

ADOLESCENTES Y JÓVENES: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN LOS HÁBITOS Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

ADOLESCENTS AND YOUNGS: SIMILARITIES AND DIFFE- RENCES IN FOOD HABITS AND EATING DISORDERS

Jocelyn Patricia Andino, Álvaro Jiménez*, Eliza Carolina Vayas

Departamento de investigación de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Universidad Técnica de Ambato. *E-mail: al.jimenez@uta.edu.ec

Resumen

La dieta alimenticia es de vital importancia para entender problemas de salud como la obesidad, la anorexia o la bulimia. La adolescencia y la etapa juvenil son esenciales para la formación y adquisición de hábitos alimentarios saludables. Son edades en las que se producen grandes cambios físicos en muy pocos años y que también están llenos de nuevas experiencias como la educación universitaria, la cual puede influir en menor o mayor grado en la dieta de los jóvenes y en sus posibles trastornos alimentarios. Hoy en día, Ecuador no contempla la anorexia o la bulimia como asuntos de salud pública, por lo que no se están otorgando recursos para hacerles frente.

Esta investigación se centra en analizar las posibles diferencias entre adolescentes (15 a 18 años) y jóvenes universitarios (18 a 30 años) respecto a sus hábitos alimentarios y posibles trastornos. Se encuestó a 603 alumnos de diversos centros educativos de la ciudad de Ambato, capital de la provincia de Tungurahua, en el centro de la sierra ecuatoriana.

Los resultados muestran como los universitarios son quienes peor alimentación tienen, así como mayores trastornos relacionados con la imagen corporal.

Se concluye que el estilo de vida de adolescentes y jóvenes universitarios es una de las principales causas del empeoramiento alimentario. A su vez, se termina con algunas recomendaciones para solucionar los problemas encontrados con el objetivo de mejorar la salud de los ciudadanos.

Palabras clave: *juventud, imagen, dieta, régimen alimentario, Ecuador.*

Abstract

Diet is an important point to understand health problems such as obesity, anorexia or bulimia. Adolescence and youth are essential stages for the formation and acquisition of healthy food habits. Young people are in a phase of significant physical changes happening in a few years and in a period full of new experiences such as university education, which can influence to a lesser or greater degree in

the diet of young people and their possible eating disorders. Today, Ecuador doesn't consider anorexia or bulimia as public health issues, so resources are not being provided to face them.

This research focuses on analyzing the possible differences between adolescents (15 to 18 years old) and university students (18 to 30 years old) regarding their eating habits and possible disorders. 603 students were surveyed from various educational centers in the city of Ambato, capital of the province of Tungurahua, in the center of the Ecuadorian highlands.

The results show that college students have the worst nutritional habits, as well as greater disorders related to body image.

It concludes that adolescents and university students' lifestyle is one of the main causes of food habits deterioration. At the same time, it ends with some recommendations to solve the problems founded in order to improve citizens' health.

Keywords: *youth; image; diet; food; nutritional habits; Ecuador.*

1. INTRODUCCIÓN

La alimentación es de suma importancia para el desarrollo de una vida saludable. Unos malos hábitos alimentarios pueden desencadenar graves problemas de salud. Actualmente, las principales causas de mortalidad, en muchos países, vienen derivadas de una incorrecta dieta alimentaria.

Si bien es cierto que los problemas más acuciantes relacionados con la alimentación se dan en mayor medida en las personas mayores, los adolescentes y jóvenes son una población de interés en este campo por estar en una fase especial en términos de desarrollo evolutivo.

La adolescencia se define como la transición de la etapa infantil a la adulta. Se caracteriza sobre todo por la pubertad, pero también por ser una fase de la vida donde se desarrollan aspectos psico-sociales que prepararán al individuo para su adultez. Más aun lo es la juventud, un periodo lleno de nuevas experiencias y cambios que propician la madurez de los seres humanos.

