

OMISIÓN DE DESAYUNO, IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

Natalie Eguía Beltrán

María Elena Acosta Enríquez

Universidad de Morelos, México

RESUMEN

En los últimos años la aparición de conductas alimentarias de riesgo han ido incrementado y afectan principalmente a los adolescentes. Se investigó si existe asociación entre la ingesta o ausencia del desayuno y la predisposición entre los estudiantes para adoptar conductas alimentarias de riesgo, así como identificar los factores que condicionan a depresión en estudiantes de educación secundaria. La investigación fue cuantitativa, descriptiva, observacional, transversal y correlacional. La muestra consistió en 152 estudiantes de entre 12 y 15 años de edad. Se aplicaron el Cuestionario breve para identificar conductas alimentarias de riesgo (CAR) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R). Se observó una diferencia significativa de riesgo para conductas alimentarias entre quienes desayunaban y quienes no lo hacían, con mayores puntuaciones para este último grupo. Un patrón similar se observó con la detección de depresión, con valores más altos en el grupo que no desayunaba. Los trastornos de la conducta alimentaria representan un problema latente en la población estudiada; sin embargo, afectan principalmente a la población femenina. La categoría de preocupación por engordar muestra mayor puntaje entre el total de población y es más frecuente entre las mujeres.

Palabras clave: conductas de riesgo alimentarias, omisión de desayuno, depresión

Introducción

Las implicaciones físicas, fisiológicas y neurobiológicas del desayuno han sido poco descritas en estudios, debido a que la alimentación y la nutrición durante la infancia y la adolescencia muestran desafíos con respecto a disponibilidad,

seguridad y presupuesto, lo que implica necesidades especiales debido a que estas se mantienen hasta la vida adulta. El desayuno es considerado una de las principales comidas del día, debido al aporte de energía y nutrimentos que provee para el individuo; sin embargo, este tipo de comida es omitido con regularidad entre los diferentes grupos de población. Jofré, Jofré, Arenas, Azpiroz y De Bortoli (2007) mostraron que la población infantil que no desayuna presenta actividad neuronal disminuida, además de in-

Natalia Eguía Beltrán y María Elena Acosta Enríquez, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Morelos, México.

La correspondencia concerniente a este artículo puede ser enviada a Natalia Eguía Beltrán, correo electrónico: naty_7291@hotmail.com

volucrar otras alteraciones metabólicas, cognitivas y sociales.

Por otro lado, el entorno escolar es el ámbito donde el adolescente aprende a integrarse en la sociedad, a cumplir horarios, a adquirir disciplina y a desarrollar un esfuerzo intelectual para lograr un buen desempeño y tener éxito en la vida, trasladando esta información al núcleo familiar para compartir los conocimientos adquiridos, con la finalidad de modificar los factores de riesgo y disminuir la posibilidad de presentar alteraciones en la salud como resultado del estilo de vida. Sin embargo, los hábitos alimentarios adquiridos durante la etapa de la adolescencia contribuyen al consumo de alimentos fuera del hogar (Herrera Genes, 2013).

El desayuno es el primer grupo de alimentos consumido generalmente a temprana hora de la mañana, a fin de mantener un rendimiento óptimo y equilibrado durante el resto del día (Herrero Lozano y Fillat Ballesteros, 2006). Se ha observado que la población que omite el desayuno muestra mayor tendencia a desarrollar sobrepeso u obesidad; entre los adolescentes, se encuentra en la literatura un mayor número de conductas alimentarias de riesgo, al dejar de reunirse para comer en familia y pasar mayor tiempo en la escuela o con los amigos, debido al interés en esta etapa de integración y aceptación social para mantener una buena figura y la masa corporal que dicta la moda (Aguilar Cordero et al., 2010).

Por otro lado, se ha observado que tanto adultos como jóvenes que omiten el desayuno muestran mayor déficit de atención, sueño en clases, mal humor y depresión, lo que incide en el desarrollo de conductas agresivas hacia sus demás compañeros.

La relación de la ausencia del desayuno como predictor de conductas alimentarias de riesgo y las variaciones ocurridas en la personalidad es un tema poco estudiado; por ello, el desarrollo del presente estudio representa una ayuda para identificar las manifestaciones clínicas y desarrollar estrategias de prevención, promoción e intervenciones dirigidas a la problemática que afecta a este grupo de población. Se ha dicho que el omitir el primer alimento del día disminuye la capacidad de concentración y adquisición de conocimiento, además de estar relacionado con el incremento de peso, el deterioro de la imagen corporal y de la autoestima; en algunos casos se pueden apreciar episodios narcisistas vinculados a obesidad (Jaimovich P. et al., 2010; Ruíz Prieto, Santiago Fernández, Bolaños Ríos y Jáuregui Lobera, 2010).

Unikel-Santoncini et al. (2010) observaron la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) en estudiantes mexicanas entre 15 a 19 años mayormente en el estado de México, con 12.1%; en Chihuahua, con 11.3%; en Durango y Tamaulipas, con 9.2%, mientras que las evaluaciones de CAR moderadas se presentan mayormente en el estado de Nuevo León (19.2%) y Aguascalientes (16.3%). La región sur-sureste mostró la prevalencia más baja con un valor de 4.5%. Los resultados arrojados indican que existe mayor tendencia de riesgo en mujeres con edad de 18 años (17.3%), disminuyendo ligeramente un año después, a los 19 años. Se estima que 7 de cada 100 estudiantes mexicanos presentan CAR, por lo que es de vital importancia desarrollar intervenciones y acciones de promoción de la salud que aborden estas condiciones.

Por ser la primera comida que se ingiere al inicio del día, el desayuno no se reemplaza por el consumo adicional de alimentos durante media mañana o entre horas. Los factores que influyen en la conducta alimentaria dependen tanto de la familia como del entorno escolar, a través del modelaje de familiares y amigos, además de la exposición del mercado para consumir alimentos promovidos por los medios de comunicación y otros medios electrónicos, cuya influencia cada vez es mayor en los estudiantes (Herrero Lozano y Fillat Ballesteros, 2010).

