretende que dicho instrumento sea un material de tamizaje de CAR orientado a la prevención, teniendo como características principales facilidad y sencillez de aplicación e interpretación, pudiendo utilizarse por todos los coordinadores, el personal de la Clínica de Nutrición, el servicio médico y el OPTA.

De igual manera, al ser un instrumento de tamizaje de CAR abordado desde la nutrición y la relación directa del paciente con el alimento y su aporte energético, así como con diversos factores evaluables dentro del estilo de vida, los ítems podrán ser incluidos en una historia clínica nutriológica de rutina, pudiendo ser utilizada incluso por nutriólogos que no son especialistas en el tratamiento de TCA, para poder referir a los individuos para que reciban el tratamiento adecuado.

El Departamento de Ciencias de la Salud se verá beneficiado con un cuestionario de tamizaje autoaplicable, sencillo y concreto, previamente validado, el cual incluirá manual de usuario para su aplicación e interpretación para detectar CAR en estudiantes de nuevo ingreso, además de material didáctico para prevención de TCA, los cuales podrán implementarse de manera continua por la institución en el futuro.

1.4 Marco contextual

La Universidad Iberoamericana Puebla fue fundada en el año 1983, con el apoyo del Instituto Oriente, colegio jesuita de la misma ciudad, y la universidad Iberoamericana Ciudad de México. El inicio de clases fue en agosto del mismo año con 66 estudiantes inscritos en cuatro licenciaturas: Administración de Empresas, Comunicación, Diseño Gráfico y Relaciones Industriales (10).

En el semestre Otoño 2019, el número total de alumnos de nuevo ingreso a licenciatura fue de 944, el porcentaje de admisión de mujeres fue del 52.6 % y de hombres el 47.3 %, siendo la entrada de mujeres mayor por un 5.3 %. En primavera 2020, el número total de estudiantes que iniciaron sus estudios en la universidad fue de 158, siendo el 48.7 % mujeres y 54.3 %, hombres (11).

La Universidad Iberoamericana Puebla, como institución que forma parte de la Compañía de Jesús, tiene como misión formar a hombres y mujeres que se encuentran cursando la educación superior y media superior para que sean profesionales libres, competentes y comprometidos con los demás, con conocimientos sustentados en la excelencia académica y humana de la universidad, incidiendo en las distintas realidades en las que se encuentran inmersos con el objetivo de construir una sociedad más justa y humanamente solidaria (12).

La visión de la Universidad se centra en el arraigo al modelo educativo ignaciano, siendo una institución referencial por su calidad formativa, de investigación y articulación social, principalmente en la zona sur del país. Está basada en el pensamiento crítico, propuestas formativas innovadoras y pertinencia social de sus programas y proyectos, guiándose en el paradigma de una globalización incluyente y solidaria (12).

La Universidad Iberoamericana Puebla cuenta con distintos departamentos que colaboran para que la salud de la comunidad universitaria sea garantizada y de la mejor calidad (12).

Entre los espacios existentes para llevar a cabo dicha tarea se encuentran los siguientes servicios de salud:

- Clínica de Nutrición: su principal objetivo es orientar a la comunidad universitaria y externa hacia un cambio de hábitos de alimentación, actividad física y estilo de vida a través de la atención individualizada.
- OPTA: se ofrece el servicio de consulta psicoterapéutica para promover un adecuado estado de salud mental a la comunidad universitaria.
- Servicio Médico: este espacio tiene el objetivo de cuidar la salud de la comunidad universitaria (12).

Cuando los estudiantes ingresan a licenciatura, suelen tener entre 17 y 19 años, es decir algunos están en la adolescencia tardía, confiriéndoles vulnerabilidad, tendiendo al autoconocimiento y empoderamiento de los estudiantes respecto a su propia salud. Psicológicamente, los adolescentes en la universidad enfrentan una etapa de autodescubrimiento, resolviendo conflictos internos de identidad, preocupándose por su comportamiento y la imagen que proyectan, intentando probar su identidad a través de la ropa, peinado y actitudes (13).

Durante la vida universitaria, la mayor preocupación de los estudiantes es cumplir con las exigencias académicas, incluso cuando eso signifique no comer, no dormir o descansar, además de las cargas de estrés, dando como resultado problemas en el estado de salud; igualmente, los malos hábitos y consumo de sustancias tóxicas lleva a presentar problemas crónicos desde la juventud (13).

En el periodo de adaptación a la vida universitaria, se da un fenómeno personal junto con la madurez del estudiante, es un cambio sutil pero constante y es una respuesta al cambio personal con influencia del entorno social y escolar, el cual, puede ser estresante y el inicio de problemas para la salud. Los primeros días de ingreso a la

universidad son críticos ya que dependen de este proceso personal de adaptación al estilo de vida universitaria, el ambiente del lugar, los familiares, la motivación, el nivel socioeconómico y las expectativas sobre la institución y la carrera elegida (13).

Se pueden presentar dificultades en los estudios y presión por la carga académica, dudas sobre la profesión, incomodidad en el entorno social y malestares físicos como síntomas gastrointestinales, poliuria, incremento y pérdida del apetito, tensión generalizada, taquicardia, sudoración excesiva, contracturas musculares, inquietud, dificultad para comunicarse y tartamudeo, tics, dolor de cabeza, sensación de ahogo y presión en el pecho (13).

Conductualmente puede presentarse inquietud, nerviosismo, insomnio, problemas para dormir y conductas evitativas. Emocionalmente puede manifestarse irritabilidad, nerviosismo, angustia, agresividad, enojo, miedo a fallar, miedo a quedar paralizado y apatía. Cognitivamente hay dificultad para concentrarse, confusión, mente en blanco, distracción, preocupación por el desempeño y las consecuencias negativas de fallar y perfeccionismo (13).

En esta etapa los estudiantes pueden desencadenar problemas crónico-degenerativos como obesidad, hipertensión, diabetes y problemas gástricos, lo que requiere que sean capaces de implementar estrategias de autocuidado de forma más independiente (13).

Esta independencia implica que no podrá recurrir tanto a sus padres para la preparación de los alimentos, ni para la realización de tareas y aprendizaje escolar, siendo así su propio guía, apoyándose solo en sus conocimientos, actitudes, intereses y estrategias para salir adelante, auto-conocerse y plantearse objetivos más realistas, alcanzando metas de acuerdo a las capacidades y ambiciones sin poner en riesgo su salud física, psicológica y social (13).

2. Marco teórico

2.1 Conductas alimentarias de riesgo

2.1.1 Definición

Una CAR es una conducta característica de un TCA, sin embargo, esta se presenta en menor frecuencia y con menor intensidad que aquellas que forman parte de un diagnóstico de TCA, es decir, son un conjunto de conductas alteradas relacionadas con el consumo de alimentos que no son suficientes para los criterios diagnósticos de los TCA (13). Las CAR son puestas en práctica con el objetivo de llevar a la persona que las realiza a una reducción de peso, sin embargo, no son efectivas, al contrario, suelen provocar sobrepeso e incluso obesidad. Las CAR más comunes son los atracones, las conductas purgativas y las conductas restrictivas (8).

Las CAR se inician voluntariamente y en pequeña escala, continúan agravándose hasta llevar a quien las efectúa a perder el control y presentar un TCA (14).

Se ha sugerido estudiar a las CAR de forma individual y no en conjunto con los TCA ya que las personas que presentan CAR en la adolescencia tardía tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA durante la etapa adulta. Las CAR están directamente relacionadas con una baja autoestima, depresión, abuso de sustancias, ejercicio físico excesivo, intentos de suicido y ansiedad (15).

Algunas de las CAR más comunes son: realización de dietas con muy alta restricción energética, mantener periodos prolongados de ayuno, miedo irracional a subir de peso, atracones, hacer ejercicio físico excesivo, vómito provocado y uso de laxantes y diuréticos (15).

2.1.1.1 Atracón

Consumo de un alimento en mayores cantidades a las que consumiría cualquier otro sujeto, en la misma situación y en el mismo tiempo el cual, generalmente, es de dos horas (16).

También se define como la sensación de pérdida de control sobre el consumo de algún alimento, desde no poder controlar la cantidad de alimento ingerido hasta el tipo de alimento que se está ingiriendo (16).

Los atracones pueden relacionarse a comer mucho más rápido de lo normal, a sentir incomodidad por tanta comida, ingerir alimentos en grandes cantidades sin sentir hambre, comer solitariamente por vergüenza a la cantidad de alimento que se ingiere y sentir culpabilidad después del atracón (16).

2.1.1.2 Pica

Ingesta repetida de productos no considerados como nutritivos o como alimentos durante al menos un mes. Estos productos pueden incluir pelo, ropa, jabón, hielo, papel, tierra, gis, goma, carbón, entre otros (16).

2.1.1.3 Rumiación

Episodios repetidos de regurgitación después de comer, no provoca náuseas ni desagrado y no es explicada por ninguna enfermedad gastrointestinal. El alimento regurgitado puede ser vuelto a masticar, deglutido nuevamente o escupido (16).

2.1.1.4 Restricción o rechazo

Es la ausencia de interés hacia los alimentos relacionado con sus características nutrimentales y organolépticas, aunado a una preocupación excesiva por las consecuencias que traería su consumo, lo cual no permite al individuo cubrir con su requerimiento energético y nutrimental diario (16).

La restricción se relaciona con la pérdida de peso significativa, deficiencias importantes de nutrimentos y a la dependencia de suplementos y alimentación oral (16).

2.1.1.4.1 Ayuno

El ayuno se define como una restricción energética en donde se consume del 20 al 40 % del requerimiento energético diario y se realiza en periodos de tiempo variables (17).

2.1.1.4.2 Fanatismo alimentario

Para fines de este estudio, se le llamará “fanatismo alimentario” a una adherencia obsesiva a llevar una “dieta sana”, la cual se va transformando en una dieta más restrictiva hasta eliminar por completo grupos de alimentos que se consideran impuros, no sanos o no limpios. En este tipo de restricción, se ingieren únicamente alimentos que se consideran orgánicos o ecológicos, no tienen pesticidas ni están procesados. Este tipo de restricción alimentaria puede llevar al paciente a presentar problemas de aislamiento social, tener consecuencias psíquicas y malnutrición con déficits nutricionales importantes (18).

Actualmente, ya no solo hay una preocupación por cierto tipo de cuerpo o un ideal interiorizado de belleza, sino que la preocupación también se orienta en la calidad y pureza del alimento junto con su aporte nutricional. El resultado de este cambio en la percepción de “vida sana” ha ocasionado un incremento en la aparición de nuevos hábitos de estilo de vida. Estas innovaciones han contribuido a una mejoría en el estado de salud y nutrición de muchas personas, sin embargo, la desinformación en la práctica junto con el deseo de cumplir con nuevos estándares impuestos por la sociedad, puede desembocar en alteraciones nutricionales, conductas patológicas relacionadas con la alimentación que causan los problemas previamente mencionados. Aún no hay criterios estandarizados para la detección, evaluación y diagnóstico de “ortorexia”, además no está incluido en el DSM-V, por lo tanto, no es tomado en cuenta como TCA (18).

La ortorexia comienza con conductas orientadas al autocontrol y restricción de alimentos que se cree que pueden hacer daño a la salud, se considera algo patológico cuando el sujeto tarda más de 3 horas en la planificación de su alimentación y revisa las etiquetas nutrimentales de todo lo que consume, además de que siente una

preocupación excesiva por el aporte nutrimental de los alimentos, dejando de lado el placer que el consumo de los mismos le otorguen (19).

2.1.1.5 Conductas compensatorias

Son conductas poco apropiadas que se realizan repetidamente y con el objetivo de no ganar peso (20).

Entre ellas se encuentran: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas, ayuno y ejercicio físico intenso y compulsivo, conteo obsesivo de kilocalorías, eliminación de grupos de alimentos de la dieta, saltarse tiempos de comida regularmente, medir la autovalía a través de la figura corporal y el peso (16,20).

2.1.1.5.1 Vómito autoinducido

El vómito autoinducido es una conducta compensatoria que es utilizada por 80–90 % de los pacientes con TCA. Se realiza como búsqueda del efecto inmediato, el cual es la sensación de desaparición del malestar físico y una disminución en el miedo a bajar de peso, sin embargo, el vómito autoinducido es acompañado siempre por una sensación de culpa al estar conscientes de que la conducta no es la adecuada (21).

2.1.1.5.2 Ejercicio físico compulsivo

El ejercicio físico excesivo, también denominado ejercicio físico “compulsivo” o “problemático” es una conducta compensatoria muy común en pacientes con TCA, sin embargo, este tipo de actividad física está poco relacionada a la frecuencia e intensidad, principalmente está caracterizado por la búsqueda de realizar ejercicio en un horario rígido, además de que es priorizado sobre otras actividades de la vida cotidiana. Si existe algún impedimento para realizar esta actividad física, hay un incremento en la ansiedad y en sentimientos negativos, los cuales desaparecen cuando el ejercicio se retoma. “No es la cantidad o intensidad de ejercicio que caracteriza al ejercicio problemático, sino la mentalidad con la que uno se dedica a dicho ejercicio”. La percepción del ejercicio compulsivo va cambiando según el avance de la historia natural de la enfermedad ya que el rendimiento disminuye al

afectarse el estado de nutrición, además la conceptualización de ejercicio compulsivo varía entre cada paciente. Esta conducta compensatoria puede afectar hasta al 80 % de los pacientes, sin embargo, es más común en la fase aguda de la enfermedad (22).

2.1.1.5.3 Consumo de suplementos

Un estudio australiano encontró que los hombres jóvenes que practican deporte y cuentan con disconformidad respecto a su cuerpo tienen mayor motivación para recurrir al uso de suplementos alimenticios de proteína en polvo, además se encontró que hay correlación entre el esfuerzo para bajar de peso y el consumo de bebidas energéticas y suplementos, principalmente los que levantan pesas (23).

Entre los suplementos más utilizados está la proteína en polvo para batidos, las barritas hiperproteicas y las barritas hiperenergéticas, quemadores de grasa, estimulantes, hormonas y anabolizantes (24).

Dentro de los principales indicadores de la “dismorfia muscular” se encuentran los siguientes:

- El sujeto se considera demasiado delgado y débil cuando se ve al espejo.
- Pasan muchas horas en el gimnasio realizando pesas y otros ejercicios para hipertrofia.
- Realizan dietas restrictivas e hiperproteicas para desarrollo de masa muscular.
- Realizan “ejercicio compulsivo” por encima de otras actividades (24).

2.1.1.5.4 Consumo de productos milagro

En la actualidad hay una preocupación por la salud cada vez mayor, además de que hay fácil acceso a la información sobre los riesgos que conllevan la obesidad y el sobrepeso aunado al culto al cuerpo, donde la delgadez está asociada al éxito y aceptación social, está favorecida la producción y comercialización de distintos artículos que dicen contribuir a la pérdida y control de peso corporal (25).

Estos complementos alimenticios o “productos milagro” suelen utilizar imágenes de cuerpos delgados en su publicidad, términos como “quemagrasa”, “liporeductor” “saciante”, “modelador de figura”, “adelgazante”, entre otros, como una estrategia para llamar la atención de los consumidores para incitar su consumo.

Uno de los principales problemas de este tipo de artículos es que planta en el consumidor la idea de que esta mercancía le hará perder peso sin necesidad de modificar sus hábitos de alimentación y estilo de vida (25).

El uso de estas sustancias es sumamente peligroso para la salud de quienes los consumen, ya que no hay evidencia científica que respalde su funcionalidad y promesa de eficacia (25).

Estos suelen incluir como ingredientes laxantes, diuréticos y anorexigénicos, los cuales, al ser utilizados como método de purga compulsiva, son caracterizados como CAR (26).

2.1.1.6 Influencia de las redes sociales en las CAR y en los TCA

Las redes sociales son plataformas digitales que logran que un gran número de usuarios entren en contacto entre sí, esto ha propiciado el desarrollo de una sobreexposición a la interiorización del ideal estético de delgadez. Actualmente, es muy común que en redes sociales se propaguen mensajes donde se asocia la felicidad a un estereotipo que busca la perfección física, basada en estándares de belleza socialmente aceptados (18).

Para ejemplificar lo señalado anteriormente, está el movimiento *“thinspiration”,* cuyo objetivo principal es buscar inspiración en redes sociales para la pérdida de peso, lo cual incluye el apoyo de la comunidad para cumplir dicho objetivo. Este movimiento promueve estándares de belleza poco realistas a través de la publicación de imágenes de cuerpos delgados, fotos de “antes y después” y técnicas compartidas para la pérdida de peso (18).

Asimismo, existe el término *"fitspiration"*, en el cual se promueve la práctica de ejercicio y alimentación saludable como alternativas principales para conseguir un cuerpo *"fit"* o "en forma".

Este movimiento muestra imágenes de cuerpos tonificados y delgados, con visibilidad de la masa muscular, aunado a mensajes relacionados con el peso, la estigmatización de la grasa corporal, el ideal de delgadez y la restricción alimentaria, además del consumo de suplementos alimenticios como aislados de proteína en polvo entre otros (18).

El riesgo de la tendencia radica en que se está priorizando la apariencia física por encima de la salud y la funcionalidad del cuerpo, objetificándolo. Esta conducta se observa principalmente en la cultura occidental y en mujeres jóvenes, en una edad comprendida entre los 18 y 34 años (18).

Este tipo de conductas aún no se clasifican como conductas alimentarias de riesgo, ni están en los criterios diagnósticos del DSM-V, sin embargo, una exposición continua a esta clase de contenido puede provocar insatisfacción corporal derivando en TCA, lo cual las lleva a cumplir los criterios para la definición de CAR (43).

2.1.2 Etiología

La auto-conciencia es desarrollada por el sujeto cuando empieza un proceso de auto-monitorización, esto sucede cuando una posición de auto-observación del propio cuerpo es interiorizada, generando ansiedad y vergüenza orientadas al propio cuerpo las cuales tienen como consecuencia la aparición de CAR, desencadenando la aparición de un TCA (12). En un estudio realizado en una universidad de la Ciudad de México en el 2016, por Díaz de León *et al*, se llegó a la conclusión siguiente: el riesgo de CAR en mujeres está relacionado con una baja autoestima, la búsqueda de aprobación social, el IMC, practicar menos de 2 horas de actividad física al día y con la internalización de la estética delgada ideal; en caso de los hombres, el riesgo de presentar CAR se correlaciona con el deseo de masculinidad, la autoestima y con la internalización de la estética delgada ideal (27).

Las CAR pueden desencadenar un TCA, el cual posiblemente comienza con preocupación por la comida y el peso corporal, aunque en el fondo, un TCA es mucho más que solo esto. Los pacientes con TCA hacen uso de la comida y el control de sus alimentos como compensación de emociones y sentimientos que son insoportables en su vida diaria, siendo las dietas, atracones y purgas una vía para lidiar con el dolor, lo cual les otorga una sensación de control en su vida personal, llevando así al paciente a vivir con comportamientos que dañan su salud física, emocional, autoestima, control y competitividad (28).

2.1.3 Epidemiología

Actualmente, hay pocos estudios epidemiológicos sobre las CAR en México, sin embargo, el mismo estudio citado anteriormente encontró que la prevalencia de CAR en una población cuyo promedio de edad estaba en 20.4 años para hombres y 19.3 años para mujeres, es del 4.1 % y 6.8 % respectivamente (8).

Un estudio realizado en la Universidad Veracruzana en 191 estudiantes de la Licenciatura en Nutrición obtuvo como resultado que hay mayor frecuencia de CAR asociadas a Trastorno por Atracón y menor frecuencia con las que se asocian a Anorexia y Bulimia. Del total de estudiantes, sólo 66 respondieron “nunca” a alguna de las CAR evaluadas en dicho estudio (29).

En una universidad privada de la Ciudad de México, se encontró que el 100 % de los participantes con obesidad, 30.7 % de los estudiantes con sobrepeso y el 25.4 % con normopeso presentan riesgo moderado de CAR; asimismo, el 20.5 % de los que tienen sobrepeso y el 11.7 % con normopeso tienen alto riesgo de CAR. Las CAR que resultaron tener mayor frecuencia fueron: realizar ejercicio, dietas restrictivas, sensación de pérdida de control al alimentarse y atracones. También se encontró que, a mayor incremento del IMC, mayor es el miedo a subir de peso (26).

En el 2012, la ENSANUT estableció que la prevalencia de CAR en niñas mexicanas entre 10 y 19 años es la siguiente: 1.5 % para realización de dietas, 0.8 % de ayunos, 4.4 % atracones, 0.3 % vómito auto inducido y 0.4 % para uso de laxantes y diuréticos;

estos datos se recuperaron a través las respuestas a la escala en la cual se indicaba como “muy frecuente” a más de 2 veces por semana (15).

Diversos estudios realizados en América Latina obtuvieron como resultado prevalencias del 8.3 % en universitarias brasileñas y el 44.1 % en universitarias colombianas de la facultad de medicina. En cuanto a los hombres, el resultado fue de 1.9 % en estudiantes de Venezuela y 9.6 % en colombianos. Otro estudio elaborado con estudiantes de nuevo ingreso a la universidad en Brasil concluyó que las que tenían IMC normal tenían prevalencias de CAR mayores (10.9 %) a las que presentaron sobrepeso (2.9 %) y obesidad (3.9 %) (30).

2.2 Instrumento de detección

Un instrumento de detección creado con base en escala, es un método de obtención de datos formado por un conjunto de ítems que permite medir rasgos específicos, el cual sirve para ver dónde se encuentra situado el sujeto al que es aplicado, en un continuo de menos a más. Las escalas suelen realizarse para medir actitudes y conductas. En una escala se utilizan distintas preguntas cuya respuesta se traducirá a un número, el cual se suma para obtener una puntuación total que posteriormente se interpretará para obtener un resultado final (31).

Una “escala Likert” es un instrumento utilizado en los estudios psicométricos donde el paciente o sujeto que la responde debe indicar el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con determinado reactivo, esto se hace con la ayuda de una escala ordenada y unidimensional. Incluye un punto medio neutral; a su lado, la mitad demuestran estar de acuerdo con la afirmación y al otro lado en contra. Estas alternativas aparecen en forma horizontal y son numéricas del 1 al 5 (32).

Un instrumento de obtención de datos deberá incluir dos tipos de preguntas:

1. Preguntas de identificación personal: se encuentran al inicio del instrumento.
2. Preguntas específicas relacionadas al tema de investigación (31).

Las características que se buscan en un instrumento son las siguientes: que sea sencillo de aplicar, fácil de comprender, que sus ítems sean claros, que contenga un formato que se entienda de inmediato y, por último, que los resultados que arroje sean de fácil clasificación, puntuación, registro y codificación (33).

2.2.1 Construcción

El proceso de construcción de un instrumento cuenta con distintas etapas:

Preparación: para poder realizar un instrumento de detección, primero se debe definir el constructo, en este punto es importante señalar que un mismo concepto puede definirse desde diferentes ángulos o perspectivas teóricas, por lo tanto, puede haber distintas definiciones del mismo concepto. Algunas veces el concepto debe construirse completamente, seleccionar la definición de las ya existentes o explicar las que se encontraron. Para poder llevar a cabo esta etapa del proceso puede hacerse una revisión bibliográfica, una entrevista a expertos o ambas. En esta etapa es muy importante delimitar el concepto o tema de investigación para evitar la omisión de elementos indispensables o la inclusión de algunos que no contribuyan al fin para el que fue creado (33).

Elaboración: en esta etapa es imprescindible que se respondan las siguientes preguntas: ¿cuál es el propósito de la medición?, ¿cuál es el significado del constructo? y ¿cuál es la población de estudio? Ya que de esto dependerá el desarrollo y contenido del instrumento (33).

En un instrumento orientado al diagnóstico, es decir, a la detección, tiene especial relevancia la sensibilidad, tomando en cuenta la capacidad de discriminación que contenga (33).

En el primer borrador, a través de la evidencia científica, se identificarán los indicadores que son reconocidos como representantes del constructo, incluyendo en los ítems a los factores de riesgo del concepto que se está midiendo y riesgos relativos, principalmente para instrumentos que cuantificarán riesgos (33).

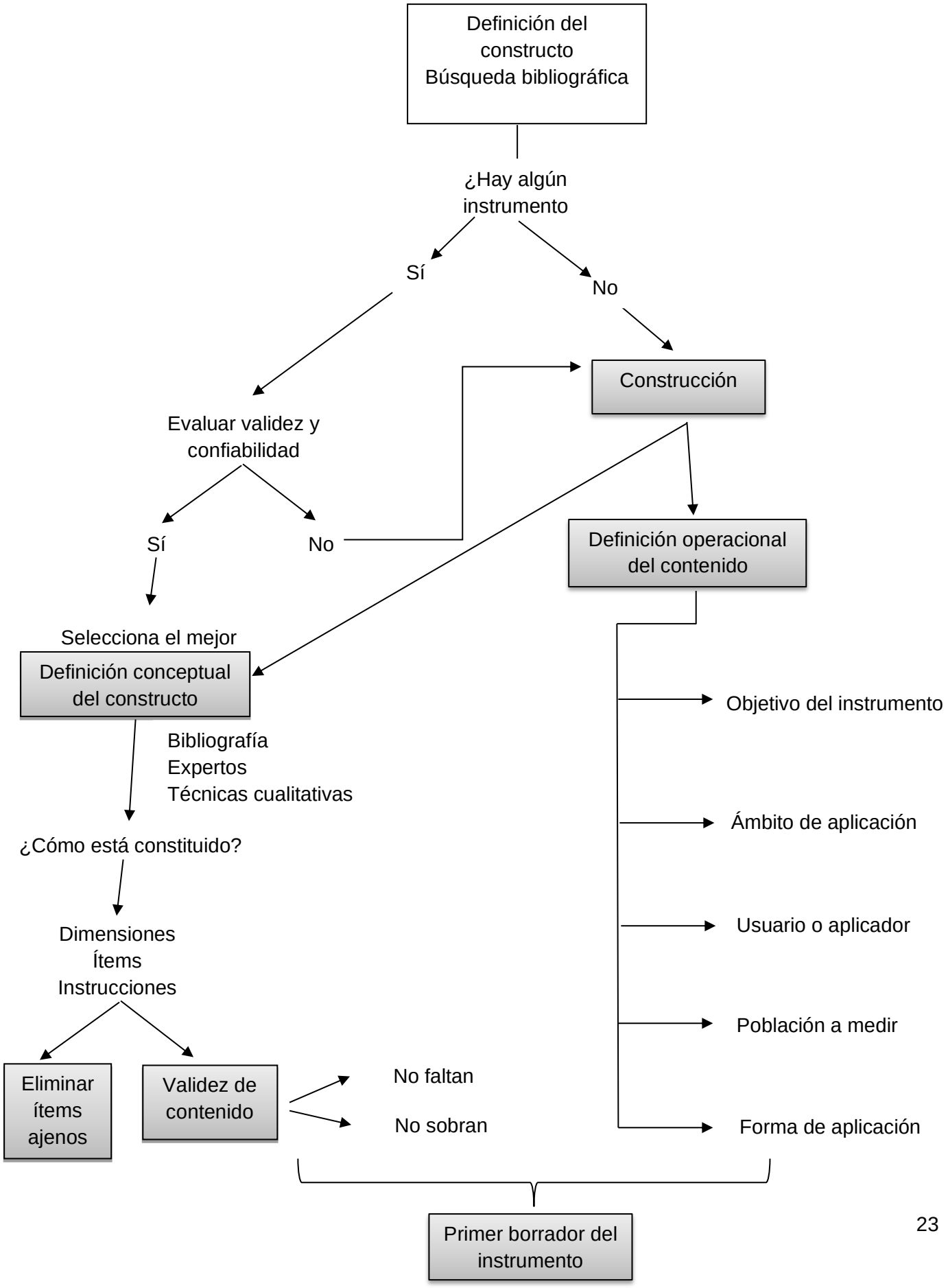
Indicadores: el siguiente paso es realizar indicadores a partir de los cuales se elaborarán los dominios de los que se crearán los ítems. Si se evaluarán percepciones, capacidades, desempeño o responsabilidades de los pacientes puede necesitarse la elaboración de grupos focales o entrevistas a profundidad (33).

Ítems: después de la identificación de los indicadores del constructo se elaboran los ítems, con la recomendación de que se elaboren el doble de los que formarán el instrumento. Es importante tomar en cuenta a la población en la que será aplicado para la formulación de los enunciados, entre los factores importantes están su edad y escolaridad; después de la elaboración de los ítems se hará una prueba piloto que corrobore su claridad (33).

Es de suma importancia verificar que las instrucciones del instrumento sean claras y comprensibles para la población, de igual manera es vital que la redacción de los ítems sea correcta, evitando orientar a respuestas que pueden considerarse como socialmente aceptadas, que no sean excluyentes ni se formulen preguntas negativas, evitando la ambigüedad y sin carga afectiva (33).

En la figura 1, se muestra de forma gráfica la primera parte del proceso de elaboración del instrumento.

Figura 1: Proceso para elaborar un instrumento de medición para el área de salud (33)



Prueba piloto: posteriormente se realizará la prueba piloto anteriormente mencionada, la cual podría aplicarse en grupos de 10 en 10 y hasta que todos los ítems sean claros y de fácil comprensión para los usuarios del instrumento. Es importante considerar el significado que se les atribuye a cada uno por parte de la persona que lo responde y si corresponde a la intención otorgada en la elaboración.

Para poder verificar si un ítem es potencialmente útil, las respuestas deben variar entre diferentes participantes, evitando patrones (33).

Elaboración de manual de instrucciones: es necesario realizar un manual donde se establezca el concepto de la aplicación, la capacitación necesaria, el tiempo para contestarlo y las características clínicas de lo que mide (33).

2.2.2 Confiabilidad

La confiabilidad es la característica de un instrumento para arrojar resultados similares y sin errores en mediciones repetidas con el factor no modificable de que las condiciones de la aplicación de la escala se mantengan estables en el tiempo o en aplicaciones por otro evaluador que se realice simultáneamente, además de que fue estandarizado previamente (33).

Test-Retest: es utilizado para comprobar si el instrumento otorga la misma información aplicándose por la misma persona dos veces seguidas, en un lapso de 15 días entre medición y medición, sin que haya cambios en lo que se está midiendo o evaluando. De igual manera evalúa si, al ser aplicado por dos personas diferentes al mismo tiempo, pero independientemente, se obtienen resultados similares en las dos aplicaciones (33).

Para determinar que el instrumento es “estable” se realiza esta primera prueba llamada test-retest, la cual ayudará a recabar evidencia de que el instrumento no varía según el aplicador de este, obteniendo al mismo tiempo pruebas de que el atributo no ha cambiado entre la primera medición y la segunda, la cual se realiza 15 días después (33).

Reproductibilidad: la segunda aplicación ayuda a medir qué tan “reproducible” es el instrumento determinando el grado de influencia o afectación que tiene en los resultados la variabilidad que introduce una tercera persona (33).

Confiabilidad o análisis de consistencia interna: los ítems que forman parte de un instrumento están correlacionados, ya que tienen como objetivo evaluar algo global específico, a esto se le llama “consistencia interna” o “fiabilidad”. Esta propiedad permite conocer el grado de homogeneidad del instrumento: mientras más homogéneo sea, es más consistente. Si un instrumento demuestra no ser consistente, puede deberse a que los ítems están midiendo constructos diferentes, por lo tanto, pone en duda la validez de estos. Se recomienda que el instrumento sea aplicado a al menos 100 sujetos para poder evaluar la consistencia interna adecuadamente (33).

2.2.3 Validez

La validez es la capacidad que tiene un instrumento de medir el constructo para el que fue elaborado y obtener resultados correctos a través de su aplicación. Existen tres tipos de validez: de contenido, de constructo y de criterio (33).

Validez de contenido

Determina qué tanto el instrumento aporta todo lo necesario para considerarse completo para la evaluación del constructo, sin omitir información esencial ni agregando información que no contribuye a la concreción del objetivo del instrumento. Para poder evaluar la validez de contenido se deben explorar los ítems con la ayuda de un cuadro como el que se muestra a continuación:

Cuadro 1. Sugerencia para transitar desde un constructo hasta un ítem elaborado (33)

Constructo	Dimensión	Indicador	Ítems
Corresponde al concepto a evaluar.	Familia a la que pertenece el constructo, se agrupa con otros que midan el concepto desde el mismo lugar.	Resultado que está siendo evaluado.	Enunciado formulado que representa todo lo anterior, será contestado por el sujeto y, desde una dimensión específica, arrojará indicadores pertinentes de acuerdo al constructo.

La Validez de Contenido es una parte esencial en la construcción de instrumentos de evaluación ya que, desde el inicio del proceso y a través del juicio y revisión por expertos investigadores en el tema que evalúa el constructo, posibilita y facilita la representatividad de los ítems o reactivos que se están desarrollando. Para completar este paso es necesario elaborar una tabla de especificaciones del test, donde se establece puntualmente el constructo a evaluar, sus componentes y la representación según su importancia diferencial en el instrumento final (34).

En el anexo número 1, se integra una tabla que contiene los Estándares para Pruebas Educacionales y Psicológicas (*Standards for Educational and Psychological Testing*) los cuales son una referencia que sirve de guía y unifica criterios de valoración del trabajo (34).

Para efectos de la presente investigación, se utilizará una “Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido para instrumentos objetivos” propuesta por Agustín Tristán-López (35), la cual será brevemente descrita a continuación:

<u>Modelo cuantitativo para establecer la validez de contenido</u>

Como primer paso es necesario contar con un panel de jueces conformado por especialistas que tienen conocimientos sobre el constructo a evaluar. Posteriormente se les entregará un ejemplar del banco de ítems a cada uno, su principal tarea es evaluar cada reactivo según tres categorías: “esencial”, “útil pero no esencial” “no necesario”, siendo esta clasificación la evaluación de qué tanto un ítem evalúa el constructo estudiado (35).

Después se calcula el número en la categoría “esencial”; para que un reactivo tenga validez de contenido, se espera que al menos el 50 % de los jueces esté de acuerdo con esta categorización, esto arroja un valor llamado Radio de Validez de Contenido (CVR, por sus siglas en inglés), siendo -1 si menos de la mitad de los jueces están en desacuerdo, +1 si más de la mitad están de acuerdo y nula si la mitad están de acuerdo y la mitad en desacuerdo (35).

Para calcular el CVR se utiliza la siguiente fórmula:

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Dónde:

n_e = número de panelistas que tienen acuerdo en la categoría “esencial”.

N = número total de panelistas.

Ya que fue calculado el CVR de todos los ítems y aceptados los que tienen valores mínimos de 1, se calcula el promedio del radio, obteniendo el Índice de Validez de Contenido (CVI, por sus siglas en inglés) de la prueba completa, el cual es la correspondencia entre la capacidad de evaluación de un dominio específico y su desempeño midiendo el dominio representado (35):

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^{M} CVRi}{M}$$

Dónde:

CVR*i* = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.

M = total de ítems aceptables de la prueba.

Verificación de valores mínimos de CVR

Para poder concretar un análisis de consenso entre el panel de jueces, es importante considerar la frecuencia de acuerdos en la categoría que valida un reactivo como "esencial" (35).

A continuación, se muestra una hipótesis de "no asociación" de valores observados y esperados:

Cuadro 2. Valores observados y esperados (35)

	Observados		**Esperados**	
	Acuerdos	**No Acuerdos**	**Acuerdos**	**No Acuerdos**
N panelistas	*An*	*N-An*	*N/2*	*N/2*

En un panel de jueces integrado por 5 a 7 panelistas como está indicado en la tabla 1, es necesario tener un consenso unánime entre todos ellos (35).

Tabla 1. Valores de CVR mínimos según el número de panelistas (35)

Panelistas	**Acuerdos en "esencial"**	**No acuerdos**	**X^2**	**CVRo**	**CVR Lawshe**	**Diferencia CVR-CVRLawshe**
2	3	-1	Caso imposible			
3	3	0	3.000	1.000	No reportados	
4	4	0	4.000	1.000		
5	5	0	5.000	1.00	1	0.00
6	6	0	6.000	1.00	1	0.00
7	7	0	7.000	1.00	1	0.00
8	7	1	4.500	0.75	0.75	0.00
9	8	1	5.444	0.78	0.78	0.00
10	8	2	3.600	0.60	0.62	0.02
11	9	2	4.455	0.64	0.59	0.05
12	9	3	3.000	0.50	0.56	0.06
13	10	3	3.769	0.54	0.54	0.00
14	11	3	4.571	0.57	0.51	0.06
15	11	4	3.267	0.47	0.49	0.02
20	14	6	3.200	0.40	0.42	0.02
25	17	8	3.240	0.36	0.37	0.01
30	20	10	3.333	0.33	0.33	0.00
35	23	12	3.457	0.31	0.31	0.00
40	26	14	3.600	0.30	0.29	0.01

Corrección al valor mínimo de CVR

Para no tener problemas debido al tamaño del panel de jueces, se puede usar una correlación de atributos que hace equivalente a la prueba x^2 con la r de Pearson, comparando contra un valor de referencia normalizado al 100% de personas (35):

$$r = \sqrt{\frac{x^2}{N}}$$

Transformado en:

$$\sqrt{\frac{4}{N^2}\ (An - \frac{N}{2})^2} \ \geq \ \sqrt{\frac{(x^2\ (\alpha = 0.1, v = 1)}{100}} = \sqrt{\frac{2.17}{100} = 0.1646}$$

Simplificándose:

$$\frac{2}{N}\left(An - \frac{N}{2}\right) \geq 0.1646$$

$$\text{An-}\frac{N}{2} \geq 0.0823N$$

Dirigiendo al número de acuerdos:

$$\text{An} \geq 0.5823\ \text{N}$$

Para normalizar el estadístico, es necesario tener un número de acuerdos en la categoría “esencial” de mínimo igual a una proporción constante del número de panelistas, pidiendo un consenso de 58.23 % como mínimo de aceptación de un reactivo.

Alternativa a CVR

Es importante recordar que el mínimo aceptable de An = 0.5823N, llevando al siguiente valor teórico de referencia para CVR:

$$CVR\frac{0.582N-\frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}=0.164$$

Se establece un modelo alternativo al CVR para tener una mejor interpretación de la clasificación de acuerdos en la categoría “esencial” respecto al número de jueces, usando CVR = 0.165 como constante:

$$CVR'\frac{n_e}{N}$$

Simplificándose:

$$CVR=2CVR'-1$$

$$CVR'=\frac{CVR+1}{2}$$

Al usar como valor de referencia de aceptación normalizada para CVR = 0.196 y se sustituye esta última expresión, se obtiene que el valor mínimo aceptable para CVR’ es:

$$CVR'=\frac{0.1646+1}{2}=0.5823$$

CVR’ debe proporcionar consenso mínimo del 58 % para considerarse como aceptable, siendo este valor una constante independientemente del número de jueces que conforman el panel.

En el siguiente cuadro se presentan los valores mínimos de CVR’, incluyendo el número de acuerdos y no acuerdos en una revisión de contenido:

Tabla 2. Valores mínimos de CVR’ (35)

Panelistas	Acuerdos en “esencial”	No acuerdos	R	CVR’
2	2	0	1.00	1.00
3	2	1	0.33	0.67
4	3	1	0.50	0.75
5	3	2	0.20	0.60
6	4	2	0.33	0.67
7	5	2	0.43	0.71
8	5	3	0.25	0.63

CVR’ siempre es mayor o igual a 0.5823.

Cuadro 3. Valores observados y esperados (35)

	Observados		Esperados	
	Acuerdos	**No Acuerdos**	**Acuerdos**	**No Acuerdos**
M ítems	*Bm*	*M-Bm*	*M/2*	*M/2*

Análisis del Índice de Validez de Contenido

Después de obtener los valores de CVR’ se calcula el CVI a través de un promedio de los reactivos aceptables. Es esperado que consiga valores superiores a 0.58 para dictaminar la validez del banco de ítems (35).

Para que exista validez de contenido en todo el banco de ítems el valor mínimo de CVI no puede ser menor a 0.5823, límite inferior de valores de CVR’, si el banco tiene un valor menor, se debe depurar para aumentar la calidad del banco.

Es necesario clasificar los ítems de la siguiente manera: CVR’ mayor a 0.5823 “Aceptables” y en caso contrario “No aceptables”. Es decir, para que un banco de ítems sea considerado como “Aceptable” al menos el 58 % de los reactivos debe encontrarse en condición satisfactoria del CVI (35).

Resumen de la aplicación del modelo cuantitativo para establecer la validez de contenido

1. Conformar un panel de jueces especialistas en el dominio estudiado.
2. Estudio del banco de ítems por parte de los especialistas. Clasificar cada ítem en tres categorías: “esencial”, “importante pero no esencial”, “no necesario”.
3. Contabilizar el total de casos consensuados de “esenciales” para cada ítem.
4. Calcular CVR’ como proporción de acuerdos en la categoría “esencial”, en relación al número de panelistas.
5. Reactivos con CVR’ mayor o igual a 0.58 se integran en el banco de ítems.
6. Calcular CVI a partir del promedio de CVR’ de todos los ítems del banco, incluyendo los reactivos aceptables y no aceptables.

7. Para que un banco de ítems sea aceptable y cuente con validez de contenido, el CVI es superior a 0.58.
8. Cuando el CVI sea calculado sólo con reactivos aceptables, sólo se tiene que reportar el valor obtenido (35).

Validez de constructo

La validez de constructo demuestra que el instrumento sirve para evaluar el concepto para el que fue creado, se formula a partir de la elaboración de una hipótesis del comportamiento de la puntuación de un instrumento en diferentes circunstancias (33).

Evaluaciones de validez de constructo

- Primera evaluación: aplicar el instrumento junto con otro que mida un constructo diferente.
- Segunda evaluación: aplicar el instrumento en dos grupos extremos, el grupo de la prueba piloto y un grupo control que cuente con las características del instrumento que se está midiendo, siendo capaz de demostrar diferencias clínicas y estadísticamente significativas en ambos (33).

Validez de criterio

La validez de criterio compara al instrumento con otro instrumento, considerado estándar de oro del concepto evaluado y es de dos tipos:

- Validez concurrente: establece qué tanto se relaciona la nueva medida con el estándar de oro mientras son administradas las dos pruebas simultáneamente.
- Validez predictiva: evalúa qué tanto un nuevo instrumento es capaz de predecir correctamente el concepto para el que fue creado, esto sucede longitudinalmente (33).

Viabilidad

Un instrumento se considera viable cuando es considerado útil por los usuarios, además de que es aceptado y está contextualizado a la población y abordaje del problema para el que fue diseñado (33).

2.3 Cuestionarios de detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas Alimentarias de Riesgo

2.3.1 Cuestionarios existentes para población mexicana

2.3.1.1 Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

En México, Claudia Unikel Santoncini junto con Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántara y Hernández desarrollaron un Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo para su inclusión en la Encuesta sobre la Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol en Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997, cuyo objetivo principal fue la medición de las características que se presentaban comúnmente en los pacientes con un TCA, el cuestionario está basado en los criterios diagnósticos para estas patologías del DSM-IV (20).