Los hábitos alimentarios son de vital importancia en estas etapas. Por un lado, está la ingesta alimenticia, la cual es fundamental para el buen crecimiento y desarrollo corporal que caracteriza a estas edades. Y por otra parte, la integración de estos cambios físicos, los cuales pueden desencadenar serios problemas si la persona no acepta o valora debidamente su imagen corporal.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en su Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU, 2014), aproximadamente un 26% de la

población ecuatoriana de entre 12 a 19 años tiene sobrepeso y obesidad, llegando al 46% en el caso de las personas de entre 19 a 29 años y afectando en mayor medida al género femenino.

La diabetes, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares son algunas de las principales causas de muerte en Ecuador, por lo que estos índices mencionados sí deberían considerarse un problema de salud pública, ya que estas personas pueden desarrollarlas a mediano y largo plazo (OPS/OMS, 2014), e incluso pueden conducirles a un padecimiento crónico que también puede provocar la muerte en casos de trastornos alimentarios como la anorexia.

Respecto a estos problemas (anorexia, bulimia, etc.) no existen cifras generales al respecto, ya que no son considerados como problemas de salud pública (elcomercio.com, 2012), a pesar de que investigaciones más localistas hablan de una gran incidencia de estos trastornos en la población, especialmente en las jóvenes (CEDILLO et al., 2014; ROMÁN, 2012).

La Asamblea Mundial de la Salud (2004), con su aprobación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, hizo que el país andino se comprometiera a tomar medidas que aseguraran tanto el suministro de información equilibrada a los consumidores para facilitarles la adopción de decisiones saludables, como la disponibilidad de programas apropiados de promoción de la salud y educación sanitarias.

El Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017) en su tercer objetivo plantea la salud desde una mirada intersectorial, teniendo en consideración los

modos de alimentación y el fomento de la actividad física. En base a esto, el apartado 3.6., se centra exclusivamente en promover hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

Pero a pesar de los esfuerzos institucionales y legislativos, la cifra de personas con sobrepeso y obesidad no ha dejado de aumentar notablemente en los últimos años (OMS, 2014), haciendo cada vez más necesario intervenir ante un problema que afecta a todos los sectores de la población ecuatoriana.

Sus causas son multifactoriales, pero las principales son la falta de actividad física y el aumento del sedentarismo, sumadas a una dieta poco saludable (MARTÍNEZ et al., 2017).

A estos factores de riesgo hay que sumarles los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como la anorexia y la bulimia, los cuales afectan cada vez a más personas, sobre todo a mujeres jóvenes (KOHN and GOLDEN, 2001), influenciadas por numerosos factores psicológicos, socio-culturales y, especialmente, por los medios masivos de comunicación (GUERRO-PRADO et al., 2001).

Cabe recordar que los TCA son enfermedades graves, pero curables si la persona realiza tratamiento con psicólogos y médicos especializados. Los TCA están caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimenticia y una obsesión por el control de peso. De origen multifactorial (biológico, psicológico, familiar y socio-cultural), son enfermedades que provocan consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de la persona (ACAB, 2017).

Debido a todo ello, esta investigación se centra en analizar y ver qué diferencias existen en los hábitos alimentarios de los adolescentes y jóvenes del centro de la sierra ecuatoriana, así como detectar posibles conductas de riesgo psicosociales que pudieran derivarse de las malas prácticas alimentarias en este sector poblacional.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo tomó como referencia los cuestionarios sobre hábitos alimentarios y ejercicio físico realizados por MEMBIELA and CID (1998), PARDO et al. (2004), PINO et al. (2011), UNIKEL et al. (2004), y también sobre trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia: EAT-40, EDI y BSQ (BEHAR et al., 2011).

Se realizaron 603 encuestas durante el segundo y cuarto trimestre del 2018. El 29% (175 sujetos) eran adolescentes, una parte de la Unidad Educativa Atenas (N=100) y otra parte de la Unidad Educativa Suizo (N=75) de Ambato, con edades comprendidas entre los 15 y 18 años (Media=15,57). El otro 71% (401 encuestados) fueron jóvenes estudiantes de entre 17 y 30 años (Media=22,06) de diferentes carreras pertenecientes a la Universidad Técnica de Ambato y Universidad Tecnológica Indoamérica de Ambato (muestra universitaria derivada del estudio de JIMÉNEZ-SÁNCHEZ et al., 2018). Del total, un 52,9% fueron mujeres y el 44,9% hombres (2,2% no respondieron a esto). El cuestionario duraba de 10 a 15 minutos en rellenarse y fue tomado por personal cualificado y previamente entrenado y preparado para ello. Todos los participantes dieron su consentimiento y fueron informados

del carácter voluntario y anónimo. Además, el cuestionario respetó la normativa de la Universidad y del código deontológico pertinente.