Estas condiciones influyen en la conducta de niños y adolescentes, favoreciendo el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria (TCA), siendo las adolescentes más receptivas a las imposiciones sociales, pedagógicas y de moda relacionadas con la imagen corporal, cuyo énfasis principal es la delgadez. En las adolescentes, el incremento de la adiposidad como parte de su desarrollo y madurez física provoca una respuesta negativa a su imagen corporal, conduciéndoles a presentar conductas alimentarias de riesgo; dado que tienden a modificar la dieta diaria, dando lugar a corto plazo a condiciones de anorexia y bulimia, además de hacer uso y adopción de otros procedimientos no seguros para mantener el control de su peso corporal, al integrar en su vida diaria la ingesta de dietas no saludables, omisión de comidas, vómito auto-inducido, uso de laxantes y diuréticos. Sin embargo, la restricción de alimentos en la dieta diaria sigue siendo una de las medidas más utilizadas por la población femenina para el control de peso (Contreras A. et al., 2015).

La falta de cumplimiento de la meta propuesta de reducción de peso y el no

poder alcanzar una figura estilizada ocasionan conflictos familiares, psicológicos y escolares, como el típico bullying, provocando depresión entre esta población, lo que constituye en sí un problema de salud pública, debido a que afecta la salud mental.

La depresión se expresa en el alumno al estar en constante contacto con hechos negativos provocados por uno o varios compañeros. Por ello, es importante conocer la prevalencia, etiología y fisiología de la depresión, con el propósito de realizar la detección oportuna y la reducción de episodios y secuelas clínicas de la depresión, tales como el aislamiento y los trastornos de conductas alimentarias instaladas (Cassiani-Miranda, Gómez-Alhach, Cubides-Munévar y Hernández-Carrillo, 2014).

Conductas de salud relacionadas con la alimentación

Es conocido que los patrones y conductas alimentarias entre los adolescentes son resultado de la interrelación de diversos factores, entre los que se incluyen la influencia de amigos y modelos familiares, la disponibilidad y las preferencias alimentarias, los costos, la conveniencia y las creencias personales y culturales acerca de la alimentación, el papel de los medios masivos de comunicación y la autopercepción de la imagen corporal. Estas influencias interactúan directamente en el plano personal e individual y en el entorno ambiental y el familiar (Gómez Cruz et al., 2013).

Asimismo, también participan y favorecen la formación de patrones, la condición socioeconómica, los aspectos étnicos, las conductas de vida y los hábitos en los adolescentes, conduciendo en la mayoría de los casos al incremento de la prevalencia de sobrepeso u obesidad. Los

hábitos alimentarios en los adolescentes generalmente se modifican y ajustan al desarrollo cognitivo y psicosocial. La selección de alimentos entre este grupo de población no siempre es saludable; la mayoría de las veces, los alimentos de mayor consumo cuentan con un elevado contenido de azúcar, sodio y grasa, con déficit en vitaminas, minerales, fibra y agua.

Asimismo, la omisión frecuente de tiempos formales de comidas como el desayuno aumenta a medida que maduran los adolescentes. Al omitirse este tiempo de comida, se disminuye el aporte de energía, proteína, fibra, vitaminas y minerales, lo que produce alteraciones en el crecimiento y desarrollo, especialmente reflejado en la talla y el peso corporal. Entre las recomendaciones específicas ofrecidas al adolescente para mantener su ritmo y velocidad de crecimiento están las siguientes: organizar su tiempo, dormir más temprano y desayunar (Ortiz Hernández y Ramos Ibáñez, 2008; Valdez López et al., 2012).

Con el paso de los años, los adolescentes pasan menor tiempo con su familia y mayor tiempo con su grupo social, por lo que el consumo de alimentos fuera del hogar es común, consumiendo por lo menos una tercera parte de sus comidas fuera de casa y visitando restaurantes de comida rápida por lo menos dos veces a la semana. Esto constituye un riesgo para la salud, debido a la ocurrencia de malnutrición, no solo por los excesos, sino por la deficiente variedad de alimentos y nutrientes (Mota-Sanhua, Ortega-Maldonado y López-Vivanco, 2008). Los establecimientos comerciales donde se expenden alimentos cuentan con cierta atracción y captan la atención de los adolescentes, porque las comidas rápidas son econó-

micas y ofrecen diversas alternativas de menú, pueden llevarse a cualquier lugar y comerse a cualquier hora. Las opciones son ilimitadas y, muchas veces, los establecimientos que las proveen llegan a ser fuente de trabajo para muchos adolescentes, lo que aumenta el valor social de dichos lugares.

Sin embargo, el consumo de alimentos en estos lugares afecta el estado nutricional de los adolescentes, debido al pobre contenido de micronutrientes o falta de equilibrio entre ellos.

Un estudio realizado entre adolescentes de 11 a 18 años de edad observó que la familia puede mantener mayor dominio sobre el estado de nutrición (80.1%), mientras que los medios de comunicación y la mercadotecnia representan un 10.9% y las amistades solo un 5%. Al consumir alimentos frente al televisor, incluso en familia, existe mayor exposición a la publicidad de alimentos (Osorio Murillo y Amaya Rey, 2009).

Se ha observado que los cambios biológicos, psicosociales y cognitivos ocurridos en la adolescencia se relacionan directamente con el estado nutricional. El incremento en la velocidad del crecimiento físico y el desarrollo acelerado durante la adolescencia aumentan las necesidades de energía, proteínas, vitaminas, minerales y agua. El adolescente se resiste a mantener conductas saludables que le permitan adquirir mejor salud y condición nutricional, por lo que es común entre ellos la adopción de dietas de moda, debido a la búsqueda de identidad personal e independencia (Osorio Murillo y Amaya Rey, 2011).

El incremento de masa corporal magra, masa ósea y masa grasa ocurrida durante la pubertad produce requerimientos importantes de energía, a fin de cubrir las necesidades nutricias (macro y

m micronutrientos) y los requerimientos adicionales por actividad física en este grupo de edad (González-Gross et al., 2003).

Importancia del consumo diario de desayuno

El desayuno es el primer consumo de alimentos del día y es en la mañana. El nombre deriva de no comer mientras se duerme, encontrándose en ayuno al levantarse por la mañana y rompiéndose este al tomar alimentos. Morillas-Ruiz (2014) indica que una persona, al consumir con frecuencia desayuno, manifestará a largo plazo un menor porcentaje de masa grasa.