Está compuesto de 10 preguntas o ítems relacionados con los padecimientos, los cuales evalúan el miedo al incremento de peso, la sensación de descontrol al alimentarse, la práctica de ayunos, dietas muy restrictivas, pastillas reductoras y práctica excesiva de ejercicio, también se evaluó el vómito auto inducido y el consumo de laxantes, diuréticos y uso de enemas, todo esto practicado en los 3 meses anteriores a la evaluación, evaluando la frecuencia de su aparición con la siguiente escala: nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente (refiriéndose a dos veces por semana) o muy frecuentemente (más de dos veces a la semana). La calificación era del 0 al 3, un puntaje alto en el cuestionario indicaba disfunciones en la conducta alimentaria (20).

El cuestionario fue validado en pacientes con TCA y en estudiantes, la escala arrojó una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.83. Fue agrupado en 3 dimensiones, la primera se llamó “atracón-purga”, la segunda “medidas compensatorias” y la tercera “restricción”, encontrando que las variables de los ítems tenían correlación adecuada

a través de un análisis discriminante, por último, si la puntuación máxima del cuestionario es de 30 puntos, una puntuación global de 11 indica que la persona encuestada se encuentra en la población con alto riesgo. En los cuadros 4 y 5 se presenta el análisis factorial del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, en sus versiones para hombres y mujeres (20).

Cuadro 4. Análisis Factorial del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, en su versión para mujeres (20)

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo versión para mujeres			
Ítem	**Factor 1 Atracón-purga**	**Factor 2 Medidas Compensatorias**	**Factor 3 Restricción**
En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	0.837		
He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	0.816		
He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	0.714		
He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso	0.558		
He usado pastillas para tratar de bajar de peso		0.785	
He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso		0.791	
He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso		0.770	
Me ha preocupado engordar			-0.730
He hecho dietas para tratar de bajar de peso			-0.618
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso			-0.904
Valores Eigen **Porcentaje de varianza total explicada** **Confiabilidad** **Confiabilidad total 0.83**	4.2 42.3 0.74	1.2 12.0 0.72	1.0 10.2 0.76

Cuadro 5. Análisis Factorial del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, en su versión para hombres (20)

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo versión para hombres			
Ítem	**Factor 1 Atracón-purga**	**Factor 2 Medidas Compensatorias**	**Factor 3 Restricción**
He vomitado después de comer para bajar de peso	0.579		
He usado pastillas para bajar de peso	0.620		
He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso	0.797		
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso	0.895		
Me he preocupado por engordar		0.813	
He hecho dietas para tratar bajar de peso		0.761	
He hecho ejercicio para tratar d bajar de peso		0.808	
En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida			0.852
He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)			0.802
He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)	-	-	-
Valores Eigen **Porcentaje de varianza total explicada** **Confiabilidad por factor** **Confiabilidad total 0.83**	2.8 28.53 0.593 0.646	1.6 16.98 0.711	1.2 12.78 0.643

2.3.1.2 Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria

Es un cuestionario realizado en México por Saucedo-Molina y Unikel - Santoncini y mide conductas alimentarias y factores socioculturales relacionados al desarrollo puberal. Hay una versión para hombres y una para mujeres, esta última se compone por 23 ítems con 4 respuestas evaluadas por escala Likert (36). Ver cuadros 6 y 7.

Cuadro 6. Análisis Factorial del Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de Conducta Alimentaria, versión para mujeres (37)

Resultado del análisis factorial del cuestionario para medir factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en púberes mujeres.					
Factor	**Cargas factoriales**				
I) Influencia de la publicidad					
Llaman tu atención los anuncios de televisión para adelgazar de farmacias y tiendas.	0.793				
Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.	0.787				
Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad.	0.692				
Te llaman la atención conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.	0.676				
Llama tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura.	0.675				
Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.	0.648				
II) Malestar por la imagen corporal					
Te gustaría tener el cuerpo de Britney Spears, Anahí o Thalía.		0.749			
Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión.		0.737			
Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores, bailarinas y otros deportistas.		0.734			
Envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.		0.685			
Te molesta que te digan que estás llenita o gordita o cosas parecidas, aunque sea un comentario en broma.		0.404			
III) Dieta restringida					
Tomas agua para quitarte el hambre.			0.656		
Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.			0.654		
Cuidas lo que comes para no subir de peso.			0.647		
Te la pasas “muriéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.			0.558		
Para controlar tu peso te saltas comidas.			0.533		
Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.			0.449		
IV) Pubertad					
Desarrollo de vello puberal. (Imagen)				0.870	
Tienes vello en tus axilas.				0.799	
Desarrollo del busto (Imagen)				0.790	
V) Tiempos de comida					
Acostumbras realizar tus tres comidas.					0.805
Acostumbras desayunar.					0.734
Acostumbras cenar o merendar.					0.733
Número de factor	**I**	**II**	**III**	**IV**	**VI**
Valores propios	3.69	2.78	2.44	2.16	2.16
Porcentaje de varianza explicada	16.08	12.08	10.6	9.4	9.4
Valor alfa de Cronbach	0.87	0.79	0.79	0.72	0.71
Rotación Oblimin con el método de extracción de máxima verosimilitud (Maximum Likelihood).					

Cuadro 7. Análisis Factorial del Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de Conducta Alimentaria, versión para hombres (37)

Resultado del análisis factorial del cuestionario para medir factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en púberes hombres.					
Factor	**Cargas factoriales**				
I) Influencia de la publicidad					
Llaman tu atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar.	0.868				
Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.	0.839				
Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.	0.822				
Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad.	0.712				
Te llaman la atención conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.	0.700				
II) Conducta alimentaria normal					
Cuidas que tu dieta sea nutritiva.		0.714			
Comes lo que es bueno para tu salud.		0.694			
Cuidas lo que comes para no subir de peso.		0.660			
Procuras mejorar tus hábitos alimentarios.		0.639			
Procuras comer verdura.		0.608			
Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra.		0.574			
III) Malestar por la imagen corporal					
Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como volverse un hombre musculoso.			0.701		
Te gustaría tener el cuerpo de Arnold Schwarzenegger, Rambo o Guardianes de la Bahía.			0.695		
Envidias el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.			0.667		
Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores, bailarines y otros deportistas			0.654		
Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión.			0.598		
IV) Pubertad					
Desarrollo de vello puberal. (Imagen).				0.859	
Tienes vello en tus axilas.				0.794	
El sonido de tu voz ha cambiado.				0.705	
V) Tiempos de comida					
Acostumbras realizar tus tres comidas.					0.794
Acostumbras cenar o merendar.					0.756
Acostumbras desayunar.					0.710
Número de factor	**I**	**II**	**III**	**IV**	**VI**
Valores propios	3.45	2.61	2.39	1.98	1.81
Porcentaje de varianza explicada	15.7	11.9	10.9	8.9	8.2
Valor alfa de Cronbach	0.87	0.72	0.73	0.68	0.66
Rotación Oblimin con el método de extracción de máxima verosimilitud (Maximum Likelihood).					

2.3.1.3 Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal

Los indicadores que toma en cuenta son el ideal estético de delgadez, la insatisfacción corporal y la influencia social que hay sobre el cuerpo. Son 15 ítems evaluados con 5 opciones en escala Likert. El cuadro 8, es un cuestionario elaborado por Unikel, Juárez y Gómez en México y evalúa la internalización del ideal de delgadez (36).

Cuadro 8. Análisis Factorial de la Escala de Actitudes hacia la Figura Corporal (38).

Cuadro 7. Análisis factorial de la escala de actitudes hacia la figura corporal	**Mujeres**			**Hombres**	
•Las mujeres delgadas son más femeninas		.748		-.771	
•Me deprime sentirme gorda (o)	.868				.630
•Estar delgada (o) es un logro muy importante para mi	.871				.853
•Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo	.656				.817
•El peso corporal es importante para ser aceptada (o)		.730	.684		
•El peso corporal es importante para sentirme bien	.708				.590
•El peso corporal es importante para conseguir pareja		.781	.740		
•Me siento gorda (o) aunque los demás digan que no lo estoy	.785			.524	.414
•Estar gorda (o) es sinónimo de imperfección		.552	.839		
•Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa (o)		.611	.724		
•Cuando estás gorda (o) los hombres (las mujeres) no se le acercan		.869	.822		
•Las mujeres gordas (hombres gordos) son menos femeninas (masculinos)		.679		-.726	
•El aspecto físico es importante para sentirme bien	.660		.423		.449
•El aspecto físico es importante para conseguir ropa	.639				.491
•Cuando estoy delgada (o) me siento en control	.844				.685
•Confiabilidad por factor	**.920**	**.890**	**.840**	**-**	**.820**

2.3.1.4 Escala de Imagen Corporal en Mujeres Jóvenes

Ayuda a diferenciar mujeres con CAR y sin CAR. La prueba piloto fue elaborada en estudiantes universitarias. Son 26 ítems evaluados a través de una escala tipo Likert con 4 respuestas orientadas a medir frecuencia. Se encarga de evaluar el ideal de delgadez. Fue creado en México por Rodríguez, Oudhof, González-Arratia y Unikel-Santoncini, y sirve para medir la imagen corporal, se presenta a continuación en el cuadro 9 (33).

Cuadro 9. Análisis Factorial de la Escala de Imagen Corporal en Mujeres Jóvenes (39)

Análisis discriminante de la escala de imagen corporal						
			Conductas alimentarias de riesgo			
			Con		Sin	
Paso		Introducidas	Media	D.E.	Media	D.E.
1	R10	Me gustaría tener menor talla de cintura.	2.0	1.1	1.0	0.1
2	R6	Envidio la apariencia física de otras mujeres más esbeltas que yo.	2.2	1.1	1.1	0.4
3	R24	El aspecto físico es importante para sentirme bien.	2.4	1.1	1.2	0.6
4	R25	El peso corporal es importante para conseguir ropa.	2.6	0.9	1.3	0.5
5	R5	Al comparar mi cuerpo con el de alguien de mi edad y sexo, me siento satisfecha.	2.6	0.8	1.6	0.7
6	R18	El peso corporal es importante para sentirme bien.	1.8	1.1	1.0	0.1
7	R3	Me avergüenza decir mi peso.	3.7	1.0	2.1	1.1
8	R26	Cuando estoy delgada me siento en control.	4.3	0.8	3.4	1.3
9	R2	Mi madre me critica por mi peso.	3.0	1.0	1.8	0.8
10	R13	Mi familia me presiona para estar más esbelta.	4.5	0.7	2.9	1.3
11	R9	Gordo es sinónimo de enfermedad.	3.3	1.1	2.9	1.3
12	R7	Cuando me pruebo alguna prenda de vestir, me disgusta como se me ve.	3.2	1.1	2.6	1.2
13	R14	Cuando me veo en el espejo, tengo pensamientos de: “estoy muy gorda, debería de bajar algunos kilos, etc.”	4.1	0.9	2.8	1.3
N=508.						

2.3.2 Cuestionarios existentes para poblaciones

2.3.2.1 EAT-26

El EAT-26 o "*Eating Attitude Test-26*" cuya traducción es Test de Actitudes Alimentarias, es uno de los instrumentos más usados, el cual agiliza la detección de pacientes con riesgo de presentar un TCA, el cual promueve la detección temprana y permite crear programas preventivos. Sus autores fueron Garner y Garfinkel, lo desarrollaron en el año 1979 con el objetivo de validar una escala útil que evaluara distintos comportamientos de pacientes con AN. Otras versiones de este cuestionario incluyen el EAT-40, que es la versión extendida y el ChEAT, su versión para niños. Es un instrumento validado para población mexicana (40,37).

El usuario del test, el cual se encuentra en el cuadro 10, debe leer los ítems e indicar la frecuencia de su práctica de ciertos comportamientos, se responde a través de una escala Likert, la cual suma 6 puntos: 1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = A veces, 4 = Frecuentemente, 5 = Casi siempre, 6 = Siempre (40).

Cuadro 10. Cuestionario EAT-26 (41)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
Me da mucho miedo pesar demasiado						
Procura no comer, aunque no tenga hambre						
Me preocupo mucho por la comida						
A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
Vomito después de haber comido						
Me siento muy culpable después de comer						
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo en comer más que las otras personas						
Procuro no comer alimentos con azúcar						
Como alimentos de régimen						
Siento que los alimentos controlan mi vida						
Me controlo en las comidas						
Noto que los demás me presionan para que coma						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
Me siento incómodo/a después de comer dulces						
Me comprometo a hacer régimen						
Me gusta sentir el estómago vacío						
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

2.3.2.2 SCOFF

El SCOFF recibe su nombre por un acrónimo a las siguientes palabras en inglés: *Sick, Control, One, Fat, Food* y es un instrumento muy efectivo para la detección de TCA, el cuestionario está conformado por 5 ítems, es sencillo de recordar y aplicar, de igual manera, al ser tan breve, sus resultados pueden cuantificarse e interpretarse fácilmente, sin embargo, su utilización es un primer acercamiento a la posibilidad de presentar TCA y su resultado no puede interpretarse como un diagnóstico. Si una o dos respuestas de este cuestionario son afirmativas, es necesario profundizar un poco más en los síntomas que el usuario está presentando, este cuestionario se encuentra en el cuadro 11 (42).

Cuadro 11. Cuestionario SCOFF (42).

Ítem	Sí	No
¿Usted se provoca el vómito porque se siente incómodamente lleno (a)?		
¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		
¿Cree que está gordo(a) aunque los demás le digan que está demasiado delgado (a)?		
¿Ha perdido recientemente más de 7 kilos en un periodo de tres meses?		
¿Diría que a comida controla su vida?		

2.3.2.3 BULIT

El “Test de Bulimia” tiene como objetivo la evaluación de riesgo y detección de síntomas de BN en la población en general. Esta prueba incluye 36 ítems o reactivos que evalúan frecuencia e intensidad y son calificados del 1 al 5. Fue validado y se demostró que es confiable para la población mexicana (36).

2.3.2.4 BITE

El *“*Test de Investigación Bulímica de Edimburgo*”* se centra en medir aspectos cognitivos-conductuales de la BN, resaltando las mediciones del atracón. Está conformado por 33 reactivos, de los cuales 30 tienen por respuesta sí-no y son calificados con 0 y 1, los ítems restantes se miden con una escala Likert calificándose del 1 al 7. En el cuadro 12 se encuentra la versión del cuestionario adaptado y validado para población mexicana (33).

Cuadro 12. Análisis Factorial del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (43)

ÍTEMS	FACTOR SINTOMATOLOGÍA
1. ¿Tiene usted hábitos alimenticios regulares en su alimentación diaria?	.241
2. ¿Sigue dietas forma estricta?	.21
3. ¿Considera un fracaso no cumplir con su dieta alguna vez?	.316
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a dieta?	.116
5. ¿Alguna vez ha pasado un día completo sin comer? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 7).	.121
8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	.679
9. ¿Cree usted que la comida "domina" su vida?	.648
10. ¿Alguna vez ha comido tanto que siente molestas físicas que lo (a) obliguen a parar de comer?	.437
11. ¿Hay momentos en los que solo puede pensar en comida?	.309
12. ¿Come de forma moderada con las demás personas y en privado come en exceso?	.603
13. ¿Puede dejar de comer siempre que se lo propone?	.397
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos excesivos de comer, comer y comer?	.523
15. ¿Cuándo se siente ansioso (a) tiende a comer demasiado?	.508
16. ¿Le aterroriza la idea de engordar?	.175
17. ¿Alguna vez ha comido muchos alimentos rápidamente?	.324
18. ¿Se siente avergonzado (a) por su forma de comer?	.601
19. ¿Le preocupa no tener control sobre cuánto come?	.412
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	.667
21. ¿Es usted capaz de dejar alimentos en el plato al final de una comida?	.121
22. ¿Miente a las demás personas sobre la cantidad de alimentos que come?	.595
23. ¿Considera que consume la proporción de alimentos según la sensación de hambre que tenga?	.263
24. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimentos?	.224
25. Cuando termina de comer grandes cantidades de alimentos ¿Se siente usted miserable?	.435
26. ¿Come usted en exceso cuando está solo (a)?	.685
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente de comer grandes cantidades?	.493
29. ¿Después de comer mucho ¿Se siente muy culpable?	.418
30. ¿Come algunas veces en secreto?	.458
31. ¿Cree que su forma de comer puede considerarse "normal"?	.445
32. ¿Se considera a sí mismo (a) un (a) comedor (a) impulsivo(a) (no puede dejar de comer)?	.703
33. ¿Varía su peso (sube o baja) más de dos kilogramos en una semana?	.246
% de varianza explicada	**20.15**

2.3.2.5 QEWP-R

El "Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado" está encargado de detectar episodios frecuentes de atracones y su duración, así como el grado de ansiedad que se relaciona con estos episodios, además de realizar el diagnóstico diferencial entre pacientes con BN y Trastorno por Atracón (TPA). Está formado por 13 reactivos que se responden con sí-no y está adaptado y validado para México (33).

2.3.2.6 BES

La “Escala de Atracón” evalúa el atracón desde sus características cognitivo-conductuales. Son 16 reactivos que se califican del 0 al 3; 8 miden características conductuales y 8 sentimientos asociados al atracón. Este cuestionario cuenta con validación mexicana (36).

2.3.2.7 BSQ

El “Cuestionario de Imagen Corporal” se encarga de evaluar la insatisfacción y preocupación por la imagen corporal. Lo forman 36 ítems que se responden a través de una escala Likert evaluados del 1 al 6 y está adaptado y validado para población mexicana (36).

2.3.2.8 EDI

El “Inventario de Trastornos Alimentarios” evalúa las características cognitivo-conductuales que se presentan en AN y BN. Se califican del 0 al 3, 64 reactivos con 6 posibles respuestas en escala Likert. El EDI-2 es su segunda versión. Se han realizado distintos estudios para su validez con la población mexicana los cuales han resultado inconclusos (36).

2.3.2.9 CIMEC-40

El “Cuestionario sobre Influencias sobre el Modelo Estético Corporal” es un cuestionario que fue validado para estudiantes mexicanas, el cual evalúa la influencia de la publicidad y grupos sociales en la justificación de la reducción de peso. Está formado por 40 reactivos con respuestas de escala tipo Likert, evaluadas del 0 al 2 (36).

2.3.2.10 TFEQ

El “Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación” es un cuestionario que evalúa la relación con el hambre desde tres puntos: control consciente, desinhibición y

susceptibilidad. Los 51 reactivos que lo componen están divididos en 2; 16 que se califican a través de 4 posibles respuestas en escala Likert y 31 con respuesta dicotómica. Un estudio demostró que el cuestionario que se presenta en el cuadro 13, no es estable para su aplicación en la población mexicana (36).

Cuadro 13. Análisis factorial de Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (44)

Número de Ítem	Carga factorial	
	Factor 1 Desinhibición	**Factor 2 Restricción Alimentaria**
49. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta (o)?	.71	
15. Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar.	.66	
26. Estoy siempre tan hambrienta (o) que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato.	.66	
24. Me pongo tan hambrienta (o) que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo.	.64	
39. ¿Con qué frecuencia sientes hambre?	.64	
9. Cuando me siento ansiosa (o) me encuentro a mí misma (o) comiendo	.63	
40. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte porque no pudiste controlar tu ingestión?	.60	
27. Cuando me siento sola (o), me consuelo comiendo.	.58	
3. Habitualmente estoy tan hambrienta (o) que como más de tres veces al día.	.57	
51. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? "Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta "mañana".	.58	
5. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta (o).	.57	
13. Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también.	.56	
19. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta (o) como para comer yo también.	.56	
34. Estoy siempre lo bastante hambrienta (o) como para comer en cualquier momento.	.56	
20. Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo.	.56	
8. Ya que estoy frecuentemente hambrienta (o), a veces desearía que mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más.	.53	
45. ¿Comes normalmente enfrente de otros y a solas te atracas de comida?	.53	
12. A menudo me siento tan hambrienta (o) que tengo que comer algo.	.52	

3. Marco metodológico

3.1 Características del estudio

3.1.1 Ubicación espacio-temporal

La validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla, se llevó a cabo dentro de las Instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2020.

3.1.2 Tipo de estudio

Estudio observacional de corte transversal con alcance exploratorio descriptivo.

La investigación es un estudio exploratorio porque se aborda un tema de investigación poco estudiado, por lo tanto, hay poca información al respecto (45).

3.2 Criterios de selección

3.2.1 Criterios de inclusión

3.2.1.1 Criterios de inclusión para el panel de expertos

Un panel de expertos para la creación de un instrumento de medida en el área de la salud está conformado por profesionales que, sin ser investigadores, tienen más conocimiento sobre el tema que se está midiendo (46).

Entre los requisitos para formar parte del panel de expertos se encuentran los siguientes:

- Contar con Licenciatura en Nutrición.
- Experiencia mínima de 5 años en el área de TCA.
- Trabajar con pacientes que se encuentran en la adolescencia tardía.
- Trabajar con pacientes que comparten contexto socioeconómico con la población que será evaluada en el instrumento.

- Aceptar participar en el proyecto, firmar Carta de Consentimiento Informado.

3.2.1.2 Criterios de inclusión para el panel de jueces

José Supo describe a un “juez” como un especialista en el campo que se está estudiando, que además tiene un criterio científico, habitualmente es alguien con experiencia de investigación en el área de estudio. La tarea principal de los jueces es evaluar cualitativamente los ítems ya construidos (46).

Para evitar el sesgo y opiniones subjetivas acerca del concepto que está siendo evaluado, se recomienda elegir a 5 jueces y que sea un equipo multidisciplinar. La función del equipo de jueces es evaluar los reactivos en cuanto a pertinencia, suficiencia y claridad (46).

Entre los requisitos para formar parte del panel de jueces se encuentran los siguientes:

- Ser especialista en TCA.
- Contar con criterio científico en el área.
- Aceptar participar en el proyecto.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Rechazar la invitación a participar en la investigación.

3.2.3 Criterios de eliminación

3.2.3.1 Criterios de eliminación para panel de expertos

- No responder las preguntas de la entrevista a partir de su experiencia en la práctica clínica con pacientes del contexto socioeconómico y grupo etario de los sujetos a quienes está dirigido el estudio.

3.2.3.2 Criterios de eliminación para panel de jueces

- No enviar la validación en tiempo y forma.

3.3 Operacionalización de variables

A partir de la revisión bibliográfica se formaron 7 dimensiones para el instrumento. A cada ítem se le procesó con un tratamiento estadístico y cada etapa incluyó una prueba estadística específica de acuerdo con ella.

Para la primera etapa de la validación, se calculó la CVR' para cada ítem. Posteriormente, se obtuvo el Índice de Validez a través del promedio de la CVR' y se reportó en porcentaje.

Todos los reactivos fueron hechos concepto positivo.

3.4 Etapas del proyecto

3.4.1 Desarrollo de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla

a. Definir el estado del conocimiento del concepto del instrumento.
b. Elaborar la entrevista a profundidad a nivel de expertos.
c. Agrupar los conceptos obtenidos.
d. Formular los ítems y la escala del instrumento.
e. Elaborar cuadro de características de ítems.

3.4.2 Determinación de contenido de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla

a. Evaluar la pertinencia, relevancia y claridad del instrumento de tamizaje para la detección de CAR.
    - Seleccionar el grupo de jueces que evaluará el instrumento.

- Elaborar la evaluación de la pertinencia, relevancia y claridad de los ítems construidos, por parte de los jueces con la metodología elaborada por Tristán-López.
- Elaborar evaluación cualitativa a cada reactivo, por parte de los jueces.

b. Evaluar el contenido de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR.
   - Construir base de datos resultante de la evaluación cuantitativa y cualitativa del banco de ítems.
   - Calcular la Razón de Validez de Contenido de los ítems a través de la "Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido para instrumentos objetivos" propuesta por Agustín Tristán-López (35).
   - Establecer la permanencia o eliminación de los ítems según su validez de contenido.
   - Calcular el Índice de Validez de Contenido del banco de ítems.
   - Reformular ítems del banco según la evaluación cualitativa.
   - Hacer un listado de ítems con concepto favorable y desfavorable.
   - Hacer un instrumento con validez de contenido con corrección de estilo.

3.5 Método estadístico

3.5.1 Tipo de muestreo

Para la elección del panel de expertos y de jueces se consideró un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que se seleccionaron a los individuos con características determinadas en cada panel, basándose así en los criterios de inclusión del estudio.

3.5.2 Tamaño de la muestra

La muestra estuvo conformada por 8 participantes, de los cuales 4 fueron nutriólogas expertas en el tratamiento de pacientes con TCA en el contexto socioeconómico de los sujetos a quienes se aplicará el instrumento, con al menos 5 años de experiencia en la práctica clínica. El panel de expertos estuvo conformado por 4 investigadoras expertas en el área de TCA quienes laboran en diferentes instituciones del país, entre ellas hospitales y universidades reconocidas a nivel nacional.

3.5.3 Pruebas estadísticas

Para el análisis estadístico de los datos cuantitativos, se utilizó la Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo, propuesta por Agustín Tristán- López en el 2008, con el objetivo de calcular la Razón de Validez de Contenido de cada ítem y el Índice de Validez de Contenido del banco de ítems (35).

En cuanto al análisis cualitativo del banco, se tomaron en cuenta todas las observaciones de los miembros del panel de jueces para la reformulación de ítems válidos en contenido.

3.6 Aspectos éticos

De acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, el desarrollo la creación y validación del instrumento de detección de CAR, no pondrá en riesgo la salud de ningún individuo, ya que será llevado a cabo bajo la supervisión de profesionales en la materia. Todos los datos recolectados durante la realización de este proyecto serán utilizados de forma confidencial. Al inicio de la intervención para la creación y validación del instrumento de detección de CAR en alumnos de primer ingreso a la universidad, al igual que para el panel de expertos, se firmarán unas cartas de consentimiento informado, las cuales se encuentra en los anexos 6 y 13 (47).

Según el Artículo 33 del Código de Ética del Nutriólogo, de ser necesario se recurrirá a profesionistas de otras disciplinas, respetando los campos profesionales ajenos y haciendo respetar el campo profesional del nutriólogo (48).

De acuerdo con el Código de Ética para la Investigación de la Universidad Iberoamericana Puebla, se respetarán todos los Derechos Humanos de los sujetos participantes, asimismo se reconocerán y respetarán las particularidades culturales e identitarias de los individuos y grupos sociales que participan dentro de la investigación (49).

4. Resultados

Con base en el objetivo general: validar contenido de banco de ítems del instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla, a continuación, se presentan los resultados obtenidos.

4.1 Desarrollo de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla

Definir el estado del conocimiento del concepto del instrumento

Se realizó una búsqueda exhaustiva de información en distintas bases de datos electrónicas, entre ellas: Scielo, Dialnet, Redalyc, etc.; utilizando las palabras clave “Conductas Alimentarias de Riesgo”, “CAR”, “Trastornos de la Conducta Alimentaria”, “TCA”, “adolescentes” y “universitarios”, con el objetivo de concentrar el estado del conocimiento (anexo 2), el cual está conformado por 46 artículos. De esta forma se recuperó parte de la información utilizada en la construcción del marco teórico de la presente investigación, contribuyendo así, en el análisis de la información necesaria para la formulación de las preguntas que formaron parte de la entrevista realizada a expertos y la definición de las siete dimensiones que conforman al actual instrumento.

Para su elaboración se consideraron las principales CAR mencionadas en el libro escrito por Unikel-Santoncini, Díaz de León- Vázquez y Rivera-Márquez titulado “Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición” (14), del cual se extrajeron las siguientes: restricción alimentaria, ayuno prolongado, ejercicio físico compulsivo y vómito autoinducido; también se agregaron: influencia de las redes sociales en las CAR y consumo de productos milagro y dietas de moda, debido a que son temas que se encuentran en auge en la población para quien está orientado el instrumento, por último y por sugerencia de las expertas durante las entrevistas, se incluyó una dimensión de búsqueda de aprobación.

Las cuatro nutriólogas que conformaron el panel de jueces fueron contactadas a través de mensaje de texto y correo electrónico institucional para extender la invitación oficial para participar en el proyecto (anexo 3). Se les envió un archivo en el cual se establecía la importancia del proyecto (anexo 4) y hacia dónde se quiere llegar con el instrumento final, junto con una carta de consentimiento informado (anexo 5) que incluía solicitud para realizar la grabación de la entrevista. A continuación, se presentan los perfiles de las nutriólogas que conformaron al panel de expertos:

- Nutrióloga especialista en la Clínica Ángeles TCA de Puebla.
- Nutrióloga especialista por la Fundación Ellen West.
- Nutrióloga especialista en TCA en el Hospital Federico Gómez.
- Nutrióloga especialista en TCA, labora en consultorio particular.

Elaborar la entrevista a profundidad a nivel de expertos

Se elaboró una entrevista a profundidad y semi-estructurada (anexo 4), la cual estuvo conformada por 65 preguntas divididas en los 7 temas que conforman a las dimensiones del instrumento, todas orientadas a las conductas alimentarias de riesgo que están más comúnmente presentes en pacientes que padecen TCA. Cada entrevista duró un promedio de 90 minutos.

Agrupar los conceptos obtenidos

Posteriormente, se transcribió cada una de las entrevistas realizadas (anexo 7), proceso que tuvo una duración de aproximadamente 3 horas por experta, para después depurar los ítems, clasificarlos y concentrar los relevantes para el trabajo. Se realizó la agrupación de los conceptos relevantes para la investigación recuperados a través de las entrevistas realizadas, proceso en el cual se descartaron los conceptos presentados repetitivamente (anexos 7.1.1, 7.2.1, 7.3.1 y 7.4.1). A partir de este proceso se obtuvieron los resultados que ese presentan en la tabla 3:

Tabla 3. Reactivos recuperados a partir de las entrevistas a expertos

Perfil de experta	Total de reactivos recuperados	Total de reactivos relevantes para la investigación
Nutrióloga especialista en TCA en la Clínica Ángeles TCA de Puebla	144	59
Nutrióloga Especialista en TCA por la fundación Ellen West, maestra en gestión de salud, especialización en Políticas Públicas relacionadas con la Alimentación y la Obesidad	122	82
Nutrióloga Especialista en TCA por la Fundación Ellen West, pasante de Licenciatura en Psicología	156	128
Nutrióloga especialista en TCA en consulta particular	90	46

La transcripción de cada entrevista realizada a expertos se encuentra en los anexos que van del 7.1 al 7.4.

Formular los ítems y la escala del instrumento

En esta primera etapa se generó un banco de ítems (Anexo 9) presentado en formato de tabla en el programa Microsoft Word, conformado por un total de 187 reactivos divididos en 7 dimensiones: restricción alimentaria, formado por 32 ítems; ayuno prolongado de 16 reactivos; ejercicio compulsivo con 33 ítems; vómito auto inducido conformado por 16 reactivos;, influencia de las redes sociales en las CAR, compuesto por 45 ítems; consumo de productos y dietas de moda con 10 ítems; búsqueda de aprobación con 22 reactivos; y una dimensión sin nombre con 23 reactivos que, al no estar clasificados, fueron descartados. En la tabla 4, se presenta el concentrado de estos reactivos, los cuales fueron redactados en las palabras de las expertas, esto con el fin de evitar pérdida de información importante para el proyecto.

Tabla 4. Resumen de banco de Ítems para validación de contenido

Resumen de Banco de Ítems para Validación de Contenido	
Dimensión	**Número de Ítems**
Restricción alimentaria	32
Ayuno prolongado	16
Ejercicio compulsivo	33
Vómito autoinducido	16
Influencia de las redes sociales en las CAR	45
Consumo de productos y dietas de moda	10
Búsqueda de aprobación	22
Reactivos no clasificados	13
Número total de Ítems	**187**

Elaborar cuadro de características de ítems

Se elaboró un cuadro de especificaciones de los ítems según lo recomienda Carretero-Dios (34), donde se establece la definición del constructo a evaluar por el instrumento, definición del constructo de la dimensión a evaluar, indicador del instrumento obtenido a partir de dicho constructo, futura población a evaluar, objetivo de evaluación, lugar de evaluación y futuro aplicador del instrumento, posterior a esto se eligió la utilización de una escala Likert conformada por cuatro opciones para medición de frecuencia en el siguiente orden: siempre, casi siempre, casi nunca, nunca.

Por último, se incluyó en el documento la justificación del proyecto y las instrucciones de la validación, la cual fue el siguiente paso de la construcción del instrumento.

4.2 Determinación de contenido de reactivos del instrumento de tamizaje para la detección de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla

Evaluar la pertinencia, relevancia y claridad del instrumento de tamizaje para la detección de CAR

Seleccionar el grupo de jueces que evaluará el instrumento

Los perfiles de los investigadores especialistas en TCA que formaron parte del panel encargado de la validación de contenido fueron los siguientes:

- Nutrióloga especialista en TCA en la fundación Ellen West, doctoranda en Nutrición Poblacional.
- Directora de Investigación de la Clínica Ángeles TCA Polanco.
- Psicóloga con doctorado en el área de Psicología Social, investigación sobre TCA en preescolares.
- Psiquiatra especialista en TCA en el Hospital Federico Gómez.

Como respuesta a su confirmación de la invitación para la participación en el proyecto (anexo 10), se envió un archivo de Microsoft Word en donde se incluyó la justificación del proyecto, las instrucciones del proceso a cumplir y la primera versión del banco de ítems para su validación de contenido.

Elaborar la evaluación de la pertinencia, relevancia y claridad de los ítems construidos, por parte de los jueces con la metodología de Tristán-López

Para la elaboración de dicho proceso, según la modificación del método de Lawshe realizada por Tristán-López (2008), se evaluó cada ítem del 1 al 4 y se clasificó por categorías de la siguiente manera: “esencial”, “útil pero no esencial”, “no necesario”.

Elaborar evaluación cualitativa de cada reactivo, por parte de los jueces

Los jueces escribieron las observaciones correspondientes a la evaluación cualitativa de cada ítem, incluyendo las respectivas sugerencias de reformulación para los ítems, entre las principales sugerencias y comentarios se encuentran los siguientes:

- Evitar los anglicismos.
- Mejorar la redacción en general.
- Evitar escribir la palabra “no” dentro del ítem.
- No escribir reactivos redundantes ya que cansa al lector.
- Procurar que cada ítem sea lo más concreto y corto posible.
- Utilizar lenguaje incluyente.
- Evitar adverbios de tiempo en el reactivo.
- Procurar que cada ítem sea fácil de leer y rápido de contestar.

La conclusión de la evaluación cualitativa por ítem, se encuentra en la tabla 5.

Tabla 5. Conclusiones cualitativas por ítem

Conclusión cualitativa por ítem de Validez de Contenido		
Número	**Ítem**	**Conclusión por ítems (cualitativa)**
1	1	Evitar adverbios de tiempo y gerundios.
2	2	Evitar antepresente.
3	20	Agregar más ejemplos, redacción más completa hacia la restricción.
4	24	Evitar creencias.
5	28	Cambiar redacción para evitar creencias.
6	44	Sin observaciones adicionales.
7	46	Sin observaciones adicionales.
8	53	Cambiar redacción.
9	59	Evitar palabras en negativo, asociar a insatisfacción corporal.
10	61	Simplificar.
11	68	Verificar que no sea repetitivo.
12	73	Repetitiva. Juntar con la siguiente.
13	74	Cambiar redacción.
14	75	Quitar la palabra No.
15	77	Mejorar redacción.
16	93	Cambiar redacción, agregar subir de peso.
17	95	Combinar con la 93.
18	97	Combinar con la 95.
19	98	Cambiar redacción, sin anglicismos.
20	99	Quitar anglicismos.
21	101	Hacer énfasis en redes sociales.
22	103	Hacer énfasis en redes sociales. Quitar anglicismos.
23	104	Hacer énfasis en redes sociales. Quitar anglicismos.
24	105	Cambiar redacción. Generalizar.
25	108	Sin observaciones adicionales. Agregar "las".
26	112	Sin observaciones adicionales.
27	118	Quitar anglicismos.
28	123	Sin observaciones adicionales.
29	129	Quitar anglicismos. Complementar.
30	132	Es repetitiva.
31	140	Modificar redacción.
32	144	Unir con la 146 y 147, quitar anglicismos.
34	149	Quitar keto, generalizar por dieta de moda.
33	155	Sin observaciones específicas.

Con la información cuantitativa, se realizó el procesamiento de los datos de la siguiente manera:

Posterior a la validación de contenido por parte del panel de jueces a través de esta técnica, se procedió al cálculo de la CVR' de cada ítem y el CVI' global del banco de ítems, proceso que se explicará paso a paso a continuación.

Evaluar el contenido de reactivos del instrumento de tamizaje para detección de CAR

Construir base de datos resultante de la evaluación cuantitativa y cualitativa del banco de ítems

Para la construcción de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel en su versión del año 2016 para el vaciado y procesamiento de la información, tanto cuantitativa como cualitativa. Se vaciaron todos los datos recuperados de la validación de contenido realizada por cada uno de los jueces, y se insertaron las fórmulas para que se calcularan los resultados deseados, asimismo, en una hoja independiente se vaciaron los datos de la evaluación cualitativa por ítem. Por último, en otra hoja se vaciaron los resultados finales según pertinencia, relevancia y claridad y se calcularon los promedios para obtener el CVI, así como la reformulación de los reactivos según la evaluación cualitativa.

Calcular la Razón de Validez de Contenido de los ítems a través de la "Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido para instrumentos objetivos" propuesta por Agustín Tristán-López

Primero se calculó la Razón de Validez de Contenido (CVR), utilizando la siguiente fórmula:

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Dónde:

n_e = número de panelistas que tienen acuerdo en la categoría "esencial".

N = número total de panelistas.

Después, se calculó la Razón de Validez de Contenido (CVR') con la modificación propuesta por Tristán-López a partir de la siguiente fórmula (35):

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Los resultados cuantitativos obtenidos a través de este método fueron los siguientes:

Establecer la permanencia o eliminación de los ítems según su validez de contenido

A continuación, se agruparon todos los ítems que tuvieron una CVR' igual a 1.0000, lo cual cumple con la CVR' mínima para validez de contenido establecida por Tristán-López, la cual es 0.5823 (35) y que además fueron clasificados en la categoría "esencial" de manera unánime. Se tomaron en cuenta las sugerencias de los jueces para la reformulación realizada a los ítems para posteriormente integrarlos al instrumento final. En el caso del ítem 149 "*Creo que una dieta Keto me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable*", se obtuvo una CVR' de 0.7500, sin embargo, fue marcado como "útil pero no esencial" por una de las jueces, por lo tanto, se reformuló siguiendo todas las sugerencias de redacción resultando el nuevo reactivo en: "*Una dieta de moda me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable*" y de esta forma, se incluyó en el banco de ítems final.

El reactivo número 44, "*Paso muchas horas sin comer*" fue evaluado como muy bueno, ya que, según el panel de jueces, determina si la CAR está presente, además de que es corto, concreto, específico y fácil de leer. Fue clasificado como esencial por parte de todo el panel y su CVR' fue de 1.0000.

A través de este proceso, se eliminaron 154 reactivos, dando como resultado un banco final de 33 ítems con validez de contenido.

Calcular el Índice de Validez de Contenido del banco de ítems

Se calculó el CVI' de la prueba a través del siguiente proceso: se realizó la sumatoria de todos los valores resultantes del 'CVR y se calculó el promedio entre los resultados de pertinencia, relevancia y claridad y se obtuvo el porcentaje final.

El CVI' del banco de ítems, el cual se presenta en la tabla 6, dio como resultado 96 %, según la modificación propuesta por Tristán-López (35), esto quiere decir que, al ser mayor a 58 %, el banco de ítems se interpreta como aceptable en cuanto a validez de contenido.

Tabla 6. Resultados para Validación de Contenido según la modificación a la metodología de Lawshe (35)

Interpretación del CVR' para Validez de Contenido				
Número	**Ítem**	**Pertinencia**	**Relevancia**	**Claridad**
1	1	1.0000	1.0000	1.0000
2	2	1.0000	1.0000	1.0000
3	20	1.0000	1.0000	1.0000
4	24	1.0000	1.0000	1.0000
5	28	1.0000	1.0000	1.0000
6	44	1.0000	1.0000	1.0000
7	46	1.0000	1.0000	1.0000
8	53	1.0000	1.0000	1.0000
9	59	1.0000	0.7500	0.7500
10	61	1.0000	1.0000	0.7500
11	68	1.0000	1.0000	1.0000
12	73	1.0000	0.7500	0.7500
13	74	1.0000	1.0000	0.7500
14	75	1.0000	1.0000	1.0000
15	77	1.0000	0.7500	1.0000
16	93	1.0000	1.0000	1.0000
17	95	1.0000	1.0000	0.7500
18	97	1.0000	0.7500	0.7500
19	98	1.0000	1.0000	1.0000
20	99	1.0000	1.0000	1.0000
21	101	1.0000	1.0000	1.0000
22	103	1.0000	1.0000	1.0000
23	104	1.0000	1.0000	1.0000
24	105	1.0000	1.0000	1.0000
25	108	1.0000	1.0000	1.0000

26	112	1.0000	1.0000	1.0000
27	118	1.0000	1.0000	1.0000
28	123	1.0000	1.0000	0.7500
29	129	1.0000	1.0000	1.0000
30	132	1.0000	1.0000	1.0000
31	140	1.0000	1.0000	1.0000
32	144	1.0000	1.0000	1.0000
34	149	0.7500	0.7500	0.7500
33	155	0.7500	0.7500	0.7500
Suma		33.5000	32.5000	31.7500
Índice de CVR':		0.99	0.96	0.93
CVI:		**0.96**		
Porcentaje de CVI de ítems aceptables:		**96 %**		

Reformular ítems del banco según la evaluación cualitativa.

Posterior a la eliminación de los ítems que no cumplieron con la CVR' mínima para validez de contenido establecida por Tristán-López, se reformularon los ítems aceptables de la siguiente manera:

En una hoja nueva de la misma base de datos en Microsoft Excel, se redactó cada ítem del banco original, clasificado como aceptable según la modificación al modelo de Lawshe (35), junto a los respectivos comentarios por reactivo realizados por cada uno de los jueces, como se muestra en la tabla 7:

Tabla 7. Reactivos del banco original

Número	Ítem	Ítem
1	1	Constantemente me encuentro "a dieta" y voy quitando alimentos para llegar al que considero como peso ideal.
2	2	He quitado alimentos que considero que engordan para llegar a mi peso meta.
3	20	Tomo mucho café para evitar sentir hambre.
4	24	Si creo que un alimento que se me antoja mucho me engorda, hago todo lo posible por evitarlo.
5	28	Las dietas que realizo siempre se prolongan por más tiempo del que creí en un inicio.
6	44	Paso muchas horas sin comer.
7	46	Practico ayunos intermitentes.
8	53	Hago ejercicio para quemar las kilocalorías que comí.
9	59	No importa si me siento mal, tengo que hacer ejercicio.
10	61	Me despierto muy temprano en la madrugada para poder ir a hacer ejercicio si sé que no podré en otro momento del día.
11	68	Tengo que hacer ejercicio para quemar las kilocalorías que comí.