Contenía tres bloques. A los dos últimos se les asignó un número a cada respuesta (1= mínima frecuencia / 4 y 5= mayor frecuencia) lo cual sirvió para que posteriormente se pudieran extraer análisis descriptivos e inferenciales más precisos (media en vez de moda) y realizar análisis factoriales de los componentes principales tal y como se hicieron en las investigaciones precedentes:

- Características individuales: sexo, edad, peso, altura, etc.
- Consumo de alimentos: nunca o casi nunca (1), una vez a la semana (2), dos o tres veces a la semana (3), casi todos los días (4) y varias veces al día (5).
- Hábitos y trastornos alimentarios: nunca (1), pocas veces (2), a veces (3) y muchas veces (4).

Cabe mencionar que no se pudo evaluar la ingesta precisa de cada individuo debido a que esto requeriría de un levantamiento de la información más costoso (registro diario de alimentos, recordatorio de 24 horas, etc.; y todo ello manejado por personal cualificado). Una vez obtenida la información, se procedió a la elaboración de la base de datos y su posterior análisis mediante el programa estadístico SPSS (versión 23 para Windows).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las frecuencias de consumo de alimentos encontradas fueron las siguientes, teniendo en cuenta los valores atribuidos: nunca o casi nunca (1), una vez a la semana (2), dos o tres veces a la semana (3), casi todos los días (4) y varias veces al día (5). Se muestra la media en vez de la moda para ser más precisos en los datos (1= mínima frecuencia / 5= mayor frecuencia).

Tabla 1. Medias de frecuencia de consumo de alimentos.

Alimento	Media	Alimento	Media
Verduras (lechuga, coles...)	3,10	Yogures / batidos	3
Hortalizas (tomates, pimientos)	3,33	Refrescos con azúcar	3
Legumbres (lentejas, frejol...)	2,7	Refrescos sin azúcar	2,4
Cereales (avena, quinua...)	2,74	Jugos con azúcar	3,19
Arroz	4	Jugos sin azúcar	2,2
Maíz (choclo, mote, tostado...)	2,51	Café	2,79
Yuca	1,55	Alcohol de baja graduación (cerveza, vino...)	1,65
Pan	3,53	Alcohol de alta graduación (Whisky, Ron, Vodka, Puro...)	1,46
Fideos/tallarines	2,55	Aguas aromáticas	2,84
Galletas	2,48	Papas fritas	2,55
Huevos	3,09	Picante	2,27
Carnes sin procesar	2,51	Dulces/pastelitos	2,48

Carnes procesadas	2,77	Comida chatarra	2,65
Pollo	3,48	Frutos secos	2,16
Carnes rojas (cerdo, vaca, cordero, etc)	3,02	Golosinas / snacks	2,65
Pescado	2,05	Alimentos transgénicos	2,09
Mariscos	1,87	Alimentos precocinados	1,97
Fruta	3,57	Alimentos a la plancha	2,46
Leche	3,32	Alimentos fritos	2,83
Quesos frescos	2,74	Alimentos asados (al horno)	2,72
Quesos curados o semicurados	1,84	Alimentos a la brasa	2,29

Fuente: Elaboración propia

La media de comidas ingeridas al día fue de 3,60, y los litros de agua al día fue de 1,45. El 89% afirmó no seguir ningún tipo de dieta. Los que sí lo hacían seguían diversas dietas como aquellas altas en proteínas, pocos carbohidratos (especialmente pan y arroz), bajas en grasa, ricas en frutas, verduras, fibra, o directamente practicaban el vegetarianismo o veganismo.