Un desayuno suficiente y adecuado a las necesidades del individuo le permite adquirir condiciones saludables. La ausencia de desayuno impide que se cubran los requerimientos y recomendaciones dietéticas diarias, especialmente de vitaminas y minerales, necesarios para mantener las funciones cognitivas, que derivan en un rendimiento académico óptimo o deficiente. El desayuno debe contribuir con el 25% del aporte calórico diario e incluir alimentos de los diferentes grupos: lácteos, cereales, frutas, vegetales, leguminosas, semillas y otros productos de origen vegetal y animal, de acuerdo con el régimen dietético adoptado y con los hábitos alimentarios individuales, a fin de convertirlo en un tiempo de comida deseable (Durá Travé, 2013). En individuos que consumen desayuno, se ha observado mejora del rendimiento escolar, reducción del ausentismo escolar, modificación del comportamiento, control emocional, disminución de estadios de ansiedad, disminución de hiperactividad, depresión o disfunciones psicoso-

ciales y reducción de peso (Caso-Niebla y Hernández-Guzmán, 2007).

La disminución en el consumo de grasas saturadas, grasas trans, carbohidratos refinados y fibra (Galiano Segovia y Moreno Villares, 2010) y un esquema de actividad física son indispensables para evitar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles desde temprana edad.

Los seres humanos aprovechan la energía obtenida de los alimentos para mantener la actividad física y mental. La distribución sugerida de energía para adolescentes en los tiempos principales de comida es la siguiente: 25% en el desayuno; 30% a mediodía; 15 a 20% en colaciones, si es que se incluyen colaciones dentro de la dieta, y 25 a 30% en la cena (Galiano Segovia y Moreno Villares, 2010). En los niños de 6 a 13 años de edad, se estima que su dieta diaria debe aportar en promedio entre 2,000 y 2,500 kilocalorías por día, distribuidas de la siguiente forma: 600 kcal en el desayuno, 1,500 a mediodía y 400 en la cena.

Por la mañana no ocurre el proceso bioquímico síntesis de glucosa a partir de otros sustratos que no son hidratos de carbono, conocido como gluconeogénesis, por lo cual los adolescentes requieren de un mayor aporte de energía a la hora del desayuno o, de otra manera, corren el riesgo de utilizar sus reservas corporales para suplir la deficiencia energética que se manifiesta en las primeras horas del día, lo que puede interferir con su aprendizaje (Auza Torres y Bourges Rodríguez, 2011). Es necesario conocer los efectos fisiológicos del consumo de desayuno, especialmente cuando se lo omite o se reduce su contenido. Algunos estudios muestran que las funciones cognitivas se incrementan como resultado

del aporte de glucosa, debido a que este monosacárido es la fuente de energía principal del sistema nervioso central y de otros tejidos (Cruz Olano, Vega Franco, Iñárritu y Robles Martínez, 2006). Por lo tanto, es necesario que niños y jóvenes adquieran suficiente aporte de glucosa para mantener el aprendizaje, para desarrollar creatividad, comprensión, retención, memorización y para facilitar la resolución de problemas.

Según los datos de las encuestas nacionales de salud y nutrición en México de 2006 y 2012, entre la población infantil y juvenil, los escolares y adolescentes no desayunan antes de ir a la escuela, debido a la prisa o por somnolencia. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) halló que el 7.8% de los hombres jóvenes y el 8.77% de las mujeres omitían este tiempo de comida y se encontró que el 11.98%, en la ciudad de México, por lo menos ingieren algún tipo de infusión o bebida (leche, café, té, jugo, chocolate, otras bebidas) como desayuno y solo el 12.59% de los adolescentes mantienen una ingesta variada, equilibrada y completa (Fernández Morales, Aguilar Vilas, Mateos Vega y Martínez Para, 2008). Sin embargo, los resultados de la ENSANUT del año 2012 indican que más del 50% de la población mexicana que desayuna incluye variedad de alimentos a la hora del desayuno; entre ellos, leche, refresco, azúcar, chocolate, café, quesos frescos, yogur, plátano, frijoles y tomate, con lo cual se asegura la calidad de la dieta (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

Conductas alimentarias de riesgo

Las CAR son condiciones graves, que conducen a complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la

vida. Tanto la bulimia como la anorexia han incrementado su prevalencia año tras año y afectan a diversos grupos de la población, sin importar el género, estrato socioeconómico, etnia y composición corporal (Camarillo Ochoa, Cabada Ramos, Gómez Méndez y Munguía Alamiella, 2013). La reducción de peso no es el único indicador clínico de una CAR; pueden existir personas con peso normal y a mediano plazo presentar algún tipo de trastorno de conducta alimentaria.

Las conductas alimentarias integran un conjunto de patologías frecuentes pero poco abordadas, que afectan principalmente a los jóvenes; en ellas intervienen diversos factores genéticos y biológicos, a los que se les atribuye su origen, además de la autopercepción de la imagen corporal (Jurado Salcedo et al., 2009).

Este tipo de trastornos es considerado un problema de salud pública que incide en la aparición de signos y síntomas de desnutrición, trastornos mentales, accidentes e, inclusive, la muerte. Las conductas alimentarias son representadas por la anorexia nerviosa y la bulimia, así como por manifestaciones intermedias o mejor conocidos como trastornos no especificados (TANE), incrementados en los últimos 15 años y con efectos negativos sobre el desarrollo psicológico y la salud del adolescente. En España, representan la tercera enfermedad más frecuente durante la adolescencia, unida al deterioro de la imagen corporal, al asma y a la obesidad (Lambruschini y Leis, 2011).

Tanto la prevalencia como la incidencia real de la anorexia y la bulimia nerviosa son poco conocidas, debido a los diversos criterios de diagnóstico empleados. Estas conductas han afectado principalmente a mujeres jóvenes.

La edad de mayor riesgo se sitúa entre las niñas en la fase media y final de la adolescencia, donde la mercadotecnia incide en ello (Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral y Raich, 2012).