12	73	Creo que no puedo fallar ni un solo día en el ejercicio o subiré de peso.
13	74	Creo que no puedo fallar ni un solo día en el ejercicio o perderé masa muscular.
14	75	He llegado a pensar "ya hice ejercicio, ya puedo comer lo que se me antoja y no voy a engordar".
15	77	Hacer ejercicio ocasiona que me sienta menos culpable por lo que como.
16	93	He llegado a pensar, "voy a deshacerme de este alimento a como dé lugar".
17	95	Me he sentido tan incómodamente satisfecho o satisfecha que vomito para sentir alivio.
18	97	He vomitado por sentirme culpable de lo que comí.
19	98	Deseo tener el cuerpo *fit* de algún *influencer.*
20	99	Busco en redes sociales *tips* para tener un cuerpo *fit.*
21	101	Sigo muchas cuentas que promueven la alimentación saludable y pongo en práctica sus consejos.
22	103	Me importa mucho la cantidad de *likes* que recibo al subir fotos haciendo ejercicio.
23	104	Me importa mucho la cantidad de *likes* que recibo al subir fotos alimentándome saludablemente.
24	105	Realizo la dieta *Keto* u otro tipo de dieta de moda.
25	108	Obtengo mis rutinas de ejercicio de redes sociales.
26	112	Encuentro en las redes sociales una comunidad que me apoya en la pérdida de peso.
27	118	Consumo suplementos alimenticios que recomiendan los *influencers.*
28	123	He seguido retos de 21 días de alimentación y ejercicio que se promueven en redes sociales.
29	129	Me siento satisfecho cuando mis fotos de "antes y después" reciben gran cantidad de *likes*.
30	132	Busco reafirmación en redes sociales por mi pérdida de peso.
31	140	Me gusta que mis seguidores en redes sociales observen mi vida perfecta, donde como sanamente, hago ejercicio y soy *fit.*
32	144	Sólo consumo productos que indiquen que son *"gluten free", "dairy free",* "bajos en sodio" entre otros.
33	145	Sólo consumo alimentos que están en tendencia como el aceite y la leche de coco.
34	149	Creo que una dieta *Keto* me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable.
33	155	Me hace sentir halagada o halagado cuando me comentan que he bajado de peso.

Posteriormente, los reactivos fueron corregidos y reagrupados como se muestra en la tabla 8, tomando en cuenta todas y cada una de las observaciones y sugerencias recabadas de la evaluación cualitativa dando como resultado los siguientes ítems reformulados:

Tabla 8. Ítems aceptables reformulados

Interpretación del CVR' para Validez de Contenido		
Número	**Ítem**	**Ítem Reformulado**
1	1	Quito alimentos para llegar al peso que considero ideal.
2	2	Evito alimentos porque considero que me hacen subir de peso.
3	20	Consumo café, alcohol, cigarro, etc., para evitar sentir hambre y comer de más.
4	24	Si un alimento se me antoja mucho, pero me hace subir de peso, hago todo lo posible por evitarlo.

5	28	Realizo dietas por un largo periodo de tiempo.
6	44	Paso muchas horas sin comer.
7	46	Practico ayunos intermitentes.
8	53	Hago ejercicio para quemar las calorías que consumí.
9	59	Aunque me sienta mal, tengo que hacer ejercicio para tener el cuerpo que quiero.
10	61	Ajusto mis horarios para poder hacer ejercicio.
11	68	Tengo que hacer ejercicio para quemar las kilocalorías que consumí.
12	73	Me es imposible fallar un solo día al ejercicio, de lo contrario subo de peso o pierdo músculo.
13	74	
14	75	Si hago ejercicio, puedo comer lo que se me antoja sin subir de peso.
15	77	Hacer ejercicio evita que me sienta culpable por lo que comí.
16	93	Cuando como de más, vomito para sentir alivio y evitar subir de peso.
17	95	
18	97	
19	98	Deseo tener el cuerpo atlético de algún líder de opinión en las redes sociales *(influencer)*.
20	99	Busco en las redes sociales consejos para tener un cuerpo atlético.
21	101	Sigo cuentas en redes sociales que promueven la alimentación que considero saludable y llevo a cabo sus consejos.
22	103	Me importa mucho la cantidad de "me gusta" que recibo en las redes sociales al subir fotos haciendo ejercicio.
23	104	Me importa mucho la cantidad de "me gusta" que recibo en las redes sociales al subir fotos alimentándome saludablemente.
24	105	Realizo dietas de moda porque las veo en las redes sociales.
25	108	Obtengo mis rutinas de ejercicio de las redes sociales.
26	112	Encuentro en las redes sociales una comunidad que me apoya en la pérdida de peso.
27	118	Consumo suplementos alimenticios que recomiendan los líderes de opinión en las redes sociales *(influencers).*
28	123	He seguido retos de 21 días de alimentación y ejercicio que se promueven en redes sociales.
29	129	Me siento satisfecho o satisfecha cuando mis fotos de "antes y después" reciben gran cantidad de "me gusta" en redes sociales.
30	132	Busco reafirmación en redes sociales por mi pérdida de peso.
31	140	Me gusta que mis seguidores en las redes sociales vean qué como y el ejercicio que hago.
		Sólo consumo productos libres de gluten y lácteos, bajos en sodio y productos de moda como leches vegetales (e.g. leche de almendras, arroz, soya etc.)
32	144	
34	149	Una dieta de moda me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable.
33	155	Me halaga cuando me comentan que he bajado de peso.

La tabla anterior presenta renglones sombreados ya que, al seguir las sugerencias y correcciones de redacción, entre otros elementos de la evaluación cualitativa, algunos

reactivos se fusionaron en contenido e información, con un apego estricto a las sugerencias de los jueces, para dar lugar a un nuevo ítem mucho más claro y válido para la construcción del instrumento.

Este proceso sucedió de la siguiente manera:

Los reactivos 73 y 74, se fusionaron junto con las sugerencias de los jueces, para dar lugar a un solo reactivo: “Me es imposible fallar un solo día al ejercicio, de lo contrario subo de peso o pierdo músculo”.

Los ítems 93, 94, 95, 96 y 97 dieron lugar a “Cuando como de más, vomito para sentir alivio y evitar subir de peso”.

Los reactivos 105,106 y 107 conformaron al ítem “Realizo dietas de moda porque las veo en las redes sociales”.

Por último, los ítems 144,145, 146, 147 y 148, junto con las sugerencias del panel de jueces se fusionaron para crear el siguiente reactivo: “Solo consumo productos libres de gluten y lácteos, bajos en sodio y productos de moda como leches vegetales (e.g. leche de almendras, arroz, soya etc.)”.

El proceso finalizó con un banco de ítems con validez de contenido, conformado por 30 reactivos reformulados según las recomendaciones del panel de expertos, los cuales están señalados en la tabla 8.

<u>Hacer un listado de ítems con concepto favorable y desfavorable</u>

A continuación, se obtuvo el banco de ítems final, conformado por 30 reactivos con validez de contenido a través de juicio de expertos, todos los ítems fueron redactados con concepto favorable para un mejor procesamiento de datos a futuro.

En la siguiente tabla 9, se presenta la operacionalización de variables del banco de ítems final, la cual se obtuvo posterior a la validación de contenido por parte del panel de jueces.

Tabla 9. Operacionalización de variables del banco de ítems final

Fecha 27 de octubre de 2020	Instrumento de Detección de Conductas Alimentarias de Riesgo para estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en la Universidad Iberoamericana Puebla			
Dimensión	**Número de reactivo**	**Reactivo**	**Total de reactivos**	**Concepto**
Restricción alimentaria	1	Quito alimentos para llegar al peso que considero ideal.	5	+
	2	Evito alimentos porque considero que me hacen subir de peso.		+
	3	Consumo café, alcohol, cigarro, etc., para evitar sentir hambre y comer de más.		+
	4	Si un alimento se me antoja mucho, pero me hace subir de peso, hago todo lo posible por evitarlo.		+
	5	Realizo dietas por un largo periodo de tiempo.		+
Ayuno prolongado	6	Paso muchas horas sin comer.	2	+
	7	Practico ayunos intermitentes.		+
Ejercicio compulsivo	8	Hago ejercicio para quemar las calorías que consumí.	7	+
	9	Aunque me sienta mal, tengo que hacer ejercicio para tener el cuerpo que quiero.		+
	10	Ajusto mis horarios para poder hacer ejercicio.		+
	11	Tengo que hacer ejercicio para quemar las calorías que consumí y tener el cuerpo que quiero.		+
	12	Me es imposible fallar un solo día al ejercicio, de lo contrario subo de peso o pierdo músculo.		+
	13	Si hago ejercicio, puedo comer lo que se me antoja sin subir de peso.		+
	14	Hacer ejercicio evita que me sienta culpable por lo que comí.		+
Vómito autoinducido	15	Cuando como de más, vomito para sentir alivio y evitar subir de peso.	1	+
Influencia de las redes sociales en CAR	16	Deseo tener el cuerpo atlético de algún líder de opinión en las redes sociales *(influencer)*.	12	+
	17	Busco en las redes sociales consejos para tener un cuerpo atlético.		+
	18	Sigo cuentas en redes sociales que promueven la alimentación que considero saludable y llevo a cabo sus consejos.		+
	19	Me importa mucho la cantidad de "me gusta" que recibo en las redes sociales al subir fotos haciendo ejercicio.		+
	20	Me importa mucho la cantidad de "me gusta" que recibo en las redes sociales al subir fotos alimentándome saludablemente.		+
	21	Realizo dietas de moda porque las veo en las redes sociales.		+
	22	Obtengo mis rutinas de ejercicio de las redes sociales.		+
	23	Encuentro en las redes sociales una comunidad que me apoya en la pérdida de peso.		+
	24	Consumo suplementos alimenticios que recomiendan los líderes de opinión en las redes sociales *(influencers).*		+
	25	He seguido retos de 21 días de alimentación y ejercicio que se promueven en redes sociales.		+
	26	Me siento satisfecho o satisfecha cuando mis fotos de "antes y después" reciben gran cantidad de "me gusta" en redes sociales.		+
	27	Busco reafirmación en redes sociales por mi pérdida de peso.		+
Consumo de productos y dietas de moda	28	Sólo consumo productos libres de gluten y lácteos, bajos en sodio y productos de moda como leches vegetales (e.g. leche de almendras, arroz, soya, etc.).	2	+
	29	Una dieta de moda me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable.		+
Búsqueda de aprobación	30	Me halaga cuando me comentan que he bajado de peso.	1	+
Escala Likert	Siempre Casi Siempre Casi Nunca Nunca			

Hacer un instrumento con validez de contenido con corrección de estilo

Por último, se ordenaron los reactivos para poder ser contestados progresivamente y se envió el banco de ítems validado a la MNC. Rosa María Salmerón Campos para la corrección de estilo, resultando de este proceso un banco de ítems conformado por 30 reactivos con validez de contenido, validados por un panel conformado por 4 jueces especialistas en investigación de TCA, con ítems que se encargan de detectar Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en la Universidad Iberoamericana Puebla, los cuales se encuentran divididos en 7 dimensiones:

- Restricción alimentaria, el cual concluyó con 5 reactivos.
- Ayuno prolongado con 2 reactivos.
- Ejercicio compulsivo formado por 7 ítems.
- Vómito autoinducido con 1 reactivo.
- Influencia de las redes sociales en las CAR, compuesto por 12 ítems.
- Consumo de productos y dietas de moda con 2 ítems.
- Búsqueda de aprobación, con un reactivo.

A los que les corresponde una escala Likert que indica frecuencia para las respuestas y que está conformada por las opciones: Siempre, Casi Siempre, Casi Nunca, Nunca, en ese orden.

A continuación, se muestra el banco de ítems con validez de contenido del instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo para estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en la Universidad Iberoamericana Puebla:

Tabla 10. Banco de ítems con validez de contenido del Instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo para estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en la Universidad Iberoamericana Puebla

Fecha	**Instrumento de Tamizaje para la Detección de Conductas Alimentarias de Riesgo para estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en la Universidad Iberoamericana Puebla**	
27 de octubre de 2020		
Dimensión	**Número de reactivo**	**Reactivo**
Influencia de las redes sociales en CAR	17	Busco en las redes sociales consejos para tener un cuerpo atlético.
	18	Sigo cuentas en redes sociales que promueven la alimentación que considero saludable y llevo a cabo sus consejos.
	19	Me importa mucho la cantidad de "me gusta" que recibo en las redes sociales al subir fotos haciendo ejercicio.
	20	Me importa mucho la cantidad de "me gusta" que recibo en las redes sociales al subir fotos alimentándome saludablemente.
	26	Me siento satisfecho o satisfecha cuando mis fotos de "antes y después" reciben gran cantidad de "me gusta" en redes sociales.
	25	He seguido retos de 21 días de alimentación y ejercicio que se promueven en redes sociales.
	22	Obtengo mis rutinas de ejercicio de las redes sociales.
	23	Encuentro en las redes sociales una comunidad que me apoya en la pérdida de peso.
	24	Consumo suplementos alimenticios que recomiendan los líderes de opinión en las redes sociales *(influencers).*
	16	Deseo tener el cuerpo atlético de algún líder de opinión en las redes sociales *(influencer)*.
	27	Busco reafirmación en redes sociales por mi pérdida de peso.
	21	Realizo dietas de moda porque las veo en las redes sociales.
Búsqueda de aprobación	30	Me halaga cuando me comentan que he bajado de peso.
Consumo de productos y dietas de moda	29	Una dieta de moda me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable.
	28	Sólo consumo productos libres de gluten y lácteos, bajos en sodio y productos de moda como leches vegetales (e.g. leche de almendras, arroz, soya, etc.).
Ayuno prolongado	7	Practico ayunos intermitentes.
	6	Paso muchas horas sin comer.
Ejercicio compulsivo	10	Ajusto mis horarios para poder hacer ejercicio.
	13	Si hago ejercicio, puedo comer lo que se me antoja sin subir de peso.
	8	Hago ejercicio para quemar las calorías que consumí.
	11	Tengo que hacer ejercicio para quemar las calorías que consumí y tener el cuerpo que quiero.
	12	Me es imposible fallar un solo día al ejercicio, de lo contrario subo de peso o pierdo músculo.
	9	Aunque me sienta mal, tengo que hacer ejercicio para tener el cuerpo que quiero.
	14	Hacer ejercicio evita que me sienta culpable por lo que comí.
Restricción alimentaria	5	Realizo dietas por un largo periodo de tiempo.
	2	Evito alimentos porque considero que me hacen subir de peso.
	4	Si un alimento se me antoja mucho, pero me hace subir de peso, hago todo lo posible por evitarlo.
	1	Quito alimentos para llegar al peso que considero ideal.
	3	Consumo café, alcohol, cigarro, etc., para evitar sentir hambre y comer de más.
Vómito autoinducido	15	Cuando como de más, vomito para sentir alivio y evitar subir de peso.
Escala Likert	Siempre Casi Siempre Casi Nunca Nunca	

A través de la presente investigación, se obtuvo un banco de ítems conformado por 30 reactivos con validez de contenido a través de juicio de expertos, utilizando la “Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido para instrumentos objetivos” propuesta por Agustín Tristán-López (35), mismo que fue procesado a partir del tratamiento estadístico sugerido, descartando reactivos no considerados como válidos o aceptables y reformulando ítems hasta obtener el banco de ítems final en su última versión, la cual está lista para ser aplicada en una prueba piloto a la población objetivo para validar confiabilidad.

5. Discusión

En el año 2004 Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García (50), desarrollaron el Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo, el cual estuvo conformado en su versión final por 10 reactivos, agrupados en 3 dimensiones: atracón-purga, medidas compensatorias y restricción; fue construido con base en los criterios diagnósticos de TCA propuestos por el DSM-IV. El instrumento de tamizaje desarrollado en la presente investigación, en su validación de contenido, arrojó un total de 30 ítems agrupados en 7 dimensiones, adquiridos a través de entrevista a expertos; dentro de las dimensiones obtenidas en la validación de contenido, están incluidas las tres que se contemplaron en el instrumento de Unikel y colaboradores.

Dos de las dimensiones conformadoras del presente banco obtuvieron como resultado final únicamente uno o dos reactivos, lo cual hace probable cierta insuficiencia para aprobar su consistencia interna y por lo tanto la validez de criterio durante la continuación del estudio, debido a esto es importante hacer énfasis en que, para estudios posteriores, se incremente el número de ítems por dimensión preliminar.

El cuestionario breve de Unikel, el cual fue construido con base en los criterios diagnósticos de TCA propuestos por el DSM-IV, fue validado para pacientes en edad de 20.2 $\pm$ 4.3 años, mientras que los ítems validados en la presente investigación se pretende que formen parte de un instrumento de tamizaje para el grupo etario de 18 a 20 años en el contexto socioeconómico y cultural de los estudiantes de la Universidad Iberoamericana Puebla, en donde no existe a la fecha un instrumento validado y construido específicamente para detectar CAR en su población.

El presente banco de ítems, que conformará al instrumento de tamizaje para la detección de CAR, hace énfasis en la influencia de las redes sociales en las CAR, dimensión que no está incluida en el Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo elaborado por Unikel-Santoncini y colaboradores; siendo este un punto clave a evaluar debido al peso de la imagen corporal y a la interiorización

del ideal estético de delgadez, que se promueve constantemente en estos espacios virtuales de comunicación de alcance masivo.

El futuro de la investigación consiste en la evaluación de confiabilidad de los reactivos, obtenida a través de la aplicación de una prueba piloto, esto con el objetivo de asegurar la comprensión de los mismos, por último, se establecerá la validez de criterio con el tratamiento estadístico pertinente y la validez de constructo del instrumento a través del estándar de oro para la detección de CAR.

6. Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos, se puede concluir que el banco de ítems del instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla, es válido en contenido a través de juicio de expertos ya que, todos su reactivos clasificados de manera unánime como “esenciales”, cuentan con una Razón de Validez de contenido mayor a 0.5823 según la metodología de la “Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido para instrumentos objetivos” propuesta por Agustín Tristán-López (35), asimismo, el Índice de Validez de Contenido del banco, dio como resultado el 96 % de validez de contenido, clasificándolo como aceptable.

El proceso realizado a lo largo de la investigación, dio como resultado el banco de ítems del instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, conformado por 7 dimensiones, las cuales son: restricción alimentaria, ayuno prolongado, ejercicio compulsivo, vómito autoinducido, consumo de productos y dietas de moda, búsqueda de aprobación, haciendo especial énfasis en la dimensión que evalúa la influencia de las redes sociales en las CAR, las cuales incluyen un total de 30 reactivos válidos en contenido a través de juicio de expertos investigadores especialistas en el tema, dirigidos a la detección de CAR en la adolescencia tardía para estudiantes de la Universidad Iberoamericana Puebla, el cual próximamente será validado en fiabilidad a través de una prueba piloto en la población objetivo.

7. Recomendaciones

- Realizar entrevistas a profundidad a estudiantes en la adolescencia tardía que presenten CAR.
- Elaborar una pre-validación de contenido a cargo de expertos en el tema para corrección gramatical y de estilo.
- Utilizar un solo banco de ítems con su cuadro de características, que contenga toda la información necesaria para que los jueces puedan realizar la validación de forma adecuada y sencilla.
- Construir el banco de ítems para la validación desde el inicio en el programa Microsoft Excel para un procesamiento de datos más sencillo y eficiente.
- Procurar que cada dimensión cuente con al menos 3 ítems con validez de contenido en el banco final.
- Realizar la prueba piloto para validar confiabilidad del banco de ítems.
- Se sugiere concluir con la validación de constructo y validación de criterio en los próximos 4 meses.
- Se sugiere aplicar el instrumento terminado y validado a la población objetivo para obtener la incidencia de CAR en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en la Universidad Iberoamericana Puebla.
- Para futuras investigaciones, se sugiere agregar dimensiones sobre creencias respecto al cuerpo y alimentación y obsesión por la delgadez.

Referencias

1. Escolar-Llamazares M et al. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2017 [Citado: 10 de septiembre de 2019];8(2):105-112. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/4257/425752776003.pdf

2. Carroll, Scot. Eating Disorders on Campus. [Internet] Learn Psychology, Student Mental Health; [Citado: 10 de septiembre de 2019] Disponible en: https://www.learnpsychology.org/mental-health/eating-disorders/.

3. Viggiano C. Trastornos alimenticios. [Internet] El Sol de México; [Actualizado: 3 de diciembre de 2018; citado: 17 de septiembre de 2019] Disponible en: https://www.elsoldemexico.com.mx/analisis/trastornos-alimenticios-2748952.html.

4. Alvarado ZI, Sánchez AK y Saucedo-Molina TJ. Programas de Prevención Universal de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Revistas y Boletines Científicos; [Citado: 17 de septiembre de 2019] Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n10/p10.html

5. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados Nacionales. 1ra ed. México. Instituto Nacional de Salud Pública; [Internet] 2012. [Citado: 19 de julio de 2019] Disponible en: https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

6. Gómez M y Ávila D. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se declara el 2 de junio de cada año como el día nacional de la lucha contra los trastornos de la conducta alimentaria. [Internet] Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2017/07/asun_3551951_20170705_1499265690.pdf [Citado:17 de septiembre de 2019].

7. Méndez F. Incrementan casos de bulimia y anorexia en Puebla. [Internet] Diario Puntual; [Citado: 17 de septiembre de 2019] Disponible en: http://ediciones.diariopuntual.com/estado/2016/01/27/12074.

8. Unikel-Santoncini, C. et al. Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y

obesidad. Salud Mental. [Internet] 2016 [Citado: 3 de febrero de 2020];39(3):141-148. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2016/sam163f.pdf
9. Díaz MC et al. Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2019 [Citado: 19 julio 2019];10(1):53-65. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6792943
10. Universidad Iberoamericana Puebla. [Internet] Universia; [Citado: 18 de diciembre de 2019] Disponible en: https://www.universia.net.mx/universidades/universidad-iberoamericana-puebla/in/30149.
11. Base de datos de admisiones. [Base de datos electrónica]. Puebla: Universidad Iberoamericana Puebla. 2020. [Citado: 28 de enero de 2020].
12. Ibero Puebla. La Ibero. [Internet] Universidad Iberoamericana Puebla; [Citado: 18 de diciembre de 2019] Disponible en: https://www.iberopuebla.mx/la-ibero
13. Sánchez, ML et al. El reto del estudiante universitario ante su adaptación y autocuidado como estrategia para disminuir problemas crónicos degenerativos. [Internet] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Revistas y Boletines Científicos; [Citado: 17 de septiembre de 2019] Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/e7.html
14. Unikel-Santoncini, Díaz de León- Vázquez y Rivera-Márquez. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. 1ra ed. México. Universidad Autónoma Metropolitana [Internet]; 2017. Disponible en: http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf [Citado: 18 de febrero de 2020].
15. López-Espinoza et al. Investigaciones en comportamiento alimentario. RIICAN. [Internet] 2018; 1(1): 129. Recuperado de: http://www.cusur.udg.mx/es/sites/default/files/investigaciones_en_comportamento_alimentario.pdf [Citado 7 de marzo de 2020].
16. University of California, Berkeley. Disordered Eating and Eating Disorders [Internet] University of California, Berkeley; [Citado: 23 de marzo de 2020] Disponible en: https://uhs.berkeley.edu/sites/default/files/disorderedeating-and-eatingdisorders.pdf
17. Molina, A. Aplicaciones del ayuno terapéutico y sus modalidades en consulta de nutrición y dietética. Presentación de un caso efectivo y otro no efectivo en pacientes

con patología inflamatoria. JONNR. [Internet] 2019 [Citado: 19 julio 2019];4(5):527-536. Disponible en: https://jonnpr.com/PDF/3012.pdf

18. Marcos, S. Nuevas Tendencias Alimentarias: Vegetarianismo y Ortorexia Nerviosa. [Tesis en Internet] [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2019 [Citado: 1 de julio de 2020]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687899/marcos_retuerta_saratfg.pdf?sequence=1

19. Aylén C y Otero J. Riesgo de ortorexia nerviosa y su relación con hábitos alimentarios en personas asistentes a gimnasios. Actualización en Nutrición. [Internet] 2019 [Citado: 19 de julio de 2019];20(4):112-117. Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_20/num_4/RSAN_20_4_112.pdf

20. Unikel-Santoncini, Díaz de León-Vázquez y Rivera-Márquez. Diagnóstico de conductas alimentarias de riesgo: instrumentos, escalas, calificación e interpretación. In: Universidad Autónoma Metropolitana (Eds.) Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. 1st ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana; [Internet] 2017. p 45-49. Recuperado de: http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf [Citado: 8 de marzo de 2020].

21. Díaz, M et al. Guía de prevención de TCA en adolescentes. Instituto de la Mujer. 2015; 1(1): 9. Recuperado de: http://www.sepsiq.org/file/Noticias/Guia%20prevenci%C3%B3n%20TCA.pdf

22. Padilla, D et al. Ejercicio Compulsivo en TCA. In: Universidad de Almería (eds.) Psicología, Salud y Educación. 1st ed. España: Universidad de Almería; 2018. p 202 Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=l_NfDwAAQBAJ&pg=PA201&lpg=PA201&dq=Definicion+de+ejercicio+f%C3%ADsico+excesivo+TCA&source=bl&ots=0WGAM0cNVQ&sig=ACfU3U24IgvTy2w1sY5AhB2X4D66KgFCDQ&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjhwamaxKzqAhVKPK0KHVvZBmsQ6AEwBHoECAoQAQ#v=onepage&q=Definicion%20de%20ejercicio%20f%C3%ADsico%20excesivo%20TCA&f=false

23. Eating Disorders Review. Revisión de trastornos de la conducta alimentaria, mayo - junio. EDR. 2017; 1(1): 14.

24.Urdampilleta A y Martínez JM. Dismorfia muscular. [Internet] Asesoramiento Científico-Técnico para la Planificación Deportiva. NUTRIAKTIVE. Unidad de

Fisiología del Deporte y entrenamientos en Hipoxia Intermitente. Centro Deportivo K2. Vitoria-Gasteiz (España); [Citado: 1 de julio de 2020] Disponible en: https://www.efdeportes.com/efd173/dismorfia-muscular-o-anorexia-inversa.htm

25. Serra, A y Añanos, E. Comportamientos derivados de la Publicidad de Estética Corporal en las adolescentes. [Tesis en Internet] [Barcelona]: Universidad Autónoma de Barcelona; 2016 [Citado: 21 de septiembre de 2020] Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2016/165524/38_Informe_Serra_Ananos.pdf

26. Díaz-Gutiérrez, et al. Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2019 [Citado: 23 de marzo de 2020];10(1):53-65. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v10n1/2007-1523-rmta-10-01-53.pdf

27. Díaz de León-Vázquez et al. Variables associated with disordered eating behaviors among freshman students from Mexico City. Salud Pública de México. [Internet] 2017 [Citado: 18 de febrero de 2020];59(3):258-265. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2017/sal173f.pdf

28. NEDA. ¿Qué causa un trastorno alimenticio? [Internet] NEDA; [Citado: 7 de marzo de 2020] Disponible en: https://www.nationaleatingdisorders.org/que-causa-un-trastorno-alimenticio

29. Cervantes-Ortega, C et al. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la licenciatura en Nutrición. UVserva. [Internet] 2019 [Citado: 23 de marzo de 2020];1(Especial):133-144. Disponible en: http://uvserva.uv.mx/index.php/Uvserva/article/view/2666/4562

30. Unikel-Santoncini Claudia, Díaz de León-Vázquez Concepción, Rivera-Márquez José Alberto. Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. Salud Ment [Internet] 2016 Jun [Citado: 7 de marzo de 2020];39(3):141-148. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000300141&lng=es. http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.012

31. Morales, P. Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes. Disponible en: https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/Construcci%C3%B3n-de-cuestionarios-y-escalas-Morales-V.-Pedro-2011.pdf.pdf [Citado: 18 de febrero de 2020].

32. Matas, A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Revista Electrónica de Investigación Educativa [Internet] 2018 [Citado: 21 de abril de 2020];20(1),38-47. Disponible en: https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347
33. Cruz-Avelar, A et al. Metodología para la construcción de instrumentos de medición en salud. Alergia, asma e inmunología pediátricas. [Internet] 2017 [Citado: 8 de marzo de 2020];26(3):100-105. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al173d.pdf
34. Carretero-Dios, H y Pérez, C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. Int J Clin Health Psychol. [Internet] 2005 [Citado: 8 de marzo de 2020]; 5(3):521-551. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/337/33705307.pdf
35. Tristán-López, A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Avances en Medición. 2008;6 (1): 37-48.
36. Ranco Paredes, Karina; Álvarez Rayón, Georgina Leticia y Ramírez Ruelas, Rosa Elena. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. Rev. Mex. de trastor. Aliment [Internet] 2011 [Citado: 24 de marzo de 2020];2(2):148-164. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200009&lng=es&nrm=iso ISSN 2007-1523.
37. Saucedo-Molina, Teresita de Jesús; Unikel-Santoncini, Claudia. Validez de un instrumento multidimesional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. Rev. chil. nutr. [Internet] 2010 Mar [Citado: 24 de marzo de 2020];37(1):60-69. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000100006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182010000100006.
38. Saucedo-Molina, Teresita de Jesús y Unikel-Santoncini, Claudia. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. Salud Mental. [Internet] 2010 [Citado: 21 de abril de 2020];33(1):11-19. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/582/58215621002.pdf
39. Rodríguez Aguilar Brenda; Van Barneveld, Hans Oudhof; Gonzalez-Arratia, Norma Ivonne; Unikel-Santoncini, Claudia. Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. Salud Ment [Internet] 2010 Ago [Citado:

24 de marzo de 2020];33(4):325-332. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400004&lng=es.
40. Fischer y Prieto. Análisis del test de actitudes alimentarias (EAT-26) con un modelo tipo rasch en una muestra de adolescentes paraguayos. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. [Internet] 2016 [Citado: 8 de marzo de 2020];16(1):5-16. Disponible en: https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/2665/2163.
41. Ruiz Lázaro, P.J. Protocolo diagnóstico de la pérdida de peso en la adolescencia. Medicina de la Adolescencia. [Internet] 2010 [Citado: 8 de marzo de 2020];10(61)4234-37. Disponible en: http://www.agapap.org/druagapap/system/files/CuestionariosAnorexiaNerviosa.pdf
42. Families for Recovered Eating. Cuestionario SCOFF. [Internet] Families for Recovered Eating; [Citado: 8 de marzo de 2020] Disponible en: http://familiesforrecoveredeating.com/spanish-resources/cuestionario-scoff/.
43. Barrantes B, et al. Propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en adolescentes escolarizadas (os) de Palmares. Rev Pensamiento Actual. [Internet] 2015 [Citado: 21 de abril de 2020];15(25):27-35. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:F-CnW7pc47oJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5821474.pdf+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=mx.
44. López-Aguilar et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2011 [Citado: 2 de mayo de 2020];2(1):24-32. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262722417_Propiedades_psicometricas_del_Cuestionario_de_Tres_Factores_de_la_Alimentacion_TFEQ
45. Sampieri, R et al. Concepción o elección del diseño de investigación en la ruta cuantitativa: el mapa. In: Mc Graw-Hill (eds.) La ruta de la investigación cuantitativa. 1st ed. México: Mc Graw-Hill; 2014. p 186-188.
46. Supo, J. ¿Cómo validar un instrumento? Aprende a crear y validar instrumentos como un experto. 1st ed. [Internet] Perú. UAM; 2013. Disponible en: http://www.cua.uam.mx/pdfs/coplavi/s_p/doc_ng/validacion-de-instrumentos-de-medicion.pdf

47. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. In: Asociación Médica Mundial (eds.) Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1st ed. Asociación Médica Mundial; 2015. p 1-5.
48. Colegio Mexicano de Nutriólogos A.C. Código de Ética. In: Colegio Mexicano de Nutriólogos A.C. (eds.) Código de ética profesional del nutriólogo. 1st ed. México: Colegio Mexicano de Nutriólogos A.C; 1999. p 1
49. Comité Académico. Código de Ética para la Investigación. In: Comité Académico (eds.) Normativa. 1st ed. México: Universidad Iberoamericana Puebla; 2020. p 1-10.
50. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública de México. [Internet] 2004 [Citado: 23 de noviembre de 2020];46(6):509-515. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/spm/v46n6/22563.pdf

Anexos

Anexo 1. Estándares para pruebas educacionales y psicológicas (*Standards for Educational and Psychological Testing*)

(A) Justificación del estudio		Sí	Dudoso	No
A.1.	Los antecedentes sobre los que se asienta la justificación son relevantes.			
A.2.	La creación/adaptación del instrumento va a suponer una aportación significativa para el área de estudio.			
A.3.	El objetivo general de evaluación del test está claramente especificado.			
A.4.	Se concreta la población a la que irá destinado el test.			
A.5.	Se especifica el propósito o finalidad para el que van a usarse las puntuaciones del test.			
A.6.	El proceso de creación/adaptación resulta viable.			

(B) Delimitación conceptual del constructo a evaluar		Sí	Dudoso	No
B.1.	Aparecen claramente especificados los intentos de conceptuación más relevantes del constructo de interés.			
B.2.	Las distintas propuestas conceptuales se presentan integradas en uno o varios marcos teóricos de referencia.			
B.3.	Se hace una revisión de los principales instrumentos de evaluación encargados de evaluar a este o a constructos relacionados.			
B.4.	Tras la revisión se realiza una propuesta operativa de las facetas o componentes operativos del constructo a evaluar, la cual es sometida a evaluación a través de expertos.			
B.5.	Se presenta detalladamente la información relacionada con el juicio de expertos (selección de expertos, material utilizado, forma de evaluar, etc.).			
B.6.	Considerando los resultados de la evaluación de los expertos, los datos de investigación, y los marcos teóricos de referencia, se concreta definitivamente la definición operativa del constructo.			
B.7.	Teniendo en cuenta la definición adoptada del constructo, se concretan las relaciones esperadas entre este y otras variables.			
B.8.	Las relaciones predichas para la puntuación total en el constructo están adecuadamente justificadas.			
B.9.	En el caso de que el constructo esté compuesto por distintas facetas o componentes, también son establecidas las relaciones esperadas para cada uno de estos componentes.			
B.10.	Las relaciones predichas se presentan claras, especificándose cuándo el constructo va a ser variable predictora, cuándo predicha y cuándo covariada.			

(C) Construcción y evaluación cualitativa de ítems		Sí	Dudoso	No
C.1.	La información que justifica el tipo de ítems a construir (incluyendo formato, tipo de redacción, escala de respuesta, etc.) es presentada con claridad.			
C.2.	El autor hace uso de una tabla de especificaciones de los ítems para guiar la elaboración de estos.			
C.3.	La tabla de especificaciones de los ítems recoge toda la información necesaria para la construcción de estos.			
C.4.	Se justifica adecuadamente el número de ítems final de la escala a crear/adaptar.			
C.5.	La batería de ítems inicial está compuesta por al menos el doble de ítems por componente de los que finalmente pretenden usarse.			
C.6.	En caso de traducir los ítems, se ha usado una estrategia que asegura la equivalencia conceptual entre los originales y los traducidos.			
C.7.	En caso de haber traducido los ítems, el autor proporciona nuevos ítems vinculados a los componentes del constructo a evaluar.			
C.8.	Se presentan las evidencias de validez de contenido proporcionadas por la valoración de un grupo de jueces acerca de la batería inicial de ítems.			
C.9.	Aparece toda la información relacionada con el procedimiento seguido para la valoración de los ítems por parte de un grupo de jueces.			

C.10.	La valoración de los ítems por parte de un grupo de jueces ha sido llevada a cabo adecuadamente.			
C.11.	Los ítems eliminados una vez terminado el proceso de valoración llevado a cabo por un grupo de jueces están claramente especificados.			
C.12.	Los ítems conservados una vez terminado el proceso de valoración llevado a cabo por un grupo de jueces están claramente especificados.			

(D) Análisis estadístico de los ítems		**Sí**	**Dudoso**	**No**
D.1.	La delimitación del trabajo es clara (primer estudio de los ítems, estudio piloto o validación cruzada).			
D.2.	Los objetivos del análisis aparecen claramente especificados (homogeneidad y consistencia de la escala *frente a* validez de criterio).			
D.3.	Es facilitada toda la información referente a los ítems, instrucciones a los participantes, contexto de aplicación, etc.			
D.4.	La muestra de estudio tiene características similares a la de la población objetivo del test.			
D.5.	El tamaño de la muestra es adecuado para los objetivos del estudio.			
D.6.	El procedimiento de evaluación es similar al que se tiene planificado para la escala definitiva (muestreo).			
D.7.	Se especifican con claridad los criterios a considerar para la selección-eliminación de los ítems.			
D.8.	Los cálculos estadísticos efectuados resultan pertinentes.			
D.9.	Los resultados (cualitativos y cuantitativos) se discuten con claridad.			
D.10.	Las decisiones sobre los ítems tienen en cuenta cuestiones teóricas.			
D.11.	Se especifica claramente que ítems son eliminados y por qué.			
D.12.	Los ítems seleccionados quedan claramente delimitados.			

(E) Estudio de la dimensionalidad del instrumento (escritura interna)		**Sí**	**Dudoso**	**No**
E.1.	La delimitación del trabajo es clara (primer estudio de dimensionalidad de la escala o validación cruzada de resultados previos).			
E.2.	Los objetivos del análisis aparecen claramente especificados (estudio exploratorio *frente a* análisis confirmatorio, o ambos).			
E.3.	La información presentada sirve para justificar con claridad los objetivos propuestos.			
E.4.	Es facilitada toda la información necesaria para que el lector conozca los antecedentes que justifican la escala y la dimensionalidad esperada de ésta.			
E.5.	Información sobre la muestra es completa y pertinente.			
E.6.	La muestra de estudio tiene características similares a la de la población objetivo del test.			
E.7.	El tamaño de la muestra es adecuado para los objetivos del estudio.			
E.8.	El procedimiento de muestreo seguido es correcto para los objetivos del estudio.			
E.9.	En el caso de usarse un procedimiento exploratorio de análisis factorial, aparece justificada su necesidad.			
E.10.	Se razona con claridad el por qué ha decidido usarse un tipo concreto de análisis factorial exploratorio y no otro.			
E.11.	Con anterioridad a la aplicación del análisis factorial exploratorio el autor informa sobre la adecuación de la matriz de correlaciones (esfericidad de Barlett e índice de Kaiser-Mayer-Olkin).			
E.12.	La interpretación de la dimensionalidad de la escala es efectuada sobre la solución factorial rotada.			
E.13.	El procedimiento de rotación factorial usado es justificado correctamente.			
E.14.	El procedimiento de rotación factorial usado es adecuado.			
E.15.	La información facilitada sobre la solución factorial resultante es la adecuada (número de factores, saturaciones factoriales relevantes de los ítems que los integran, porcentaje de varianza explicada y comunalidad).			
E.16.	Los procedimientos estadísticos usados para discutir cuáles son los factores relevantes a tener en cuenta son adecuados.			
E.17.	La discusión sobre los factores a tener en cuenta es enmarcada en la investigación teórica y empírica previa.			

E.18.	En el caso de aplicarse un procedimiento basado en el análisis factorial confirmatorio, el modelo de media (forma de distribuirse los ítems) a analizar es claramente delimitado.			
E.19.	En el estudio, junto al modelo de referencia, se someten a diagnóstico comparativo propuestas alternativas.			
E.20.	Se justifica el procedimiento de estimación usado.			
E.21.	El procedimiento de estimación elegido en el estudio resulta adecuado.			
E.22.	Para el diagnóstico del modelo el autor usa simultáneamente varios índices.			
E.23.	En el trabajo se informa sobre el por qué de los índices seleccionados y cuáles van a ser los valores de corte a considerar para estimar la bondad de ajuste del modelo.			
E.24.	En el trabajo se presentan con claridad los resultados para los distintos índices de bondad de ajuste.			
E.25.	Si el autor hace modificaciones para mejorar el ajuste, las decisiones están claramente fundamentadas (teóricas y empíricamente), y aparecen con claridad en el estudio.			
E.26.	El autor presenta el diagrama (*path diagram*) donde aparece la distribución de los ítems por factor, el "grado" en el que cada uno de estos es predicho por el factor de pertenencia, y en general todos los parámetros considerados relevantes en la especificación inicial del modelo.			

(F) Estimación de la fiabilidad		**Sí**	**Dudoso**	**No**
F.1.	En el trabajo se justifica el procedimiento de estimación de la fiabilidad a usar (adecuación teórica).			
F.2.	El método de estimación de la fiabilidad empleado se considera adecuado.			
F.3.	Si en el informe se usa el método *test-retest*, son proporcionados y discutidos los aspectos más significativos que afectan a este cálculo aparte de las cuestiones teóricas (intervalo temporal, condiciones de evaluación, correspondencia muestral, etc.).			
F.4.	Teniendo en cuenta los aspectos más significativos que afectan a la aplicación del método test-retest (intervalo temporal, condiciones de evaluación, correspondencia muestral, etc.), esta se considera adecuada.			
F.5.	Si en el informe se usa el método de *formas paralelas*, son proporcionados y discutidos los aspectos más significativos que afectan a este cálculo aparte de las cuestiones teóricas (datos sobre la equivalencia de las pruebas, además de la información común al test-retest, como intervalo temporal, condiciones de evaluación, correspondencia muestral, etc.)			
F.6.	Teniendo en cuenta los aspectos más significativos que afectan a la aplicación de las formas paralelas (equivalencia de las pruebas, intervalo temporal, condiciones de evaluación, correspondencia muestral, etc.) esta se considera adecuada.			
F.7.	Si en el informe se usa el índice *alpha de Cronbach* basado en la consistencia interna, son proporcionados y discutidos los aspectos más significativos que afectan a este cálculo aparte de las cuestiones teóricas (número de ítems por componente del constructo, y formato de éstos).			
F.8.	Teniendo en cuenta los aspectos más significativos que afectan a la aplicación del *alpha de Cronbach* (número de ítems por componente del constructo y formato de éstos), ésta se considera adecuada.			
F.9.	Si en el informe se usa un procedimiento basado en la obtención de *dos mitades de un test* para el cálculo de la consistencia interna, son proporcionados y discutidos los aspectos más significativos que afectan a este cálculo aparte de las cuestiones teóricas (procedimiento para obtener las dos partes y número de ítems que las integran).			
F.10.	Teniendo en cuenta los aspectos más significativos que afectan a la aplicación del procedimiento basado en la obtención de *dos mitades de un test* (número de ítems y formato de éstos), ésta se considera adecuada.			
F.11.	El tamaño de la muestra de estudio es adecuado para los objetivos de la investigación.			

F.12.	Las características de los participantes son adecuadas en función de los objetivos del test y finalidad de las puntuaciones.			
F.13.	El procedimiento de evaluación utilizado es adecuado en función de las características de la prueba.			
F.14.	Los resultados derivados de la estimación de la fiabilidad se muestran con claridad.			
F.15.	La discusión de los resultados se hace teniendo en cuenta tanto aspectos metodológicos como teóricos.			
F.16.	En el caso de obtenerse unos datos deficientes de fiabilidad, en el trabajo son discutidas las estrategias a adoptar.			

(34).