El análisis inferencial (U de Mann Whitney, $P < 0,05$) mostró que los adolescentes, respecto a los jóvenes, toman más comidas y litros de agua al día. Entre los alimentos, los adolescentes consumen más verduras, hortalizas, cereales, pan, galletas, huevos, carne procesada, pollo, carne roja, pescado, fruta, leche, queso fresco y curado, yogures, refrescos con y sin azúcar, jugos sin azúcar, pastelitos, frutos secos, snacks, alimentos transgénicos, precocinados, a la plancha, al horno; y por último, afirman seguir algún tipo de dieta en mayor medida que los jóvenes.

Por el contrario, los adolescentes consumen menos carne sin procesar, agua aromática, y papas fritas frente a la población juvenil.

Respecto a los hábitos alimentarios, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax ($KMO = .830$; Bartlett, $P = 0,000$; alpha de Cronbach = $.809$) asignando los siguientes valores a las respuestas: nunca (1), pocas veces (2), a veces (3) y muchas veces (4). Se obtuvieron 16 factores que explicaban el 59,27% de la varianza con autovalores mayores a uno. A continuación se muestran los factores con pesos factoriales superiores a $.40$

-Factor 1: bulimia nerviosa (Varianza explicada = 14,08)

-Factor 2: prácticas para bajar de peso (Varianza explicada = 6,96)

-Factor 3: posible trastorno alimentario (Varianza explicada = 4,65)

Tabla 2. Análisis factorial I

Items (media)	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Siento que he comido demasiado, me he atascado de comida (2,02)	,749		
Siento que como demasiado (2,28)	,725		
Sigo comiendo aunque ya no tenga hambre (1,78)	,684		

He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer) (1,77)	,667		
He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso (2,25)		,725	
Me ha preocupado engordar (2,24)		,663	
Siento que la gente piensa que estoy gordo/a (1,87)		,608	
Me preocupo por la cantidad de calorías que consumo (2,07)		,492	
He hecho dietas para tratar de bajar de peso (1,79)		,487	
Cuando intento reducir peso, lo comunico a los que me rodean para que me apoyen (1,73)		,485	
Creo que la gente piensa que estoy muy delgado/a (2,11)		-,468	
He hecho ayunos para tratar de bajar de peso (1,59)		,415	
He usado pastillas para tratar de bajar de peso (1,14)			,790
He tomado laxantes para tratar de bajar de peso (1,22)			,731
He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso (1,17)			,654
He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso (1,30)			,644

Fuente: Elaboración propia

-Factor 4: asistencia a especialista y consumo de productos dietéticos y proteínicos (Varianza explicada = 4,32)
 -Factor 5: revisión de las etiquetas y del semáforo alimentario (Varianza explicada = 3,49)

-Factor 6: control de la ingesta y aversión por comer demasiado (Varianza explicada = 2,96)
 -Factor 7: picotear (Varianza explicada = 2,68)

Tabla 3. Análisis factorial II

Items	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
He recurrido a un especialista en alimentación o médico nutricionista (1,47)	,652			
Consumo productos dietéticos (1,79)	,621			
Consumo suplementos proteínicos (1,73)	,595			
Me guío por el semáforo alimentario que señalan los alimentos envasados (2,13)		,754		

Considero que el semáforo alimentario sirve para ver qué alimentos son peligrosos y cuáles son sanos (2,94)		,673		
Reviso las etiquetas de los alimentos para ver sus componentes nutricionales (2,07)		,565		
Me gusta ser muy perfeccionista (2,42)		,499		
Dejo de comer aunque siga teniendo hambre (1,86)			,695	
Cuando veo muchísima comida junta me da asco (1,79)			,578	
Me sirvo raciones pequeñas (2,30)			,463	
Es difícil compaginar mi plan alimentario con el de mi familia (2,35)			,446	
Picoteo si tengo ansiedad o estoy bajo/a de ánimo (2,04)				,653
Como o picoteo a deshoras (2,83)				,644
Cuando estoy aburrido me da hambre (2,45)				,634
Suelo comer de pie (parado) (1,86)				,402

Fuente: Elaboración propia.