Según Nuño Gutiérrez, Celis de la Rosa y Unikel Santoncini (2009), en México se encontró una prevalencia nacional de 0.7% para conductas alimentarias de riesgo, siendo más frecuente en mujeres los siguientes elementos: preocupación por engordar (26%), práctica de atracones (12%), práctica excesiva de dieta y ejercicio (2.5%) y uso de diuréticos para perder peso (1%). Además, la proporción de jóvenes con riesgo en las conductas alimentarias fluctúa dependiendo del grado académico, observándose en el género femenino el 3% en estudiantes de educación secundaria y el 14% en estudiantes de educación preparatoria, mientras que en los varones los porcentajes son de 0.2% y 7% para los niveles secundario y medio superior, respectivamente.

Otros autores mencionan que en adultos existe una prevalencia de 0.5% para anorexia; 1% para bulimia y 1.4% para trastornos por atracón. En escolares de género femenino, se estima en un 2.8% y el 0.9% en varones como casos potenciales de trastornos alimentarios, aunque no existan diagnósticos definidos. Debido a que la adolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad para inicio de estos trastornos, se requiere contar con datos y estudios en adolescentes, a fin de guiar la planeación de servicios y las políticas públicas de salud (Benjet, Méndez, Borgues y Medina Mora, 2012). Un dato importante a destacar es que, en los escasos estudios relacionados, se coincide en que las

mujeres son más susceptibles a estos trastornos, alcanzando hasta un 80% de incidencia.

A partir de estos antecedentes y de que se ha observado en los últimos años que la aparición de conductas alimentarias de riesgo se ha incrementado, afectando principalmente al grupo de adolescentes, considerados en etapa vulnerable, esta investigación pretendió observar si había asociación entre la ingesta o ausencia del desayuno y la predisposición entre los estudiantes para adoptar conductas alimentarias de riesgo y nocivas para la salud, así como identificar los factores que condicionan la depresión de los estudiantes de educación secundaria.

Metodología

Este estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativa, de diseño descriptivo, transversal, observacional y correlacional.

Participantes

Participaron en este estudio 152 de los 157 adolescentes matriculados en el nivel secundario del Instituto Soledad Acevedo de los Reyes (ISAR), en Montemorelos, Nuevo León, México, con edades de 12 a 15 años. La mitad de los participantes fueron del género masculino y la mitad del femenino. La distribución por grupos de edad y grado se pueden observar en la Tabla 1.

Instrumentos

En la recolección de los datos se utilizaron tres instrumentos: uno para recolectar la información sobre las CAR, un segundo para identificar la presencia de depresión (CESD-R) y un tercero para obtener información demográfica y de hábitos de desayuno.

Tabla 1
Distribución de los participantes por grupos de edad y grado escolar

Variable/categoría	n	%
Grupos de edad		
12 años	27	17.8
13 años	47	39.9
14 años	54	35.5
15 años	24	15.8
Grado		
Primero	49	32.3
Segundo	58	28.2
Tercero	45	29.6

Cuestionario breve para identificar conductas alimentarias de riesgo (CAR). El cuestionario CAR es un instrumento utilizado y validado por investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría (Franco Paredes, Álvarez Rayón y Ramírez Ruelas, 2011; Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García, 2004). Este cuestionario es utilizado para identificar conductas alimentarias de riesgo y es capaz de diferenciar entre una población clínica y una comunitaria. Muestra un valor de consistencia interna alfa de Cronbach de .83, apropiada para el estudio. Los valores obtenidos en el análisis de correlación con las escalas de sintomatología depresiva e ideación suicida brindan información importante respecto de la validez del cuestionario, al coincidir con los datos reportados en la literatura acerca de la comorbilidad de las conductas alimentarias con trastornos afectivos y la mortalidad asociada con suicidio. Asimismo, se observa una validez predictiva aceptable que permite clasificar correctamente una elevada proporción de los casos (88.8%).

Los resultados descritos en diversos artículos permiten recomendar el uso de este instrumento como una alternativa breve, de fácil aplicación y calificación, que podría ser incluida en encuestas di-

rigidas a población abierta. Además de ofrecer aproximación rápida y práctica a la obtención de datos sobre la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, el cuestionario puede facilitar la identificación temprana de casos y, con ello, propiciar la detección y atención oportuna, a fin de prevenir el desarrollo del trastorno. Por otro lado, los resultados deben ser tomados con cuidado, porque no son definitivos. Aun con estas limitaciones, el conocimiento e identificación de la problemática de las conductas alimentarias de riesgo se ha investigado escasamente en población mexicana (Altamirano Martínez, Vizmanos Lamotte y Unikel-Santoncini, 2011).

El cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CAR) consta de 10 preguntas que evalúan la preocupación por engordar, la práctica de consumo por atracones, la sensación de falta de control al comer, la aplicación de conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y las conductas purgativas (vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos) ocurridas en los tres meses previos a la aplicación del instrumento.

Este cuestionario se califica con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (*nunca o casi nunca* (1), *a veces* (2), *con frecuencia-dos veces en una semana* (3), *con mucha frecuencia-más de dos veces en una semana* (4)). Las formas de evaluación sugieren la sumatoria de las 10 preguntas, arrojando dos puntos de corte para determinar grados de riesgo; la primera da una puntuación mínima de 10 puntos, lo que indica bajo riesgo; mientras que la puntuación máxima corresponde a 40 puntos, manifestando riesgo alto de conductas alimentarias en el individuo (Unikel-Santoncini, Díaz de

León Vásquez, Rivera Márquez, 2016; Unikel-Santoncini, Saucedo Molina, Villatoro y Fleiz, 2002).

Para facilitar la interpretación del puntaje, las preguntas se agruparon en las tres categorías siguientes: (a) preocupación por engordar (incluye las preguntas 1 y 2), (b) pérdida del control en el consumo de alimentos (incluye las preguntas 3 y 4) y (c) tratamiento y control de la conducta (preguntas 5 a la 10).

Como las categorías tienen distinta cantidad de preguntas y, por lo tanto, distintos puntajes posibles, se utilizó un procedimiento de normalización para la homologación de los datos. Posteriormente, se obtuvo la sumatoria de cada una de las clasificaciones para obtener el diagnóstico.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale, CES-D-R) fue validada y diseñada para evaluar e identificar el rango de manifestaciones que pueden ser parte de un diagnóstico de trastorno depresivo. En el diseño de la escala se tomaron en cuenta las dimensiones de la depresión que pueden dar lugar a ideación e intento suicida, violencia familiar y exposición a oportunidades para el consumo de drogas. El instrumento muestra una consistencia interna de .89, .9 para depresión y .75 para bienestar emocional (González Forteza, Jiménez Tapia, Ramos Lira y Wagner, 2008).