Anexo 2. Estado del conocimiento

No.	Título	Año de publicación	País	P	I	C	O	S	T
1	Distorsión de la imagen corporal en madres hacia sus hijos con sobrepeso u obesidad.	2017	Chile	Madres de familia de alumnos de primer año de primaria a primer año de secundaria de Santiago de Chile. 129 diadas de madres y sus hijos.	Escolares: mediciones antropométricas de peso y talla con estadímetro y balanza Seca™, diagnóstico con IMC: “enflaquecidos, eutróficos, sobrepeso y obesos”. Madres: Encuesta autoaplicada que solicitó sexo, edad y edad de menarquia, grado escolar de los hijos, número de hermanos. Se evaluó la imagen corporal que tenían la madre sobre su hijo por medio de 7 imágenes de figuras anatómicas específicas para cada género, a cada imagen le correspondía un IMC determinado y cada madre debía elegir con cual identificaba mejor a su hijo. Finalmente, se comparó el "tamaño" percibido por la madre con el "tamaño" real según IMC.	Un estudio realizado en Chile demostró que la percepción de las madres en relación al estado nutricional de sus hijos obesos fue distorsionada, ya que 37,5 % encontró a su hijo sólo un poco excedido de peso y el 26,6 % de peso normal.	Las madres de niños con sobrepeso y con obesidad presentan distorsión de la imagen corporal, evaluaron a su hijo como más delgado en la imagen administrada. En las madres de niños con obesidad, observamos que el 45,2 % de las madres coincide con la figura de la imagen corporal, pero el 54,8 %, presenta distorsión de la imagen corporal, evaluando a su hijo como más delgado de lo que realmente es. En las madres de niños con sobrepeso solo el 17,4 % coincide con la figura de la imagen corporal que le corresponde. Evaluándolos	Transversal	5 meses

							en 78,3% como más delgado (n= 18), y solo en 4,3% como obesos (n= 1).		
2	Locus Significativo y Correlaciones Genéticas Metabólicas Reveladas en el Estudio de la Asociación del Genoma de Anorexia nerviosa. (*Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa*).	2017	Estados Unidos	3,495 casos de anorexia nervosa y 10,982 controles.	Se utilizó regresión de la puntuación de desequilibrio de ligamiento, para calcular la variante común del genoma de heredabilidad, heredabilidad parcial y correlaciones genéticas entre anorexia nervosa y otros 159 fenotipos.	Este es el primer reporte de un genoma completo asociación significativa para anorexia nerviosa.	Se identificó un genoma completo locus significativo en el cromosoma 12 (rs4622308) en una región albergando diabetes tipo 1 reportada previamente y locus del trastorno. Se encontró que la anorexia nerviosa es un fenotipo hereditario complejo, con correlaciones genéticas grandes y significativas, no solo con trastornos psiquiátricos sino también con múltiples rasgos metabólicos.	Análisis de asociación estándar seguido de un meta-análisis a través de cohortes.	No disponible
3	La evolución de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tres años después de ingresar a hospital de día	2017	España	53 mujeres con TCA dentro del primer mes de haber iniciado tratamiento en dos centros especializados en TCA, en Barcelona.	IMC Cuestionarios: Sociodemográfico, de Actitudes Alimentarias, Inventario de Trastornos Alimentarios, cuestionario de 90 síntomas, SCOFF, cuestionario de	(Castellini et al., 2011; Helverskov et al., 2010; La Mela et al., 2013). Estudio de Helverskov et al. (2010).	Un largo periodo de tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer tratamiento se asoció a un mal pronóstico del TCA,	Longitudinal. Estudio de segmento.	Promedio 3.3 años

					Actitudes Alimentarias Frente al Cambio en los TCA, Eating Disorder Examination-Questionnaire, -Inventario NEO reducido, escala de Autoestima de Rosenberg, Técnica de la rejilla y escala Likert. Se aplicaron los cuestionarios antes del primer mes de tratamiento y en promedio 3.3 años después de haber iniciado.		resaltando la importancia de la detección y el tratamiento oportuno y temprano de los TCA.		
4	Factores asociados con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de carreras biomédicas.	2015	Perú	Estudiantes que cursan el primer año en carreras biomédicas: Medicina Humana, Enfermería, Obstetricia y Odontología de una universidad privada de Arequipa.	Se realizó un cuestionario autoaplicado: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).	Es complicado comparar los hallazgos y el estudio ya que los estudios que se han realizado previamente han sido realizados con estudiantes de Medicina.	Se asoció los síntomas de TCA a estudiar Obstetricia, haber sufrido acoso escolar, pasar mucho tiempo en redes sociales y realizar una actividad extracurricular en el último año.	Estudio transversal analítico.	No disponible
5	Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios.	2016	España	248 estudiantes universitarios entre los 19 y 39 años, con una edad promedio de 23 años. Estudiantes de universidades públicas y privadas, inscritos en Educación, Psicología y Ciencias de la	Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3). Escala Likert.	No disponible.	Se encontraron correlaciones significativas entre un mayor IMC y obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal en mujeres y personas que consideran que tienen sobrepeso o tienen que bajar de peso.	Transversal	No disponible

				Actividad Física y del Deporte.					
6	Imagen corporal en función de sexo y estado nutricional: Asociación con la construcción del sí mismo y de los otros.	2019	Chile	73 estudiantes universitarios (53% mujeres) de 18-28 años de edad.	IMC. Cuestionarios con Láminas de Modelos Anatómicos y Técnica de Rejilla.	Castiglioni, Pepe, Gandino y Veronese (2013) realizaron un estudio en el que se compararon a personas con peso normal y sobrepeso u obesidad, resultando que las personas con sobrepeso u obesidad tuvieran autoestima más baja.	La distorsión corporal fue mayor en hombres que en mujeres y en pacientes con sobrepeso que con normo peso. La insatisfacción corporal fue más en pacientes con sobrepeso. Las mujeres que se autodefinían como obesas se correlacionaron con menor autoestima y mayor aislamiento social.	No experimental, transversal y de Alcance correlacional	No indicado
7	Frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de la escuela de nutrición de la Universidad César Vallejo Lima este, 2017.	2017	Perú	147 alumnos de la escuela de nutrición de la escuela de nutrición de la Universidad César Vallejo.	Se realizó el Cuestionario EAT-26.	Estudio en España en 2014: Prevalencia del riesgo de 19.5% siendo mayor en mujeres (21.1%) que en hombres (15%). Francia en 2015, la prevalencia era del 20,5 %, las mujeres con riesgo de casi tres veces de padecer TCA que los hombres.	El 15,6% de estudiantes presentan TCA, el 17.8% son de 21 a 25 años, 19.6% son hombres, 33.3% son de primer año, 26.9% son trabajadores.	Transversal y de alcance correlacional	Durante el año 2017
8	Comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y bulimia	2019	Paraguay	59 niños mayores a 10 años con	Hojas de recolección de datos con las	No disponible.	Hay una elevada frecuencia de	Estudio observacional, descriptivo,	5 años

	nerviosa en pediatría.			anorexia y bulimia del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu entre el 2011 y 2016.	variables que se utilizaron en el estudio.		comorbilidad (98,3 %) la más importante y presente es la depresión (88,1 %).	retrospectivo, de corte transversal	
9	Estudio descriptivo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios	2015	España	154 deportistas que realizan trabajo de músculos en gimnasios 12 son mujeres (7.79 %) y 142 hombres (92.21%), de entre 16 y 49 años, distribuidos en dos grupos de edad, 129 menores de 30 años (83.8 %) y 25 mayores de 30 años (16.2 %).	EDI-2: Inventario de TCA de Garner evaluado con escala Likert. Cuestionario de variables sociodemográficas. Autoconcepto Forma 5-AF5 ampliada y actualizada.	Castro, Molero, Cachón, y Zagalaz, 2014; Mateos et al., 2010	Existen indicadores relacionados con el riesgo de padecer TCA en personas que practican actividad física porque al presentar bajo Autoconcepto tiene más riesgo de padecer cualquier tipo de trastorno de alimentación en relación con el deporte	Estudio cuantitativo no experimental, correlacional, utiliza métodos descriptivos	No disponible
10	Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición	2019	México	370 estudiantes de universidad privada de la Licenciatura en Nutrición y Ciencia de los Alimentos, 93.5% mujeres.	IMC, Cuestionario CAR (Conductas Alimentarias de Riesgo) e Insatisfacción corporal por 9 siluetas Bulik autoaplicadas electrónicamente.	Ethical considerations when students experience an active eating disorder during their dietetics training. Journal of the Academy Nutrition and Dietetics, 2015.	Las CAR estuvieron presentes en 36.7% de los participantes, 25.1% con riesgo moderado y 11.6% con riesgo alto.	Longitudinal. Estudio de segmento	Enero de 2010 hasta marzo de 2016
11	Riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de licenciatura en Nutrición en cinco	2015	Argentina	414 alumnos de nutrición de distintas universidades de Argentina.	Cuestionario EAT-26 (Eating Attitudes Test).	Estudio epidemiológico en un año universitario de Nutrición de la Universidad Federal de OuroPreto,	Los estudiantes tienen 13.3% de riesgo de padecer TCA según la universidad a la que asistan.	Estudio descriptivo y de corte transversal	3 meses

	Universidades de Argentina					Minas Gerais, Brasil. Estudio en Turquía.			
12	Prevalencia del riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá – Colombia.	2017	Colombia	671 estudiantes de dos escuelas públicas y dos escuelas privadas de la ciudad de Bogotá.	Cuestionario SCOFF, antropometría y Diario de FCA.	Estudio realizado en Colombia con Universitarios	30.1% de prevalencia de padecer TCA, 41.3% en mujeres. Mayor prevalencia en personas con estado nutricio normal y el 31.3% de escuelas públicas.	Estudio descriptivo de corte transversal con componente analítico.	No disponible
13	Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles.	2016	España	En la primera fase 1846 alumnos. 493 alumnos entre 11 y 18 años de escuelas públicas y privadas de Aragón, Cantabria y Galicia.	Eating Attitudes Test (EAT-26) en español, Cuestionario de Conocimientos de Nutrición, el Dibujo de la figura humana ideal, la Escala de Satisfacción con el propio cuerpo (SPC) y dos subescalas del Eating Disorder Inventory (EDI) (tendencia a adelgazar, IA, e insatisfacción corporal, IC). Segunda fase: evaluación con entrevista semi-estructurada de quienes se considera con riesgo en la primera fase y una muestra de los que obtuvieron un resultado negativo, SCAN ciego.	Estudio epidemiológico realizado por los mismos investigadores en 1997. Estudio realizado en Barcelona por Pilar Muro.	En 2007, 9.5 % de adolescentes se consideran en riesgo de TCA. Prevalencia de mujeres en 11.3 % y de hombres en 7.9 %. La diferencia del riesgo es de 3.4 %.	Estudio multicéntrico de corte o prevalencia en dos estadios o fases	No disponible
14	Valores percibidos en la publicidad de alimentos por	2015	España	139 jóvenes (66 mujeres con TCA, 73 sujetos	Se transimitieron siete spots de alimentación a dos grupos de	No disponible.	Los sujetos con TCA valoran los spots como	Diseño cuasiexperimental	Un mes

	jóvenes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.			sin TCA 11 hombres y 62 mujeres) entre 18 y 25 años.	sujetos con y sin TCA de Barcelona, después se aplicó un cuestionario de 25 valores llamado "Protocolo Eva".		intensamente negativo, los sujetos sin TCA como moderadamente positivo.		
15	Acomodación a la enfermedad, percepción de carga y malestar emocional en familiares de pacientes con un trastorno alimentario.	2018	España	93 cuidadores de pacientes con TCA, entre 23 y 68 años, 32.3% hombres, y el 67.7% mujeres.	Adaptaciones para España del cuestionario de Salud General GHQ-12. Cuestionario de salud general de Golberg de 12 elementos. Escala de impacto de los síntomas de los trastornos alimentarios, EDSIS-S.	Salerno et al. (2016).	No hubo diferencias significativas entre el avance del trastorno y el parentesco, edad y convivencia con el paciente. Hubo diferencias significativas según el género del cuidador. Existe acomodación al síntoma para no molestar al paciente.	Estudio transversal	No disponible
16	Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos de diferentes tipos de establecimientos educacionales.	2018	Chile	3239 estudiantes de primero de secundaria a 3 de preparatoria, entre 13 y 18 años, de escuelas públicas y privadas de Concepción.	Antecedentes generales (HC). EAT-40 en español. IMC. Báscula SECA. Estadímetro SECA 213.	Marin et al. Estudio de obesidad en adolescentes en Chile.	El 16,1% presenta riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria.	Estudio descriptivo correlacional de diseño transversal	Mayo a diciembre de 2016
17	Relación entre trastornos de conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad en adolescentes	2018	México	2449 participantes entre 11y 20 años, hombres y mujeres.	Eating Disorder Examination Questionaire (EDE-Q) de 37 elementos. Datos demográficos. Báscula SECA 761. Eating Attitudes Test (EAT-26).	(Villarejo et al., 2012).	Se registró que el 30-35% de los sujetos presentan obesidad y Sobrepeso en el grupo con TCA.	Estudio en dos fases	No disponible

					Eating Disorder Examination (EDE).				
18	Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato	2019	México	988 estudiantes adolescentes entre 14 y 18 años de una escuela en Los Altos, Jalisco.	Cuestionario de datos sociodemográficos. Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. Cuestionario de la Forma Corporal. Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos. Escala de Ajuste Escolar. Escala de Victimización en la Escuela. Inventario de Estrés Académico.	Estudios realizados entre 1997 y 2015, en Cd. De México, Hidalgo y Guadalajara.	Hay 7.3% de Conductas Alimentarias de Riesgo confirmadas en 73 casos.	Análisis correlacional	Dos sesiones
19	Neofobia alimentaria y trastornos de conducta alimentaria: Impacto en la adherencia a la dieta mediterránea de universitarios españoles.	2019	España	300 estudiantes de la Universidad de Murcia, promedio de 21 años. 76% mujeres, 24% hombres.	Cuestionario demográfico. Peso con Báscula OMRON, talla con estadímetro SECA. Encuesta autoaplicada de neofobia alimentaria. Cuestionario KIDMED validado para España. EAT-26 auto aplicado.	44.2% con buena adherencia a la dieta mediterránea, 47.8% con adherencia moderada y 8% con adherencia baja.	Estudio realizado a estudiantes de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.	Estudio de corte transversal, descriptivo y correlacional	4 meses
20	Trastornos de la alimentación en pacientes hospitalizados en un Servicio de Salud Mental Pediátrico.	2019	Chile	93 pacientes menores de 18 años hospitalizados en el Servicio de Salud Mental (SSM) del Hospital Roberto del Río diagnosticados con TAI.	CIE- 10. Evaluación multidisciplinar por parte de psiquiatra, sicólogo, adolescentólogo, terapeuta ocupacional y asistente social.	No disponible.	El 71% de los pacientes presentó anorexia nerviosa, 18% bulimia nerviosa, 11% TANE.	Estudio transversal	Entre el 2005 y 2015
21	Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes	2015	España	1342 participantes, de entre 13 y 17 años de 1° de secundaria a 2°	Cuestionario Sociodemográfico. EAT-40 validado España.	Diversos estudios en Europa, Australia y Estados Unidos	27,4 % de los participantes se consideraron en riesgo de padecer TCA.	Estudio de dos fases, estratificado	1 hora

	de Gran Canaria.			de bachillerato de varias escuelas en Gran Canaria. 45.2 % hombres, 54.8 % mujeres.	Entrevistas donde se aplicó la versión nº 12 del Eating Disorders Examination.	desde los años 70.	0.19% diagnosticado con anorexia nerviosa, 0.57% bulimia nerviosa y 3.34 % con TCANE.		
22	Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos.	2014	España	Jóvenes menores de 30 años de la Universidad de Vigo, Universidad de Jaén, Universidad de Granada, Universidad de Salamanca, Universidad de Huelva y Universidad de León.	Historia clínica autoaplicada, cuestionario SCOFF.	Distintos estudios en Latinoamérica.	255 estudiantes tenían criterios diagnósticos para padecer TCA.	Estudio transversal	Diciembre 2011- abril 2013
23	Insatisfacción Corporal y conductas alimentarias de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes universitarios.	2016	España	264 adultos, 148 mujeres y 116 hombres de una universidad de la región de Murcia, España.	Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3). Cuestionario de datos sociodemográficos.	Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003.	59.1 % muestran insatisfacción corporal. El 31.06 % (82 sujetos) han realizado alguna CAR, el 35.23 % (93 sujetos) 2 CAR, y el 6.82 % (18 sujetos) han realizado 3 o 4 CAR en los últimos 6 meses.	Estudio transversal	No disponible
24	Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo.	2014	Chile	60 mujeres entre 20 y 63 años, promedio de IMC de 34.9 kg/m², s beneficiarias del Programa de la Mujer del CESFAM	Criterios del DSM-IV para diagnóstico de comedor compulsivo. Escala de Depresión y Ansiedad del Cuestionario de Goldberg. Versión española de la Escala de Rosenberg.	No disponible.	El 65 % presentan sintomatología depresiva y 53.3 % ansiedad. Un 23.3 % presentaron autoestima	Estudio exploratorio descriptivo de corte transversal	Entre diciembre de 2009 y enero 2010

				Cristóbal Sáenz Cerda de Lautaro.			baja, 21.7 % autoestima media y 55 % autoestima normal.		
25	Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta Alimentaria.	2015	España	30 madres y padres de pacientes diagnosticados con TCA. 19 mujeres y 11 hombres.	Entrevista semi-estructurada. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos. Recordatorio de 24 horas. Cuestionario de los Tres Factores de Alimentación (TFEQ-R18-SP). Tres subescalas específicas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). Cuestionario de Creencias Irracionales sobre Alimentación (IFBS). Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ). Cuestionario sobre Instagram.	Estudio con adolescentes de Jáuregui I, Ezquerra M, Carbonero R, Ruiz I.	Los hábitos de los familiares de pacientes con TCA mejoran con la educación en alimentación que se recibe en el tratamiento. No hay una percepción adecuada de los padres del impacto de las redes sociales en pacientes con TCA, esto puede contribuir en recaídas.	Análisis exploratorio, descriptivo	16 de enero hasta el 16 de marzo de 2015
26	Comparación de los riesgos en el trastorno de la conducta alimentaria y en la imagen corporal entre estudiantes mapuches y no mapuches.	2015	Chile	130 adolescentes, 95 de etnia mapuche y 35 no mapuches entre 14 y 21 años, que pertenecen al Complejo Educacional Reino de Suecia de la Comuna de Puerto Saavedra.	IMC. EAT-40. Body Shape Questionnaire BSQ-34.	No disponible.	No hubo diferencias estadísticamente significativas por etnia, pero sí por género.	Estudio de corte transversal	No disponible

27	Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad	2016	México	892 estudiantes de nuevo ingreso en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.	Se utilizó el Índice de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, Índice AMAI-Regla 10x6. Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR). Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal. Cuestionario de Autoestima de Pope, McHale y Craighead modificado. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD-R. Cuestionario de Deseo por la Musculatura de McCreary. Escala análoga de figuras corporales de Stunkard, Sorensen y Shulsinger modificada. Cuestionario sobre actividad física. Antropometría.	Estudios realizados en mujeres estudiantes universitarias en Brasil y Colombia.	La prevalencia de CAR fue de 6.1% en mujeres y de 4.1% en hombres.	Estudio transversal analítico	No disponible
28	Estudio Descriptivo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y auto concepto en usuarios de gimnasios.	2015	España	154 deportistas que realizan ejercicio de fuerza en un gimnasio en la provincia de Jaén. 12 mujeres y 142 hombres con promedio de 25 años.	Cuestionario sociodemográfico. EDI-2: inventario de TCA. Auto concepto Forma 5-AF5.	Investigación realizada por Toro (2010).	Existe relación significativa entre el auto concepto y tasas de TCA elevadas.	Estudio cuantitativo no experimental, correlacional. Utiliza métodos descriptivos y de relación	No disponible
29	Prevalencia de factores de riesgo	2015	México	774 estudiantes universitarios, 67% mujeres y 33% hombres,	Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos	Neumark-Sztainer et al., 2009; Saucedo et al., 2008;	La prevalencia más alta está en mujeres con sobrepeso y	Estudio descriptivo con diseño no experimental,	No disponible

	asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses.			edad promedio de 20 años.	Alimentarios (EFRATA). Cuestionario de Influencias sobre el Mode-lo Estético Corporal (CIMEC). Cuestionario Breve para Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), validado para universitarios mexicanos. Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal. Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios para Púberes (FRATAP). IMC.	Sau-cedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010.	hombres con obesidad.	transversal y correlacional	
30	Identidad deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estudio preliminar en deportistas de competición.	2016	España	109 deportistas de varios deportes.	Athletic Identity Measurement Scale (AIMS). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory-3, EDI-3), versión validada para España.	Dosil y González-Oya (2008).	Las diferencias son estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, tanto en Identidad Deportiva como en TCA.	Estudio transversal no experimental	No disponible
31	Influencia de los Medios de Comunicación y el Riesgo de Padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en Escolares Mujeres en Lima, Perú.	2015	Perú	483 alumnos de promedio 14 años de 3 escuelas del distrito La Victoria.	Eating Attitudes Test (EAT 26). Sociocultural AttitudesTowardsAppearance Questionnaire-3 (SATAQ-3).	No disponible.	13.9% presentó riesgo de TCA. Mientras tenían mayor influencia a los medios de comunicación, mayor riesgo de padecer TCA.	Estudio transversal analítico	En el tercer trimestre del año 2014
32	Observación y análisis “en vivo” de comidas	2018	México	13 familias de pacientes con bulimia nerviosa	Siete sesiones psicoeducativas multifamiliares, una a	Lock et al., 2001; Selvini-Palazzoli, Cirillo,	La mayoría presentaron patrones	Estudio transversal observacional	No disponible

	familiares de pacientes con trastorno alimentario			y anorexia nerviosa, en total fueron 58 participantes.	la semana con duración de dos horas. CTF en adaptación mexicana. Cuestionario sociodemográfico.	Selvini y Sorrentino, 2000.	evitativos de respuesta emocional.		
33	Factores de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes universitarios: estimación de vulnerabilidad por sexo y edad.	2017	España	561 estudiantes de la Universidad de Burgos. 42.8% hombres y 57.2 % mujeres, entre 17 y 66 años.	Encuesta Obsesión por la delgadez (OD). Encuesta Bulimia (B). Encuesta Insatisfacción corporal (IC). EDI-3-RF. IMC.	González-Carrascosa et al. (2013) y Lameiras et al. (2003).	Los estudiantes universitarios, específicamente las mujeres entre 18 y 25 años, tienen riesgo de presentar TCA.	Estudio transversal y descriptivo	Noviembre y diciembre de 2015
34	Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México.	2017	México	857 estudiantes universitarios de entre 18 y 30 años, 67% mujeres, 33% hombres.	Cuestionario de Alimentación y Salud. Inventario de Ansiedad de Beck.	Álvarez et al., 2003; Vázquez et al., 2005; Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004.	53% de las mujeres y el 43% de los hombres reportaron algún grado de ansiedad sin diferencia significativa entre sexos. El 14% de los participantes resultó con riesgo de anorexia o bulimia. Diferencia estadísticamente significativa entre el lugar de residencia y el nivel de ansiedad.	Estudio transversal no experimental	Una sesión
35	Impulsividad y conducta alimentaria en varones.	2017	España	178 hombres con promedio de edad de 20 años, aspirantes a soldado profesional del Centro de	Escala de impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11). Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, versión para hombres (CIMEC-V).	Toro y cols.	La impulsividad está correlacionada con los TCA, sobre todo la anorexia nerviosa purgativa y bulimia	Estudio transversal correlacional	Entre 1998 y 2008

				Formación de Tropa.	Eating Attitudes Test-40 (EAT-40). Índice de masa corporal (IMC).		nerviosa al haber más probabilidad de impulsividad motora.		
36	Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge?	2017	Paraguay	496 adolescentes entre 12 y 17 años.	Encuesta de tamizaje para riesgo de TCA. Cuestionario breve para Medición de conducta alimentaria de riesgo de Unikel-Santocin, con 10 preguntas anexadas sobre redes sociales, relación con los pares y televisión respecto a estereotipos. Se realizó en 2 poblaciones, rural y urbana. Se realizó en dos partes, una en 2008 y otra en 2012.	Estudios en Brasil y Argentina realizados con adolescentes y preadolescentes .	La prevalencia en hombres igualó a la de mujeres en 2012. La prevalencia en población rural aumentó más del 30%.	Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal	Entre 2008 y 2011
37	Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en un grupo de estudiantes de secundaria en un colegio de Bogotá D.C.	2016	Colombia	979 estudiantes de secundaria, 523 niños y 456 niñas, de entre 10 y 15 años.	Cuestionario auto aplicado EAT-26.	Moreno-González & Ortiz-Viveros. Estudio mexicano en adolescentes de 16 años.	Mientras menor grado, mayor riesgo tenían los hombres, al subir el grado había más riesgo en mujeres.	Estudio transversal cuantitativo	No disponible
38	Influencia de los pares en adolescentes y preadolescentes: predictor de insatisfacción corporal y conductas alimentarias desordenadas.	2017	México	273 adolescentes y 175 adolescentes.	Test Infantil de Actitudes Alimentarias (Ch-EAT). Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ-16). Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia-versión Revisada (SATAQ-R). Inventario de Influencia de Pares sobre la Preocupación	Meyer y Gast, 2008.	Hay mayor prevalencia de interiorización del ideal corporal, interacción con pares del mismo sexo, conductas alimentarias anómalas e IMC preadolescente s.	Estudio transversal correlacional	No disponible

					Alimentaria (I-PIEC). IMC.				
39	Imagen corporal e índice de masa corporal en mujeres indígenas del estado de Hidalgo, México.	2017	México	167 mujeres indígenas de comunidades de Hidalgo entre 21 y 52 años de edad.	IMC. Técnica parcial del marcado de imagen.	No hay estudios similares.	No se encontró relación positiva entre el IMC y la insatisfacción corporal.	Estudio de campo de tipo transversal observacional	No disponible
40	Kundalini yoga en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: Un estudio cualitativo.	2017	Chile	9 mujeres con TCA que practican Kundalini.	Entrevista cualitativa semiestructurada. Autorreporte escrito de las clases.	Gootjes et al. 2011. Foltz-Gray, 2007.	Fueron observados resultados positivos en cuestiones de TCA después de practicar yoga.	Estudio cualitativo de carácter descriptivo	Dos meses

Referencias Estado del Conocimiento:

1. Nuño M, Hevia M, Bustos, C et al. Distorsión de la imagen corporal en madres hacia sus hijos con sobrepeso u obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*. [Internet] 2017 [citado 14 junio 2019]; 44 (1): 5 Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000100004

2. Duncan L, Yilmaz Z, Gaspar H. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry* [Internet] 2017 [citado 17 junio 2019]; 174(9): 850-858. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28494655

3. Escandón-Nagel N, Dada G, Grau A, Soriano J, Feixas G. La evolución de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tres años después de ingresar a hospital de día. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [Internet]. 2017 [citado 17 junio 2019]; 26(1): 59-69. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/127672

4. Sucla J, Estefanero J, Smedts C, et al. Factores asociados con trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer año de carreras biomédicas. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. [Internet] 2015 [citado 18 de junio de 2019]; 35(3): 17-26. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5250051

5. Castejón M, Berengui R, Garcés E. Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. [Internet] 2016 [citado 18 de junio 2019]; 36 (1): 54-63. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405203

6. Escandón-Nagel N, Vargas J, Herrera A, Pérez A. Imagen corporal en función de sexo y estado nutricional: Asociación con la construcción del sí mismo y de los otros. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. [Internet] 2019 [citado 18 junio 2019]; 10 (1): 32-41. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6792946

7. Vega E, Mosquera Z, Cubas F. Frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de la escuela de nutrición de la Universidad César Vallejo Lima este, 2017. *UCV - Scientia BIOMÉDICA*. [Internet] 2018 [citado 18 junio 2019]; 1 (2): 69-73 Disponible: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCVSCIENTIABIOMEDICA/article/view/1822/1553

8. Godoy LE, Albrecht R, Mesquita N. Comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y bulimia nerviosa en pediatría. Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]. 2019 June [citado 25 junio 2019]; 11(1): 17-26. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742019000100017&lng=en. http://dx.doi.org/10.18004/rdn2019.0011.01.017-026.

9. Castro-López R, Cachón J, Valdivia-Moral P, Zalagaz ML. Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. [Internet] 2015 [Citado 26 junio 2019]; 10(2): 251-258

10. Díaz MC et al. Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2019 [Citado 26 junio 2019]; 10(1): 53-65 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6792943

11. Gili R, et al. Riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de licenciatura en Nutrición en cinco Universidades de Argentina. *Actualización en Nutrición*. [Internet] 2015 [Citado 26 junio 2019]; 16(3): 90-96. Disponible en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_3/RSAN_16_3_90.pdf

12. Fajardo E. Méndez C, Jauregui A. Prevalencia del riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá – Colombia. *Revista Med*.

[Internet] 2017 [citado 26 junio 2019]; 25 (1): 46-57 Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/med/v25n1/v25n1a05.pdf
13. Ruíz PM, Peláez-Fernández MA, Calvo D, Pérez J, Gómez A, Calado M. Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *AequAlitaS*. [Internet] 2016 [Citado 27 junio 2019]; 39(1): 29-36 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5798979.pdf
14. Mas-Manchón L, Rodríguez-Bravo A, Montoya-Vilar N, Morales-Morante F, Lopes E, Añaños E, Peres R, Martínez ME, Grau A. Valores percibidos en la publicidad de alimentos por jóvenes con y sin trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Colectiva*. [Internet] 2015 [Citado 27 junio 2019]; 11(3): 423-441. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/scol/2015.v11n3/423-444
15. Pérez B, et al. Acomodación a la enfermedad, percepción de carga y malestar emocional en familiares de pacientes con un trastorno alimentario. *Información Psicológica Dossier*. [Internet] 2015 [Citado 5 julio 2019]; 116(1): 50-64 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6735204
16. Zapata D et al. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos de diferentes tipos de establecimientos educacionales. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. [Internet] 2018 [Citado 5 de julio de 2019]; 68 3):217-223 Disponible en: https://www.alanrevista.org/ediciones/2018/3/art-4/#
17. Negrete M, Warner E, Espinoza P, Raich R. Relación entre trastornos de conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad en adolescentes. *CNEIP*. [Internet] 2019 [Citado 5 de julio de 2019; 1(1): 9-18 Disponible en: https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/15/13
18. Zamora I, et al. Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2019 [Citado 5 julio 2019]; 10(1): 22-31 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v10n1/2007-1523-rmta-10-01-22.pdf
19. Navarro-González I, et al. Neofobia alimentaria y trastornos de conducta alimentaria: Impacto en la adherencia a la dieta mediterránea de universitarios españoles. *Rev Chil Nutr*. [Internet] 2019 [Citado 5 julio 2019]; 46(2): 174-180. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n2/0717-7518-rchnut-46-02-0174.pdf
20. Corral A, Espinoza V, Yohannessen K, Loyola P, Balboa P, Torrejón C. Trastornos de la alimentación en pacientes hospitalizados en un Servicio de Salud Mental Pediátrico. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2019 Jun [citado 2019 Jul 05]; 90(3): 302-308. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300302&lng=es. http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.788.7.
21. Álvarez-Malé ML, Bautista I, Serra L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 mayo [citado 10 Julio 2019]; 31(5): 2283-2288. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000500050&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583.
22. Martínez-González L, Fernández T, Molina AJ, Ayán C, Bueno A, Capelo R et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2014 Oct [citado 10 Julio 2019]; 30(4): 927-934. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001100030&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689.
23. Berengüí R, Castejón M Á, Torregrosa M. Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2016 Jun [citado 11 Julio 2019]; 7(1): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000100001&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004.

24. Godoy F. Sintomatologia de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2014 Sep [citado 11 Julio 2019]; 41(3): 260-263. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182014000300005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000300005.
25. Lazo MR, Hernández JD, Bolaños P, Ruiz-Prieto I, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. [Internet] Nutrición Hospitalaria. 2015 [citado 11 julio 2019]; 32(4): 1786-1795
26. Rosas M, Delgado P, Cea F, Alarcón M, Álvarez R, Quezada K. Comparación de los riesgos en el trastorno de la conducta alimentaria y en la imagen corporal entre estudiantes mapuches y no mapuches. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 Dic [citado 11 julio 2019]; 32(6): 2926-2931. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001200076&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9800.
27. Unikel C, Díaz C, Rivera JA. Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. Salud Ment [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 11 julio 2019]; 39(3): 141-148. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000300141&lng=es. http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.012.
28. Castro-López R, Cachón J, Valdivia-Moral P; Zagalaz ML. Estudio Descriptivo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y autoconcepto en usuarios de gimnasios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. [Internet] 2015 [Citado 17 julio 2019]; 10(2): 251-258. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3111/311137747010.pdf
29. Saucedo T, Zaragoza J, Villalón L, Peña A, León R. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses. Psicología y Salud. [Internet] 2015 [Citado 17 julio 2019]; 25 (2): 243-251. Disponible en: http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1824/3335
30. Hernández-Mulero, N. y Berengüí, R.*. Identidad deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estudio preliminar en deportistas de competición. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. [Internet] 2016 [Citado 17 julio 2019]; 16(2): 37-44 Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v16n2/psicologia4.pdf
31. Lazo Y, Quenaya A. Influencia de los Medios de Comunicación y el Riesgo de Padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en Escolares Mujeres en Lima, Perú. *Repositorio Académico UPC*. [Internet] 2015 [Citado 17 julio 2019]; 1(1): 1-28. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621800/LazoM_Y.pdf?sequence=5&isAllowed=y
32. Mayorga J, Pino S, Gempeler J, Rodríguez M. Observación y análisis “en vivo” de comidas familiares de pacientes con trastorno alimentario. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 17]; 9(1): 82-94. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232018000100082&lng=es. http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.441.
33. Escolar-Llamazares MC, Martínez MA, González MY, Medina MB, Mercado E, Lara F. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2017 Dic [citado 17 julio 2019]; 8(2): 105-112. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200105&lng=es.
34. Pineda-García G, Gómez-Peresmitré G, Platas S, Velasco V. Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2017 Jun [citado 18 julio 2019]; 8(1): 49-55. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000100049&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.10.001.
35. Jáuregui-Lobera Ignacio, Santiago María José. Impulsividad y conducta alimentaria en varones. Nutr. Hosp. [Internet]. 2017 Feb [citado 2019 Jul 26]; 34 (1): 165-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000100024&lng=es. http://dx.doi.org/10.20960/nh.992.
36. Ortiz LM, Aguiar C, Samudio GC, Troche A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge? Pediatr. (Asunción) [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 July 26]; 44(1): 37-42. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032017000100037&lng=en. http://dx.doi.org/10.18004/ped.2017.abril.37-42.
37. Becerra-Bulla F, Saavedra-Tavera YA, verano-Sepúlveda AY, Wilchez-Hurtado PP. Risk of eating disorders in a group of high school students of a school in Bogotá D.C., Colombia. 2016. rev.fac.med. [Internet]. 2018 Dic [citado 2019 Jul 26]; 66(4): 571-574. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112018000400571&lng=es. http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n4.62717.
38. Amaya-Hernández A, Alvarez-Rayón G, Ortega-Luyando M, Mancilla-Díaz JM. Influencia de pares en preadolescentes y adolescentes: Un predictor de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2017; [citado 2019 jul 26] 8(1):31-39. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425749960004
39. Guzmán-Saldaña R, Saucedo-Molina TdJ, García Meraz M, Galván García M, del Castillo Arreola A. Imagen corporal e índice de masa corporal en mujeres indígenas del estadode Hidalgo, México. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2017 [citado 2019 jul 26]; 8(1):56-62. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425749960007
40. Concha Mirauda, D, Cruzat-Mandich, C, Moore, C, Ugarte, ML, Díaz-Castrillón, F. Kundalini yoga en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: Un estudiocualitativo. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2017; [citado 2019 jul 26] 8(1):82-94. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425749960010

Anexo 3. Correo electrónico de invitación a expertos

¡Buen día!

Soy Andrea Cacho, estudiante de la Maestría en Nutrición Clínica en la Universidad Iberoamericana Puebla, actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis, el cual se titula "Validación de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla."

Adjunto documento donde se describe la importancia del proyecto.

Como parte de la metodología, es necesario que realice entrevistas a profundidad semiestructuradas a especialistas en Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo que me gustaría invitarla a participar como nutrióloga/psicóloga **Experta** en el tema. Su colaboración será de suma importancia para el proyecto ya que, a partir de ella, se obtendrán los ítems que conformarán al Instrumento de Detección de Conductas Alimentarias de Riesgo.

El tema principal de la entrevista será Conductas Alimentarias de Riesgo en la adolescencia tardía, comprendida entre los 18 y 20 años de edad.

Otros temas a tratar serán: Ayuno, restricción alimentaria, atracón, vómito provocado, ejercicio físico excesivo, redes sociales como espacio de riesgo, consumo de suplementos y productos milagro y frases o afirmaciones que más se repiten entre pacientes con TCA.

Debido a la contingencia, la entrevista sería a través de la plataforma Zoom en cualquiera de los siguientes horarios disponibles:

-Semana del 15 al 19 de junio: lunes, miércoles y viernes después de las 6:00 pm, martes y jueves: a disponibilidad del entrevistado (sujeto a cambios por mi reincorporación a actividades laborales).

-Semana del 22 al 26 de junio: lunes a jueves: después de las 6 de la tarde.

Su participación sería muy valiosa para el desarrollo del proyecto.

Sin más por el momento y esperando la confirmación de su participación, se despide de usted.

LNCA. Andrea Cacho Campillo

Estudiante de la Maestría en Nutrición Clínica.

Anexo 4. Importancia del proyecto (enviado por correo)

Validación de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Andrea Cacho-Campillo

Planteamiento del Problema

En los últimos años, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad crónica más común en la adolescencia y la adolescencia tardía o "primera juventud". Esto se debe a la etapa en la que se encuentran dentro de su desarrollo, así como a la presión que la vida universitaria significa (1), del mismo modo la influencia de los pares ocasiona una mayor preocupación por la imagen corporal y su relación con el sentido de pertenencia a un grupo, lo cual lleva a promover conductas alimentarias fuera de lo normal y de alto riesgo (2). Actualmente, la Universidad Iberoamericana Puebla no cuenta con un estudio de este tipo, ni con un instrumento de tamizaje para detectar Conductas Alimentarias de Riesgo en alumnos de nuevo ingreso a las licenciaturas ofertadas en distintos departamentos de la universidad.

Justificación

El desarrollo de un instrumento validado para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciaturas de la Universidad Iberoamericana Puebla servirá para que las autoridades correspondientes de la institución estén enteradas de la posibilidad que tienen sus estudiantes de presentar un TCA o de practicar alguna CAR.

Se pretende que dicho instrumento sea un material de tamizaje de CAR orientado a la prevención, teniendo como características principales facilidad y sencillez de aplicación e interpretación, pudiendo utilizarse por todos los coordinadores, el personal de la Clínica de Nutrición, el servicio médico y el OPTA, así como en otras universidades privadas.

De igual manera, al ser un instrumento de tamizaje de CAR abordado desde la nutrición y la relación directa del paciente con el alimento y su aporte energético, así como con diversos factores evaluables dentro del estilo de vida, los ítems podrán ser incluidos en una historia clínica nutriológica de rutina.

Producto de la Investigación

Se pretende que al final de la investigación se cuente con un instrumento de tamizaje de Conductas Alimentarias de Riesgo validado para estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla, con formato de Escala Likert, con el cual sea posible la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Este instrumento contará con aproximadamente 25 reactivos, los cuales serán divididos en 8 dimensiones, cada una correspondiente a uno de los siguientes temas: ayuno, restricción, vómito provocado, atracón, uso excesivo de suplementos alimenticios, uso de redes sociales tóxicas y fanatismo alimentario y a la salud.

Resultados esperados

Asimismo, se pretende obtener un dato estadístico del porcentaje de alumnos de nuevo ingreso a licenciatura con Conductas Alimentarias de Riesgo para poder ofrecer una intervención temprana.

Referencias

1. Escalar-Llamazares M et al. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios. Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet] 2017 [Citado 10 septiembre 2018] ; 8(2): 105 a 113 Disponible en: http://www.mdalys.org/pdf/0263/0263027276003.pdf
2. LearnPsychology. Eating Disorders on Campus. [Internet] Disponible en: https://www.learnpsychology.org/mental-health/eating-disorders/ [Citado: 10 de septiembre de 2018].

Anexo 5. Carta de Consentimiento informado para expertos

Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla

Explicación de los Procedimientos

Si usted acepta dar su consentimiento para participar en **Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla** deberá acudir la entrevista para el panel de expertos de 90 minutos de duración en donde se discutirán aspectos necesarios para la creación de dicho instrumento, respondiendo preguntas sobre las principales Conductas Alimentarias de Riesgo y características de éste tipo de pacientes y pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, si es necesario realizar otra entrevista para completar la investigación se solicitará su participación nuevamente. Una copia de este documento será guardada junto con los registros de investigación para este estudio.

A través de esta carta de consentimiento informado **solicito autorización para grabar la entrevista** en la cual participará. Puede decidir si desea apagar su cámara y sólo se grabará el audio.

Confidencialidad y circunstancias que pueden llevar al término de su participación

Su nombre y datos personales no serán revelados en ningún reporte de este estudio. Toda información personal recolectada permanecerá confidencial, así como la información de toda índole, relacionada con los intercambios de información derivados de la relación de estudio desarrollada entre la Universidad Iberoamericana Puebla y el panel de expertos. En el caso de posibles publicaciones con fines académicos, estas se podrán realizar con previa autorización escrita de las instituciones involucradas, la identidad del participante nunca será revelada a menos que se solicite y autorice. Su participación en el panel de expertos para la Validación de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla es voluntaria.

Costos y compensaciones

El participar en este estudio no le genera ningún costo y no se recibirá ninguna compensación por participar.

Acuerdo

Este acuerdo sostiene que ha recibido la carta de consentimiento informado y se compromete a asistir a la entrevista y responder de la forma más cercana al a realidad posible. No se prevé ningún riesgo. Su firma en la parte inferior indica que usted está de acuerdo en participar en este estudio.

Declaración

Yo, la/el firmante, he comprendido la información previa, la cual me ha sido explicada en forma clara y completa. Yo tuve la oportunidad de formular preguntas, cada una de las cuales fue respondida de forma satisfactoria. Asimismo, otorgo mi autorización para grabar la entrevista realizada.

Yo estoy de acuerdo con formar parte de este estudio.

Nombre de la participante: _____ Fecha: / / Firma: _____

Anexo 6. Entrevista a expertos

Entrevista a profundidad semiestructurada:

- ➔ Durante la entrevista poner atención e ir preguntando más a profundidad sobre lo que mencione y sea valioso para la entrevista.

AYUNO

1. ¿Cómo vive el ayuno un paciente con TCA o CAR?
2. ¿Cuáles son las principales características de esta CAR?
3. ¿Qué es lo más común para un paciente en la práctica del ayuno?
4. ¿Cuáles son algunas de las motivaciones principales para que un paciente practique el ayuno?
5. ¿Cuáles son las frases más utilizadas por un paciente con TCA y/o CAR que practica ayunos?
6. ¿Qué pregunta desencadenaría que un paciente que practica ayuno y lo está ocultando, lo exprese?
7. Si hubiera una afirmación que pudiera ser utilizada para el diagnóstico del ayuno, ¿cuál sería?

RESTRICCIÓN

8. ¿Cómo vive la restricción un paciente con TCA y CAR?
9. ¿Cuáles son los principales alimentos que se restringen?
10. ¿Cuáles son las principales características de esta CAR?
11. ¿Qué es lo más común para un paciente en la práctica de la restricción?
12. ¿Cuáles son algunas de las motivaciones principales para que un paciente practique la restricción?
13. ¿Cuáles son las frases más utilizadas por un paciente con TCA y CAR que practica restricción?
14. ¿Qué pregunta desencadenaría que un paciente que practica la restricción y lo está ocultando, lo exprese?
15. Si hubiera una afirmación que pudiera ser utilizada para el diagnóstico de la restricción, ¿cuál sería?