- Factor 8: preocupación por la dieta (Varianza explicada = 2,62)
- Factor 9: autopercepción de malos hábitos alimentarios (Varianza explicada = 2,52)
- Factor 10: tiempo para comer (Varianza explicada = 2,339)
- Factor 11: actividad física semanal (Varianza explicada = 2,333)

Tabla 4. Análisis factorial III

Items	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11
Peso la comida en cantidades antes de comerla (1,29)	,703			
Practico el vegetarianismo o veganismo (1,30)	,596			
Como viendo la televisión, leyendo o mirando el celular (2,95)		,683		
Consumo comida hecha fuera de casa (2,82)		,491		
Considero que mi alimentación es la correcta (2,65)		-,436		
Dispongo de tiempo suficiente para comer tranquilamente (2,67)			,739	
Hago deporte o ejercicio semanalmente (2,72)				,741

Fuente: Elaboración propia

- Factor 12: sedentarismo (Varianza explicada = 2,24)
- Factor 13: elaboración propia de la comida (Varianza explicada = 2,07)
- Factor 14: despreocupación por la alimentación y falta de hábito (Varianza explicada = 2,03)
- Factor 15: preocupación por la alimentación y hábito (Varianza explicada = 1,97)
- Factor 16: picante en las comidas (Varianza explicada = 1,94)

Tabla 5. Análisis factorial IV

Items	Factor 12	Factor 13	Factor 14	Factor 15	Factor 16
Paso muchas horas sentado (2,65)	,777				
Cocino los alimentos que consumo (3,21)		,762			
Me salto las recomendaciones alimentarias (2,37)			,639		
Me siento a comer con mucha hambre (2,85)			,562		
Como solamente cuando tengo hambre (2,89)				-,721	
Soy consciente de las calorías que tomo al cabo del día (1,86)				,474	
Añado picante a las comidas (2,42)					,759

Fuente: Elaboración propia

Al contrastar estos factores (t-student, $P < 0,05$) se tiene que los adolescentes puntúan más en los factores dos (prácticas para bajar de peso), cuatro (asistencia a especialista y consumo de productos dietéticos y proteínicos), diez (tiempo para comer) y once (actividad física semanal). Y menos en los componentes tres (posible trastorno alimentario), nueve (autopercepción de malos hábitos alimenticios) y trece respecto a los jóvenes (elaboración propia de la comida).

Además, se encuentra correlación negativa o inversa (spearman, $P < 0,05$) entre el factor uno (bulimia nerviosa) con el tres (posible trastorno

alimentario); correlación negativa entre el factor dos (prácticas para bajar de peso) y el tres; y por último, correlación negativa entre el factor tres (posible trastorno alimentario) con el factor cuatro (asistencia a especialista y consumo de productos dietéticos y proteínicos); correlación negativa entre el tres con el factor ocho (preocupación por la dieta); y correlación positiva o directa entre el tres con el factor once (actividad física semanal).

Por último, aproximadamente un 8% declaró haber sufrido algún tipo de trastorno alimentario, especialmente anorexia y bulimia, en sus variadas tipologías.

4. CONCLUSIONES

Los resultados muestran que el principal carbohidrato es el arroz, seguido del pan. El aporte proteínico viene caracterizado por la carne de pollo, huevos y carnes rojas, mientras que el pescado, el marisco o los frutos secos se ven relegados a un menor consumo. Se encuentran índices medio-altos en el consumo de frutas, verduras y hortalizas (entre 4 y 6 días a la semana, aproximadamente); sin embargo, desde un punto de vista alimentario, el consumo de estos debería incrementarse más, especialmente de las frutas, las cuales deberían ser todos los días e incluso varias piezas cada día.

A su vez, se opta por lo azucarado en refrescos y jugos; y el consumo de dulces/pastelitos, comida chatarra, papas fritas y golosinas/snacks es demasiado alto (dos o tres veces a la semana) para lo que sugiere la pirámide alimentaria (casi nunca) (FAO, 2018).

Igualmente, sobre la preparación de los alimentos, la mayor frecuencia de consumo son los alimentos fritos, seguidos por los asados, a la plancha, a la brasa y precocinados.

Por último, de las diferencias encontradas entre adolescentes y jóvenes, destaca el menor consumo de alimentos y agua en los universitarios y una peor alimentación (papas fritas, azúcar, etc.).