La revisión del CES-D-R quedó integrada en diferentes categorías. Cuenta con 35 reactivos, los cuales evalúan ánimo deprimido, cambios drásticos en el peso, tipo de pensamiento, condición de fatiga, agitación o retardo psi-

comotor, ideación suicida, problemas de sueño, culpa excesiva o inapropiada y disminución del placer. Además de los reactivos, se incluyó una opción de respuesta que amplía los límites temporales a las últimas dos semanas, cuyos valores corresponden de 10 a 14 días. Por último, cuenta con un algoritmo que permite valorar la presencia y frecuencia de síntomas a partir de seis categorías: afecto deprimido (AD), afecto positivo (AP), inseguridad emocional y problemas interpersonales (IE), somatización (SO), bienestar emocional (BE) y actividad retardada (AR).

Las respuestas se evalúan a partir de la escala tipo Likert, clasificadas de la siguiente manera: *escasamente* (1), *algo* (2), *ocasionalmente* (3), *la mayoría de las veces* (4), *casi a diario* (5). Para obtener el puntaje total de la evaluación de este instrumento, se suman los valores de las respuestas obtenidas. Una puntuación mayor indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (rango posible de la puntuación 35 a 170). Cuatro de los reactivos que corresponden a las preguntas número 31, 33, 27 y 22 están planteados en dirección inversa, refiriéndose a condiciones de afecto positivo. Estos reactivos se calificaron de forma inversa, de manera que la interpretación de la puntuación sea la misma que para los demás (Bojórquez Chapela y Salgado de Snyder, 2009; Martín Carbonell, Riquelme Marín, Pérez Díaz, Enríquez Santos y Ortigosa, 2010; Sánchez García et al., 2014; Villalobos Galvis y Ortiz Delgado, 2012).

Encuesta sobre hábitos de desayuno

Se elaboró una encuesta para obtener información demográfica y de hábitos de desayuno. Los datos recabados incluían nombre, edad, género, grado escolar y

grupo escolar, junto con las siguientes preguntas: (a) ¿desayunas a diario? (b) ¿qué tipo de desayuno? y (c) ¿qué incluye tu desayuno?

Análisis de datos

Para el análisis de los datos, se utilizaron el coeficiente de correlación *r* de Pearson, el análisis de varianza simple y la prueba *t* de Student para muestras independientes.

Resultados

Frecuencia de consumo diario de desayuno

Los resultados muestran que el 78.9% de los alumnos desayuna, mientras que el 21.1% no desayuna. La frecuencia de consumo es mayor entre los adolescentes de género masculino (84.2%) que en las mujeres (73.7%).

Tipo de desayuno consumido

Para determinar el tipo de desayuno consumido por los alumnos, se categorizó la ingesta en cuatro grupos de

la siguiente forma: grupo 1, deficiente: solo incluye tres grupos de alimentos (lácteos, azúcares, cereales); grupo 2, regular: incluye cuatro grupos de alimentos (lácteos, cereales, fruta, azúcares); grupo 3, promedio: incluye cinco grupos de alimentos (lácteos, azúcares, fruta, leguminosas, cereales); grupo 4, completo: incluye seis grupos de alimentos (lácteos, azúcares, fruta, leguminosas, cereales y alimentos de origen animal).

Los resultados muestran que el 38.2% de los adolescentes consume un desayuno deficiente, el 38.8% ingieren un desayuno regular, el 13.8% consume un desayuno promedio y solo el 9.2% realiza un desayuno completo (ver Figura 1).

Conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Se analizó la puntuación total del instrumento CAR (10 a 40) y se estableció la relación con el género de los participantes, a fin de conocer la tendencia de riesgo hacia alguna conducta alimentaria.

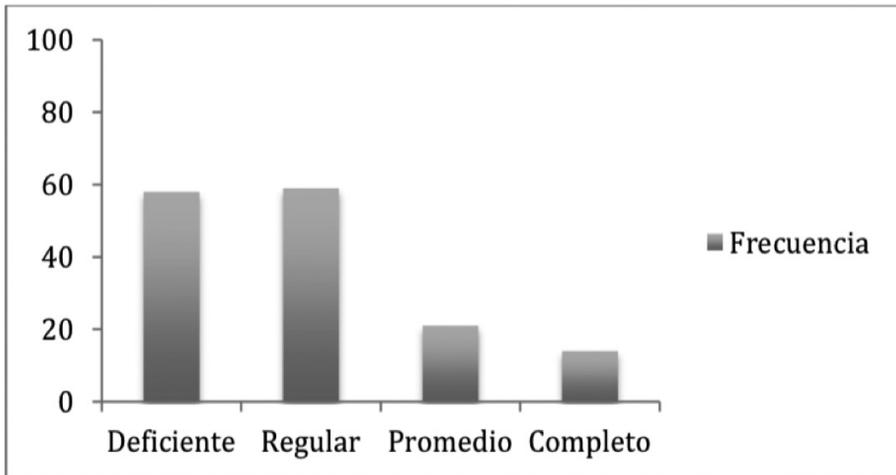


Figura 1. Representación gráfica de la distribución de participantes por tipo de desayuno consumido.

El promedio de CAR hombres fue de 13.2 y en mujeres 14.8.

En un rango posible de 0 a 6, la evaluación de las categorías del instrumento CAR muestran que la categoría de mayor riesgo entre la población de estudiantes corresponde a la preocupación por engordar ($M = 1.97$); le sigue el tratamiento y control de la conducta ($M = 0.92$) y por último la pérdida del control en el consumo de alimentos ($M = 0.827$).

Al analizar las categorías del instrumento CAR de acuerdo con el género de los participantes, se observó que las mujeres manifiestan mayor tendencia por la preocupación a engordar ($M = 2.06$), en comparación con los hombres ($M = 1.50$). Por otro lado, se observó que las adolescentes pierden fácilmente el control de lo que comen ($M = 0.61$) y con mayor frecuencia recurren a tratamientos para control de peso ($M = 0.70$), mientras que los varones manifiestan más control al comer ($M = 0.36$) y utilizan menos tratamientos para reducción de peso ($M = 0.45$).