VÓMITO PROVOCADO

16. ¿Cómo vive un paciente con TCA y CAR los episodios purgativos?
17. ¿Cuáles son las principales características de esta CAR?
18. ¿Qué es lo más común para un paciente en la práctica del vómito provocado?
19. ¿Cuáles son algunas de las motivaciones principales para que un paciente practique el vómito provocado?
20. ¿Cuáles son las frases más utilizadas por un paciente con TCA y CAR que practica el vómito provocado?
21. ¿Qué pregunta desencadenaría que un paciente que practica el vómito provocado y lo está ocultando, lo exprese?
22. Si hubiera una afirmación que pudiera ser utilizada para el diagnóstico del vómito provocado, ¿cuál sería?

ATRACÓN

23. ¿Cómo vive un paciente con TCA y CAR los episodios de atracón?
24. ¿Cuáles son las principales características de esta CAR?
25. ¿Cuál es el origen del atracón?

26. ¿Cuáles son los alimentos que más se utilizan en atracones?
27. ¿Qué es lo más común para un paciente en la práctica de atracones?
28. ¿Cuáles son algunas de las motivaciones principales para que un paciente practique el atracón?
29. ¿Cuáles son las frases más utilizadas por un paciente con TCA y CAR que practica el atracón?
30. ¿Qué pregunta desencadenaría que un paciente que practica el atracón y lo está ocultando, lo exprese?
31. Si hubiera una afirmación que pudiera ser utilizada para el diagnóstico de atracones, ¿cuál sería?

EJERCICIO FÍSICO EXCESIVO (especial énfasis)

32. ¿Cómo vive un paciente con TCA y CAR los episodios de ejercicio físico excesivo?
33. ¿Cuáles son las principales características de esta CAR?
34. ¿Qué es lo más común para un paciente en la práctica ejercicio físico excesivo?
35. En promedio, ¿cuántas horas practica ejercicio físico excesivo un paciente con TCA?
36. ¿Qué tipo de ejercicio practica un paciente con esta CAR? ¿En qué espacios?
37. ¿Cuáles son algunas de las motivaciones principales para que un paciente practique ejercicio físico excesivo?
38. ¿Cuáles son las frases más utilizadas por un paciente con TCA y CAR que practica el ejercicio físico excesivo?
39. ¿Qué pregunta desencadenaría que un paciente que practica ejercicio físico excesivo y lo está ocultando, lo exprese?
40. Si hubiera una afirmación que pudiera ser utilizada para el diagnóstico de ejercicio físico excesivo, ¿cuál sería?

UTILIZACIÓN DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN EXCESO (especial énfasis)

41. ¿Cómo vive un paciente con TCA y CAR la utilización de suplementos alimenticios y productos milagro?
42. ¿Se consideraría como una CAR? Principalmente en hombres correlacionado con el deseo de masculinidad, la autoestima y con la internalización de la estética delgada ideal y en las mujeres por deseo de cuerpo tonificado.
43. ¿Cuáles son las principales características de esta CAR?
44. ¿Qué es lo más común para un paciente en el consumo de suplementos alimenticios en exceso relacionado al deseo de masculinidad en hombres y del deseo de cuerpo tonificado en mujeres?
45. ¿Cuáles son algunas de las motivaciones principales para que un paciente practique la utilización de suplementos alimenticios en exceso?
46. ¿Cuáles son las frases más utilizadas por un paciente con TCA y CAR que utiliza suplementos alimenticios en exceso?
47. ¿Qué pregunta desencadenaría que un paciente que practica uso excesivo de suplementos alimenticios y lo está ocultando, lo exprese?
48. Si hubiera una afirmación que pudiera ser utilizada para el diagnóstico del uso excesivo de suplementos alimenticios correlacionado con el deseo de masculinidad en hombres y de cuerpo tonificado en mujeres, ¿cuál sería?

INFLUENCIA DE REDES SOCIALES (especial énfasis)

- ➔ Es decir, redes sociales que inciten a practicar CAR y que contengan desinformación como cuentas de Instagram manejadas por "*influencers*" que inciten

principalmente a la práctica de dietas muy restrictivas y de “moda” además de ejercicio físico excesivo, consumo de suplementos, retos de 21 días, que están llenas de “optimismo tóxico” y que refuercen la interiorización del ideal estético de la delgadez, junto con “*body shaming*” a cuerpos grandes.

49. ¿Cómo vive la influencia de redes sociales un paciente con TCA y CAR?
50. ¿Cuáles son las principales características de esta CAR?
51. ¿Qué es lo más común para un paciente en el uso de redes sociales?
52. ¿Cuáles son algunas de las motivaciones principales para que un paciente con TCA practique el uso de redes sociales?
53. ¿Qué es lo que más busca un paciente con TCA en las redes sociales?
54. ¿Cuáles son las frases más utilizadas por un paciente con TCA y CAR que sigue a este tipo de cuentas?
55. ¿Qué pregunta desencadenaría que un paciente que revisa estas redes sociales y lo está ocultando, lo exprese?
56. Si hubiera una afirmación que pudiera ser utilizada para evaluar la influencia del uso de redes sociales ¿cuál sería?
57. ¿Qué siente un paciente con TCA y CAR al revisar este tipo de cuentas?
58. ¿En qué prácticas promovidas por estas redes se engancha con más frecuencia y facilidad un paciente con TCA?

FANATISMO A LA SALUD Y ORTOREXIA (especial énfasis)

- ➔ Fanatismo alimentario: CAR que deriva en ortorexia → TCA basado en una concepción radical de la alimentación sana, desde el control obsesivo y estricto de cada alimento que se ingiere con el objetivo de asegurarse que es sano.

59. ¿Cómo vive el fanatismo alimentario un paciente con TCA y CAR?
60. ¿Cuáles son las principales características de esta CAR?
61. ¿Qué es lo más común para un paciente en la práctica del fanatismo alimentario?
62. ¿Cuáles son algunas de las motivaciones principales para que un paciente practique el fanatismo alimentario?
63. ¿Cuáles son las frases más utilizadas por un paciente con TCA y CAR que practica fanatismo alimentario?
64. ¿Qué pregunta desencadenaría que un paciente que practica fanatismo alimentario y lo está ocultando, lo exprese?
65. Si hubiera una afirmación que pudiera ser utilizada para el diagnóstico del fanatismo alimentario, ¿cuál sería?

Anexo 7. Transcripción de entrevistas a expertos

7.1 Entrevista a expertos: Experta 1.

Experta 1: Nutrióloga Especialista en TCA. Clínica Ángeles TCA de Puebla.

Restricción

1. Dietas restrictivas.
2. Comienza como dieta restrictiva por un corto periodo de tiempo y se enganchan.
3. Están en una dieta constante, cada vez quitando más alimentos.
4. Prototipo de cuerpo aceptado por la sociedad.
5. Ejercicio excesivo con tal de tener este cuerpo *fit.*
6. Alimentación extremadamente saludable.
7. Miedo a otro tipo de alimentos (no saludables).
8. Usualmente llegan a tener un alimento prohibido.
9. Se crean una idea de que es malo, es un alimento que les puede afectar ya sea porque van a subir de peso o incluso les puede afectar físicamente.
10. Al restringir grupos de alimentos hay una restricción muy fuerte.
11. No quiere decir que el paciente no quiera el alimento, usualmente es el alimento que más se les antoja.
12. Mala percepción de la imagen.
13. Llegan a verse de una manera que no es real.
14. Crean restricción porque no estoy llegando al punto en el que yo quiero verme.
15. No estoy llegando al punto como yo quiero verme en el espejo.
16. Y entonces no es sólo un alimento, es todos parejo.
17. Voy quitando de todos los grupos de alimentos.
18. Hasta llegar a porciones mínimas donde yo puedo controlar o me puedo sentir cómodo en la alimentación.
19. Porque sigo quitando estos alimentos para llegar a un peso que le llaman ideal ojo, usualmente este peso que le llaman ideal casi siempre se va moviendo, porque lo van bajando.
20. Hay un estereotipo de cuerpo al que quieren llegar.
21. Número de peso específico al que quieren llegar que es considerado como ideal “esta es mi meta y tengo que llegar esa meta”.

22. Usualmente se empieza a mover esa meta.
23. Llegar a ese punto donde en teoría el paciente cree que es correcto estar o cree que es el mejor estado para el físicamente lograrlo.
24. El paciente llega a consulta porque está completamente consciente de que algo está pasando y plenamente lo expresa.
25. El paciente llega, pero está completamente negado hacia la enfermedad.
26. Casi siempre el inicio es que realmente pues se abran a darse cuenta que si están padeciendo este trastorno.
27. No es normal este tipo de restricción que están haciendo.
28. Las entrevistas nutricionales a todo el mundo le caen mal.
29. Lo que más funciona es ser completamente directo.
30. ¿Tienes algún alimento que te da miedo?
31. ¿Cuál es tu consumo constante de Hidratos de Carbono?
32. ¿Cuál es tu consumo constante de proteínas?
33. Cuando llegas a consumir chocolates, pasteles, algún tipo de alimento chatarra ¿cómo te sientes?
34. Las nutriólogas usualmente no preguntamos si tienen un peso ideal.
35. No preguntamos el por qué tenemos ese peso ideal.
36. No preguntamos el motivo por el cual queremos bajar de peso.
37. el tipo de pacientes que he tenido usualmente han pasado por muchas nutriólogas anteriormente.
38. Los nutriólogos dicen “estás en tu peso, pero te ayudo a bajar 5 kilitos más” y entonces ahí se empieza a hacer algo obsesivo porque siempre es el “ok puedo un poco más”.
39. El número ideal empieza a bajar “Ya bajé 5, uno más no pasa nada”.
40. “Yo quiero estar en tal peso”.
41. O mi peso ideal me lo dijeron que era este.
42. Utilizan mucho la escala de los 10 menos.
43. Haz de cuenta si yo mido 1.60, tengo que pesar 50 pero para mí 50 puedo pesar 49.
44. Llegan con muchos mitos.
45. No comer carbohidratos después de las 6 de la tarde.
46. La fruta engorda.
47. Si te comes un pastelito entonces tienes que hacer 6 horas de ejercicio para poder quemarlo

48. Llegan con todos esos mitos de manera afirmativa.
49. Porque se sienten completamente seguros de que son ciertos.
50. Es algo que incluso practican día a día.

Redes Sociales

51. Es donde más consultan.
52. Me llegan con *influencers* y me dicen no es que este *influencer* dijo esto.
53. Normalmente buscan (en redes sociales) el cuerpo *fit.*
54. Usualmente llegan con fotos de los mismos *influencers* “es que yo me quiero ver así”.
55. Llegan a buscar mucho lo que en teoría llaman “nutrición saludable” pero son cuentas en las que todo es vegano, únicamente utilizan harina de almendras, de coliflor.
56. Cosas así que estén completamente como yo le llamo más que no son reales porque tu alimentación no es real de esa manera no puedes vivir a base de eso además de que tu cuerpo necesita de otro tipo de alimentos también y ese tipo de cuentas son de las que más buscan.
57. Son las dos referencias más fuertes, la alimentación en teoría *“healthy” /*vegana porque es más o menos lo que están buscando y el “cuerpo *fit.*
58. Bombardeo constante.
59. Un anuncio de una actriz que antes estaba muy gordita y ahora esta delgada.
60. Lo ponen como publicidad y no se dan cuenta de que no hay nadie profesional detrás de eso y de que puede haber un daño gravísimo, físicamente, emocionalmente y a muchas otras cuestiones.
61. Muchos *influencers* están sacando su proteína.
62. “Yo quiero tener esa vida, yo quiero tener ese cuerpo, yo quiero ser ese tipo de *influencer* donde me manden todo lo que hay porque ahora a los *influencers* les mandan que si ropa deportiva, que tenis, que representan 20 marcas.
63. Llegan a consumir este tipo de proteínas, de alimentos que promocionan como engañosamente saludables y eso hace que estén como que con tanto bombardeo y tantas ganas de estar buscando esta información en redes sociales.
64. El consumo de suplementos, muchísimo “me tomo las pastillas me tomo la proteína que traen 20 químicos me tomo el colágeno porque supuestamente hace tal cosa, incluso hasta fibras para ayudar al tracto gastrointestinal”.

65. Lo que más más si son los productos porque al final, somos personas de alto consumo o sea lo que te ponga enfrente si te lo ponen bonito con un *influencer* que ahorita está con todo lo vas a tratar de buscar o lo vas a consumir o por lo menos te vas a meter a ver si es cierto, si sirve y qué es lo que tiene.
66. Ahorita es incluso la aceptación de cuantos *likes* me estás dando si tomo una foto en bikini o si pongo una foto con uno shorts.
67. Si yo subo una receta igual y recibo tanto número de likes algo muy significativo normal, pero si yo llego a subir modelando un *outfit* de ejercicio de alguna marca equis para hacer ejercicio, de ropa lo que sea es una cosa impresionante la cantidad de *likes* que recibo.
68. La imagen corporal es lo que está vendiendo constantemente, como te digo los productos milagro.
69. Y está esta parte en la que los adolescentes tienen diferentes grupos en los que lo que hacen es primero mandan a esos grupos la foto y entonces es como si súbela, no es que sabes que se te ve tantito, no se te ves un poquito más subida de peso de lo normal o no se te ven bien estos *jeans* entonces no la subas o si la subes y todos los que están en ese grupo deben de ser *taggeados* en esa foto como cierto tipo de autorización o de aprobación para hacer este tipo de cosas en redes sociales.
70. El cuerpo *fit* va a llevar que tenga más *likes* en la red social.

Ejercicio compulsivo

71. Ejercicio de dos a tres veces al día por más de 2 horas y son ejercicios que son de una intensidad muy alta e incluso llegan a lastimarse.
72. Es muy común que vaya de la mano con una dieta restrictiva.
73. La principal motivación es mantener un cuerpo de estereotipo *fit.*
74. “Tengo que hacer ejercicio para poder lograrlo”.
75. Usualmente no consumen alimentos antes o después de hacer ejercicio.
76. “No ya hice ejercicio, ya lo quemé entonces no tendría caso el haber hecho ejercicio.
77. Si ya hice ejercicio ya quemé las calorías que tenía que hacer entonces no debo consumir alimento porque entonces no va a servir de nada el ejercicio.
78. Si hice ejercicio me merezco comerme ese alimento prohibido.
79. Porque lo merezco, porque ya compensé entonces posiblemente ya no me engorde.

Ayuno, atracón y vómito

80. Es una conducta que todos tenemos el clasificar alimentos como buenos y malos “este alimento es bueno porque no me engorda” “este alimento es malo porque me va a engordar”.
81. “Me lo prohibieron entonces voy y me lo como a escondidas”.
82. Creencia de que si no ingiero un alimento entonces va a hacer que no engorde
83. Me comí algo que no debía o me siento culpable por haber comido o cenado algo entonces hago un ayuno, me salto el desayuno y ya es una comida menos y es algo que me va a engordar menos.
84. *“*Comí demás, no debí de haber comido así”.
85. Las sensaciones de estar llenos en el cuerpo creen que es ya estoy subiendo de peso, me pasé, no debí de haber comido eso, haré ejercicio, vómito, laxantes.
86. No consumo lo que consumo normalmente, sino que me atasco por la desesperación que se está creando físicamente y emocional.
87. Constantemente estar “no me lo como, no me lo como porque voy a subir de peso”.
88. Estar pensando “que ya llegué la hora de la comida porque ya voy a poder comer”.
89. Ayuno- atracón-conducta compensatoria- ayuno más prolongado.
90. Vómito como CAR en ocasiones muy específicas “lo he intentado, pero no lo seguí haciendo”.
91. “Voy a deshacerme de este alimento a como dé lugar”.
92. Laxantes son muy comunes por la sensación de tope, “el laxante me va a ayudar a que salga todo”.
93. Cortar los pedacitos muy chiquitos.
94. Picar los alimentos, sin consumir como tal un platillo.
95. Picar durante todo el día un poquito de todo.
96. Son conductas que usualmente van de la mano con otras.
97. Las conductas que más han llegado en los últimos años son la restricción total a algún grupo de alimentos o picar.
98. El picar alimentos es muy constante.
99. Incluso nada más pellizcan de las cosas.
100. Ponerle palomita al “probé el alimento, no tuve la restricción total”.
101. Algunos pacientes nada más huelen los alimentos y los dejan como una manera de satisfacer el antojo.
102. Pico esto un poquito, si lo probé, si lo comí, pero no lo llevé a una restricción tan extrema.

103. “Ya lo tengo probado entonces no pasa nada”.

104. Hay alimentos que nada más prueban, pero no les provoca esta parte de “tengo que comer más”.

105. El atracón es cuando ven el pastel y pellizcaron, cuando viene el sabor “no puedo” es completamente descontrolado y van de pedacito en pedacito y cuando se voltean el pastel desapareció.

106. Usualmente es comida chatarra.

Fanatismo alimentario

107. Cuando hablamos de conducta de riesgo es cuando comienzan con una dieta.

108. “Voy a hacer una dieta de comer únicamente cosas saludables”.

109. “No me voy a salir de mi dieta.

110. “Voy a ser súper exigente y no voy a comer nada que no esté ahí”.

111. Llega una constante, mi dieta era en teoría una semana, ya llevo 2, ya llevo meses”.

112. Esta culpa o este miedo de salirse de este tipo de alimentos que son saludables o consumir algo que crean que les puede afectar físicamente o incluso orgánicamente.

113. “Es que no puedo comer nada de pan porque me voy a inflamar”.

114. “No porque se me va a crear esta úlcera”.

115. “Me va a dar diabetes”.

116. Preocupación constante de que pueda pasarles algo físicamente por el consumo de ciertos alimentos.

117. Alimentación milagro en la que con esa tú no te vas a enfermar.

118. Si llegas a salirte de esos alimentos, si llegas a consumir ciertas cosas que no están aceptadas dentro de esta alimentación o estos alimentos saludables viene esta preocupación.

119. La gente los consume sin siquiera saber qué es lo que están comiendo.

120. Es nada más por decir “Mi *smoothie* está hecho con leche de almendra”.

121. Los últimos pacientes que he estado viendo es una constante de …es que había una actriz que vio que era vegana entonces se metió dentro de su obsesión un poco por indagar un poco más en lo que era ser vegano a investigar y te puedo decir que lo único que ahora come es aguacate prácticamente.

122. Si yo me meto a investigar, en internet todo es malo, porque si no te inflama, te causa cáncer y si no te causa cáncer te causa diabetes y si no es diabetes entonces te van a salir las canas moradas, te inventan lo que sea.

123. Todo va de la mano, estamos hablando de redes sociales, de un estereotipo corporal, estamos hablando de actrices y al mismo tiempo estamos hablando de este tipo de conductas que están teniendo todos con tal de llegar a un cuerpo que no es posible porque no eres esa persona y es una imagen corporal completamente equivocada que tiene esa persona y la perspectiva de salud ha sido llevada de una manera en la que no debería ser así.

124. La gente se toma las cosas sin siquiera saber si les cae bien, ni siquiera saben si son alérgicos.

125. Juanita la *blogger* lo está promoviendo entonces yo me voy a tomar el litro de aceite de coco diario.

126. Realmente la gente lo hizo, te puedo asegurar que el 90% por la foto no porque disfrutara el café *(dalgona coffee*).

Adicción al resultado

127. Si hay una adicción al resultado tu paciente ya está entrando a un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

128. Esa aceptación, cuando todo mundo te dice oye que padre que bonito se siente que todo mundo halague el que esté bajando de peso.

129. Si empieza a ver un tipo de obsesión por una meta o por llegar a esa meta o seguir moviendo esa meta en la que tú habías establecido principalmente.

130. Hay una cuestión emocional que lo está motivando a seguir con este tipo de alimentación.

131. No estamos hablando de que está buscando salud, está buscando llegar a algo o llenar algo a un nivel emocional, no realmente nutricional.

132. ¿Tu motivo es salud o va por una cuestión emocional?

133. Si es salud va a llegar a un tope “me siento bien y estoy saludable” entonces voy por buen camino.

134. Si su motivación es seguir bajando de peso para entrar bien en esos *jeans* o tener el mismo cuerpo que tenía hace 3 años.

135. O porque le sigan diciendo que bien te ves → trasfondo emocional.

136. Su motivo de estudiar nutrición es saber “yo quiero saber todo de alimentación para así yo bajar de peso y estar siempre perfecta”.
137. Va más hacia un motivo de estereotipo belleza que realmente por salud.
138. El pesar a los alumnos en clase (nutrición) es exhibir al alumno y si ese alumno trae un trasfondo emocional por el cual está estudiando eso lo quiebras.
139. Le estas dando un motivo y una motivación más para que se vuelva un TCA.
140. Que lo hagan por salud, siendo sumamente cuidadosos del por qué se está haciendo eso.
141. Dejar por fuera muchos estereotipos de los nutriólogos.
142. Dejar de ir a consulta porque la nutrióloga no tiene el cuerpo que yo creo que debería de tener.
143. Es una persona increíblemente saludable en el peso que tiene.

7.1.1 Experta 1: Extracto de ítems relevantes para la investigación.

Restricción

1. Comienza como dieta restrictiva por un corto periodo de tiempo y se enganchan.
2. Están en una dieta constante, cada vez quitando más alimentos.
3. Ejercicio excesivo con tal de tener este cuerpo *fit.*
4. Alimentación extremadamente saludable.
5. Usualmente llegan a tener un alimento prohibido.
6. Se crean una idea de que es malo, es un alimento que les puede afectar ya sea porque van a subir de peso o incluso les puede afectar físicamente.
7. No quiere decir que el paciente no quiera el alimento, usualmente es el alimento que más se les antoja.
8. No estoy llegando al punto como yo quiero verme en el espejo.
9. hasta llegar a porciones mínimas donde yo puedo controlar o me puedo sentir cómodo en la alimentación.
10. porque sigo quitando estos alimentos para llegar a un peso que le llaman ideal ojo, usualmente este peso que le llaman ideal casi siempre se va moviendo, porque lo van bajando.
11. Número de peso específico al que quieren llegar que es considerado como ideal “esta es mi meta y tengo que llegar esa meta”.

12. Llegar a ese punto donde en teoría el paciente cree que es correcto estar o cree que es el mejor estado para el físicamente lograrlo.
13. ¿Tienes algún alimento que te da miedo?
14. ¿Cuál es tu consumo constante de Hidratos de Carbono?
15. ¿Cuál es tu consumo constante de proteínas?
16. Cuando llegas a consumir chocolates, pasteles, algún tipo de alimento chatarra ¿cómo te sientes?
17. Los nutriólogos dicen "estás en tu peso, pero te ayudo a bajar 5 kilitos más" y entonces ahí se empieza a hacer algo obsesivo porque siempre es el "ok puedo un poco más".
18. El número ideal empieza a bajar "Ya bajé 5, uno más no pasa nada".
19. Porque se sienten completamente seguros de que son ciertos.

Redes Sociales

20. Normalmente buscan (en redes sociales) el cuerpo *fit.*
21. Usualmente llegan con fotos de los mismos influencers "es que yo me quiero ver así".
22. Llegan a buscar mucho lo que en teoría llaman "nutrición saludable" pero son cuentas en las que todo es vegano, únicamente utilizan harina de almendras, de coliflor.
23. Son las dos referencias más fuertes, la alimentación en teoría "*healthy" /* vegana porque es más o menos lo que están buscando y el "cuerpo *fit".*
24. Un anuncio de una actriz que antes estaba muy gordita y ahora esta delgada
25. "Yo quiero tener esa vida, yo quiero tener ese cuerpo, yo quiero ser ese tipo de in*fluencer* donde me manden todo lo que hay porque ahora a los *influencers* les mandan que si ropa deportiva, que tenis, que representan 20 marcas.
26. Lo que más más si son los productos porque al final, somos personas de alto consumo o sea lo que te ponga enfrente si te lo ponen bonito con un *influencer* que ahorita está con todo lo vas a tratar de buscar o lo vas a consumir o por lo menos te vas a meter a ver si es cierto, si sirve y qué es lo que tiene.
27. Si yo subo una receta igual y recibo tanto número de *likes* algo muy significativo normal, pero si yo llego a subir modelando un *outfit* de ejercicio de alguna marca equis para hacer ejercicio, de ropa lo que sea es una cosa impresionante la cantidad de *likes* que recibo.

28. Y está esta parte en la que los adolescentes tienen diferentes grupos en los que lo que hacen es primero mandan a esos grupos la foto y entonces es como si súbela, no es que sabes que se te ve tantito, no se te ves un poquito más subida de peso de lo normal o no se te ven bien estos *jeans* entonces no la subas o si la subes y todos los que están en ese grupo deben de ser *taggeados* en esa foto como cierto tipo de autorización o de aprobación para hacer este tipo de cosas en redes sociales.

Ejercicio compulsivo

29. La principal motivación es mantener un cuerpo de estereotipo *fit.*
30. “Tengo que hacer ejercicio para poder lograrlo”.
31. Usualmente no consumen alimentos antes o después de hacer ejercicio.
32. “No ya hice ejercicio, ya lo quemé entonces no tendría caso el haber hecho ejercicio.
33. Si ya hice ejercicio ya quemé las calorías que tenía que hacer entonces no debo consumir alimento porque entonces no va a servir de nada el ejercicio.
34. Si hice ejercicio me merezco comerme ese alimento prohibido.
35. Porque lo merezco, porque ya compensé entonces posiblemente ya no me engorde.

Ayuno, atracón y vómito

36. Es una conducta que todos tenemos el clasificar alimentos como buenos y malos “este alimento es bueno porque no me engorda” “este alimento es malo porque me va a engordar”.
37. “Comí demás, no debí de haber comido así”.
38. Las sensaciones de estar llenos en el cuerpo creen que es ya estoy subiendo de peso, me pasé, no debí de haber comido eso, haré ejercicio, vómito, laxantes.
39. No consumo lo que consumo normalmente, sino que me atasco por la desesperación que se está creando físicamente y emocional.
40. Constantemente estar “no me lo como, no me lo como porque voy a subir de peso”.
41. “Voy a deshacerme de este alimento a como dé lugar”.
42. Cortar los pedacitos muy chiquitos.
43. Picar los alimentos, sin consumir como tal un platillo.
44. Picar durante todo el día un poquito de todo.

Fanatismo alimentario

45. “Voy a hacer una dieta de comer únicamente cosas saludables”.
46. “No me voy a salir de mi dieta.
47. “Voy a ser súper exigente y no voy a comer nada que no esté ahí”.
48. Llega una constante, mi dieta era en teoría una semana, ya llevo 2, ya llevo meses”.
49. Esta culpa o este miedo de salirse de este tipo de alimentos que son saludables o consumir algo que crean que les puede afectar físicamente o incluso orgánicamente
50. Preocupación constante de que pueda pasarles algo físicamente por el consumo de ciertos alimentos.
51. Si llegas a salirte de esos alimentos, si llegas a consumir ciertas cosas que no están aceptadas dentro de esta alimentación o estos alimentos saludables viene esta preocupación.
52. Es nada más por decir “Mi *smoothie* está hecho con leche de almendra”.
53. Juanita la *vlogger* lo está promoviendo entonces yo me voy a tomar el litro de aceite de coco diario.

Adicción al resultado

54. Si hay una adicción al resultado tu paciente ya está entrando a un Trastorno de la Conducta Alimentaria.
55. Esa aceptación, cuando todo mundo te dice oye que padre que bonito se siente que todo mundo halague el que esté bajando de peso.
56. Si empieza a ver un tipo de obsesión por una meta o por llegar a esa meta o seguir moviendo esa meta en la que tú habías establecido principalmente.
57. Su motivo de estudiar nutrición es saber “yo quiero saber todo de alimentación para así yo bajar de peso y estar siempre perfecta”.
58. Va más hacia un motivo de estereotipo belleza que realmente por salud.
59. Es una persona increíblemente saludable en el peso que tiene.

7.2 Entrevista a expertos: Experta 2.

Experta 2: Maestra en gestión de la salud, con especialidad en TCA por la fundación Ellen West: Nutrióloga Especialista en TCA, especialización en Políticas Públicas relacionadas con la Alimentación y la Obesidad.
Importancia: Realizar el abordaje desde el inicio de la enfermedad, si no se hace el abordaje y la intervención temprana, después vemos problemas crónicos y sub-diagnósticos.

Principales CAR en la adolescencia tardía:

1. Síntomas o manifestaciones que se dan dentro de una persona que tiene como preocupación excesiva hacia su imagen corporal, hacia su peso, hacia su figura.
2. Que cuenta las cosas que se está comiendo.
3. Tiene una preocupación excesiva también hacia las cosas que se está comiendo, si son sanas si no son sanas.

Factores Predisponentes

4. Bombardeados por el marketing sobre cómo debe ser nuestra estructura corporal.
5. Abrimos *Instagram y* “lo que desayuné hoy” ya se supone que ya es algo súper sano.
6. O igual están como todos estos retos “hice tantas abdominales” “hice tantas lagartijas” “hice tantas no sé qué” entonces eso está bombardeando.

Factores Precipitantes

7. Puede ser que alguien te hizo un comentario en un mal momento que tú estabas estresado por un examen o que tú llegaste y entonces algo súper malo pasó o que el ligue que traías o alguien con quien tú querías pues ya no se hizo o te peleaste con tus amigos o el profe ya no te aceptó la tarea o te peleaste con tu familia.
8. Hizo que todo lo que ya traíamos, explote entonces empecemos a tener estas conductas.

Restricción

9. Ya no quiero consumir este alimento o ahorita no.
10. Empezamos a utilizar las palabras tipo dieta.
11. “Ahorita no porque estoy a dieta”.

12. Y entonces empezamos a restringir ciertos alimentos.
13. Y ciertos alimentos pueden ser desde lo que nosotros entendemos como alimentos calóricos, pueden ser papitas, o como pueden ser chocolates o galletas o *smoothies* con crema batida y todo eso.
14. Alimentos que nosotros pensamos que no son sanos.
15. O también carnes, alimentos de origen animal, estos alimentos también se pueden restringir por una dieta, estos alimentos también pueden ser muy restrictivos.
16. Si de repente empezamos a ver que ya no está consumiendo estos alimentos o que hay una negación total.
17. O que se está negando a ir por ejemplo “vamos todos a la cafe a comer” “vamos a la cafe todos a desayunar” y se está negando a ir o “no yo ya desayuné” o “yo ya fui” o “no yo ya no quiero” entonces ahí estamos empezando a ver un foquito rojo de una conducta que ya podemos entonces empezar a indagar un poquito más.
18. No quiere decir que el decir “no, yo ya no voy” súper eso es, sino que quiere decir que tenemos que empezar a investigar un poquito más para llegar realmente al punto de por qué está tomando esa decisión de esta creencia o por qué dentro de esta percepción que está empezando a tener, entonces está tomando esas elecciones.
19. También puede tener el que duerma todo el tiempo.
20. Aquí es algo bien que tenemos que entender: un trastorno en la conducta alimentaria, bueno un trastorno de la alimentación y la ingesta de alimentos puede tener como comorbilidad ansiedad y depresión.
21. Pero también la ansiedad y la depresión puede tener como comorbilidad anorexia o bulimia o trastorno por atracón, o sea no quiere decir que porque tengas depresión vas a tener un TCA, pero si puede ser comorbilidad y porque tengas un TCA no quiere decir que tengas depresión y ansiedad, no son lo mismo.
22. Otra conducta puede ser que fumen mucho o tomen mucho café, o que tomen mucho alcohol, o que tomen o ingieran alguna otra sustancia psicotrópica por ejemplo esa puede ser alguna otra conducta de riesgo que nosotros podemos comenzar a ver para la presencia de algún TCA.

Redes Sociales

23. Es fuertísimo porque justo por esta ansiedad que puede existir tan elevada.

24. Primero, debe haber un tratamiento también médico y psiquiátrico, pero si no lo hay porque ni siquiera está diagnosticado, es muy fuerte.
25. Porque justo es este bombardeo de lo que uno quiere ser o de lo que uno pretende ser, de esa presión de lo que uno quiere llegar a ser.
26. Entonces cuando existe todo este bombardeo de lo que es “comer correcto” entre comillas, lo que vemos que es “comer correcto”.
27. Lo que vemos que son los alimentos así los *“superfoods”* o lo todo orgánico o lo todo ecológico o los retos, entonces ahí si es un gran problema que debemos nosotros como profesionales a la salud de contrarrestar.
28. Una, por ejemplo, en la nueva norma, en la actualización de la 051 del etiquetado, se supone que se van a regular los productos para que ya no todos digan orgánico, ya no todos digan ecológicos, para que empiece a haber esta regulación.
29. Nosotros como profesionales de salud debemos también de convertir en agentes, nosotros también nos debemos de hacer presentes en las redes sociales y de unirnos como gremio y de decir “a ver, así es esto” y sí desmentir, pero con las bases necesarias.
30. Uno ve, y por ejemplo lo primero que ve es únete a la dieta *keto,* y bueno la dieta *keto* no es para todos, pero entonces ya se ve que la dieta keto es para todos y que todos la van a seguir y entonces eso es lo súper milagroso, entonces eso si te lleva a una conducta de riesgo.
31. Porque estás haciendo algo que no le está dando bien a tu organismo, te está llevando a ayunos prolongados, te está llevando a que tu cuerpo no está ingiriendo lo suficiente y después puedes ocasionar un trastorno.
32. No estamos viendo la dimensión de lo que está sucediendo realmente en toda esta complejidad dinámica de las redes sociales.
33. Es importante que nosotros también hagamos como esta contraparte de decir bueno esa dieta te voy a informar que esto no te conviene a ti porque por esto por esto por esto y por esto.
34. O el ayuno intermitente, tampoco es para todos, entonces el ayuno intermitente funciona bajo estas condiciones y con estos pacientes, pero a ti tampoco porque tú tienes estas características.
35. Y si aunado a eso es un paciente que tiene conductas de riesgo pues entonces obviamente a él no lo vamos a meter en un ayuno intermitente, a él no lo vamos a

meter en algo restrictivo, a él lo vamos a meter más bien en algo sensitivo para que pueda entonces volver a recobrar.

36. Eso se puede identificar preguntando si sigue *influencers.*
37. ¿Cuántos *influencers* sigues?
38. ¿Cuáles son los tipos de *influencers* que sigues?
39. ¿De dónde obtienes tu dieta?
40. ¿De dónde obtienes tus rutinas?
41. ¿De dónde obtienes los artículos que lees?
42. ¿De dónde obtuviste este producto?
43. ¿Dónde viste este producto?
44. ¿Por ejemplo, si ingieres proteínas quien te las recomendó?
45. ¿En dónde las viste?
46. ¿Cómo las viste?
47. ¿Quién te las provee? entonces haciendo ese tipo de indagaciones nosotros podemos ver que tanta la influencia le llega al paciente a través de estos medios.
48. Y así podemos contrarrestar nosotros con información válida y podemos hacer también la gestión de redes sociales que es importantísimo, es básico no nos podemos tampoco nosotros quedar en que tampoco lo hagamos.
49. Se tendrían que hacer estas preguntas bien específicas de "¿tú has seguido una dieta?
50. ¿Quién te la recomendó?
51. ¿Lo has visto en redes sociales?
52. ¿quién de redes sociales?
53. ¿Has seguido alguna dieta de redes sociales?
54. ¿De qué red social?
55. Generar herramientas para tener un mejor tratamiento con el paciente.
56. Si el paciente le llega mucho "me encanta *Instagram"* entonces yo todo de *Instagram* entonces yo veo y es como su mayor bombardeo.
57. Entonces es preguntarle cómo ok, vamos a ver de dónde, yo estoy metido en grupos de *Facebook* entonces todos mis grupos de *Facebook* dicen que estas dietas son las que ahorita están de moda.
58. O estos retos son los que ahorita están de moda.

59. ¿Cuáles son tus grupos?, pero no de una forma regañona o inquisitiva, sino de una forma de decir ok vamos a verlo porque es importante para conocer la historia de lo que tu llevas.
60. Preguntándole para saber hasta dónde está el involucrado en todas estas cosas.
61. Medir cuál es su red social favorita, cuales son en donde más se mete.
62. Lo que más buscan son soluciones mágicas.
63. También buscan tipos, acompañamiento, se busca generar como grupos, que haya alguien que sienta lo mismo que yo, yo no estoy tampoco solo.
64. Gran parte del por qué estas redes sociales tengan tanto éxito es porque se generan grupos en donde dicen "vamos todos con esto" "y ahora todos desayunamos esto".
65. Las personas lo hacen porque una: buscan soluciones, pero buscan soluciones fáciles porque también nosotros no hemos sabido brindar o llegar de la forma adecuada y una de las cosas para llegar de la forma adecuada es preguntar de la forma adecuada.
66. Realizar las preguntas bien puntuales para poder llevar al paciente que el instrumento lleve tal forma que sea algo así como tan suavecito, tan sutil que sea que de repente tú ya lo sabes todo.
67. Haciendo mucha pregunta relacionada a suplementación, conductas compensatorias inadecuadas, dividirlo como en 2 partes.
68. ¿Tiene algún alimento que no le gusta? y ¿por qué? entonces ya te dice.
69. "La carne súper engorda".
70. No me gusta la carne porque su sabor tiene un sabor como muy ferroso, pero el pollo siempre me lo como eh, es diferente y con esa te sigues y ya sin ningún problema.
71. "Yo no puedo comer carne porque la carne pues me engorda".
72. "la carne no es sana".
73. "yo no como cereales, ni un cereal, yo no me voy a comer ningún cereal porque mi dieta es cero cereales".
74. "porque soy intolerante al *gluten* entonces pues yo me súper cuido".
75. Con eso entonces ya te puedes seguir no, ¿y cómo supiste que eres intolerante al *gluten?*
76. ¿De dónde obtuviste esta información?
77. ¿cuáles otras dietas has tenido?
78. ¿Lo obtuviste a través de una red social?

79. ¿Qué tan frecuente es esto? Estas ideas que tienes.
80. Hay un *boom* en subir fotos de “antes y después” justo por la insatisfacción de la imagen corporal.
81. El peso es algo que reafirma y cuando es un indicador que va a reafirmar la aceptación de una persona entonces ahí se vuelve un factor de mantenimiento.
82. El poner fotos de antes y después.
83. El poner que ahora estoy haciendo un ayuno prolongado de 72 horas.
84. Te están haciendo entonces que tú estás entrando en estos retos, que estás entrando en el antes y después, tú estás haciendo entonces que tu vida se acepte por la idealización sociocultural e histórica que ya traemos y ni siquiera nos hemos dado cuenta, esto es bien importante que se vea y que se entienda.
85. ¿Sientes tu estómago muy lleno?
86. Siento mi estómago muy lleno y lo odio, odio sentir mi estómago lleno.
87. Me genera asco sentir mi estómago lleno.
88. Tengo una insatisfacción siempre, repulsión.
89. No me siento capaz, me siento débil, inseguro.
90. Se reafirma cuando lo vemos en redes sociales en fotos de antes y después cuando ya logré este reto de cosas que no son saludables.
91. En ese momento es cuando se logra una aceptación social.
92. Es un instante, voy a querer más porque va a decir “no estoy llegando a lo que yo quiero”.
93. Si no hay trastorno no hay conducta compensatoria.
94. Esa sensación de que está ahí algo (agua) puede recurrir a una conducta compensatoria inadecuada.
95. Puede ser que existan estas otras ideas fatalistas “el agua me va a hacer retener líquidos” entonces yo no puedo con esto.
96. Cuando hay una conducta de riesgo puede que también haya una restricción.
97. Entonces puede ser que se sienta como muy lleno entonces diga “comí un buen, entonces no ceno y mañana no desayuno”.
98. “Fue la comida de no sé quién y comí pastel, pues no ceno mañana y me voy a ir al gimnasio “.
99. Hay este ambiente que te dice “ay ya te estás comiendo otro al ratito te vas a tener que ir a hacer ejercicio”.
100. Ese es un factor predisponente, el ambiente te va a llevar a hacerlo.

Ejercicio compulsivo

101. Como conducta compensatoria inadecuada, deshacerme de esto que me está haciendo mal, que me está haciendo miserable y que me está envenenando
102. “Voy a hacer ejercicio para al rato comerme esta galleta” o “para al rato comerme este pan”.
103. Usualmente son como con hidratos de carbono o algo así, con dulcecito y cosas así.
104. Es como para decir “sí me lo gané”.
105. Pero, aunque se lo ganó sigue habiendo esta idea “si me lo gané, pero creo que me pasé”.
106. Ambigüedad sí, pero no.
107. Por eso nunca se llega la meta.
108. Nunca se llega al lugar cuando se baja de peso.
109. Cuando se empieza a hacer mucho ejercicio tampoco se llega al lugar.
110. Porque nunca es suficiente, porque la aceptación corporal nunca es suficiente.

Fanatismo alimentario

111. ¿Si no estás comiendo orgánico que estás haciendo con tu cuerpo y con el medio ambiente?
112. Es una conducta de riesgo si la persona está consumiendo de éstos y no quiere consumir alimentos de ninguna otra, o sea si hay una negación para consumir cualquier otro alimento que esté fuera de éstos, esto también se puede tomar para ver que aquí hay algo, porque no es normal que todo sea totalmente orgánico ni que todo sea de esa forma.
113. El paciente se va a ir con esta misma idea de que todo todo todo debe ser orgánico.
114. ¿En dónde lo escuchaste?, a ver enséñame, vamos a ver juntos el producto.
115. Si hay estas conductas de todo orgánico y todo *“free”* de todo lo que sea entonces dar educación para que no se convierta en un trastorno.

7.2.1. Experta 2: Extracto de ítems relevantes para la investigación.

Principales CAR en la adolescencia tardía:

1. Que cuenta las cosas que se está comiendo.

Factores Predisponentes

2. Bombardeados por el marketing sobre cómo debe ser nuestra estructura corporal
3. Abrimos Instagram y “lo que desayuné hoy” ya se supone que ya es algo súper sano.
4. O igual están como todos estos retos “hice tantas abdominales” “hice tantas lagartijas” “hice tantas no sé qué” entonces eso está bombardeando.

Restricción

5. “Ahorita no porque estoy a dieta”.
6. Y entonces empezamos a restringir ciertos alimentos.
7. Alimentos que nosotros pensamos que no son sanos.
8. O también carnes, alimentos de origen animal, estos alimentos también se pueden restringir por una dieta, estos alimentos también pueden ser muy restrictivos.
9. Si de repente empezamos a ver que ya no está consumiendo estos alimentos o que hay una negación total.
10. O que se está negando a ir por ejemplo “vamos todos a la cafe a comer” “vamos a la cafe todos a desayunar” y se está negando a ir o “no yo ya desayuné” o “yo ya fui” o “no yo ya no quiero” entonces ahí estamos empezando a ver un foquito rojo de una conducta que ya podemos entonces empezar a indagar un poquito más.
11. Otra conducta puede ser que fumen mucho o tomen mucho café, o que tomen mucho alcohol, o que tomen o ingieran alguna otra sustancia psicotrópica por ejemplo esa puede ser alguna otra conducta de riesgo que nosotros podemos comenzar a ver para la presencia de algún TCA.

Redes Sociales

12. Porque justo es este bombardeo de lo que uno quiere ser o de lo que uno pretende ser, de esa presión de lo que uno quiere llegar a ser.
13. Entonces cuando existe todo este bombardeo de lo que es “comer correcto” entre comillas, lo que vemos que es “comer correcto”.

