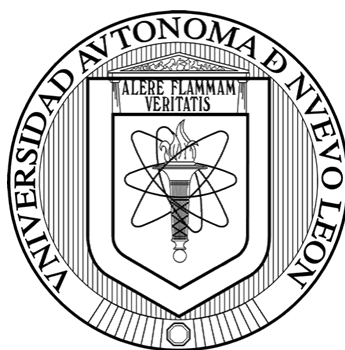


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADICCIÓN DIGITAL Y A LA COMIDA E ÍNDICE DE ALIMENTACIÓN
SALUDABLE EN ADULTOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

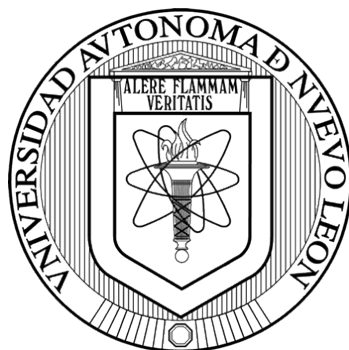
Por

LIC. IXCHEL MUÑOZ GALLEGOS

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DICIEMBRE, 2022

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



ADICCIÓN DIGITAL Y A LA COMIDA E ÍNDICE DE ALIMENTACIÓN
SALUDABLE EN ADULTOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

POR

LIC. IXCHEL MUÑOZ GALLEGOS

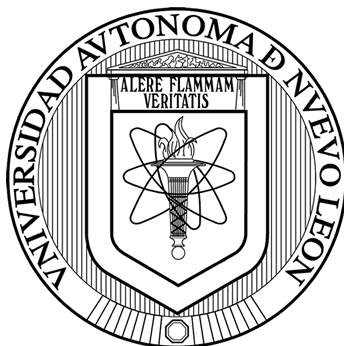
Director de Tesis

DR. MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DICIEMBRE, 2022

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



ADICCIÓN DIGITAL Y A LA COMIDA E ÍNDICE DE ALIMENTACIÓN
SALUDABLE EN ADULTOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

POR

LIC. IXCHEL MUÑOZ GALLEGOS

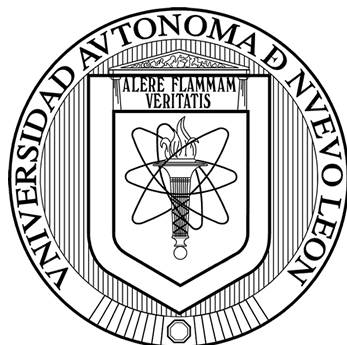
Codirector de Tesis

NANCY PAULINA LÓPEZ OLMEDO, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DICIEMBRE, 2022

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



ADICCIÓN DIGITAL Y A LA COMIDA E ÍNDICE DE ALIMENTACIÓN
SALUDABLE EN ADULTOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

POR

LIC. IXCHEL MUÑOZ GALLEGOS

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DICIEMBRE, 2022

**ADICCIÓN DIGITAL Y A LA COMIDA E ÍNDICE DE ALIMENTACIÓN
SALUDABLE EN ADULTOS JÓVENES UNIVERSITARIOS**

Aprobación de Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Director de Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Presidente

Dra. Silvia Guadalupe Soltero Rivera
Secretario

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Vocal

Nancy Paulina López Olmedo, PhD
Asesor Externo

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por todo su apoyo para realizar mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación, por darme la oportunidad de continuar mi preparándome profesionalmente.

A mi director de tesis, el Dr. Milton Carlos Guevara Valtier, por haber sido parte fundamental durante mi formación en el programa. Por cada una de sus enseñanzas, sus valiosos consejos, dedicación y paciencia, por confiar en mi capacidad, estaré siempre muy agradecida. Su experiencia y dedicación los llevaré siempre conmigo, le deseo mucho éxito en su vida personal y profesional.