En relación con el grado, se observa que los alumnos de primero y segundo grados presentan cierta similitud en las tres categorías evaluadas (preocupación por engordar, pérdida del control en el consumo de alimentos y tratamiento y control de la conducta). La categoría preocupación por engordar presenta mayor tendencia durante el tercer grado ($M = 2.20$), al compararla con el primero ($M = 1.57$) y el segundo grados ($M = 1.63$). Respecto de la pérdida de control a la hora de comer y el tratamiento de control de peso utilizados por los estudiantes, la población de tercer grado también ha mostrado valores más elevados que los grados escolares previos (primero, $M = 0.64$, y segundo, $M = 0.66$).

Depresión

Para la interpretación de las respuestas obtenidas entre la población de adolescentes, el instrumento CESD-R se clasificó en seis categorías: afecto deprimido (AD, cinco preguntas); afecto positivo (AP, tres preguntas); inseguridad emocional y problemas interpersonales (IE, diez preguntas); somatización (SO, siete preguntas); bienestar emocional (BE, tres preguntas) y actividad retardada (AR, seis preguntas) distribuidas en 34 preguntas. La pregunta 21 del instrumento fue eliminada, siguiendo el criterio de los autores del instrumento (González Forteza et al., 2008). Dado que el número de preguntas para cada categoría difiere, se utilizó el procedimiento de normalización, obteniendo valores mínimo y máximo de un rango posible de 0 a 12.

Las categorías afecto positivo ($M = 4.60$) y bienestar emocional ($M = 5.84$), que incluyeron preguntas como “disfruté de la vida”, “me divertí mucho”, “me sentía feliz” y “sentía que era tan bueno(a) como otra gente”, presentaron mayor número de respuestas entre la población; mientras que las categorías afecto deprimido ($M = 1.14$), inseguridad emocional y problemas interpersonales ($M = 1.26$), somatización ($M = 1.92$) y actividad retardada ($M = 1.31$) mostraron valores similares en las respuestas, lo que supone bajo riesgo para la detección de depresión en población estudiantil de nivel medio.

Al comparar las seis categorías del instrumento CESD-R por género, las categorías afecto positivo ($M = 4.90$ para mujeres y $M = 4.30$ para hombres) y bienestar emocional ($M = 5.72$ en mujeres y $M = 5.97$ en hombres) muestran una puntuación más alta que las demás categorías, lo que indica un menor riesgo de depresión en estos dos rubros (ver Tabla 2).

Tabla 2
Puntuación de las distintas categorías del instrumento CESD-R por género

Categoría	M	
	Masculino	Femenino
Afecto deprimido	0.66	1.62
Afecto positivo	4.30	4.90
Inseguridad emocional y problemas interpersonales	0.82	1.69
Somatización	1.46	2.39
Bienestar emocional	5.97	5.72
Actividad retardada	1.07	1.55

Respecto del género y el grado escolar, la categoría de afecto deprimido mostró tendencias similares tanto en ambos géneros y en los tres grados escolares. Quedó como sigue: primer grado (hombres, $M = 0.50$; mujeres, $M = 1.62$); segundo grado (hombres, $M = 0.52$; mujeres, $M = 1.27$) y tercer grado (hombres, $M = 0.96$; mujeres, $M = 2.07$).

El valor de la categoría denominada afecto positivo fue mayor tanto en hombres como mujeres durante el primer grado (hombres, $M = 4.27$; mujeres, $M = 5.48$), manteniendo un valor promedio durante el segundo grado.

Por otro lado, a medida que se avanza en grado académico, se observa que la categoría bienestar emocional disminuye, tanto en hombres como en mujeres; primer grado (hombres, $M = 6.16$; mujeres, $M = 6.00$), segundo grado (hombres $M = 5.75$; mujeres, $M = 5.48$) y tercer grado (hombres, $M = 6.12$; mujeres, $M = 5.60$).

En las demás categorías no se observaron diferencias de medias entre gru-

pos determinados por el género o por el grado escolar.

Estos resultados parecen indicar que, al ingresar al nivel secundario, los estudiantes tienen esperanzas y ánimo; sin embargo, a lo largo del nivel medio, estas características disminuyen progresivamente.

Ingesta de desayuno y conductas alimentarias de riesgo y depresión

Las CAR y la detección de depresión se correlacionaron significativamente entre los alumnos que desayunaban diariamente ($r = .336, p = .000$) y entre los que no desayunaban ($r = .395, p = .025$).

Se observó una diferencia significativa en el valor global de las CAR ($t = -4.88, p = .000$) entre quienes omiten el desayuno ($M = 16.34$) y quienes lo consumen ($M = 13.39$) (ver Figura 2).

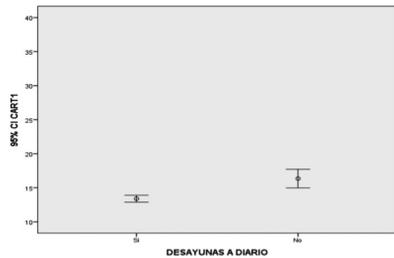


Figura 2. Representación gráfica de las CAR entre estudiantes agrupados según su consumo diario de desayuno.

Hay diferencias significativas de riesgo de depresión entre los grupos determinados por el consumo diario de desayuno. Se encontró que los estudiantes que omiten su desayuno presentan mayor riesgo de depresión ($M = 64.34$) en comparación con los estudiantes que sí lo consumen ($M = 55.93$) ($t = -2.755, p = .007$) (ver Figura 3).

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y DEPRESIÓN

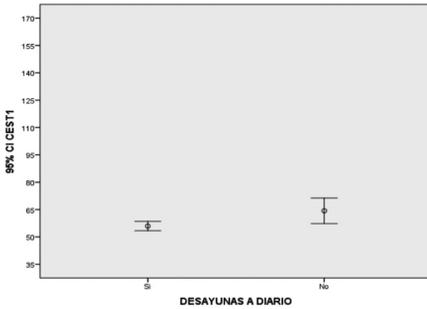


Figura 3. Representación gráfica del nivel de riesgo de depresión entre los estudiantes agrupados según su consumo diario de desayuno.