14. Lo que vemos que son los alimentos así los *"superfoods"* o lo todo orgánico o lo todo ecológico o los retos, entonces ahí si es un gran problema que debemos nosotros como profesionales a la salud de contrarrestar.
15. Uno ve, y por ejemplo lo primero que ve es únete a la dieta *keto,* y bueno la dieta *keto* no es para todos, pero entonces ya se ve que la dieta *keto* es para todos y que todos la van a seguir y entonces eso es lo súper milagroso, entonces eso si te lleva a una conducta de riesgo.
16. Porque estás haciendo algo que no le está dando bien a tu organismo, te está llevando a ayunos prolongados, te está llevando a que tu cuerpo no está ingiriendo lo suficiente y después puedes ocasionar un trastorno.
17. Eso se puede identificar preguntando si sigue *influencers.*
18. ¿Cuántos *influencers* sigues?
19. ¿Cuáles son los tipos de *influencers* que sigues?
20. ¿De dónde obtienes tu dieta?
21. ¿De dónde obtienes tus rutinas?
22. ¿De dónde obtienes los artículos que lees?
23. ¿De dónde obtuviste este producto?
24. ¿Dónde viste este producto?
25. ¿Por ejemplo, si ingieres proteínas quien te las recomendó?
26. ¿En dónde las viste?
27. ¿Cómo las viste?
28. ¿Quién te las provee? entonces haciendo ese tipo de indagaciones nosotros podemos ver que tanta la influencia le llega al paciente a través de estos medios.
29. Se tendrían que hacer estas preguntas bien específicas de "¿tú has seguido una dieta?
30. ¿Quién te la recomendó?
31. ¿Lo has visto en redes sociales?
32. ¿quién de redes sociales?
33. ¿Has seguido alguna dieta de redes sociales?
34. ¿De qué red social?
35. Generar herramientas para tener un mejor tratamiento con el paciente.
36. Entonces es preguntarle cómo ok, vamos a ver de dónde, yo estoy metido en grupos de *Facebook* entonces todos mis grupos de *Facebook* dicen que estas dietas son las que ahorita están de moda.

37. O estos retos son los que ahorita están de moda.
38. Lo que más buscan son soluciones mágicas.
39. También buscan tips, acompañamiento, se busca generar como grupos, que haya alguien que sienta lo mismo que yo, yo no estoy tampoco solo.
40. Gran parte del por qué estas redes sociales tengan tanto éxito es porque se generan grupos en donde dicen “vamos todos con esto” “y ahora todos desayunamos esto”.
41. ¿Tiene algún alimento que no le gusta? y ¿por qué? entonces ya te dice.
42. “La carne súper engorda”.
43. No me gusta la carne porque su sabor tiene un sabor como muy ferroso, pero el pollo siempre me lo como eh, es diferente y con esa te sigues y ya sin ningún problema.
44. “Yo no puedo comer carne porque la carne pues me engorda”.
45. “la carne no es sana”.
46. “yo no como cereales, ni un cereal, yo no me voy a comer ningún cereal porque mi dieta es cero cereales”.
47. “porque soy intolerante al gluten entonces pues yo me súper cuido”.
48. Con eso entonces ya te puedes seguir no, ¿y cómo supiste que eres intolerante al *gluten?*
49. ¿De dónde obtuviste esta información?
50. ¿cuáles otras dietas has tenido?
51. ¿Lo obtuviste a través de una red social?
52. ¿Qué tan frecuente es esto? Estas ideas que tienes.
53. Hay un boom en subir fotos de “antes y después” justo por la insatisfacción de la imagen corporal.
54. El peso es algo que reafirma y cuando es un indicador que va a reafirmar la aceptación de una persona entonces ahí se vuelve un factor de mantenimiento
55. El poner fotos de antes y después.
56. El poner que ahora estoy haciendo un ayuno prolongado de 72 horas
57. Te están haciendo entonces que tú estás entrando en estos retos, que estás entrando en el antes y después, tú estás haciendo entonces que tu vida se acepte por la idealización sociocultural e histórica que ya traemos y ni siquiera nos hemos dado cuenta, esto es bien importante que se vea y que se entienda.
58. ¿Sientes tu estómago muy lleno?
59. Siento mi estómago muy lleno y lo odio, odio sentir mi estómago lleno,

60. Me genera asco sentir mi estómago lleno.
61. Se reafirma cuando lo vemos en redes sociales en fotos de antes y después cuando ya logré este reto de cosas que no son saludables.
62. En ese momento es cuando se logra una aceptación social.
63. Es un instante, voy a querer más porque va a decir “no estoy llegando a lo que yo quiero”.
64. Puede ser que existan estas otras ideas fatalistas “el agua me va a hacer retener líquidos” entonces yo no puedo con esto.
65. Cuando hay una conducta de riesgo puede que también haya una restricción.
66. Entonces puede ser que se sienta como muy lleno entonces diga “comí un buen, entonces no ceno y mañana no desayuno”.
67. “Fue la comida de no sé quién y comí pastel, pues no ceno mañana y me voy a ir al gimnasio “.
68. Hay este ambiente que te dice “ay ya te estás comiendo otro al ratito te vas a tener que ir a hacer ejercicio”.
69. Ese es un factor predisponente, el ambiente te va a llevar a hacerlo.

Ejercicio compulsivo

70. Como conducta compensatoria inadecuada, deshacerme de esto que me está haciendo mal, que me está haciendo miserable y que me está envenenando.
71. “Voy a hacer ejercicio para al rato comerme esta galleta” o “para al rato comerme este pan”.
72. Pero, aunque se lo ganó sigue habiendo esta idea “si me lo gané, pero creo que me pasé”.
73. Por eso nunca se llega la meta.
74. Nunca se llega al lugar cuando se baja de peso.

Fanatismo alimentario

75. ¿Si no estás comiendo orgánico que estás haciendo con tu cuerpo y con el medio ambiente?
76. Es una conducta de riesgo si la persona está consumiendo de éstos y no quiere consumir alimentos de ninguna otra, o sea si hay una negación para consumir cualquier otro alimento que esté fuera de éstos, esto también se puede tomar para

ver que aquí hay algo, porque no es normal que todo sea totalmente orgánico ni que todo sea de esa forma.

77. El paciente se va a ir con esta misma idea de que todo todo todo debe ser orgánico.
78. Si hay estas conductas de todo orgánico y todo *"free"* de todo lo que sea entonces dar educación para que no se convierta en un trastorno.
79. Preguntarme siempre "¿cuál es el objetivo de mi pregunta? ¿esta pregunta a qué me va a llevar? ¿esta pregunta me lleva a esto? ¿cuáles son las respuestas? ¿qué puedo yo obtener con esto y que todo tenga una lógica, que el instrumento sea sutil y pueda llegar a un final y el entrevistado no se sienta súper vulnerable.
80. Historia clínica de hábitos o conductas alimentarias.
81. Que sea fácil, lo van a aplicar otras personas. Hoja de procedimientos muy explícita y clara en su aplicación.
82. Poner los criterios diagnósticos como referencia del DSM-V abajo de la hoja de procedimientos para que sea más fácil el tamizaje.

7.3 Entrevista a Expertos: Experta 3.

Experta 3: Nutrióloga y pasante de licenciatura en Psicología.

Principales CAR en la adolescencia tardía:

1. La principal conducta de riesgo, la más común es encontrarse a dieta o tener el deseo de hacer alguna dieta, con lo que la gente conoce como dieta.
2. Querer hacer alguna dieta restrictiva o querer hacer alguna dieta que implique restricción es un factor de riesgo importante.
3. Querer hacer ejercicio de manera compulsiva.
4. Cuando alguien es totalmente inflexible ante el ejercicio.
5. No importa que se sienta mal o que sea su cumpleaños o que tuviera un evento social muy importante.
6. El ejercicio es muy inflexible, no puede fallar, no importa que esté lloviendo o se sienta mal tiene que hacerlo.
7. Otro factor de riesgo importante sería el uso de ciertas pastillas para bajar de peso, el consumo de laxantes, el consumo de diuréticos, practicarse algún enema o lavado de colon.
8. El uso de alguna sustancia con el fin o propósito de perder peso.
9. Rechazo total hacia la obesidad o incluso a subir un poco de peso.
10. Miedo muy muy importante a subir de peso. “Es lo peor que me puede pasar” “no lo toleraría”.
11. Los síntomas propios como provocarse el vómito.
12. El uso de métodos compensatorios.
13. “Me comí unas papitas, ahora tengo que hacer tanto tiempo de ejercicio para compensar”.
14. Otros factores de riesgo son la edad, ser mujer, tener algún problema emocional reciente o importante que pudiera ser la separación de los padres, una ruptura amorosa, la muerte de alguna mascota, algo que implique un punto de quiebre emocional para esa persona.
15. si nosotros lo vemos todo por separado probablemente no haga mucho sentido, pero digamos en alguien que está pasando por algo importante como el divorcio de sus padres y además de repente usaba laxantes y empieza una obsesión por perder

peso y una dieta restrictiva todo eso puede ser un campo de cultivo para que de repente se pueda detonar una de estas enfermedades.

Restricción o rechazo

16. La gente en general tiene la idea que para que tengas un trastorno de la alimentación tienes que estar como las imágenes de internet, estás totalmente en los huesos o que te la pasas vomitando o así y no precisamente.
17. Entonces estas dietas restrictivas no creas que empiezan del día uno con que me voy a comer una lechuga y un poquito de atún y ya, esa va a ser toda mi comida.
18. Generalmente es un curso bien progresivo donde de repente la chavita que ya no quiere comer tortilla porque escuchó que engorda o porque su amiga dejó las tortillas
19. Primero la tortilla, el pan, pueden ser, primero los dulces. o los refrescos.
20. Algo que pudiera ser como de inicio *"a pues no está tan mal ¿no?"*
21. Igual y si se empieza a cuidar y empieza a quitarse los alimentos de la dieta pues no está tan mal.
22. Pero esto como que va alimentándose de alguna forma y entonces después es el pan, es la tortilla, es el arroz, es la pasta.
23. Y de repente ya no solo son tipos de alimentos sino también mucho de cantidades.
24. O también puede empezar por cantidades "como de todo, pero solo la mitad de la porción" o "como de todo, pero siempre intento dejar algo en el plato".
25. No es algo como tan específico en todos los casos o algo que se repita exactamente igual en todos los casos.
26. Pero en todos los casos si implica algo de restricción.
27. Y esa restricción, nosotros como nutriólogas sabemos que hay muchas personas que tienen la buena intención de "ay voy a dejar el azúcar y los carbohidratos" y entonces lo logran mantener por dos tres semanas, un mes y después dicen "ay no ya "y como que no pasa de ahí, de intentar quitarlo.
28. Generalmente en este tipo de casos hay una progresión.
29. Es ir quitando, quitando, quitando hasta quedarse con muy poco o incluso no llegar a quedarse con muy poco.
30. Porque en caso de los trastornos que van hacia el atracón es este ciclo donde empiezas a restringirte, pero por tu mismo tipo y rasgos de personalidad que tienes no se puede mantener y entonces tienes un atracón.

31. Entonces a lo mejor esa persona quitó cosas que le gustaban: postres, dulces y demás, pero ya no pudo continuar y tuvo un atracón.
32. Generalmente se restringen los carbohidratos, todo el grupo de los cereales, el grupo de los dulces, obviamente los pasteles, los postres.
33. También suelen restringirse mucho en grasas, todo lo que tiene que ver con aceite para preparar comida, también aderezos, mayonesa, todo lo que la gente considere que tiene mucha grasa.
34. La comida que la gente clasifica como chatarra, todas las botanas, pastelitos, dulces, eso sería a lo mejor lo más común.
35. Pero también depende mucho la persona, la etapa de la enfermedad en la que pudiera encontrarse.
36. También hay gente que ya restringe carnes y únicamente a lo mejor tolera pescado o pollo.
37. Ciertas frutas y verduras por considerarlas muy azucaradas: plátano, mango, zanahoria.
38. Hay gente que piensa que, hasta el agua, hay algunos comerciales que dice que tiene sodio y puede hacerte retener líquidos.
39. Hay chavas que ya también tienen miedo a tomar agua.
40. Y eso va a depender mucho de las creencias previas de la persona.
41. Alimentos que se crea que tienen el efecto de subir de peso.
42. Son personas que inician con una dieta un tanto inocente.
43. Es un factor de riesgo importante hacer dieta en la adolescencia.
44. Va siendo paulatino.
45. Hay una sensación de como si no fuera suficiente.
46. A lo mejor lograron bajar 3, 4, 5 kilos, pero eso fue quitando a lo mejor algunos alimentos.
47. Pero no es suficiente, entonces aumento mi ejercicio o quito más alimentos o disminuyo mi porción.

Aprobación

48. Lo que se ve mucho es que en un inicio hay un reforzador como muy social con respecto a la pérdida de peso.
49. Y entonces de repente una persona que empezó a quitar el refresco y el pan y algunas cositas empieza a perder peso le refuerzan con comentarios de “ay que

bien te ves", "tienes mucha fuerza de voluntad", "yo quisiera ser como tú" "¿qué estás haciendo" "pásame la receta", "pásame la dieta".

50. Y entonces hay ahí un reforzador importante y sienten que van por el camino correcto.
51. Y entonces alimentan esa parte de que no es suficiente "hay que hacer más" "hay que bajar más".
52. Muchas veces si se busca una aprobación como parte de la persona que entra en estas conductas que puede ser una aprobación de muchos tipos.
53. Una aprobación si social.
54. Y una aprobación por alguna actividad que se esté realizando.
55. También hay gente que están metidas en grupos de baile o en una actividad que requiera cierta figura.
56. O también la aprobación, no sé, a veces se tiene la idea de "si yo pesara tanto pues le gustaría al chavo que a mí me gusta" o "yo soy la gordita de mis amigas" "entonces yo me siento 'fuera de' y me gustaría que me aprobaran".
57. Puede venir esta búsqueda de aprobación por muchos lados.
58. Pero también probablemente de una auto-aprobación.
59. Si muchas veces hay un rechazo muy fuerte hacia el cuerpo.
60. Los pacientes falsamente piensan que pesando menos o teniendo una figura equis pues se van a sentir como más seguros de sí mismos para poder ser más extrovertidos.
61. También hay mucho pensamiento ligado a como si los problemas se fueran a resolver mágicamente solo por pesar menos.
62. Es una idea muy fuera de la realidad de "no pues es que, si yo pesara menos, tendría más amigas, me iría mejor en la escuela, no tuviera tantos problemas con mis papás".
63. O sea, unas cosas que ligan al peso que no tienen nada que ver.
64. "Si yo fuera más delgada o si yo perdiera peso entonces… "
65. Ver si hay alguna connotación positiva ligada a eso.
66. Completa la frase "Si yo fuera más delgada o si yo perdiera peso entonces _____".
67. "Si yo fuera más delgada sería más feliz".
68. "Si yo fuera más delgada me vería mejor".
69. "Si yo fuera más delgada ya no tendría problemas".

70. “Si yo fuera más delgada viviría más tranquila”.
71. Esas afirmaciones suelen estar muy marcadas en las personas que están con estas conductas restrictivas.
72. Categorizar mucho la comida entre buena y mala. Lo viven mucho las personas que están en restricción.
73. Inflexibilidad de pensar “si yo me como un chocolate voy a engordar, no hay más.” totalmente sacado de contexto.
74. También por el otro lado “si yo como puras ensaladas bajo de peso”.
75. Como muy polarizada en cuanto a __de los alimentos.
76. “Este alimento engorda, sí o sí”.
77. Lo ve blanco o negro, engorda o no engorda, bueno o malo.
78. Parece que nunca es suficiente el peso que se pierda.
79. Porque entonces una persona empieza diciendo “pues es que yo con 5 kilos menos y no tendría mayor problema con mi cuerpo”.
80. “Yo creo que me gustaría mucho como me vería”.
81. “Nada más es un poquito”.
82. No se sienten bien y no llegan a verse como quieren pues entonces hay una distorsión de la imagen corporal entonces es difícil que sea suficiente.
83. En el caso de las chavas que tienen un trastorno restrictivo, pueden estar pesando 30 kilos y pensar que con un poquito menos ya.
84. La gente que conserva peso y tiene un problema más hacia el atracón está esa fantasía y ese deseo de que finalmente si lograran perder peso las cosas irían mejor o se sentirían más seguras en su propio cuerpo. Es importante saber que ahí no está la solución.

Redes sociales

Ejercicio compulsivo / Merecimiento al alimento / Suplementos

85. Ahorita vivimos en una época donde hacer ejercicio nos queda claro que es muy importante y que incluso pues está socialmente aceptado, promovido y demás.
86. Pero si hay una línea delgada entre obsesionarte con esto y que sí sea un tema de salud.

87. Yo creo que eso si pudiera como diferenciarse por la parte de ser inflexible ante el ejercicio, que no importa que tengas algo muy importante que hacer o que te sientas mal, tú no puedes fallar en el ejercicio.
88. Y la otra es esta parte de siempre estarle aumentando pensando que nunca es suficiente el ejercicio que estás haciendo.
89. Usarlo como método compensatorio, es un foco rojo, estoy investigando cuántas calorías tiene lo que me comí y dependiendo de las calorías es el ejercicio que voy a hacer.
90. “Ya tengo mucho sueño, estoy cansada, pero no, me comí esto y tengo que hacer ejercicio para quemarlo”.
91. “Si yo me como 1200 kcal al día, tendría que verse en mi reloj, en mi celular o en la caminadora que quemé las 1200 kcal para que yo quedara como tablas”.
92. Esta parte de estar muy al pendiente de las calorías, el ejercicio inflexible serían los focos rojos del ejercicio.
93. Siente que no se merece alimento, pero no solo el alimento de postre, sino el alimento normal porque “estoy gorda” “me sobra mucho peso”.
94. “No me merezco ya comer porque ya comí mucho antes”.
95. Es un método compensatorio, dormirte pensando que mañana te vas a levantar a las 5 de la mañana o 4 de la mañana porque debes 3 horas de ejercicio por lo que te comiste hace un rato, es una conducta un tanto normal y cuando se repite constantemente. Y es un síntoma más.
96. Estar viendo cuánto ejercicio vas a ver dependiendo lo que te comiste pues no es una conducta normal con la comida.
97. “Tengo que quemar con el ejercicio con lo que me comí”.
98. Idea falsa de que tendrías que no podrías fallar un día en el ejercicio porque eso implicaría subir de peso.
99. Si yo no hago ejercicio voy a subir de peso por un día o una semana que no lo haga”.
100. Una persona que está en un trastorno de la alimentación evita hasta vitaminas.
101. Si hay casos donde dicen “No voy a comer y me voy a tomar solamente este vasito de proteína en todo el día” pero sería un matiz más de un comportamiento más restrictivo.

Vómito autoinducido

102. En la bulimia, generalmente tiene previo un atracón.
103. Entre el hambre y la ansiedad tiene un atracón y entonces el vómito es la necesidad de deshacerse de lo que consumió.
104. Hay una parte que es mucho del castigo, del dolor, de decir “bueno ya te comiste todo eso pues ahora para que se te quite lo vas a vomitar”.
105. Y también hay una parte de un alivio de dolor que podría ser “comí tanto y me siento tan incómodamente satisfecha que voy a vomitar para aliviarme”.
106. Pero generalmente corresponde al hecho de querer deshacerse de lo que consumió. Ese podría ser el motivo principal.
107. En el caso de la anorexia, que probablemente no hay atracones muy importantes en cuanto a calorías, pero se vive igual como un atracón, con una pérdida de control muy importante.
108. Sienten la necesidad de vomitarlo porque para esas personas es lo mismo porque, aunque no sea mucha comida, es esto de “perdí el control, comí como puerco, lo tengo que vomitar”.
109. En la mayoría de los casos es esta necesidad de deshacerse lo consumido.
110. Y en algunos casos es esta cuestión de castigo, de dolor. de alivio.

Productos milagro

111. Generalmente los productos mágicos están hechos a base de laxantes, diuréticos, entonces si fomentan estas mismas conductas y si son cosas a las que pueden recurrir estos pacientes.
112. Incluso los combinan “hago un buen de ejercicio, me restrinjo bastante y además me tomo esta pastilla” que saben que les provoca diarrea o escucharon que quema grasa.
113. “Bueno pues por si sí o por si no, yo también me estoy tomando esto”.
114. No tanto los productos milagro sino los medicamentos que supuestamente son controlados, pero los terminan consumiendo.

Influencia de las redes sociales

115. Esto ha tenido una evolución, hace unos 10-15 años se utilizaba mucho la parte de los blogs.
116. Blogs pro-Ana, pro-Ana y Mía.

117. Se hablaba de una cuestión de estatus, de cierto nivel en los pares.
118. Hay una glorificación de este tipo de trastornos.
119. Había 10 mandamientos de Ana y Mía.
120. En esto de *Thinspiration* había lo mismo en estos blogs, había imágenes, que se tenían que ver los huesos de cierta manera, tener un espacio entre las piernas o poderte colocar unas monedas en las clavículas.
121. Ciertas características que debes estar cumpliendo y eran estos modelos a seguir de fotografías, imágenes y demás.
122. Actualmente está totalmente recargado en esto de las redes sociales.
123. También hay muchos modelos a seguir que pudieran parecer bastante saludables que darían esta imagen de la vida perfecta a través del ejercicio y la comida saludable cuando por detrás podría haber problema de conductas alimentarias de riesgo.
124. Recomendando algo que ella sabía qué hacía mal.
125. La mayoría presentan una vida totalmente falsa.
126. Lo hacen por tener seguidores, patrocinadores y dinero.
127. En *tik tok* seguro ya hay cuentas que promueven la extrema delgadez.
128. Te puedes encontrar muchos *tips* para bajar de peso, pero son *tips* muy hacia la anorexia y la bulimia.
129. Lo que más buscan son *tips* para perder peso, modelos a seguir y también se crea una comunidad donde hay cierto apoyo.
130. Suelen aislarse mucho, ya no quieren ir a reuniones porque implica ir a comer.
131. Se empiezan a sentir muy criticados y observados y encuentran en estas comunidades apoyo, identificación.
132. “Hay más gente como yo que me ayuda y me entiende y me pasa *tips*”.
133. Buscar pertenecer, aprobación, de sentirse entendidas.
134. Estar buscando dietas, ejercicio, operaciones.
135. Hay muchas ganas de estar consumiendo ese contenido.
136. Buscar cuentas donde están dando consejos.

Productos en tendencia

137. “Es que vi en internet que cocinar con aceite de coco es mejor o vi que tomar el colágeno”.

138. Traen esas dudas y como es una persona a la que ven como modelo a seguir ni se lo cuestionan y dan por hecho que puede ser mejor.
139. Habría que identificar si es un hecho aislado entonces no sería una conducta alimentaria de riesgo.
140. Sería eso en conjunto con lo demás.
141. La parte de los retos en las redes sociales.
142. De repente empieza el reto de que tu cintura tiene que ser del tamaño de la hoja de papel.
143. Preguntar a cuantas o cuáles son sus cuentas favoritas de alimentación y ver a que va dirigido su contenido.
144. Saber si lo llevan a cabo, pudiera quedarse en el plano solamente de ver.
145. En este tipo de enfermedades hay una progresión.
146. Ver a una modelo o a alguien que tú digas yo quiero esa falda, voy a Zara la encuentro, me la mido y no me gusta cómo se me ve porque yo no tengo el cuerpo de ella.
147. Y hay mucha gente que se queda en ese plano de “hay que gorda estoy, que fea me veo, ya necesito hacer ejercicio ya necesito bajarle la comida”.
148. “Ya no soporto esto”.
149. Qué tanto se lleva a cabo lo que se está viendo en redes sociales.
150. Si tu descubres que hay una cantidad importante de gente que está consumiendo en redes sociales y solamente lo ve a lo mejor de ahí se puede hacer un taller de prevención de audiencias críticas.
151. Si están siguiendo la mayoría de los consejos ahí ya sería otro rollo, que tanto si están llevando a cabo las cosas y que tanto no.
152. Ver y que eso te genere una insatisfacción.
153. Sintiéndose tremendamente mal por comer.
154. Cosas que te ayuden a entender si esa persona le está poniendo una carga demasiado positiva al hecho de bajar de peso y ser delgado.
155. Medir algo como de peso y estatura para ver IMC y meter una parte de figurines para que la gente detecte como cree que se ve (autoimagen) y la distorsión corporal.
156. Checar si es gente que sigue este tipo de cuentas, participa en ciertos grupos y estos retos y consume este contenido tuviera una no correspondencia entre su IMC y su percepción.

7.3.1 Experta 3: Extracto de ítems relevantes para la investigación.

Principales CAR en la adolescencia tardía:

1. La principal conducta de riesgo, la más común es encontrarse a dieta o tener el deseo de hacer alguna dieta, con lo que la gente conoce como dieta.
2. Querer hacer alguna dieta restrictiva o querer hacer alguna dieta que implique restricción es un factor de riesgo importante.
3. El ejercicio es muy inflexible, no puede fallar, no importa que esté lloviendo o se sienta mal tiene que hacerlo.
4. El uso de alguna sustancia con el fin o propósito de perder peso.
5. Rechazo total hacia la obesidad o incluso a subir un poco de peso.
6. Miedo muy muy importante a subir de peso. “Es lo peor que me puede pasar” “no lo toleraría”.
7. “Me comí unas papitas, ahora tengo que hacer tanto tiempo de ejercicio para compensar”.

Restricción o rechazo

8. Generalmente es un curso bien progresivo donde de repente la chavita que ya no quiere comer tortilla porque escuchó que engorda o porque su amiga dejó las tortillas.
9. Primero la tortilla, el pan, pueden ser, primero los dulces. o los refrescos.
10. Y de repente ya no solo son tipos de alimentos sino también mucho de cantidades.
11. O también puede empezar por cantidades “como de todo, pero solo la mitad de la porción” o “como de todo, pero siempre intento dejar algo en el plato”.
12. Es ir quitando, quitando, quitando hasta quedarse con muy poco o incluso no llegar a quedarse con muy poco.
13. Generalmente se restringen los carbohidratos, todo el grupo de los cereales, el grupo de los dulces, obviamente los pasteles, los postres.
14. También suelen restringirse mucho en grasas, todo lo que tiene que ver con aceite para preparar comida, también aderezos, mayonesa, todo lo que la gente considere que tiene mucha grasa.
15. Hay chavas que ya también tienen miedo a tomar agua.
16. Alimentos que se crea que tienen el efecto de subir de peso.

17. Son personas que inician con una dieta un tanto inocente.
18. Pero no es suficiente, entonces aumento mi ejercicio o quito más alimentos o disminuyo mi porción.

Aprobación

19. Lo que se ve mucho es que en un inicio hay un reforzador como muy social con respecto a la pérdida de peso.
20. Y entonces de repente una persona que empezó a quitar el refresco y el pan y algunas cositas empieza a perder peso le refuerzan con comentarios de “ay que bien te ves”, “tienes mucha fuerza de voluntad”, “yo quisiera ser como tú” “¿qué estás haciendo” “pásame la receta”, “pásame la dieta”.
21. Y entonces hay ahí un reforzador importante y sienten que van por el camino correcto.
22. Y entonces alimentan esa parte de que no es suficiente “hay que hacer más” “hay que bajar más”.
23. O también la aprobación, no sé, a veces se tiene la idea de “si yo pesara tanto pues le gustaría al chavo que a mí me gusta” o “yo soy la gordita de mis amigas” “entonces yo me siento ‘fuera de’ y me gustaría que me aprobaran”.
24. También hay mucho pensamiento ligado a como si los problemas se fueran a resolver mágicamente solo por pesar menos.
25. Es una idea muy fuera de la realidad de “no pues es que, si yo pesara menos, tendría más amigas, me iría mejor en la escuela, no tuviera tantos problemas con mis papás”.
26. Ver si hay alguna connotación positiva ligada a eso.
27. Completa la frase “Si yo fuera más delgada o si yo perdiera peso entonces _____”.
28. “Si yo fuera más delgada sería más feliz”.
29. “Si yo fuera más delgada me vería mejor”.
30. “Si yo fuera más delgada ya no tendría problemas”.
31. “Si yo fuera más delgada viviría más tranquila”.
32. Esas afirmaciones suelen estar muy marcadas en las personas que están con estas conductas restrictivas.
33. Categorizar mucho la comida entre buena y mala. Lo viven mucho las personas que están en restricción.

34. Inflexibilidad de pensar “si yo me como un chocolate voy a engordar, no hay más.” totalmente sacado de contexto.
35. También por el otro lado “si yo como puras ensaladas bajo de peso”.
36. Como muy polarizada en cuanto a __de los alimentos.
37. “Este alimento engorda, sí o sí”.
38. Parece que nunca es suficiente el peso que se pierda.
39. Porque entonces una persona empieza diciendo “pues es que yo con 5 kilos menos y no tendría mayor problema con mi cuerpo”.
40. “Yo creo que me gustaría mucho como me vería”.
41. “Nada más es un poquito”.

Ejercicio compulsivo / Merecimiento al alimento / Suplementos

42. Ahorita vivimos en una época donde hacer ejercicio nos queda claro que es muy importante y que incluso pues está socialmente aceptado, promovido y demás.
43. Pero si hay una línea delgada entre obsesionarte con esto y que sí sea un tema de salud.
44. Yo creo que eso si pudiera como diferenciarse por la parte de ser inflexible ante el ejercicio, que no importa que tengas algo muy importante que hacer o que te sientas mal, tú no puedes fallar en el ejercicio.
45. Y la otra es esta parte de siempre estarle aumentando pensando que nunca es suficiente el ejercicio que estás haciendo.
46. Usarlo como método compensatorio, es un foco rojo, estoy investigando cuántas calorías tiene lo que me comí y dependiendo de las calorías es el ejercicio que voy a hacer.
47. “Ya tengo mucho sueño, estoy cansada, pero no, me comí esto y tengo que hacer ejercicio para quemarlo”.
48. “Si yo me como 1200 kcal al día, tendría que verse en mi reloj, en mi celular o en la caminadora que quemé las 1200 kcal para que yo quedara como tablas”.
49. Siente que no se merece alimento, pero no solo el alimento de postre, sino el alimento normal porque “estoy gorda” “me sobra mucho peso”.
50. “No me merezco ya comer porque ya comí mucho antes”.
51. Es un método compensatorio, dormirte pensando que mañana te vas a levantar a las 5 de la mañana o 4 de la mañana porque debes 3 horas de ejercicio por lo que

te comiste hace un rato, es una conducta un tanto normal y cuando se repite constantemente. Y es un síntoma más.

52. Estar viendo cuánto ejercicio vas a ver dependiendo lo que te comiste pues no es una conducta normal con la comida.
53. “Tengo que quemar con el ejercicio con lo que me comí”.
54. Idea falsa de que tendrías que no podrías fallar un día en el ejercicio porque eso implicaría subir de peso.
55. Si yo no hago ejercicio voy a subir de peso por un día o una semana que no lo haga”.

Vómito autoinducido

56. Entre el hambre y la ansiedad tiene un atracón y entonces el vómito es la necesidad de deshacerse de lo que consumió.
57. Hay una parte que es mucho del castigo, del dolor, de decir “bueno ya te comiste todo eso pues ahora para que se te quite lo vas a vomitar”.
58. Y también hay una parte de un alivio de dolor que podría ser “comí tanto y me siento tan incómodamente satisfecha que voy a vomitar para aliviarme”.
59. Pero generalmente corresponde al hecho de querer deshacerse de lo que consumió. Ese podría ser el motivo principal.
60. En el caso de la anorexia, que probablemente no hay atracones muy importantes en cuanto a calorías, pero se vive igual como un atracón, con una pérdida de control muy importante.
61. Sienten la necesidad de vomitarlo porque para esas personas es lo mismo porque, aunque no sea mucha comida, es esto de “perdí el control, comí como puerco, lo tengo que vomitar”.

Productos milagro

62. Incluso los combinan “hago un buen de ejercicio, me restrinjo bastante y además me tomo esta pastilla” que saben que les provoca diarrea o escucharon que quema grasa.
63. “Bueno pues por si sí o por si no, yo también me estoy tomando esto”.

Influencia de las redes sociales

64. También hay muchos modelos a seguir que pudieran parecer bastante saludables que darían esta imagen de la vida perfecta a través del ejercicio y la comida

saludable cuando por detrás podría haber problema de conductas alimentarias de riesgo.

65. Te puedes encontrar muchos *tips* para bajar de peso, pero son *tips* muy hacia la anorexia y la bulimia.
66. Lo que más buscan son *tips* para perder peso, modelos a seguir y también se crea una comunidad donde hay cierto apoyo.
67. Suelen aislarse mucho, ya no quieren ir a reuniones porque implica ir a comer.
68. Se empiezan a sentir muy criticados y observados y encuentran en estas comunidades apoyo, identificación.
69. “Hay más gente como yo que me ayuda y me entiende y me pasa *tips*”.
70. Buscar pertenecer, aprobación, de sentirse entendidas.
71. Estar buscando dietas, ejercicio, operaciones.

Productos en tendencia

72. Traen esas dudas y como es una persona a la que ven como modelo a seguir ni se lo cuestionan y dan por hecho que puede ser mejor.
73. Habría que identificar si es un hecho aislado entonces no sería una conducta alimentaria de riesgo.
74. La parte de los retos en las redes sociales.
75. Saber si lo llevan a cabo, pudiera quedarse en el plano solamente de ver.
76. Ver a una modelo o a alguien que tú digas yo quiero esa falda, voy a Zara la encuentro, me la mido y no me gusta cómo se me ve porque yo no tengo el cuerpo de ella.
77. Y hay mucha gente que se queda en ese plano de “hay que gorda estoy, que fea me veo, ya necesito hacer ejercicio ya necesito bajarle la comida”.
78. “Ya no soporto esto”.
79. Que tanto se lleva a cabo lo que se está viendo en redes sociales.
80. Si tu descubres que hay una cantidad importante de gente que está consumiendo en redes sociales y solamente lo ve a lo mejor de ahí se puede hacer un taller de prevención de audiencias críticas.
81. Cosas que te ayuden a entender si esa persona le está poniendo una carga demasiado positiva al hecho de bajar de peso y ser delgado.
82. Medir algo como de peso y estatura para ver IMC y meter una parte de figurines para que la gente detecte como cree que se ve (autoimagen) y la distorsión corporal.

83. Checar si es gente que sigue este tipo de cuentas, participa en ciertos grupos y estos retos y consume este contenido tuviera una no correspondencia entre su IMC y su percepción.

7.4 Entrevista a Expertos: Experta 4.

Experta 4: Nutrióloga especialista en TCA.

Principales CAR en la adolescencia tardía:

1. Los pacientes justamente que están en esos rangos que tú dices, que más me han tocado son Bulimia y Anorexia.
2. Alguien con un trastorno de la alimentación, es muy difícil que tenga una estructura.
3. Si hace un ayuno principalmente es por un método compensatorio.
4. Siempre el objetivo va a ser la pérdida de peso.
5. Tienen ayunos intermitentes, pero repito, no de manera estructurada.
6. Es una manera inconsciente para perder peso.
7. Principales características: Control, la restricción siempre.
8. La primera señal es el objetivo: la pérdida de peso.
9. Hacen hasta lo imposible.
10. El control y la restricción empiezan después.
11. Pueden tener ayunos subjetivos, para ellos el ayuno puede ser desde no ayunar y comer después de doce horas una zanahoria y ya sienten que es como una pérdida de control.
12. Hasta pueden comer grandes cantidades de algo, pero normalmente siempre es el conteo de kilocalorías.
13. Normalmente en pacientes que están como con este ayuno si es muy frecuente el conteo de kilocalorías.
14. Los hidratos de carbono, tienen un conteo obsesivo con hidratos de carbono o con alimentos altos en grasas, pero número uno altos en hidratos de carbono.
15. El hacerse unos hábitos de alimentación, que me hagan un recuento y ahí notar que no tienen un horario en específico, que pasan muchas horas.
16. Es un ayuno inconsciente sólo para bajar de peso.
17. Son varias conductas que vienen desde atrás, desde esta dinámica familiar que percibe la persona que está con el trastorno.
18. El saboteo, como lo implementan y empieza esta obsesión, pero principalmente por el núcleo familiar desde ahí ya viene o el *bullying* constante en la escuela.
19. Y desde ahí ya viene la pérdida de peso por algo, tiene un objetivo y una emoción detrás de la pérdida de peso.

20. Puede ser una conducta que traen muy arraigada desde atrás.
21. Últimamente los trastornos de la alimentación se están presentando desde los 9 años.
22. Es por toda esa ideología, todo lo que vemos en la tele.
23. Todo ese manejo de imagen corporal.
24. La dinámica familiar.
25. El cómo están planteando el valor de tu cuerpo por algo en específico y se va arrastrando.
26. Cuando llegan probablemente a la universidad, en los trastornos de la alimentación, esa pérdida del control por cambios nuevos y demás es lo que puede desencadenar.

Restricción

27. La restricción se da en la mayoría de los trastornos de la alimentación es por el objetivo de bajar de peso.
28. Empiezan con la restricción de hidratos de carbono y de grasas por querer perder peso.
29. A medida que van logrando la meta deseada.
30. La mayoría de pacientes tiene y me ha tocado preguntarles a pacientes cuál es su peso meta y tienen un peso meta que a lo mejor no es tan real.
31. Pero en su cabeza es un peso meta, el objetivo es alcanzar eso a como dé lugar.
32. Quitando los alimentos y haciendo dietas exhaustivas.
33. Métodos compensatorios como ejercicio, como pastillas, como suplementos con tal de llegar al peso, pero se empieza por la restricción.
34. Empiezan con y siempre me ha tocado, con los hidratos de carbono.
35. Es uno de los miedos que más tienen, incluso cuando estoy en consulta así me refiero ¿Hay algún alimento al que le tengas miedo?
36. Es un miedo, un pavor impresionante a consumir, los hidratos de carbono, las pastas, la pizza, los pastelitos.
37. Frase: que algo engorda, que algo tiene muchas calorías.

Vómito provocado

38. Todo inicia por esa pérdida de control de la comida.
39. Puede ser un atracón subjetivo, esa pérdida de control porque agarró esa galleta que no debió de haber agarrado y porque va a subir de peso.

40. Entonces esa falta de control y la culpa los lleva a un vómito, por ejemplo, a hacer ejercicio en exceso, a meterse medicamentos con tal de bajar de peso.
41. Pérdida de control, mucha ansiedad y su origen es el mismo, el objetivo de pérdida de peso, pero este tipo de atracones se da más en pacientes que tienen bulimia.
42. La parte de las kilocalorías, la parte de los azúcares, manejan muy bien la parte de las kilocalorías y los equivalentes.
43. Son pacientes extraordinariamente inteligentes.

Ejercicio compulsivo

44. Es parte del método purgativo.
45. Hay veces que el control, que no les gusta esta parte de vomitar por la sensación.
46. Son extremadamente inteligentes y no quieren afectar la dentadura.
47. El exceso de ejercicio para no sentir culpa.
48. Sienten mucho miedo, mucha frustración, mucha desvalorización a su persona.
49. Sienten que valen menos por haberse comido una galleta.
50. Por el simple hecho de haber comido una galleta, una papita, algo que no tenían contemplado.
51. Para sentir menos culpa de lo que están comiendo y normalmente los atracones o todo este tipo de cosas suelen ser en la noche o cuando nadie los ve.
52. “Si estoy haciendo ejercicio no pasa nada, como, no pasa nada”.
53. “Mañana hago ejercicio”.
54. Siempre están preocupados por su imagen corporal.
55. “Mañana lo compenso con el ejercicio”.

Consumo de suplementos y productos milagro

56. La pérdida de control, ver que no están bajando de peso por lo mismo del atracón.
57. Ya no ver que otros métodos de compensación les están funcionando.
58. Recurren a maneras fáciles para seguir con el objetivo de bajar de peso.
59. Pastillas para bajar de peso, que te ayudan como a perder la grasa corporal.
60. Todo esto *Keto*, que muchas personas con trastornos lo siguen.
61. Un método rápido y fácil para bajar de peso, que no les cueste tanto.

Redes Sociales

62. Por modas, dietas de moda y falta de información sobre la nutrición.

63. Se van por la parte más fácil o por el *influencer* que tiene un cuerpazo y siguen su perfil.
64. O esta imagen corporal perfecta y no les importa más allá de la información nutricional
65. Hay páginas de anorexia y bulimia, se llaman Ana y Mía.
66. Donde les dan trucos para perder peso rápido y que la gente no se dé cuenta, un autoengaño.
67. Pueden seguir a cualquier *influencer* que promueva pérdida de peso rápida.
68. Hay infinidad de cuentas que te ayudan a perder peso.
69. Muchos trucos.
70. Incluyen esta parte del "*cutting*" con tal de fijarse en el dolor de la cortada y no sentir esta ansiedad de que "tengo hambre".
71. No sentir esta culpa de que comí más allá una papita, una galleta lo que está prohibido para mí.
72. Trucos o *tips* para solución rápida para perder peso.

Aceptación

73. Pueden llegar a tener métodos dañinos para la salud con tal de llegar, como están compitiendo con la amiga, con tal de verse bien.
74. Con tal de tener esa aceptación de su grupo de amigos pueden llegar a dietas muy extremas o métodos muy extremos con tal de llegar a la meta.
75. Siempre están buscando la aceptación de las personas que más quieren.
76. Hacen de todo con tal de ser aceptados.
77. Evitan ser rechazados, les pega mucho el rechazo.

Fanatismo alimentario

78. Siempre tienen un grupo selecto de comer e incluso una manera de comer.
79. Tienen estos mitos de alimentación de que por ejemplo el plátano tiene almidón y almidón engorda muchísimo y no pueden comer.
80. Pero es por esta mercadotecnia que te pintan que no pueden comer la fruta después de las 5 de la tarde.
81. O que lo orgánico es mucho mejor, pero es toda esta falta de información.

82. Los pacientes cuando llegan con un nutriólogo y se les explica de alguna manera que el pastel que tanto le gusta en su cumpleaños, este disfrute y esta parte psicológica de no pasa absolutamente nada, es ir enseñando al paciente.
83. Es mucha desinformación por parte de los expertos en nutrición y que nos está ganando esta parte de los *influencers*.
84. Normalmente no comen algunos alimentos por miedo a engordar.
85. Es muy difícil que coman la carne roja porque un paciente con trastornos de la alimentación tiene problemas con esta parte de sentir, de sentir hambre, saciedad.
86. Entonces confunden esta parte de la digestión, esta parte de la carne tarda más tiempo en digerirse con este malestar y esta inflamación y se sienten incómodos o con este miedo.
87. En la parte del trastorno de la alimentación en hombre no es lo mismo que en el de la mujer.
88. No es la pérdida de peso como en una mujer para verse *fit*.
89. Un hombre con trastorno del a alimentación es un hombre que se quiere ver con más masa muscular.
90. Más musculoso, pero menos grasa, consumo de suplementos alimenticios.