En base a este cuadro alimentario, se recomienda tomar medidas concretas para fomentar una buena alimentación, especialmente en los jóvenes universitarios, pues por su condición académica (poco tiempo para comer, sedentarismo, comer fuera, etc.), pueden descuidar sus hábitos alimentarios y que estos sean peores que los de los

adolescentes analizados; los cuales se diferenciarían, en mayor medida, por almorzar en casa, y por ingerir comidas realizadas por sus familiares.

En este sentido, las medidas que tomar no solo deberían ser informativas. Como se puede inferir por el factor 9 (en el que los jóvenes y adolescentes señalan que sus hábitos alimentarios no son tan buenos) y por las sugerencias dadas por los encuestados para mejorar la alimentación, no se trataría de un problema de desconocimiento alimentario o de escasez de información, sino de falta de hábito; ya que la mayoría conocen cuáles serían los factores con los que su dieta mejoraría. Así, las posibles capacitaciones o programas de difusión mediáticos deberían tener menos contenido teórico y enfocarse más en estrategias para el cambio de actitudes y conductas de manera práctica y contextual.

A su vez, y como parte de un problema transversal, también se debería incidir en el entorno del consumidor, pues como muestran los resultados obtenidos, la dieta juvenil está muy determinada por la oferta de los lugares que suministran los alimentos. Asimismo, el Estado tiene que ser consciente de esta realidad y promocionar en los jóvenes buenos hábitos alimentarios, al tiempo que debería implicarse con los establecimientos para buscar medidas conjuntas que beneficien a todos los consumidores. Algunas de ellas podrían estar encaminadas a la subvención y diseño de menús saludables; encarecimiento o penalización de productos altos en grasas o azúcares; leyes y regulaciones sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad en los establecimientos; acuerdos voluntarios

de reducción de nutrientes críticos; programas de vigilancia y fiscalización de alimentos; planes de promoción de salud en escuelas y universidades; o guías alimentarias para la población acorde a la oferta nutricional (Ministerio de Salud – Gobierno de Chile, 2015/10/08).

Sobre los componentes extraídos en el análisis factorial, habría que incidir especialmente en reducir los índices encontrados en los componentes siete (picotear), nueve (autopercepción de malos hábitos alimentarios), doce (sedentarismo), y catorce (despreocupación por la alimentación y falta de hábito), sobre todo en los jóvenes, pues los adolescentes presentan menores problemas alimentarios y un mayor cuidado en su dieta.

Llama la atención la correlación positiva encontrada entre el factor tres (posible trastorno alimentario) con el once (actividad física semanal), pues esto indicaría como una alta frecuencia de ejercicio físico puede conducir a problemas como la vigorexia.

Por último, esta investigación ha detectado que aproximadamente un 8% declaraba haber padecido algún trastorno alimentario, cifra que aumenta si se tienen en cuenta los ítems relacionados con las conductas de riesgo derivados del trabajo de UNIKEL et al. (2004). En definitiva, las cifras son lo suficientemente relevantes para reflexionar sobre el índice de posibles trastornos alimentarios en la población ecuatoriana analizada.

Si bien las soluciones para mejorar la alimentación requieren del compromiso de todos los sectores involucrados: Estado, sector privado, población civil, y profesionales de la salud (ENSANUT-INEC, 2014); con los

trastornos como la anorexia o bulimia, habría primeramente que dar un avance a nivel gubernamental para que se consideraran como temas de interés en salud pública. Hasta no dar ese paso, el país no podrá proveer de la prevención e intervención necesaria y adecuada.

En definitiva, se espera que los resultados derivados de esta investigación sean tenidos en cuenta por las instituciones pertinentes y que en un futuro próximo sirvan de referencia para actuar ante un asunto tan importante para la salud como es la alimentación de los ciudadanos.

AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Investigación y Desarrollo (DIDE) de la Universidad Técnica de Ambato por financiar esta investigación (Resolución: 2453-CU-P-2017).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACAB. (2017). ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria? Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. Recuperado de: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
- Asamblea Mundial de la Salud (2004). 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_REC1-sp.pdf
- Behar, R., Vargas, C. y Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 49(1), 26-36. doi: 10.4067/S0717-92272011000100004
- Cedillo, T., Salazar, A., Supo, J. y Espinoza, A. (2014). Campaña para prevenir el incremento de casos de Anorexia y Bulimia entre la juventud estudiantil de la ciudad de Guayaquil. Escuela Superior Politécnica del Litoral. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/44105227_Campana_para_prevenir_el_incremento_de_casos_de_Anorexia_y_Bulimia_entre_la_juventud_estudiantil_de_la_ciudad_de_Guayaquil
- elcomercio.com, (2012). Los grupos que combaten los trastornos alimenticios. Diario "El Comercio". Recuperado de: <http://www.elcomercio.com/tendencias/grupos-combaten-trastornos-alimenticios-crecen.html>
- FAO/OPS (2017). Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe salvo por Haití. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) / Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recuperado de: <http://www.fao.org/news/story/es/item/463699/icode/>
- ENSANUT-ECU (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Ecuador. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- ENSANUT-INEC (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT – ECUADOR 2011 – 2013. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Ecuador. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20%20resultados%20ENSANUT.pdf
- García, A. J. y Creus, E. D. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(3). Recuperado de: <http://www.revvmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/129/82>
- Guerro-Prado, D., Barjau, J.M. y Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos alimentarios y la influencia de los medios masivos de comunicación: revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 403-410. Recuperado de: <https://docplayer.es/13743638-Epidemiologia-de-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-e-influencia-mediatica-una-revision-de-la-literatura.html>
- INEC (2015). Revista de estadísticas y metodologías. INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Revista_Estadistica/Revista_de_Estadistica_y_Metodologias-Tomo-I.pdf
- Jiménez-Sánchez, Á., Vayas-Ruiz, E., Carrero, Y., Arteaga, C. y Balarezo, J. (2018). Food habits, anorexia and bulimia, in the youth population of the center of Ecuador. *Italian Journal of Food Science – IJFS*, 31(5), 75-83. Recuperado de: <https://www.chiriottieditori.it/ojs/index.php/ijfs/issue/view/25/IJFS310-CICABI%202018>
- Kohn, M. y Golden, NH. (2001). Eating disorders in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Paediatric Drugs*, 3(2), 91-99. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.2165/00128072-200103020-00002>
- Ley Orgánica de Defensa del Consumidor

(2000-2011). Registro Oficial Suplemento 116 de 10-jul-2000, Última modificación: 13-oct-2011. Gobierno de Ecuador. Recuperado de: <http://www.industrias.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/A2-LEY-ORGANICA-DE-DEFENSA-DEL-CONSUMIDOR.pdf>

Martínez, M., Rico, S., Rodríguez, F. J., Gil, G., Santano, E. y Calderón, J. F. (2017). Influencia de los hábitos de ocio sedentario en el estado nutricional en escolares extremeños. NURE INV, 14(87). Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1081/748>

Membiela, P. y Cid, M. C. (1998). Desarrollo de una unidad didáctica centrada en la alimentación humana, social y culturalmente contextualizada. Enseñanzas de las ciencias, 16(3), 499-511. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/pub/edlc/02124521v16n3/02124521v16n3p499.pdf>

Ministerio de Salud (2015/10/08). Políticas públicas en alimentación y nutrición. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/politicas-publicas-en-alimentacion-y-nutricion/>

OMS (2014). Prevalence of obesity, ages 18+, 1975-2014. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: http://gamapsrver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/obesity/atlas.html

OPS/OMS (2014a). Alimentación sana y segura. Diario El Telégrafo. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1234:mayo-21-2014&Itemid=356

Pardo, A., Ruiz, M., Jódar, E., De Rosendo, J. M. y Usán, L. A. (2004). Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Nutrición Hospitalaria, 19(2), 99-109. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v19n2/original8.pdf>

Pino, J. L., Díaz, C. y López, M. A. (2011). Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas y hábitos

alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud. Revista Chilena De Nutrición, 38(1), 41-51. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182011000100005&script=sci_arttext

Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017. Gobierno de Ecuador.

Román, A. (2012). Campañas de Mercadeo Social. Universidad San Francisco de Quito. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2333/1/106631.pdf>

Unikel, C., Bojórquez, I. y Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud pública de México, 46(6), 509-515. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342004000600005&script=sci_arttext