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que el 21.1% de los estudiantes del estudio no consumen desayuno antes de salir de casa. Se observa que la omisión del desayuno es más frecuente en las mujeres (26.3%) que en los hombres (15.8%).

Al evaluar el tipo de desayuno de los participantes, se observó que el 38.2% consumía un desayuno deficiente provisto de lácteos, azúcares y cereales; el 38.8% de la población ingiere un desayuno regular que incluye lácteos, azúcares, cereales y frutas; el 13.8% consumen desayuno promedio, que incluye lácteos, azúcares, cereales, frutas y leguminosas. Solo el 9.2% consume un desayuno completo que integra lácteos, azúcares, cereales, frutas, leguminosas y otras fuentes de proteína.

La revisión de la literatura indica que el 7.8% de los varones y el 8.77% de las mujeres omiten el desayuno y, en relación con la calidad y tipo de desayuno, solo el 4.8% consumen un desayuno completo, mientras el resto de la población consume un desayuno deficiente, por lo que existe mayor riesgo de presentar CAR y, por lo tanto, de ser

vulnerables a depresión (Fernández Morales et al., 2008). En el presente estudio el consumo de un desayuno completo lo realizan el 3.9% de las mujeres y el 5.3% de los hombres; un desayuno deficiente lo consumen con mayor frecuencia las mujeres, con el 21.9% y solo con el 16.3%, los varones.

Respecto de la identificación de conductas alimentarias de riesgo, este estudio muestra que las mujeres presentan mayor tendencia a la adopción de variadas conductas alimentarias y modificación de hábitos, coincidiendo con la investigación de Nuño Gutiérrez et al. (2009), quien refiere una prevalencia del 0.7% para conductas alimentarias de riesgo, con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Urzúa, Castro, Lillo y Leal (2011) coinciden en que la mayor prevalencia para conductas alimentarias de riesgo se observa en las mujeres; sin embargo, refiere que esta prevalencia se ha modificando en los últimos años, incluyendo a un hombre por cada cinco mujeres, lo que induce a pensar y observar que los hombres no son ajenos a esta condición de riesgo alimentario, además de presentarse cada vez más en edades tempranas.

Por otro lado, la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) mostró la existencia de menor riesgo de depresión en las categorías de afecto positivo ($M = 4.60$) y bienestar emocional ($M = 5.84$). Estos resultados concuerdan con lo observado por otros estudios (Aguilera Guzmán, Carreño García y Juárez García, 2004; González Forteza et al., 2008) que han encontrado resultados similares en este grupo de edad, al presentar mayor afecto positivo y bienestar emocional entre su población. Esto implica en general menor riesgo de depresión.

El presente trabajo pretende aportar datos que muestren el panorama que existe con respecto a las conductas alimentarias de riesgo y la importancia del diagnóstico oportuno de depresión en la población adolescente mexicana.

Las CAR representan un problema latente en la población estudiada; sin embargo, afectan principalmente a la población femenina.

La preocupación por engordar es más frecuente entre las mujeres, seguida del uso de tratamientos para reducir de peso y la pérdida del control a la hora de comer ($M = 0.61$), lo que ocurre con mayor frecuencia entre el grupo de 14 y 15 años de edad, considerándose, por lo tanto, en riesgo a este grupo de edad.

La tendencia a manifestar CAR coloca en peligro al adolescente para desarrollar trastornos como anorexia, bulimia, TANE, obesidad o, incluso, para perder la vida.

En algunos casos, pueden coexistir en un mismo individuo los trastornos de la alimentación y la depresión, tal como se describe en la literatura (Benjet et al., 2012; Méndez, Vázquez Velázquez y García García, 2008; Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009).

En síntesis, este estudio halló que existe relación entre la omisión de desayuno como factor de riesgo para presentar CAR y la tendencia a depresión. Esta condición fue observada mayormente en mujeres de tercer grado de educación secundaria.

Referencias

Aguilar Cordero, M. J., González Jiménez, E., Sánchez Perona, J., Padilla López, C. A., Álvarez Ferré, J., Mur Villar, N. y Rivas García, F. (2010). Metodología del estudio Guadix sobre los efectos de un desayuno de tipo mediterráneo sobre los parámetros lipídicos y postprandiales en preadolescentes con sobrepeso y obesidad.

Nutrición Hospitalaria, 25(6), 1025-1033. doi:10.3305/nh.2010.25.6.5049

Aguilera Guzmán, R. M., Carreño García, M. S. y Juárez García, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6), 57-66.

Altamirano Martínez, M. B., Vizmanos Lamotte, B. y Unikel-Santoncini, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407.

Auza Torres, A. M. y Bourges Rodríguez, H. (2011). Almuerzo escolar en alumnos de primaria. Valor energético. *Revista Mexicana de Pediatría*, 78(6), 225-229.

Benjet, C., Méndez, E., Borgues, G. y Medina Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483-490.

Bojórquez Chapela, I. y Salgado de Snyder, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, 32(4), 299-307.

Camarillo Ochoa, N., Cabada Ramos, E., Gómez Méndez, A. J. y Munguía Alamilla, E. K. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.

Caso-Niebla, J. y Hernández-Guzmán, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 487-501.

Cassiani-Miranda, C. A., Gómez-Alhach, J., Cubides-Munévar, Á. M. y Hernández-Carrillo, M. (2014). Prevalencia de bullying y factores relacionados en estudiantes de bachillerato de una institución educativa de Cali, Colombia, 2011. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 14-26. doi:10.15446/rsap.v16n1.43490

Contreras A., M. L., Morán K., J., Frez H., S., Lagos O., C., Marín F., M. P. Pinto B., M. A. y Suzarte A., É. (2015). Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(2), 97-102. doi:10.1016/j.rchipe.2015.04.020

Cruz Olano, J. L., Vega Franco, L., Iñárritu, M. C. y Robles Martínez, B. (2006). Atención selectiva y memoria a corto plazo en escolares, según el aporte de energía en su desayuno. *Revista Mexicana de Pediatría*, 73(2), 51-59.