7.4.1 Experta 4: Extracto de ítems relevantes para la investigación.

4. Experta 4. Nutrióloga especialista en TCA.

Principales CAR en la adolescencia tardía:

1. Siempre el objetivo va a ser la pérdida de peso.
2. Tienen ayunos intermitentes, pero repito, no de manera estructurada.
3. Es una manera inconsciente para perder peso.
4. Principales características: Control, la restricción siempre.
5. La primera señal es el objetivo: la pérdida de peso.
6. Hacen hasta lo imposible.
7. Pueden tener ayunos subjetivos, para ellos el ayuno puede ser desde no ayunar y comer después de doce horas una zanahoria y ya sienten que es como una pérdida de control.
8. Hasta pueden comer grandes cantidades de algo, pero normalmente siempre es el conteo de kilocalorías.
9. Normalmente en pacientes que están como con este ayuno si es muy frecuente el conteo de kilocalorías.
10. Los hidratos de carbono, tienen un conteo obsesivo con hidratos de carbono o con alimentos altos en grasas, pero número uno altos en hidratos de carbono.
11. El hacerse unos hábitos de alimentación, que me hagan un recuento y ahí notar que no tienen un horario en específico, que pasan muchas horas.
12. Es un ayuno inconsciente sólo para bajar de peso.
13. El cómo están planteando el valor de tu cuerpo por algo en específico y se va arrastrando.

Restricción

14. La restricción se da en la mayoría de los trastornos de la alimentación es por el objetivo de bajar de peso.
15. Empiezan con la restricción de hidratos de carbono y de grasas por querer perder peso.
16. La mayoría de pacientes tiene y me ha tocado preguntarles a pacientes cuál es su peso meta y tienen un peso meta que a lo mejor no es tan real.
17. Pero en su cabeza es un peso meta, el objetivo es alcanzar eso a como de lugar

18. Quitando los alimentos y haciendo dietas exhaustivas.
19. Empiezan con y siempre me ha tocado, con los hidratos de carbono.
20. Frase: que algo *engorda, que algo tiene muchas calorías.*

Vómito provocado

21. Puede ser un atracón subjetivo, esa pérdida de control porque agarró esa galleta que no debió de haber agarrado y porque va a subir de peso.
22. Entonces esa falta de control y la culpa los lleva a un vómito, por ejemplo, a hacer ejercicio en exceso, a meterse medicamentos con tal de bajar de peso.
23. La parte de las kilocalorías, la parte de los azúcares, manejan muy bien la parte de las kilocalorías y los equivalentes.

Ejercicio compulsivo

24. Sienten que valen menos por haberse comido una galleta.
25. Por el simple hecho de haber comido una galleta, una papita, algo que no tenían contemplado.
26. Para sentir menos culpa de lo que están comiendo y normalmente los atracones o todo este tipo de cosas suelen ser en la noche o cuando nadie los ve.
27. "Si estoy haciendo ejercicio no pasa nada, como, no pasa nada".
28. "Mañana hago ejercicio".
29. Siempre están preocupados por su imagen corporal.
30. "Mañana lo compenso con el ejercicio".

Consumo de suplementos y productos milagro

31. La pérdida de control, ver que no están bajando de peso por lo mismo del atracón.
32. Recurren a maneras fáciles para seguir con el objetivo de bajar de peso.
33. Todo esto *Keto,* que muchas personas con trastornos lo siguen.
34. Un método rápido y fácil para bajar de peso, que no les cueste tanto.

Redes Sociales

35. Por modas, dietas de moda y falta de información sobre la nutrición.
36. Se van por la parte más fácil o por el *influencer* que tiene un cuerpazo y siguen su perfil

37. O esta imagen corporal perfecta y no les importa más allá de la información nutricional.
38. Donde les dan trucos para perder peso rápido y que la gente no se dé cuenta, un autoengaño.
39. Pueden seguir a cualquier *influencer* que promueva pérdida de peso rápida.
40. Trucos o *tips* para solución rápida para perder peso.

Aceptación

41. Pueden llegar a tener métodos dañinos para la salud con tal de llegar, como están compitiendo con la amiga, con tal de verse bien.
42. Con tal de tener esa aceptación de su grupo de amigos pueden llegar a dietas muy extremas o métodos muy extremos con tal de llegar a la meta.

Fanatismo alimentario

43. Siempre tienen un grupo selecto de comer e incluso una manera de comer.
44. Tienen estos mitos de alimentación de que por ejemplo el plátano tiene almidón y almidón engorda muchísimo y no pueden comer.
45. Normalmente no comen algunos alimentos por miedo a engordar.
46. Es muy difícil que coman la carne roja porque un paciente con trastornos de la alimentación tiene problemas con esta parte de sentir, de sentir hambre, saciedad.
47. Entonces confunden esta parte de la digestión, esta parte de la carne tarda más tiempo en digerirse con este malestar y esta inflamación y se sienten incómodos o con este miedo.
48. Un hombre con trastorno del a alimentación es un hombre que se quiere ver con más masa muscular.
49. Más musculoso, pero menos grasa, consumo de suplementos alimenticios.

Anexo 8. Concentrado de ítems relevantes recuperados de cada entrevista.

8.1 Entrevista a experta 1

Restricción

1. Comienza como dieta restrictiva por un corto periodo de tiempo y se enganchan.
2. Están en una dieta constante, cada vez quitando más alimentos.
3. Ejercicio excesivo con tal de tener este cuerpo *fit.*
4. Alimentación extremadamente saludable.
5. Usualmente llegan a tener un alimento prohibido.
6. Se crean una idea de que es malo, es un alimento que les puede afectar ya sea porque van a subir de peso o incluso les puede afectar físicamente.
7. No quiere decir que el paciente no quiera el alimento, usualmente es el alimento que más se les antoja.
8. No estoy llegando al punto como yo quiero verme en el espejo.
9. hasta llegar a porciones mínimas donde yo puedo controlar o me puedo sentir cómodo en la alimentación.
10. porque sigo quitando estos alimentos para llegar a un peso que le llaman ideal ojo, usualmente este peso que le llaman ideal casi siempre se va moviendo, porque lo van bajando.
11. Número de peso específico al que quieren llegar que es considerado como ideal “esta es mi meta y tengo que llegar esa meta”.
12. Llegar a ese punto donde en teoría el paciente cree que es correcto estar o cree que es el mejor estado para el físicamente lograrlo.
13. ¿Tienes algún alimento que te da miedo?
14. ¿Cuál es tu consumo constante de Hidratos de Carbono?
15. ¿Cuál es tu consumo constante de proteínas?
16. ¿Cuando llegas a consumir chocolates, pasteles, algún tipo de alimento chatarra Cómo te sientes?
17. Los nutriólogos dicen “estás en tu peso, pero te ayudo a bajar 5 kilitos más” y entonces ahí se empieza a hacer algo obsesivo porque siempre es el “ok puedo un poco más”.
18. El número ideal empieza a bajar “Ya bajé 5, uno más no pasa nada”.
19. Porque se sienten completamente seguros de que son ciertos.

Redes Sociales

20. Normalmente buscan (en redes sociales) el cuerpo *fit.*

21. Usualmente llegan con fotos de los mismos *influencers* “es que yo me quiero ver así”.

22. Llegan a buscar mucho lo que en teoría llaman “nutrición saludable” pero son cuentas en las que todo es vegano, únicamente utilizan harina de almendras, de coliflor.

23. Son las dos referencias más fuertes, la alimentación en teoría *“healthy” /* vegana porque es más o menos lo que están buscando y el “cuerpo *fit”.*

24. Un anuncio de una actriz que antes estaba muy gordita y ahora esta delgada.

25. “Yo quiero tener esa vida, yo quiero tener ese cuerpo, yo quiero ser ese tipo de *influencer* donde me manden todo lo que hay porque ahora a los *influencers* les mandan que si ropa deportiva, que tenis, que representan 20 marcas.

26. Lo que más más si son los productos porque al final, somos personas de alto consumo o sea lo que te ponga enfrente si te lo ponen bonito con un *influencer* que ahorita está con todo lo vas a tratar de buscar o lo vas a consumir o por lo menos te vas a meter a ver si es cierto, si sirve y qué es lo que tiene.

27. Si yo subo una receta igual y recibo tanto número de *likes* algo muy significativo normal, pero si yo llego a subir modelando un *outfit* de ejercicio de alguna marca equis para hacer ejercicio, de ropa lo que sea es una cosa impresionante la cantidad de *likes* que recibo.

28. Y está esta parte en la que los adolescentes tienen diferentes grupos en los que lo que hacen es primero mandan a esos grupos la foto y entonces es como si súbela, no es que sabes que se te ve tantito, no se te ves un poquito más subida de peso de lo normal o no se te ven bien estos *jeans* entonces no la subas o si la subes y todos los que están en ese grupo deben de ser *taggeados* en esa foto como cierto tipo de autorización o de aprobación para hacer este tipo de cosas en redes sociales.

Ejercicio compulsivo

29. La principal motivación es mantener un cuerpo de estereotipo *fit.*

30. “Tengo que hacer ejercicio para poder lograrlo”.

31. Usualmente no consumen alimentos antes o después de hacer ejercicio.

32. “No ya hice ejercicio, ya lo quemé entonces no tendría caso el haber hecho ejercicio.

33. Si ya hice ejercicio ya quemé las calorías que tenía que hacer entonces no debo consumir alimento porque entonces no va a servir de nada el ejercicio.

34. Si hice ejercicio me merezco comerme ese alimento prohibido.

35. Porque lo merezco, porque ya compensé entonces posiblemente ya no me engorde.

Ayuno, atracón y vómito

36. Es una conducta que todos tenemos el clasificar alimentos como buenos y malos "este alimento es bueno porque no me engorda" "este alimento es malo porque me va a engordar".

37. "Comí demás, no debí de haber comido así".

38. Las sensaciones de estar llenos en el cuerpo creen que es ya estoy subiendo de peso, me pasé, no debí de haber comido eso, haré ejercicio, vómito, laxantes.

39. No consumo lo que consumo normalmente, sino que me atasco por la desesperación que se está creando físicamente y emocional.

40. Constantemente estar "no me lo como, no me lo como porque voy a subir de peso".

41. "Voy a deshacerme de este alimento a como de lugar".

42. Cortar los pedacitos muy chiquitos.

43. Picar los alimentos, sin consumir como tal un platillo.

44. Picar durante todo el día un poquito de todo.

Fanatismo alimentario

45. "Voy a hacer una dieta de comer únicamente cosas saludables".

46. "No me voy a salir de mi dieta.

47. "Voy a ser súper exigente y no voy a comer nada que no esté ahí".

48. Llega una constante, mi dieta era en teoría una semana, ya llevo 2, ya llevo meses".

49. Esta culpa o este miedo de salirse de este tipo de alimentos que son saludables o consumir algo que crean que les puede afectar físicamente o incluso orgánicamente.

50. Preocupación constante de que pueda pasarles algo físicamente por el consumo de ciertos alimentos.

51. Si llegas a salirte de esos alimentos, si llegas a consumir ciertas cosas que no están aceptadas dentro de esta alimentación o estos alimentos saludables viene esta preocupación.

52. Es nada más por decir "Mi *smoothie* está hecho con leche de almendra".

53. Juanita la *blogger* lo está promoviendo entonces yo me voy a tomar el litro de aceite de coco diario.

Adicción al resultado

54. Si hay una adicción al resultado tu paciente ya está entrando a un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

55. Esa aceptación, cuando todo mundo te dice oye que padre que bonito se siente que todo mundo halague el que esté bajando de peso.

56. Si empieza a ver un tipo de obsesión por una meta o por llegar a esa meta o seguir moviendo esa meta en la que tú habías establecido principalmente.

57. Su motivo de estudiar nutrición es saber “yo quiero saber todo de alimentación para así yo bajar de peso y estar siempre perfecta”.

58. Va más hacia un motivo de estereotipo belleza que realmente por salud.

59. Es una persona increíblemente saludable en el peso que tiene.

8.2 Entrevista a experta 2.

Principales CAR en la adolescencia tardía:

1. Que cuenta las cosas que se está comiendo.

Factores Predisponentes

2. Bombardeados por el marketing sobre cómo debe ser nuestra estructura corporal.
3. Abrimos *Instagram* y “lo que desayuné hoy” ya se supone que ya es algo súper sano.
4. O igual están como todos estos retos “hice tantas abdominales” “hice tantas lagartijas” “hice tantas no sé qué” entonces eso está bombardeando.

Restricción

5. “Ahorita no porque estoy a dieta”.
6. Y entonces empezamos a restringir ciertos alimentos.
7. Alimentos que nosotros pensamos que no son sanos.
8. O también carnes, alimentos de origen animal, estos alimentos también se pueden restringir por una dieta, estos alimentos también pueden ser muy restrictivos.
9. Si de repente empezamos a ver que ya no está consumiendo estos alimentos o que hay una negación total.
10. O que se está negando a ir por ejemplo “vamos todos a la café a comer” “vamos a la café todos a desayunar” y se está negando a ir o “no yo ya desayuné” o “yo ya fui” o “no yo ya no quiero” entonces ahí estamos empezando a ver un foquito rojo de una conducta que ya podemos entonces empezar a indagar un poquito más.
11. Otra conducta puede ser que fumen mucho o tomen mucho café, o que tomen mucho alcohol, o que tomen o ingieran alguna otra sustancia psicotrópica por ejemplo esa puede ser alguna otra conducta de riesgo que nosotros podemos comenzar a ver para la presencia de algún TCA.

Redes Sociales

12. Porque justo es este bombardeo de lo que uno quiere ser o de lo que uno pretende ser, de esa presión de lo que uno quiere llegar a ser.
13. Entonces cuando existe todo este bombardeo de lo que es “comer correcto” entre comillas, lo que vemos que es “comer correcto”.

14. Lo que vemos que son los alimentos así los *"superfoods"* o lo todo orgánico o lo todo ecológico o los retos, entonces ahí si es un gran problema que debemos nosotros como profesionales a la salud de contrarrestar.

15. Uno ve, y por ejemplo lo primero que ve es únete a la dieta *Keto,* y bueno la dieta *Keto* no es para todos, pero entonces ya se ve que la dieta *Keto* es para todos y que todos la van a seguir y entonces eso es lo súper milagroso, entonces eso si te lleva a una conducta de riesgo.

16. Porque estás haciendo algo que no le está dando bien a tu organismo, te está llevando a ayunos prolongados, te está llevando a que tu cuerpo no está ingiriendo lo suficiente y después puedes ocasionar un trastorno.

17. Eso se puede identificar preguntando si sigue *influencers,*

18. ¿Cuántos *influencers* sigues?

19. ¿Cuáles son los tipos de *influencers* que sigues?

20. ¿De dónde obtienes tu dieta?

21. ¿De dónde obtienes tus rutinas?

22. ¿De dónde obtienes los artículos que lees?

23. ¿De dónde obtuviste este producto?

24. ¿Dónde viste este producto?

25. ¿Por ejemplo, si ingieres proteínas quien te las recomendó?

26. ¿En dónde las viste?

27. ¿Cómo las viste?

28. ¿Quién te las provee? entonces haciendo ese tipo de indagaciones nosotros podemos ver que tanta la influencia le llega al paciente a través de estos medios.

29. Se tendrían que hacer estas preguntas bien específicas de "¿tú has seguido una dieta?

30. ¿Quién te la recomendó?

31. ¿Lo has visto en redes sociales?

32. ¿quién de redes sociales?

33. ¿Has seguido alguna dieta de redes sociales?

34. ¿De qué red social?

35. Generar herramientas para tener un mejor tratamiento con el paciente.

36. Entonces es preguntarle como ok, vamos a ver de dónde, yo estoy metido en grupos de *Facebook* entonces todos mis grupos de Facebook dicen que estas dietas son las que ahorita están de moda.

37. O estos retos son los que ahorita están de moda.

38. Lo que más buscan son soluciones mágicas.

39. También buscan *tips,* acompañamiento, se busca generar como grupos, que haya alguien que sienta lo mismo que yo, yo no estoy tampoco solo.

40. Gran parte del por qué estas redes sociales tengan tanto éxito es porque se generan grupos en donde dicen “vamos todos con esto” “y ahora todos desayunamos esto”.

41. ¿Tiene algún alimento que no le gusta? y ¿por qué? entonces ya te dice.

42. “La carne súper engorda”.

43. No me gusta la carne porque su sabor tiene un sabor como muy ferroso, pero el pollo siempre me lo como eh, es diferente y con esa te sigues y ya sin ningún problema.

44. “Yo no puedo comer carne porque la carne pues me engorda”.

45. “La carne no es sana”.

46. “Yo no como cereales, ni un cereal, yo no me voy a comer ningún cereal porque mi dieta es cero cereales”.

47. “Porque soy intolerante al gluten entonces pues yo me súper cuido”.

48. Con eso entonces ya te puedes seguir no, ¿y cómo supiste que eres intolerante al gluten?

49. ¿De dónde obtuviste esta información?

50. ¿cuáles otras dietas has tenido?

51. ¿Lo obtuviste a través de una red social?

52. ¿Qué tan frecuente es esto? Estas ideas que tienes.

53. Hay un boom en subir fotos de “antes y después” justo por la insatisfacción de la imagen corporal.

54. El peso es algo que reafirma y cuando es un indicador que va a reafirmar la aceptación de una persona entonces ahí se vuelve un factor de mantenimiento.

55. El poner fotos de antes y después.

56. El poner que ahora estoy haciendo un ayuno prolongado de 72 horas.

57. Te están haciendo entonces que tú estás entrando en estos retos, que estás entrando en el antes y después, tú estás haciendo entonces que tu vida se acepte por la idealización sociocultural e histórica que ya traemos y ni siquiera nos hemos dado cuenta, esto es bien importante que se vea y que se entienda.

58. ¿Sientes tu estómago muy lleno?

59. Siento mi estómago muy lleno y lo odio, odio sentir mi estómago lleno.

60. Me genera asco sentir mi estómago lleno.

61. Se reafirma cuando lo vemos en redes sociales en fotos de antes y después cuando ya logré este reto de cosas que no son saludables.

62. En ese momento es cuando se logra una aceptación social.

63. Es un instante, voy a querer más porque va a decir “no estoy llegando a lo que yo quiero”.

64. Puede ser que existan estas otras ideas fatalistas “el agua me va a hacer retener líquidos” entonces yo no puedo con esto.

65. Cuando hay una conducta de riesgo puede que también haya una restricción.

66. Entonces puede ser que se sienta como muy lleno entonces diga “comí un buen, entonces no ceno y mañana no desayuno”.

67. “Fue la comida de no sé quién y comí pastel, pues no ceno mañana y me voy a ir al gimnasio “.

68. Hay este ambiente que te dice “ay ya te estás comiendo otro al ratito te vas a tener que ir a hacer ejercicio”.

69. Ese es un factor predisponente, el ambiente te va a llevar a hacerlo.

Ejercicio compulsivo

70. Como conducta compensatoria inadecuada, deshacerme de esto que me está haciendo mal, que me está haciendo miserable y que me está envenenando.

71. “Voy a hacer ejercicio para al rato comerme esta galleta” o “para al rato comerme este pan”.

72. Pero, aunque se lo ganó sigue habiendo esta idea “si me lo gané, pero creo que me pasé”.

73. Por eso nunca se llega a la meta.

74. Nunca se llega al lugar cuando se baja de peso.

Fanatismo alimentario

75. ¿Si no estás comiendo orgánico que estás haciendo con tu cuerpo y con el medio ambiente?

76. Es una conducta de riesgo si la persona está consumiendo de estos y no quiere consumir alimentos de ninguna otra, o sea si hay una negación para consumir cualquier otro alimento que esté fuera de estos, esto también se puede tomar para ver que aquí hay algo, porque no es normal que todo sea totalmente orgánico ni que todo sea de esa forma.

77. El paciente se va a ir con esta misma idea de que todo todo todo debe ser orgánico.

78. Si hay estas conductas de todo orgánico y todo *"free"* de todo lo que sea entonces dar educación para que no se convierta en un trastorno.

8.3 Entrevista a experta 3

Principales CAR en la adolescencia tardía:

1. La principal conducta de riesgo, la más común es encontrarse a dieta o tener el deseo de hacer alguna dieta, con lo que la gente conoce como dieta.
2. Querer hacer alguna dieta restrictiva o querer hacer alguna dieta que implique restricción es un factor de riesgo importante.
3. El ejercicio es muy inflexible, no puede fallar, no importa que esté lloviendo o se sienta mal tiene que hacerlo.
4. El uso de alguna sustancia con el fin o propósito de perder peso.
5. Rechazo total hacia la obesidad o incluso a subir un poco de peso.
6. Miedo muy muy importante a subir de peso. “Es lo peor que me puede pasar” “no lo toleraría”.
7. “Me comí unas papitas, ahora tengo que hacer tanto tiempo de ejercicio para compensar”.

Restricción o rechazo

8. Generalmente es un curso bien progresivo donde de repente la chavita que ya no quiere comer tortilla porque escuchó que engorda o porque su amiga dejó las tortillas.
9. Primero la tortilla, el pan, pueden ser, primero los dulces. o los refrescos.
10. Y de repente ya no solo son tipos de alimentos sino también mucho de cantidades.
11. O también puede empezar por cantidades “como de todo, pero solo la mitad de la porción” o “como de todo, pero siempre intento dejar algo en el plato”.
12. Es ir quitando, quitando, quitando hasta quedarse con muy poco o incluso no llegar a quedarse con muy poco.
13. Generalmente se restringen los carbohidratos, todo el grupo de los cereales, el grupo de los dulces, obviamente los pasteles, los postres.
14. También suelen restringirse mucho en grasas, todo lo que tiene que ver con aceite para preparar comida, también aderezos, mayonesa, todo lo que la gente considere que tiene mucha grasa.
15. Hay chavas que ya también tienen miedo a tomar agua.
16. Alimentos que se crea que tienen el efecto de subir de peso.
17. Son personas que inician con una dieta un tanto inocente.

18. Pero no es suficiente, entonces aumento mi ejercicio o quito más alimentos o disminuyo mi porción.

Aprobación

19. Lo que se ve mucho es que en un inicio hay un reforzador como muy social con respecto a la pérdida de peso.

20. Y entonces de repente una persona que empezó a quitar el refresco y el pan y algunas cositas empieza a perder peso le refuerzan con comentarios de “ay que bien te ves”, “tienes mucha fuerza de voluntad”, “yo quisiera ser como tú” “¿qué estás haciendo” “pásame la receta”, “pásame la dieta”.

21. Y entonces hay ahí un reforzador importante y sienten que van por el camino correcto.

22. Y entonces alimentan esa parte de que no es suficiente “hay que hacer más” “hay que bajar más”.

23. O también la aprobación, no sé, a veces se tiene la idea de “si yo pesara tanto pues le gustaría al chavo que a mí me gusta” o “yo soy la gordita de mis amigas” “entonces yo me siento ‘fuera de’ y me gustaría que me aprobaran”.

24. También hay mucho pensamiento ligado a como si los problemas se fueran a resolver mágicamente solo por pesar menos.

25. Es una idea muy fuera de la realidad de “no pues es que, si yo pesara menos, tendría más amigas, me iría mejor en la escuela, no tuviera tantos problemas con mis papás”.

26. Ver si hay alguna connotación positiva ligada a eso.

27. Completa la frase “Si yo fuera más delgada o si yo perdiera peso entonces _____”.

28. “Si yo fuera más delgada sería más feliz”.

29. “Si yo fuera más delgada me vería mejor”.

30. “Si yo fuera más delgada ya no tendría problemas”.

31. “Si yo fuera más delgada viviría más tranquila”.

32. Esas afirmaciones suelen estar muy marcadas en las personas que están con estas conductas restrictivas.

33. Categorizar mucho la comida entre buena y mala. Lo viven mucho las personas que están en restricción.

34. Inflexibilidad de pensar “si yo me como un chocolate voy a engordar, no hay más.” totalmente sacado de contexto.

35. También por el otro lado, “si yo como puras ensaladas bajo de peso”.

36. Como muy polarizada en cuanto a __de los alimentos.

37. “Este alimento engorda, sí o sí”.

38. Parece que nunca es suficiente el peso que se pierda.

39. Porque entonces una persona empieza diciendo “pues es que yo con 5 kilos menos y no tendría mayor problema con mi cuerpo”.

40. “Yo creo que me gustaría mucho como me vería”.

41. “Nada más es un poquito”.

Ejercicio compulsivo / Merecimiento al alimento / Suplementos

42. Ahorita vivimos en una época donde hacer ejercicio nos queda claro que es muy importante y que incluso pues está socialmente aceptado, promovido y demás.

43. Pero si hay una línea delgada entre obsesionarte con esto y que sí sea un tema de salud.

44. Yo creo que eso si pudiera como diferenciarse por la parte de ser inflexible ante el ejercicio, que no importa que tengas algo muy importante que hacer o que te sientas mal, tú no puedes fallar en el ejercicio.

45. Y la otra es esta parte de siempre estarle aumentando pensando que nunca es suficiente el ejercicio que estás haciendo.

46. Usarlo como método compensatorio, es un foco rojo, estoy investigando cuántas calorías tiene lo que me comí y dependiendo de las calorías es el ejercicio que voy a hacer.

47. “Ya tengo mucho sueño, estoy cansada, pero no, me comí esto y tengo que hacer ejercicio para quemarlo”.

48. “Si yo me como 1200 kcal al día, tendría que verse en mi reloj, en mi celular o en la caminadora que quemé las 1200 kcal para que yo quedara como tablas”.

49. Siente que no se merece alimento, pero no solo el alimento de postre, sino el alimento normal porque “estoy gorda” “me sobra mucho peso”.

50. “No me merezco ya comer porque ya comí mucho antes”.

51. Es un método compensatorio, dormirte pensando que mañana te vas a levantar a las 5 de la mañana o 4 de la mañana porque debes 3 horas de ejercicio por lo que te comiste hace un rato, es una conducta un tanto normal y cuando se repite constantemente. Y es un síntoma más.

52. Estar viendo cuánto ejercicio vas a ver dependiendo lo que te comiste pues no es una conducta normal con la comida.

53. “Tengo que quemar con el ejercicio con lo que me comí”.

54. Idea falsa de que tendrías que no podrías fallar un día en el ejercicio porque eso implicaría subir de peso.

55. Si yo no hago ejercicio voy a subir de peso por un día o una semana que no lo haga”.

Vómito autoinducido

56. Entre el hambre y la ansiedad tiene un atracón y entonces el vómito es la necesidad de deshacerse de lo que consumió.

57. Hay una parte que es mucho del castigo, del dolor, de decir “bueno ya te comiste todo eso pues ahora para que se te quite lo vas a vomitar”.

58. Y también hay una parte de un alivio de dolor que podría ser “comí tanto y me siento tan incómodamente satisfecha que voy a vomitar para aliviarme”

59. Pero generalmente corresponde al hecho de querer deshacerse de lo que consumió. Ese podría ser el motivo principal.

60. En el caso de la anorexia, que probablemente no hay atracones muy importantes en cuanto a calorías, pero se vive igual como un atracón, con una pérdida de control muy importante.

61. Sienten la necesidad de vomitarlo porque para esas personas es lo mismo porque, aunque no sea mucha comida, es esto de “perdí el control, comí como puerco, lo tengo que vomitar”.

Productos milagro.

62. Incluso los combinan “hago un buen de ejercicio, me restrinjo bastante y además me tomo esta pastilla” que saben que les provoca diarrea o escucharon que quema grasa.

63. “Bueno pues por si sí o por si no, yo también me estoy tomando esto”.

Influencia de las redes sociales

64. También hay muchos modelos a seguir que pudieran parecer bastante saludables que darían esta imagen de la vida perfecta a través del ejercicio y la comida saludable cuando por detrás podría haber problema de conductas alimentarias de riesgo.

65. Te puedes encontrar muchos *tips* para bajar de peso, pero son *tips* muy hacia la anorexia y la bulimia.

66. Lo que más buscan son *tips* para perder peso, modelos a seguir y también se crea una comunidad donde hay cierto apoyo.

67. Suelen aislarse mucho, ya no quieren ir a reuniones porque implica ir a comer.

68. Se empiezan a sentir muy criticados y observados y encuentran en estas comunidades apoyo, identificación.

69. “Hay más gente como yo que me ayuda y me entiende y me pasa *tips*”.

70. Buscar pertenecer, aprobación, de sentirse entendidas.

71. Estar buscando dietas, ejercicio, operaciones.

Productos en tendencia

72. Traen esas dudas y como es una persona a la que ven como modelo a seguir ni se lo cuestionan y dan por hecho que puede ser mejor.

73. Habría que identificar si es un hecho aislado entonces no sería una conducta alimentaria de riesgo.

74. La parte de los retos en las redes sociales.

75. Saber si lo llevan a cabo, pudiera quedarse en el plano solamente de ver.

76. Ver a una modelo o a alguien que tú digas yo quiero esa falda, voy a Zara la encuentro, me la mido y no me gusta cómo se me ve porque yo no tengo el cuerpo de ella.

77. Y hay mucha gente que se queda en ese plano de “hay que gorda estoy, que fea me veo, ya necesito hacer ejercicio ya necesito bajarle la comida”.

78. “Ya no soporto esto”.

79. Qué tanto se lleva a cabo lo que se está viendo en redes sociales.

80. Si tú descubres que hay una cantidad importante de gente que está consumiendo en redes sociales y solamente lo ve a lo mejor de ahí se puede hacer un taller de prevención de audiencias críticas.

81. Cosas que te ayuden a entender si esa persona le está poniendo una carga demasiado positiva al hecho de bajar de peso y ser delgado.

82. Medir algo como de peso y estatura para ver IMC y meter una parte de figurines para que la gente detecte cómo cree que se ve (autoimagen) y la distorsión corporal.

83. Checar si es gente que sigue este tipo de cuentas, participa en ciertos grupos y estos retos y consume este contenido tuviera una no correspondencia entre su IMC y su percepción.

8.4 Entrevista a experta 4

1. Siempre el objetivo va a ser la pérdida de peso.
2. Tienen ayunos intermitentes, pero repito, no de manera estructurada.
3. Es una manera inconsciente para perder peso.
4. Principales características: Control, la restricción siempre.
5. La primera señal es el objetivo: la pérdida de peso.
6. Hacen hasta lo imposible.
7. Pueden tener ayunos subjetivos, para ellos el ayuno puede ser desde no ayunar y comer después de doce horas una zanahoria y ya sienten que es como una pérdida de control.
8. Hasta pueden comer grandes cantidades de algo, pero normalmente siempre es el conteo de kilocalorías.
9. Normalmente en pacientes que están como con este ayuno si es muy frecuente el conteo de kilocalorías.
10. Los hidratos de carbono, tienen un conteo obsesivo con hidratos de carbono o con alimentos altos en grasas, pero número uno altos en hidratos de carbono.
11. El hacerse unos hábitos de alimentación, que me hagan un recuento y ahí notar que no tienen un horario en específico, que pasan muchas horas.
12. Es un ayuno inconsciente sólo para bajar de peso.
13. El cómo están planteando el valor de tu cuerpo por algo en específico y se va arrastrando.

Restricción

14. La restricción se da en la mayoría de los trastornos de la alimentación es por el objetivo de bajar de peso.
15. Empiezan con la restricción de hidratos de carbono y de grasas por querer perder peso.
16. La mayoría de pacientes tiene y me ha tocado preguntarles a pacientes cuál es su peso meta y tienen un peso meta que a lo mejor no es tan real.
17. Pero en su cabeza es un peso meta, el objetivo es alcanzar eso a como dé lugar
18. Quitando los alimentos y haciendo dietas exhaustivas.
19. Empiezan con y siempre me ha tocado, con los hidratos de carbono.
20. Frase: que algo engorda, que algo tiene muchas calorías.

Vómito provocado

21. Puede ser un atracón subjetivo, esa pérdida de control porque agarró esa galleta que no debió de haber agarrado y porque va a subir de peso.

22. Entonces esa falta de control y la culpa los lleva a un vómito, por ejemplo, a hacer ejercicio en exceso, a meterse medicamentos con tal de bajar de peso.

23. La parte de las kilocalorías, la parte de los azúcares, manejan muy bien la parte de las kilocalorías y los equivalentes.

Ejercicio compulsivo

24. Sienten que valen menos por haberse comido una galleta.

25. Por el simple hecho de haber comido una galleta, una papita, algo que no tenían contemplado.

26. Para sentir menos culpa de lo que están comiendo y normalmente los atracones o todo este tipo de cosas suelen ser en la noche o cuando nadie los ve.

27. “Si estoy haciendo ejercicio no pasa nada, como, no pasa nada”.

28. “Mañana hago ejercicio”.

29. Siempre están preocupados por su imagen corporal.

30. “Mañana lo compenso con el ejercicio”.

Consumo de suplementos y productos milagro

31. La pérdida de control, ver que no están bajando de peso por lo mismo del atracón.

32. Recurren a maneras fáciles para seguir con el objetivo de bajar de peso.

33. Todo esto *Keto,* que muchas personas con trastornos lo siguen.

34. Un método rápido y fácil para bajar de peso, que no les cueste tanto.

Redes Sociales

35. Por modas, dietas de moda y falta de información sobre la nutrición.

36. Se van por la parte más fácil o por el *influencer* que tiene un cuerpazo y siguen su perfil.

37. O esta imagen corporal perfecta y no les importa más allá de la información nutricional.

38. Donde les dan trucos para perder peso rápido y que la gente no se dé cuenta, un autoengaño.

39. Pueden seguir a cualquier *influencer* que promueva pérdida de peso rápida.

40. Trucos o *tips* para solución rápida para perder peso.

Aceptación

41. Pueden llegar a tener métodos dañinos para la salud con tal de llegar, como están compitiendo con la amiga, con tal de verse bien.

42. Con tal de tener esa aceptación de su grupo de amigos pueden llegar a dietas muy extremas o métodos muy extremos con tal de llegar a la meta.

Fanatismo alimentario

43. Siempre tienen un grupo selecto de comer e incluso una manera de comer.

44. Tienen estos mitos de alimentación de que por ejemplo el plátano tiene almidón y almidón engorda muchísimo y no pueden comer.

45. Normalmente no comen algunos alimentos por miedo a engordar.

46. Es muy difícil que coman la carne roja porque un paciente con trastornos de la alimentación tiene problemas con esta parte de sentir, de sentir hambre, saciedad.

47. Entonces confunden esta parte de la digestión, esta parte de la carne tarda más tiempo en digerirse con este malestar y esta inflamación y se sienten incómodos o con este miedo.

48. Un hombre con trastorno del a alimentación es un hombre que se quiere ver con más masa muscular.

49. Más musculoso, pero menos grasa, consumo de suplementos alimenticios.

Anexo 9. Primer banco de ítems y cuadros de características de ítems

Validación de Contenido de reactivos o ítems para el desarrollo de un instrumento de tamizaje de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en la Universidad Iberoamericana Puebla

Justificación

Debido a la creciente incidencia de TCA en el país, el desarrollo de un instrumento validado para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciaturas de la Universidad Iberoamericana Puebla servirá para que las autoridades correspondientes de la institución estén enteradas de la posibilidad que tienen sus estudiantes de presentar un TCA o de practicar alguna CAR. De igual forma, los estudiantes de nuevo ingreso, teniendo un promedio de edad entre 18 y 20 años, son una población propensa a presentar estas patologías durante la adolescencia tardía.

Se pretende que dicho instrumento sea un material de tamizaje de CAR orientado a la prevención, teniendo como características principales facilidad y sencillez de aplicación e interpretación, pudiendo utilizarse por el personal de la Clínica de Nutrición de la universidad.

De igual manera, al ser un instrumento de tamizaje de CAR abordado desde la nutrición y la relación directa del paciente con el alimento y su aporte energético, así como con diversos factores evaluables dentro del estilo de vida, los ítems podrán ser incluidos en una historia clínica nutriológica de rutina, pudiendo ser utilizada incluso por nutriólogos que no son especialistas en el tratamiento de TCA.

El Departamento de Ciencias de la Salud se verá beneficiado con un cuestionario de tamizaje autoaplicable, sencillo y concreto, previamente validado, el cual incluirá manual de usuario para su aplicación e interpretación para detectar CAR en estudiantes de nuevo ingreso.

Conductas Alimentarias de Riesgo

Una CAR es una conducta característica de un TCA, sin embargo, ésta se presenta en menor frecuencia y con menor intensidad que aquellas que forman parte de un diagnóstico de TCA, es decir, son un conjunto de conductas alteradas relacionadas al consumo de alimentos que no son suficientes para los criterios diagnósticos de los TCA (13). Las CAR son puestas en práctica con el objetivo de llevar a la persona que las realiza a una reducción de peso, sin embargo, no son efectivas, al contrario, suelen provocar sobrepeso e incluso obesidad. Las CAR más comunes son los atracones, las conductas purgativas y las conductas restrictivas (8).

Las CAR se inician voluntariamente y en pequeña escala, continúan agravándose hasta llevar a quien las efectúa a perder el control y presentar un TCA (13).

Se ha sugerido estudiar a las CAR de forma individual y no en conjunto con los TCA ya que las personas que presentan CAR en la adolescencia tardía tienen mayor riesgo de desarrollan un TCA durante la etapa adulta. Las CAR están directamente relacionadas con una baja autoestima, depresión, abuso de sustancias, ejercicio físico excesivo, intentos de suicido y ansiedad (14).

Algunas de las CAR más comunes son: realización de dietas con muy alta restricción energética, mantener periodos prolongados de ayuno, miedo irracional a subir de peso, atracones, hacer ejercicio físico excesivo, vómito provocado y uso de laxantes y diuréticos (14).

Validación de Contenido

La validez de contenido determina qué tanto el instrumento aporta todo lo necesario para considerarse completo para la evaluación del constructo, sin omitir información esencial ni agregando información que no contribuye a la concreción del objetivo del instrumento. La pertinencia, suficiencia y claridad de los reactivos es evaluada por jueces quienes además de ser especialistas en el campo tienen un criterio científico, habitualmente investigadores en el área. Su tarea principal de los jueces es evaluar cualitativamente los ítems ya construidos (24,46).

Instrucciones

Evaluar suficiencia, pertinencia y claridad de cada uno de los reactivos que conforman el banco de ítems de la siguiente manera: en el apartado donde indica “calificación” calificar en porcentaje del 1 al 100%. Marcar con una “X” el apartado con el que más se identifique el ítem en cuestión: “Esencial”, “Útil pero no esencial”, “No necesario”.

Por ejemplo:

Reactivo	Calificación	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
1. Constantemente me encuentro “a dieta” y voy quitando alimentos para llegar al que considero como peso ideal. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca	100%	**X**		

Comentarios adicionales

Los siguientes reactivos fueron construidos a partir de la información recabada a través de 4 entrevistas a diferentes nutriólogas especialistas con más de 5 años de experiencia en el área de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Después de la validación de contenido se reformularán los ítems clasificados como “útiles, pero no esenciales” y se eliminarán aquellos que hayan sido calificados como “no necesarios”. Se reformularán y en caso de ser necesario, se solicitará una segunda validación de contenido del nuevo banco de ítems por parte de los jueces. Por último, sólo se incluirán en el instrumento final aquellos que hayan sido evaluados como “esenciales” por parte todos y cada uno de los 5 jueces participantes en la investigación.

En caso de que usted lo considere necesario, apreciaría y agradecería mucho si desea realizar una entrevista conmigo por videollamada para hacer las correcciones pertinentes para el instrumento final.

Nombre del Juez evaluador:

Constructo: Conductas Alimentarias de Riesgo.
Dimensión: Restricción Alimentaria.
Definición: Es la ausencia de interés hacia los alimentos relacionado a sus características nutrimentales y organolépticas, aunado a una preocupación excesiva por las consecuencias que traería su consumo, lo cual no permite al individuo cubrir con su requerimiento energético y nutrimental diario (15).
La restricción se relaciona con la pérdida de peso significativa, deficiencias importantes de nutrimentos y a la dependencia de suplementos y alimentación oral (15).
Indicador: Presencia de Restricción Alimentaria como Conducta Alimentaria de Riesgo.
¿A quién evalúa?: Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años).
¿Para qué evalúa?: Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo.
¿Dónde evalúa?: En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla.
¿Quién evalúa?: Personal de la Clínica de Nutrición.

Reactivo	Calificación	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
1. Constantemente me encuentro "a dieta" y voy quitando alimentos para llegar al que considero como peso ideal. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
2. He quitado alimentos que considero que engordan para llegar a mi peso meta. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
3. He hecho dietas que evitan algún grupo de alimentos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
4. Me da miedo consumir tortilla y pan porque creo que engordan. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
5. Me da miedo consumir dulces, refrescos y postres porque creo que engordan. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
6. Consumir alimentos que considero como "chatarra", ricos en hidratos de carbono y grasas, me hace sentir culpable. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
7. Creo que los alimentos dulces y grasosos tienen muchas kilocalorías. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
8. Existe algún alimento que me prohíbo comer porque creo que tiene muchas calorías. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
9. Se me antoja muchísimo el alimento que me prohíbo. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
10. Existe algún alimento que me da miedo comer porque creo que tiene muchas calorías. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
11. Frecuentemente evito consumir alimentos antes o después de hacer ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
12. Me sirvo poca comida porque creo que si como menos no voy a subir de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
13. Dejo algo de comida en el plato. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

14. Soy muy exigente con mi alimentación y procuro sólo consumir cosas que considero saludables. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
15. Siento culpa por salirme de mi dieta. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
16. Siento miedo por salirme de mi dieta. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
17. Me preocupa mucho consumir alimentos que no son saludables porque me da miedo enfermarme. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
18. Evito consumir alimentos de origen animal porque me causan incomodidad. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
19. Considero que comer carne roja no es sano o me engorda. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
20. Tomo mucho café para evitar sentir hambre. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
21. Cuido mucho mi consumo de cereales porque creo que soy intolerante al gluten. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
22. Siento que lo que hago no es suficiente para bajar de peso entonces disminuyo la porción de comida que consumo. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
23. Siento que lo que hago no es suficiente para bajar de peso entonces voy quitando más alimentos que creo que engordan. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
24. Si creo que un alimento que se me antoja mucho me engorda, hago todo lo posible por evitarlo. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
25. Categorizo la comida entre buena y mala. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
26. Creo que un alimento es bueno porque no engorda. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
27. Creo que un alimento es malo porque engorda. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
28. Las dietas que realizo se prolongan por más tiempo del que creí en un inicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
29. Todo lo anterior lo realizo con el objetivo de perder peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
30. Hago hasta lo imposible por perder peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
31. Hago hasta lo imposible por no engordar. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
32. No puedo comer plátano porque tiene mucho almidón y me engorda. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
Comentarios adicionales y observaciones:				

Nombre del Juez evaluador:

Constructo: Conductas Alimentarias de Riesgo.
Dimensión: Ayuno.
Definición: El ayuno se define como una restricción energética en donde se consume del 20 al 40% del requerimiento energético diario y se realiza en periodos de tiempo variables (40).
Indicador: Presencia de Ayuno como Conducta Alimentaria de Riesgo.
¿A quién evalúa?: Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años).
¿Para qué evalúa?: Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo.
¿Dónde evalúa?: En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla.
¿Quién evalúa?: Personal de la Clínica de Nutrición.