Durá Travé, T. (2013). Análisis nutricional del desayuno y almuerzo en una población universitaria.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y DEPRESIÓN

- Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 1291-1299. doi:10.3305/nh.2013.28.4.6597
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2006). *Informe de resultados*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
- Fernández Morales, I., Aguilar Vilas, M. V., Mateos Vega, C. J. y Martínez Para, M. C. (2008). Relación entre la calidad del desayuno y el rendimiento académico en adolescentes de Guadalajara (Castilla-La Mancha). *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 383-387.
- Franco Paredes, K., Álvarez Rayón, G. L. y Ramírez Ruelas, R. E. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(2), 148-164.
- Galiano Segovia, M. J. y Moreno Villares, J. M. (2010). El desayuno en la infancia: más que una costumbre. *Acta Pediátrica Española*, 68(8), 403-408.
- Gómez Cruz, Z., Romero Velarde, E., Hernández Tinoco, A., Verdín Sánchez, H., Figueroa Gómez, R. M., López Illan, Y., . . . Troyo Sanromán, R. (2013). Estado de nutrición y perfil de lípidos en adolescentes de una escuela rural. *Revista Mexicana de Pediatría*, 80(1), 5-9.
- González Forteza, C., Jiménez Tapia, J. A., Ramos Lira, L. y Wagner, F. A. (2008). Aplicación de la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299. doi:10.1590/S0036-36342008000400007
- González-Gross, M., Castillo, M. J., Moreno, L., Nova, E., González-Lamuño, D., Pérez Llamas, F. . . Marcos, A. (2003). Alimentación y valoración del estado nutricional de los adolescentes españoles (estudio AVENA). Evaluación de riesgos y propuesta de intervención I. Descripción metodológica del proyecto. *Nutrición Hospitalaria*, 18(1), 15-28.
- Herrera Genes, A. (2013). El desayuno y su importancia. ¿Es realmente el desayuno una necesidad fisiológica o un hábito saludable? *Revista Gastrohnp*, 15(2), 20-27.
- Herrero Lozano, R. y Fillat Ballesteros, J. C. (2006). Estudio sobre el desayuno y el rendimiento escolar en un grupo de adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 21(3), 346-352.
- Herrero Lozano, R. y Fillat Ballesteros, J. C. (2010). Influencia de un programa de educación nutricional en la modificación del desayuno en un grupo de adolescentes. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 30(2), 26-32.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Resultados nacionales*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Jaimovich P., S., Campos S., C., Campos S., M. S., Moore B., J., Pawloski R., L. y Gaffney F., K. (2010). Estado nutricional y conductas asociadas a la nutrición en escolares. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(6), 515-522. doi:10.4067/S0370-41062010000600005
- Jofré, J. M., Jofré, M. J., Arenas, M. C., Azpiroz, R. y de Bortoli, M. A. (2007). Importancia del desayuno en el estado nutricional y el procesamiento de la información en escolares. *Universitas Psychologica*, 6(2), 371-382.
- Jurado Salcedo, L. P., Correa Gómez, J. M., Delgado Beltrán, A. M., Contreras Gamboa, M. A., Camacho Ruiz, J. F., Ortiz Ierez, D. A. y Escobar Sánchez, M. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *MedUNAB*, 12(3), 129-143.
- Lambruschini, N. y Leis, R. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria. En *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría* (pp. 361-374). Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Martín Carbonell, M., Riquelme Marín, A., Pérez Díaz, R., Enríquez Santos, J. A. y Ortigosa, J. (2010). Valoración de la Escala del Centro de Estudios de la Depresión (CES-D) en ancianos cubanos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 7(1), 76-80.
- Méndez, J. P., Vázquez Velázquez, V. y García García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic Artemisa*, 65, 579-592.
- Morillas-Ruiz, J. M. (2014). Relación entre la calidad de la grasa ingerida en el desayuno y el riesgo cardiovascular. *Nutrición Hospitalaria*, 30(2), 71-73.
- Mota-Sanhua, V., Ortega-Maldonado, M. y López-Vivanco, J. C. (2008). Factores familiares asociados con el estado de nutrición y la salud oral en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(3), 253-260.
- Nuño Gutiérrez, B. I., Celis de la Rosa, A. J. y Unikel Santoncini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61(4), 286-293.
- Ortiz Hernández, L. y Ramos Ibáñez, N. (2008). Nutrición y alimentación de los niños y adolescentes mexicanos. Primera parte: deficiencias nutrimentales. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75(4), 175-180.
- Osorio Murillo, O. y Amaya Rey, M. C. P. (2009). Panorama de prácticas de alimentación de adolescentes escolarizados. *Avances en Enfermería*, 27(2), 43-56.

- Osorio Murillo, O. y Amaya Rey, M. C. P. (2011). La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. *Aquichan*, 11(2), 199-216.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M. y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. doi:10.3302/nh.2012.27.2.5573
- Ruíz Prieto, I., Santiago Fernández, M. J., Bolaños Ríos, P. y Jáuregui Lobera, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1330-1348.
- Sánchez García, S., García Domínguez, A., García Peña, C., Gutiérrez Gutiérrez, L., Narváez Macías, L. y Juárez Cedillo, T. (2014). Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos. *Entreciencias*, 2(4), 137-150.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L. y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515. doi:10.1590/S0036-36342004000600005
- Unikel-Santoncini, C., Díaz de León Vásquez, C. y Rivera Márquez, J. A. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 141-148. doi:10.17711/SM.0185-3325.2016.012
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. J., Trujillo Chi Vacuán, E. M., García-Castro, F. y Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432.
- Unikel-Santoncini, C., Saucedo Molina, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 49-57.
- Urzúa M., A., Castro R., S., Lillo O., A. y Leal P., C. (2011). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(2), 128-135. doi:10.4067/S0717-75182011000200003
- Valdez López, R. M., Fausto Guerra, J., Valadez Figueroa, I., Ramos Ramos, A., Loreto Garibay, O. y Villaseñor Fariás, M. (2012). Estado nutricional y carencias de micronutrientes en la dieta de adolescentes escolarizados de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), 161-166.
- Vega, V. C., Piccini, M., Barrionuevo, J. A. y Tocci, R. F. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones*, 16, 103-114.
- Villalobos Galvis, F. H. y Ortiz Delgado, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 328-340.

Recibido: 15 de febrero de 2017
 Revisado: 18 de marzo de 2017
 Aceptado: 08 de mayo de 2017