Reactivo	Calificación	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
1. Rechazo las invitaciones para ir a restaurantes porque no quiero comer. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
2. Rechazo las invitaciones para ir a restaurantes porque no quiero que me vean comer. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
3. Evito ir a desayunar acompañado y aseguro ya haber desayunado, aunque no sea cierto. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
4. Me siento bien conmigo mismo al saber que estoy haciendo ayunos prolongados. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
5. Siento que perdí el control cuando rompo los ayunos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
6. Conozco la cantidad de kilocalorías que contienen mis alimentos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
7. Cuento las kilocalorías de mis alimentos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
8. Cuento las kilocalorías de los alimentos ricos en hidratos de carbono. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
9. Cuento las kilocalorías de los alimentos ricos en grasas. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
10. Reviso minuciosamente las etiquetas nutrimentales. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
11. No tengo un horario específico de alimentos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
12. Paso muchas horas sin comer. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
13. Creo que si paso mucho tiempo sin comer voy a bajar de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
14. Practico ayunos intermitentes. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
15. He llegado a pensar lo siguiente: “Comí un buen, entonces mejor no ceno y mañana no desayuno.” Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
16. No me gusta ir a reuniones que impliquen comer. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

Comentarios adicionales y observaciones:

Nombre del Juez evaluador:

Constructo: Conductas Alimentarias de Riesgo.
Dimensión: Ejercicio Compulsivo.
Definición: El ejercicio físico excesivo, también denominado ejercicio físico "compulsivo" o "problemático" es una conducta compensatoria muy común en pacientes con TCA, sin embargo, este tipo de actividad física está poco relacionada a la frecuencia e intensidad, principalmente está caracterizado por la búsqueda de realizar ejercicio en un horario rígido, además de que es priorizado sobre otras actividades de la vida cotidiana. Si existe algún impedimento para realizar esta actividad física, hay un incremento en la ansiedad y en sentimientos negativos, los cuales desaparecen cuando el ejercicio se retoma (42).
Indicador: Presencia de Ejercicio Compulsivo como Conducta Alimentaria de Riesgo.
¿A quién evalúa?: Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años).
¿Para qué evalúa?: Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo.
¿Dónde evalúa?: En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla.
¿Quién evalúa?: Personal de la Clínica de Nutrición.

Reactivo	Calificación	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
1. Soy mujer y mi principal motivación al hacer ejercicio es tener un cuerpo fit. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
2. Soy hombre y mi principal motivación al hacer ejercicio es marcar los músculos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
3. Tengo que hacer ejercicio para poder lograr tener el cuerpo que quiero. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
4. Creo que si consumo alimentos después de hacer ejercicio ya no va a servir de nada. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
5. Hago ejercicio para quemar las kilocalorías que comí. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
6. Hago ejercicio para deshacerme de las kilocalorías que comí. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
7. Hago ejercicio para sentir que merezco comer el alimento que tanto se me antoja. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
8. He llegado a pensar "Hoy me malpasé con la comida, mañana voy a tener que ir al gimnasio a quemar lo que me comí." Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
9. He llegado a pensar "Ya hice ejercicio, ya merezco comer lo que tanto se me antoja." Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
10. Me siento muy mal si no hago ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
11. No importa si me siento mal, tengo que hacer ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
12. No importa si tengo un compromiso, tengo que hacer ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
13. Me despierto muy temprano en la madrugada para poder ir a hacer ejercicio sí sé que no podré en otro momento del día. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

14. Hago ejercicio por aprobación social. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
15. Estoy obsesionado con el ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
16. Mi día no está completo si no hago ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
17. Soy completamente inflexible ante el ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
18. Incremento la intensidad, la carga, las repeticiones y la frecuencia del ejercicio porque siento que no es suficiente. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
19. Investigo cuantas kilocalorías tiene el alimento que consumí y verifico que sea la misma cantidad que quemo con el ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
20. Tengo que hacer ejercicio para quemar las kilocalorías de lo que me comí, no importa si estoy muy cansado o cansada. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
21. Siento que debo hacer cierta cantidad de horas de ejercicio para quemar el alimento que comí y considero que engorda. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
22. Calculo cuanto ejercicio voy a tener que hacer mientras como algo que considero que tiene muchas kilocalorías. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
23. Calculo cuanto ejercicio voy a tener que hacer mientras como algo que considero que me va a hacer engordar. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
24. He pensado: Comí pastel, mañana tengo que hacer ejercicio para quemarlo. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
25. Creo que no puedo fallar ni un solo día en el ejercicio o subiré de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
26. Creo que no puedo fallar ni un solo día en el ejercicio o perderé masa muscular. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
27. He llegado a pensar: “Ya hice ejercicio, ya puedo comer lo que se me antoja y no voy a engordar.” Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
28. Siento que necesito hacer ejercicio si consumí algo que no tenía contemplado consumir el día de hoy. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
29. Hacer ejercicio ocasiona que me sienta menos culpable por lo que como. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
30. Hago mucho ejercicio con tal de tener un cuerpo *fit* o musculoso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
31. Consumo suplementos alimenticios con tal de verme más musculoso o más *fit*.				

Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
32. Frecuentemente pienso “ya necesito bajarle a la comida y hacer ejercicio, ya estoy muy gordo o gorda.” Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
33. Cuido mucho mi alimentación y evito consumir algunos alimentos porque soy deportista. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
Comentarios adicionales y observaciones:				

Nombre del Juez evaluador:

Constructo: Conductas Alimentarias de Riesgo.
Dimensión: Atracón y vómito autoinducido.
Definición: Un atracón se define como el consumo de un alimento en mayores cantidades a las que consumiría cualquier otro sujeto, en la misma situación y en el mismo tiempo el cual, generalmente, es de dos horas.
También se define como la sensación de pérdida de control sobre el consumo de algún alimento, desde no poder controlar la cantidad de alimento ingerido hasta el tipo de alimento que se está ingiriendo (15). El vómito autoinducido es una conducta compensatoria que es utilizada por 80 – 90% de los pacientes con TCA. Se realiza como búsqueda del efecto inmediato, el cual es la sensación de desaparición del malestar físico y una disminución en el miedo a bajar de peso, sin embargo, el vómito autoinducido es acompañado siempre por una sensación de culpa al estar conscientes de que la conducta no es la adecuada (41).
Indicador: Presencia de Atracón y Vómito como Conducta Alimentaria de Riesgo.
¿A quién evalúa?: Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años).
¿Para qué evalúa?: Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo.
¿Dónde evalúa?: En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla.
¿Quién evalúa?: Personal de la Clínica de Nutrición.

Reactivo	Calificación	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
1. Pienso frecuentemente “Comí de más, no debí de haber comido así”. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
2. Creo que el sentirme satisfecha o satisfecho me hará subir de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
3. Me siento muy incómodo o incómoda con la sensación de “estar satisfecho”. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
4. Creo que el sentirme satisfecho o satisfecha me hace subir de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
5. Es muy incómodo para mí sentir mi estómago lleno. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
6. Odio sentir mi estómago lleno. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
7. Me da asco sentir mi estómago lleno. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
8. Es muy incómodo para mí sentir el agua en el estómago. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
9. Siento desesperación y pérdida de control, lo cual me hace consumir grandes cantidades de un alimento en específico. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

10. He consumido grandes cantidades de alimentos que considero como “malos” durante la noche porque nadie me ve. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
11. He consumido grandes cantidades de alimentos que considero como “malos” a escondidas. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
12. He llegado a pensar “voy a deshacerme de este alimento a como dé lugar.” Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
13. He vomitado para deshacerme de lo que ya consumí. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
14. Me he sentido tan incómodamente satisfecho o satisfecha que vomito para sentir alivio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
15. He llegado a pensar “comí como puerco, tengo que deshacerme de lo que comí”. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
16. He vomitado por sentirme culpable de lo que comí. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
Comentarios adicionales y observaciones:				

Nombre del Juez evaluador:

Constructo: Conductas Alimentarias de Riesgo
Dimensión: Influencia de las Redes Sociales en las Conductas Alimentarias de Riesgo.
Definición: Las redes sociales son plataformas digitales que logran que un gran número de usuarios entren en contacto entre sí, esto ha propiciado el desarrollo de una sobreexposición a la interiorización del ideal estético de delgadez. Actualmente, es muy común que en redes sociales se propaguen mensajes donde se asocia la felicidad a un estándar que busca la perfección física, basada en estándares de belleza socialmente aceptados. El riesgo de la tendencia radica en que se está priorizando la apariencia física por encima de la salud y la funcionalidad del cuerpo, objetificándolo (43).
Indicador: Presencia de Influencia de las Redes Sociales en las Conductas Alimentarias de Riesgo.
¿A quién evalúa?: Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años).
¿Para qué evalúa?: Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo.
¿Dónde evalúa?: En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla.
¿Quién evalúa?: Personal de la Clínica de Nutrición.

Reactivo	Calificación	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
1. Deseo tener el cuerpo *fit* de algún *influencer*. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
2. Busco en redes sociales *tips* para tener un cuerpo *fit*. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
3. Busco en redes sociales *tips* para perder peso fácil y rápidamente y los sigo. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
4. Sigo muchas cuentas que promueven la alimentación saludable y pongo en práctica sus consejos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
5. Me importa mucho la cantidad de *likes* que recibo al subir fotos con ropa deportiva. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

6. Me importa mucho la cantidad de *likes* que recibo al subir fotos haciendo ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
7. Me importa mucho la cantidad de *likes* que recibo al subir fotos alimentándome saludablemente. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
8. Realizo la dieta *Keto* u otro tipo de dieta de moda porque la vi en redes sociales. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
9. Sigo dietas que veo en redes sociales. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
10. Obtengo mis dietas de redes sociales. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
11. Obtengo mis rutinas de ejercicio de redes sociales. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
12. Sigo a muchos *influencers* que publican sobre alimentación y ejercicio y pongo en práctica sus consejos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
13. Creo plenamente en lo que los *influencers* comparten sobre alimentación y ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
14. Los *influencers* para mí son modelos a seguir para perder peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
15. Encuentro en las redes sociales una comunidad que me apoya en la pérdida de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
16. Me da mucho miedo no tener aprobación en redes sociales al hacer dieta. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
17. Me da mucho miedo no tener aprobación en redes sociales al hacer ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
18. Me da mucho miedo no tener aprobación en redes sociales al subir mis fotos de antes y después. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
19. Consumo productos alimenticios que recomiendan los *influencers*. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
20. Encuentro en redes sociales apoyo e identificación para perder peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
21. Consumo suplementos alimenticios que recomiendan los *influencers*. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
22. Consumo probióticos y prebióticos que recomiendan los influencers. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
23. Consumo proteína en polvo desarrollada por *influencers*. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
24. Estoy en grupos de Facebook o WhatsApp donde hay acompañamiento para realizar dietas. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

25. Estoy en grupos de Facebook o WhatsApp donde hay acompañamiento para hacer ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
26. He seguido retos de 21 días de alimentación y ejercicio que se promueven en redes sociales. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
27. Subo fotos a redes sociales cada vez que hago ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
28. Busco aprobación en redes sociales al hacer ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
29. Busco aprobación en redes sociales al seguir una dieta. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
30. Subo fotos de “antes y después” al hacer dieta y ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
31. Sigo páginas y perfiles donde se publican fotos de “antes y después”. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
32. Me siento satisfecho cuando mis fotos de “antes y después” reciben gran cantidad de *likes*. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
33. Busco aprobación en redes sociales al cambiar mi composición corporal. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
34. Busco reafirmación en redes sociales al subir fotos de “antes y después”. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
35. Busco reafirmación en redes sociales por mi pérdida de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
36. Busco frecuentemente en redes sociales información sobre cirugías plásticas. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
37. Busco frecuentemente en redes sociales información sobre dietas. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
38. Busco frecuentemente en redes sociales información sobre ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
39. Sigo a influencers que promueven una pérdida de peso rápida. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
40. En redes sociales encuentro gente como yo que me pasa *tips* para perder peso y me ayuda, me aprueba y me hace sentir que formo parte de una comunidad. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
41. En redes sociales hay gente que entiende mi deseo de perder peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
42. En redes sociales hay gente que me ayuda a perder peso y me pasa *tips*. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

43. Me gusta que mis seguidores en redes sociales observen mi vida perfecta, donde como sanamente, hago ejercicio y soy *fit*. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
44. Publico en redes sociales fotos de la comida que consumo y creo que es saludable para que todos vean que me cuido. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
45. Creo que la vida de los *influencers* que comen sanamente y hacen ejercicio es perfecta. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
Comentarios adicionales y observaciones:				

Nombre del Juez evaluador:

Constructo: Conductas Alimentarias de Riesgo
Dimensión: Consumo de productos de moda, milagro y suplementos.
Indicador: Presencia de consumo de productos de moda, milagro y suplementos como Conducta Alimentaria de Riesgo.
¿A quién evalúa?: Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años).
¿Para qué evalúa?: Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo.
¿Dónde evalúa?: En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla.
¿Quién evalúa?: Personal de la Clínica de Nutrición.

Reactivo	Calificación	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
1. Sólo consumo productos que considero "limpios" como productos orgánicos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
2. Sólo consumo productos que indiquen que son "*gluten free*", "*dairy free*", "bajos en sodio", entre otros. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
3. Me niego absolutamente a consumir alimentos que estén fuera de estas categorías. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
4. Sólo consumo leches vegetales. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
5. Sólo consumo alimentos que están en tendencia como el aceite y la leche de coco. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
6. Creo que los productos que están de moda son mejores que los alimentos comunes. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
7. Creo que una dieta *Keto* me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
8. Considero que consumir sólo "*supefoods*" y alimentos orgánicos es alimentarme correcta y sanamente. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
9. Consumo alguna sustancia con el objetivo de perder peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
10. He llegado a pensar lo siguiente: "Hago mucho ejercicio, como porciones pequeñas de alimentos				

que considero que no engordan y además me tomo una pastilla o algún producto para bajar de peso más rápida y fácilmente.” Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
Comentarios adicionales y observaciones:				

Nombre del Juez evaluador:				
Constructo: Conductas Alimentarias de Riesgo. **Dimensión:** Búsqueda de Aprobación. **Indicador:** Búsqueda de Aprobación como promotor de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿A quién evalúa?:** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?:** Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿Dónde evalúa?:** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?:** Personal de la Clínica de Nutrición.				
Reactivo	**Calificación**	**Esencial**	**Útil pero no esencial**	**No necesario**
1. Siempre consulto con alguien si me veo bien en una foto antes de subirla. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
2. Siempre consulto con alguien si me veo bien en una foto antes de subirla, si me dicen que me veo gordo o gorda la descarto, aunque me guste. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
3. Me hace sentir halagada o halagado cuando me comentan que he bajado de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
4. Me gusta presumir que vivo una vida “*fit*” Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
5. Me interesa que la gente sepa cuanto ejercicio hice y de qué tipo. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
6. Siento presión referente a la alimentación y el ejercicio para mantener la fachada de lo que pretendo ser. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
7. Siento presión referente a la alimentación y el ejercicio para mantener la fachada de lo que quiero llegar a ser. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
8. Siento presión referente a la alimentación y el ejercicio para mantener la fachada de lo que pretendo ser sin importa si es dañino para mi salud. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
9. Siento presión referente a la alimentación y el ejercicio para mantener la fachada de lo que quiero llegar a ser sin importar si es dañino para mi salud. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
10. Siento aceptación social a través de *likes* cuando hago ejercicio. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
11. Siento aceptación social a través de *likes* cuando como lo que considero como alimentos sanos. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

12. Siento aceptación social a través de *likes* cuando consumo alimentos y suplementos que están en tendencia. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
13. Me hace sentir bien que me feliciten cuando pierdo peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
14. Frases como "Qué bien te ves", "tienes mucha fuerza de voluntad", "yo quisera ser como tú", "pásame la dieta" me motivan a seguir perdiendo peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
15. Siento que voy por el camino correcto cuando me felicitan por bajar de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
16. Creo que todos mis problemas se resolverían si bajara de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
17. Creo que si yo fuera más delegado o delgada sería más feliz. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
18. Siento que valgo menos por haber comido alimentos que considero que no son saludables o engordan. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
19. Hago lo que sea necesario para bajar de peso porque creo que así me veré bien. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
20. Organizo retos o competencias con amigos para motivarnos a perder peso y hago lo que sea necesario para ganar. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
21. Creo que al bajar de peso mi grupo de amigos me aceptará. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
22. Mis amigos me comentan que debo hacer ejercicio cuando ven que consumo algún alimento que tiene mucha grasa o azúcar. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
Comentarios adicionales y observaciones:				

Nombre del Juez evaluador:				
Dimensión: Reactivos aún sin dimensión. **Observaciones:** Clasificaré estos reactivos si es que se aprueban en la validación de contenido. **¿A quién evalúa?:** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?:** Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿Dónde evalúa?:** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?:** Personal de la Clínica de Nutrición.				
Reactivo	**Calificación**	**Esencial**	**Útil pero no esencial**	**No necesario**
1. Considero que mi alimentación es extremadamente saludable. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
2. Consumo porciones de alimentos con las que me siento cómodo o cómoda y que puedo controlar. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				

3. Tengo un peso meta ideal muy específico en donde creo que es correcto estar y hago todo para llegar a esa meta. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
4. Considero que ese peso meta es el mejor estado físico para mí y tengo que lograrlo. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
5. Siempre creo que puedo bajar un poco más de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
6. Quiero saber todo sobre alimentación para bajar de peso y estar siempre perfecta o perfecto. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
7. Hago ejercicio y dieta por belleza y no por salud. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
8. Nunca llego a mi meta ideal cuando bajo de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
9. Subir de peso es lo peor que me podría pasar en este momento de mi vida. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
10. No toleraría subir de peso en este momento de mi vida. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
11. Creo que siempre puedo hacer un poco más de ejercicio para bajar de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
12. Creo que siempre puedo estar más tiempo a dieta para bajar de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
13. Creo que siempre puedo comer menos para bajar de peso. Casi siempre Siempre Nunca Casi Nunca				
Comentarios adicionales y observaciones:				

Anexo 10. Correo de invitación a jueces

Buen día Dr. Dra.

Soy Andrea Cacho Campillo, estudiante de la Maestría en Nutrición Clínica en la Universidad Iberoamericana Puebla, actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis, el cual se titula "Validación de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla."

Adjunto documento donde se describe la importancia del proyecto.

Como parte de la metodología, es necesario que cuente con un grupo de investigadores expertos en Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo que, debido a su amplia y destacada experiencia en la materia, me gustaría invitarle a participar como **Juez** en el desarrollo del instrumento. Su colaboración será de suma importancia para el proyecto ya que, a partir de ella, se realizará la pre-selección de ítems o reactivos que conformarán al Instrumento de Detección de Conductas Alimentarias de Riesgo.

Su participación consistiría en lo siguiente:

De acuerdo a su criterio científico y experiencia en la materia, evaluar cualitativamente (pertinencia, suficiencia y claridad) los ítems ya construidos para el instrumento de tamizaje, los cuales serán enviados en un archivo de Microsoft Word. Su participación consistiría en evaluar cada uno de los ítems más pertinentes, suficientes y claros para la investigación, con porcentaje del 1-100% en su capacidad para evaluar el constructo. Esta etapa del proyecto está considerada para realizarse durante el periodo comprendido durante el mes de septiembre del año en curso.

Su colaboración sería muy valiosa para el desarrollo del instrumento.

Le agradezco de antemano la atención otorgada al presente y espero poder contar con el honor de su colaboración ya que es un proyecto muy importante para mi formación profesional.

LNCA. Andrea Cacho Campillo

Estudiante de la Maestría en Nutrición Clínica

Anexo 11. Segundo Banco de ítems

Validación de Contenido de banco de ítems de un instrumento de tamizaje de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura en la Universidad Iberoamericana Puebla

Justificación

Debido a la creciente incidencia de TCA en el país, el desarrollo de un instrumento validado para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de nuevo ingreso a licenciaturas de la Universidad Iberoamericana Puebla servirá para que las autoridades correspondientes de la institución estén enteradas de la posibilidad que tienen sus estudiantes de presentar un TCA o de practicar alguna CAR. De igual forma, los estudiantes de nuevo ingreso, teniendo un promedio de edad entre 18 y 20 años, son una población propensa a presentar estas patologías durante la adolescencia tardía.

Se pretende que dicho instrumento sea un material de tamizaje de CAR orientado a la prevención, teniendo como características principales facilidad y sencillez de aplicación e interpretación, pudiendo utilizarse por el personal de la Clínica de Nutrición de la universidad.

De igual manera, al ser un instrumento de tamizaje de CAR abordado desde la nutrición y la relación directa del paciente con el alimento y su aporte energético, así como con diversos factores evaluables dentro del estilo de vida, los ítems podrán ser incluidos en una historia clínica nutriológica de rutina, pudiendo ser utilizada incluso por nutriólogos que no son especialistas en el tratamiento de TCA.

El Departamento de Ciencias de la Salud se verá beneficiado con un cuestionario de tamizaje autoaplicable, sencillo y concreto, previamente validado, el cual incluirá manual de usuario para su aplicación e interpretación para detectar CAR en estudiantes de nuevo ingreso.

Será medido a través de una escala tipo Likert: Nunca, Casi Nunca, Casi Siempre, Siempre.

Instrucciones:

Validar: suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de cada ítem calificándolos del 1 al 4, donde: 1. No cumple con el criterio, 2. Nivel Bajo, 3. Nivel Moderado, 4. Nivel Alto.
Posteriormente, marcar con una "X" el apartado con el que más se identifique el ítem en cuestión: *"Esencial", "Útil pero no esencial", "No necesario".*

Comentarios adicionales

Los siguientes reactivos fueron construidos a partir de la información recabada a través de 4 entrevistas a diferentes nutriólogas especialistas con más de 5 años de experiencia en el área de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Sólo se incluirán en el instrumento final aquellos que hayan sido evaluados como **"esenciales"** por parte todos y cada uno de los 5 jueces participantes en la investigación.
En caso de que usted lo considere necesario, apreciaría y agradecería mucho si desea realizar una entrevista conmigo por videollamada para hacer las correcciones pertinentes para el instrumento final.

Juez evaluador:

Definición del constructo
Una Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR) es una conducta característica de un TCA, sin embargo, esta se presenta en menor frecuencia y con menor intensidad que aquellas que forman parte de un diagnóstico de TCA, es decir, son un conjunto de conductas alteradas relacionadas al consumo de alimentos que no son suficientes para los criterios diagnósticos de los TCA (13). Las CAR son puestas en práctica con el objetivo de llevar a la persona que las realiza a una reducción de peso, sin embargo, no son efectivas, al contrario, suelen provocar sobrepeso e incluso obesidad. Las CAR más comunes son los atracones, las conductas purgativas y las conductas restrictivas (8). Las CAR se inician voluntariamente y en pequeña escala, continúan agravándose hasta llevar a quien las efectúa a perder el control y presentar un TCA (14). **¿A quién evalúa?:** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?:** Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿Dónde evalúa?:** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?:** Personal de la Clínica de Nutrición.

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE BANCO DE ÍTEMS DE UN INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO A LICENCIATURA ENLA UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

DIMENSIÓN	CONSIDERACIONES	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	COMENTARIOS ADICIONALES
				Los reactivos que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta	El reactivo tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	El reactivo es esencial o importante, es decir deber ser incluido.	El reactivo se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	
			Sentido **(- o +)**	1. No cumple con el criterio 2. Nivel Bajo 3. Nivel Moderado 4. Nivel Alto	1. No cumple con el criterio 2. Nivel Bajo 3. Nivel Moderado 4. Nivel Alto	1. No cumple con el criterio 2. Nivel Bajo 3. Nivel Moderado 4. Nivel Alto	1. No cumple con el criterio 2. Nivel Bajo 3. Nivel Moderado 4. Nivel Alto	
				1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

DIMENSIÓN	CONSIDERACIONES	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Restricción Alimentaria **Definición:** es la ausencia de interés hacia los alimentos relacionado a sus características nutrimentales y organolépticas, aunado a una preocupación excesiva por las consecuencias que traería su consumo, lo cual no permite al individuo cubrir con su requerimiento energético y nutrimental diario (16). La restricción se relaciona con la pérdida de peso significativa, deficiencias importantes de nutrimentos y a la dependencia de suplementos y alimentación oral (16).	**¿A quién evalúa?** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?** Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿Dónde evalúa?** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?** Personal de la Clínica de Nutrición.	1.Quito alimentos para llegar al peso que considero ideal.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		2.Evito alimentos porque considero que subo de peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		3.Me prohíbo algunos alimentos cuando considero tienen muchas calorías.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		4.Creo que los alimentos dulces y grasosos tienen muchas calorías y limito su consumo.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		5.Me prohíbo alimentos que considero que tienen muchas calorías.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		6.Disminuyo la comida que ingiero, ya que de esta forma evito incrementar mi peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		7.Dejo algo de comida en el plato con el propósito de evitar subir de peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		8.Como poco para evitar incrementar mi peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		9.Realizo dietas por un periodo largo de tiempo.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		10.Si se me antoja algo que me hace subir de peso, hago todo lo posible por evitarlo.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			

DIMENSIÓN	CONSIDERACIONES	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Ayuno prolongado **Definición:** el ayuno se define como una restricción energética en donde se consume del 20 al 40 % del requerimiento energético diario y se realiza en periodos de tiempo variables (17).	**¿A quién evalúa?** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?** Para detectar presencia de CAR. **¿Dónde evalúa?** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?** Personal de la Clínica de Nutrición.	1. Paso muchas horas sin comer.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		2.Practico ayunos intermitentes.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		3. Si como mucho evito la cena.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		4. Si ceno mucho evito el desayuno.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		5. Evito ir a desayunar.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		6. Es importante realizar ayunos para bajar de peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		7. Si paso mucho tiempo sin comer bajo de peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			

DIMENSIÓN	CONSIDERACIONES	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Ejercicio Compulsivo **Definición:** el ejercicio compulsivo o "problemático" es una conducta compensatoria muy común en pacientes con TCA, sin embargo, este tipo de actividad física está poco relacionada a la frecuencia e intensidad, principalmente está caracterizado por la búsqueda de realizar ejercicio en un horario rígido, además de que es priorizado sobre otras actividades de la vida cotidiana. Si existe algún impedimento para realizar esta actividad física, hay un incremento en la ansiedad y en sentimientos negativos, los cuales desaparecen cuando el ejercicio se retoma (22)	**¿A quién evalúa?** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?** Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿Dónde evalúa?** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?** Personal de la Clínica de Nutrición.	1. Mi principal motivación al hacer ejercicio es tener un cuerpo en forma.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		2. Hacer ejercicio me ayuda a tener el cuerpo que quiero.	-	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		3. Hago ejercicio para quemar las calorías que comí.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		4. Hago ejercicio para no sentirme culpable después de comer lo que se me antoja.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		5. Aunque me sienta mal, tengo que hacer ejercicio.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		6.Investigo cuantas calorías tiene el alimento que consumí y verifico que sea la misma cantidad que quemo con el ejercicio que realizo para bajar de peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		7.Hacer ejercicio evita que me sienta culpable por lo que comí.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			

DIMENSIÓN	CONSIDERACIONES	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Atracón **Definición:** un atracón se define como el consumo de un alimento en mayores cantidades a las que consumiría cualquier otro sujeto, en la misma situación y en el mismo tiempo el cual, generalmente, es de dos horas (16).	**¿A quién evalúa?** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura **¿Para qué evalúa?** Para detectar presencia de CAR. **¿Dónde evalúa?** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?** Personal de la Clínica de Nutrición.	1.Cuando como lo hago sin control.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		2.Cuando como no puedo parar.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		3.Cuando como sin control lo hago a escondidas.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		4. Me aíslo para comer sin control.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			

DIMENSIÓN	CONSIDERACIONES	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Vómito autoinducido **Definición:** el vómito autoinducido es una conducta compensatoria que es utilizada por 80 – 90% de los pacientes con TCA. Se realiza como búsqueda del efecto inmediato, el cual es la sensación de desaparición del malestar físico y una disminución en el miedo a bajar de peso, sin embargo, el vómito autoinducido es acompañado siempre por una sensación de culpa al estar conscientes de que la conducta no es la adecuada (21).	**¿A quién evalúa?** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?** Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿Dónde evalúa?** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?** Personal de la Clínica de Nutrición.	1.Cuando como de más vomito para evitar subir de peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		2.Cuando como de más, consumo pastillas laxantes o diuréticas para evitar subir de peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			

DIMENSIÓN	CONSIDERACIONES	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Influencia de Redes Sociales en la presencia de CAR **Definición:** las redes sociales son plataformas digitales que logran que un gran número de usuarios entren en contacto entre sí, esto ha propiciado el desarrollo de una sobreexposición a la interiorización del ideal estético de delgadez. Actualmente, es muy común que en redes sociales se propaguen mensajes donde se asocia la felicidad a un estándar que busca la perfección física, basada en estándares de belleza socialmente aceptados. El riesgo de la tendencia radica en que se está priorizando la apariencia física por encima de la	**¿A quién evalúa?** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?** Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿Dónde evalúa?** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?** Personal de la Clínica de Nutrición.	1. Deseo tener el cuerpo atlético de algún líder de opinión en redes sociales *(influencer).*	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		2. Llevo a cabo los consejos que veo en las redes sociales para bajar de peso fácil y rápidamente.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		3. Sigo cuentas en redes sociales que promueven la alimentación que considero saludable y llevo a cabo sus consejos.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		4. Me importa la cantidad de “me gusta” que recibo en redes sociales al subir fotos en ropa deportiva.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		5. Es importante para mí, la cantidad de “me gusta” que recibo al subir fotos en las redes sociales haciendo ejercicio.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		6. Me importa mucho la cantidad de “me gusta” que recibo en las redes sociales al subir fotos alimentándome saludablemente.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		7. Realizo dietas de moda porque las veo en redes sociales.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		8. Creo plenamente en lo que los líderes de opinión en redes sociales *(influencers)*	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			

salud y la funcionalidad del cuerpo, objetificándolo (18).		comparten sobre alimentación y ejercicio.									
		9.Los líderes de opinión en redes sociales (*influencers*) son modelos a seguir para perder peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		10. Encuentro en las redes sociales una comunidad que me apoya en la pérdida de peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		11. Me inquieta no tener aprobación en redes sociales al hacer cosas para bajar de peso (e.g. dieta, ejercicio, fotos de antes y después).	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		12. He seguido retos de 21 días de alimentación y ejercicio que se promueven en redes sociales.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		13.Subo fotos a redes sociales cada vez que hago ejercicio.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		14. En redes sociales encuentro gente como yo que me da consejos para perder peso, me ayuda, me aprueba y me hace sentir que formo parte de una comunidad.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		15. Encuentro en redes sociales apoyo e identificación con otras personas para perder peso.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			

DIMENSIÓN	CONSIDERACIONES	REACTIVO	TIPO	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Consumo de productos de moda, milagro y suplementos. **Definición:** En la actualidad hay una preocupación por la salud cada vez mayor, además de que hay fácil acceso a la información sobre los riesgos que conllevan la obesidad y el sobrepeso aunado al culto al cuerpo, donde la delgadez está asociada al éxito y aceptación social, está favorecida la producción y comercialización de distintos artículos que dicen contribuir a la pérdida y control de peso corporal (25).	**¿A quién evalúa?** Estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura (adolescencia tardía, entre 18 y 20 años). **¿Para qué evalúa?** Para detectar presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo. **¿Dónde evalúa?** En las instalaciones de la Universidad Iberoamericana Puebla. **¿Quién evalúa?** Personal de la Clínica de Nutrición.	1.Sólo consumo productos que indiquen que son “libres de gluten”, “sin lácteos”, “bajos en sodio”, entre otros.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		2. Sólo consumo leche de origen vegetal (e.g. almendra, arroz, avena, soya etc.).	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		3. Sólo consumo alimentos que están de moda, como la leche y el aceite de coco.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			
		4. Consumo productos alimenticios y suplementos que recomiendan los líderes de opinión en redes sociales (*influencers)*.	+	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4			

Anexo 12. Resultados para Validación de Contenido según la modificación a la metodología de Lawshe

Interpretación del CVR' para Validez de Contenido				
Número	**Ítem**	**Pertinencia**	**Relevancia**	**Claridad**
1	1	1.0000	1.0000	1.0000
2	2	1.0000	1.0000	1.0000
3	20	1.0000	1.0000	1.0000
4	24	1.0000	1.0000	1.0000
5	28	1.0000	1.0000	1.0000
6	44	1.0000	1.0000	1.0000
7	46	1.0000	1.0000	1.0000
8	53	1.0000	1.0000	1.0000
9	59	1.0000	0.7500	0.7500
10	61	1.0000	1.0000	0.7500
11	68	1.0000	1.0000	1.0000
12	73	1.0000	0.7500	0.7500
13	74	1.0000	1.0000	0.7500
14	75	1.0000	1.0000	1.0000
15	77	1.0000	0.7500	1.0000
16	93	1.0000	1.0000	1.0000
17	95	1.0000	1.0000	0.7500
18	97	1.0000	0.7500	0.7500
19	98	1.0000	1.0000	1.0000
20	99	1.0000	1.0000	1.0000
21	101	1.0000	1.0000	1.0000
22	103	1.0000	1.0000	1.0000
23	104	1.0000	1.0000	1.0000
24	105	1.0000	1.0000	1.0000
25	108	1.0000	1.0000	1.0000
26	112	1.0000	1.0000	1.0000
27	118	1.0000	1.0000	1.0000
28	123	1.0000	1.0000	0.7500
29	129	1.0000	1.0000	1.0000
30	132	1.0000	1.0000	1.0000
31	140	1.0000	1.0000	1.0000

32	144	1.0000	1.0000	1.0000
34	149	0.7500	0.7500	0.7500
33	155	0.7500	0.7500	0.7500
Suma		33.5000	32.5000	31.7500
Índice de CVR':		0.99	0.96	0.93
Índice de CVR' global:		**0.96**		
Porcentaje de índice de CVR' de ítems aceptables:		**96%**		

Conclusión cualitativa por ítem de Validez de Contenido		
Número	**Ítem**	**Conclusión por ítems (cualitativa)**
1	1	Evitar adverbios de tiempo y gerundios.
2	2	Evitar antepresente.
3	20	Agregar más ejemplos, redacción más completa hacia la restricción.
4	24	Evitar creencias.
5	28	Cambiar redacción para evitar creencias.
6	44	Sin observaciones adicionales.
7	46	Sin observaciones adicionales.
8	53	Cambiar redacción.
9	59	Evitar palabras en negativo, asociar a insatisfacción corporal.
10	61	Simplificar.
11	68	Verificar que no sea repetitivo (53).
12	73	Repetitiva. Juntar con la siguiente.
13	74	Cambiar redacción.
14	75	Quitar la palabra No.
15	77	Mejorar redacción.
16	93	Cambiar redacción, agregar subir de peso.
17	95	Combinar con la 93.
18	97	Combinar con la 95.
19	98	Cambiar redacción, sin anglicismos.
20	99	Quitar anglicismos.
21	101	Hacer énfasis en redes sociales.
22	103	Hacer énfasis en redes sociales. Quitar anglicismos.
23	104	Hacer énfasis en redes sociales. Quitar anglicismos.

24	105	Cambiar redacción. Generalizar.
25	108	Sin observaciones adicionales. Agregar "las"
26	112	Sin observaciones adicionales.
27	118	Quitar anglicismos.
28	123	Sin observaciones adicionales.
29	129	Quitar anglicismos. Complementar.
30	132	Es repetitiva.
31	140	Modificar redacción.
32	144	Unir con la 146 y 147, quitar anglicismos.
		Unir con la 147.
		Unir con la 146.
34	149	Quitar keto, generalizar por dieta de moda.
33	155	Sin observaciones específicas.

Número	Ítem	Ítem
1	1	Constantemente me encuentro “a dieta” y voy quitando alimentos para llegar al que considero como peso ideal.
2	2	He quitado alimentos que considero que engordan para llegar a mi peso meta.
3	20	Tomo mucho café para evitar sentir hambre.
4	24	Si creo que un alimento que se me antoja mucho me engorda, hago todo lo posible por evitarlo.
5	28	Las dietas que realizo siempre se prolongan por más tiempo del que creí en un inicio.
6	44	Paso muchas horas sin comer.
7	46	Practico ayunos intermitentes.
8	53	Hago ejercicio para quemar las kilocalorías que comí.
9	59	No importa si me siento mal, tengo que hacer ejercicio.
10	61	Me despierto muy temprano en la madrugada para poder ir a hacer ejercicio sí sé que no podré en otro momento del día.
11	68	Tengo que hacer ejercicio para quemar las kilocalorías que comí.
12	73	Creo que no puedo fallar ni un solo día en el ejercicio o subiré de peso.
13	74	Creo que no puedo fallar ni un solo día en el ejercicio o perderé masa muscular.
14	75	He llegado a pensar "ya hice ejercicio, ya puedo comer lo que se me antoja y no voy a engordar".
15	77	Hacer ejercicio ocasiona que me sienta menos culpable por lo que como.
16	93	He llegado a pensar, "voy a deshacerme de este alimento a como de lugar".
17	95	Me he sentido tan incómodamente satisfecho o satisfecha que vomito para sentir alivio.
18	97	He vomitado por sentirme culpable de lo que comí.
19	98	Deseo tener el cuerpo fit de algún influencer.
20	99	Busco en redes sociales tips para tener un cuerpo fit.
21	101	Sigo muchas cuentas que promueven la alimentación saludable y pongo en práctica sus consejos .
22	103	Me importa mucho la cantidad de likes que recibo al subir fotos haciendo ejercicio.
23	104	Me importa mucho la cantidad de likes que recibo al subir fotos alimentándome saludablemente.
24	105	Realizo la dieta Keto u otro tipo de dieta de moda.

25	108	Obtengo mis rutinas de ejercicio de redes sociales.
26	112	Encuentro en las redes sociales una comunidad que me apoya en la pérdida de peso.
27	118	Consumo suplementos alimenticios que recomiendan los influencers.
28	123	He seguido retos de 21 días de alimentación y ejercicio que se promueven en redes sociales.
29	129	Me siento satisfecho cuando mis fotos de "antes y después" reciben gran cantidad de likes.
30	132	Busco reafirmación en redes sociales por mi pérdida de peso.
31	140	Me gusta que mis seguidores enredes sociales observen mi vida perfecta, donde como sanamente, hago ejercicio y soy fit.
32	144	Sólo consumo productos que indiquen que son "gluten free", "dairy free", "bajos en sodio" entre otros.
		Sólo consumo leches vegetales.
		Sólo consumo alimentos que están en tendencia como el aceite y la leche de coco.
34	149	Creo que una dieta Keto me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable.
33	155	Me hace sentir halagada o halagado cuando me comentan que he bajado de peso.

Conclusión cualitativa por ítem de Validez de Contenido		
Número	**Ítem**	**Ítem Reformulado**
1	1	Quito alimentos para llegar al peso que considero ideal.
2	2	Evito alimentos porque considero que me hacen subir de peso.
3	20	Consumo café, alcohol, cigarro etc. Para evitar sentir hambre y comer de más.
4	24	Si un alimento se me antoja mucho, pero me hace subir de peso, hago todo lo posible por evitarlo.
5	28	Realizo dietas por un largo periodo de tiempo.
6	44	Paso muchas horas sin comer.
7	46	Practico ayunos intermitentes.
8	53	Hago ejercicio para quemar las calorías que consumí.
9	59	Aunque me sienta mal, tengo que hacer ejercicio para tener el cuerpo que quiero.
10	61	Ajusto mis horarios para poder hacer ejercicio.
11	68	Tengo que hacer ejercicio para quemar las kilocalorías que consumí.
12	73	Me es imposible fallar un solo día al ejercicio, de lo contrario subo de peso o pierdo músculo.
13	74	
14	75	Si hago ejercicio, puedo comer lo que se me antoja sin subir de peso.
15	77	Hacer ejercicio evita que me sienta culpable por lo que comí.
16	93	Cuando como de más, vomito sentir alivio y evitar subir de peso.
17	95	
18	97	
19	98	Deseo tener el cuerpo atlético de algún líder de opinión en las redes sociales *(influencer)*.
20	99	Busco en las redes sociales consejos para tener un cuerpo atlético.
21	101	Sigo cuentas en redes sociales que promueven la alimentación que considero saludable y llevo a cabo sus consejos.
22	103	Me importa mucho la cantidad de "me gusta" que recibo en las redes sociales al subir fotos haciendo ejercicio.
23	104	Me importa mucho la cantidad de "me gusta" que recibo en las redes sociales al subir fotos alimentándome saludablemente.

24	105	Realizo dietas de moda porque las veo en las redes sociales.
25	108	Obtengo mis rutinas de ejercicio de las redes sociales.
26	112	Encuentro en las redes sociales una comunidad que me apoya en la pérdida de peso.
27	118	Consumo suplementos alimenticios que recomiendan los líderes de opinión en las redes sociales *(influencers).*
28	123	He seguido retos de 21 días de alimentación y ejercicio que se promueven en redes sociales.
29	129	Me siento satisfecho o satisfecha cuando mis fotos de "antes y después" reciben gran cantidad de "me gusta" en redes sociales.
30	132	Busco reafirmación en redes sociales por mi pérdida de peso.
31	140	Me gusta que mis seguidores en las redes sociales vean qué cómo y el ejercicio que hago.
		Sólo consumo productos libres de gluten y lácteos, bajos en sodio y productos de moda como leches vegetales (e.g. leche de almendras, arroz, soya etc.)
32	144	
34	149	Una dieta de moda me va a ayudar a bajar de peso más rápido que una alimentación saludable.
33	155	Me halaga cuando me comentan que he bajado de peso.

Anexo 13. Carta consentimiento informado Prueba Piloto

Carta de Consentimiento Informado del estudio: Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Explicación de los Procedimientos

Si usted acepta dar su consentimiento para la participación dentro del estudio **Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla,** deberá acudir a la totalidad de las sesiones de respuesta para los cuestionarios que conforman el estudio, respondiendo con total honestidad para una obtención de resultados correctos.

Confidencialidad

Su nombre y datos personales no serán revelados en ningún reporte a menos que se le solicite y se autorice la divulgación de sus resultados. Toda información personal recolectada permanecerá confidencial, así como la información de toda índole, relacionada con los intercambios de información derivados del estudio **Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla**. En el caso de posibles publicaciones, estas se podrán realizar con previa autorización escrita de los involucrados, la identidad del participante nunca será revelada. Su participación en el estudio **Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla** elaborado por la LNCA Andrea Cacho Campillo es voluntaria.

Acuerdo

Este acuerdo sostiene que he recibido la carta de consentimiento informado y me comprometo a responder de la forma más honesta posible todas las etapas de **la Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla** elaborado por la LNCA Andrea Cacho Campillo. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar errores en los resultados obtenidos.

Su firma en la parte inferior indica que usted está de acuerdo en participar en el proyecto **Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla**, elaborado por LNCA Andrea Cacho Campillo.

Costos y compensaciones

El participar en este estudio no le genera ningún costo y se recibirá un recetario digital como compensación **por participar en todas las fases de la investigación.**

Acuerdo

Este acuerdo sostiene que ha recibido la carta de consentimiento informado y se compromete a asistir al 100% de las sesiones que comprenden la **Validación de contenido de reactivos de un instrumento de tamizaje para la detección de Conductas Alimentarias de Riesgo, en estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura de la Universidad Iberoamericana Puebla**. No se prevé ningún riesgo. Su firma en la parte inferior indica que usted está de acuerdo en participar en este estudio. Declaración Yo, la/el firmante, he comprendido la información previa, la cual me ha sido explicada en forma clara y completa. Yo tuve la oportunidad de formular preguntas, cada una de las cuales fue respondida de forma satisfactoria. Yo estoy de acuerdo con formar parte de este estudio.

Nombre del participante: _____ Firma: _____ Fecha: / /