Al Dr. Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Director del Centro de Investigación en Salud Poblacional, y a las autoridades y docentes del Instituto Nacional de Salud Pública, por su recibimiento durante mi estancia académica de investigación. A la Dra. Nancy Paulina López Olmedo, Investigadora del Centro de Investigación en Salud Poblacional, por su confianza para recibirme durante dicha estancia y compartir su valiosa experiencia y conocimientos, es una inspiración y ejemplo a seguir, le deseo un camino lleno de éxitos.

A los docentes del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, personal académico y administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en especial a la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez quien cuenta con mi profunda admiración y agradecimiento.

A cada uno de los adultos jóvenes que aceptaron voluntariamente participar en este estudio.

Dedicatoria

A Dios por darme la resiliencia y salud para concluir mi objetivo y superar todos los obstáculos a lo largo del camino, por darme la bendición de brindarle sentido a mi vida a través de mi profesión y trabajo.

A mi madre y a mis hermanos, por estar presentes en los días buenos y malos, por creer en mí; sin su apoyo esto no habría sido posible.

A mis amigas, quienes me escucharon y motivaron a seguir paso a paso con paciencia e integridad durante todo el camino, ustedes también forman parte de este logro.

Resumen

Ixchel Muñoz Gallegos
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Enero, 2023.

Título del Estudio: ADICCIÓN DIGITAL Y A LA COMIDA E ÍNDICE DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ADULTOS JÓVENES UNIVERSITARIOS.

Número de páginas: 64

Candidata a obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la Salud en (a) riesgo de desarrollar estados crónicos en (b) grupos vulnerables.

Objetivo y Metodología: Determinar la relación de la adicción digital y a la comida e índice de alimentación saludable en adultos jóvenes universitarios. El diseño fue correlacional y transversal. La muestra fue de 282 adultos de 19 a 24 años de edad. El tamaño de la muestra se calculó a través del paquete nQuery Advisor® versión 7.0, se estimó con un nivel de significancia de .05, una potencia de .90 y un coeficiente de correlación bilateral de .20. El muestreo fue probabilístico por conglomerados unietápico realizado en una institución pública de educación superior de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó una cédula de datos generales y tres instrumentos de medición con confiabilidad aceptable ($\alpha \geq .800$). Se utilizó estadística descriptiva, prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors y la prueba de coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados y Contribución: Se obtuvo una media de edad de 20.7 años ($DE = 1.37$), el 80.9% fueron mujeres, el 39.3% presentó peso corporal elevado. El tiempo de uso diario de dispositivos digitales fue de 9.21 horas ($DE = 3.35$). El índice de alimentación saludable presentó una media de 40.57 puntos de 100 posibles ($DE = 7.66$). La puntuación media general de síntomas de adicción a la comida fue de 1.31 puntos ($DE = 1.75$) de 11 posibles. La adicción digital mostró una media de puntuación de 29.95 puntos ($DE = 7.47$). Las puntuaciones de adicción digital y adicción a la comida fueron ligeramente mayores en las mujeres ($\bar{X} = 30.19$; $DE = 7.49$) y en el grupo de mayor edad de 22 a 24 años ($\bar{X} = 33.69$; $DE = 7.71$). Los hombres ($\bar{X} = 36.96$; $DE = 8.16$) y el grupo de menor edad de 19 a 21 años ($\bar{X} = 40.11$; $DE = 7.35$) reportaron las puntuaciones más bajas del índice de alimentación saludable. La adicción digital y la adicción a la comida se relacionaron positivamente ($r_s = .422$, $p < .01$).

Estos resultados pueden contribuir al desarrollo e implementación de programas innovadores focalizados en los grupos con una deficiente calidad de la dieta, y al desarrollo de estrategias de Enfermería para la prevención y atención de factores que podrían influir en la alimentación saludable a través de las distintas plataformas y redes digitales.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
<i>Adicción Digital</i>	4
<i>Adicción a la Comida</i>	5
<i>Índice de Alimentación Saludable</i>	7
Estudios Relacionados	9
<i>Adicción Digital</i>	9
<i>Adicción a la Comida</i>	12
Adicción a la Comida y Alimentación	13
<i>Índice de Alimentación Saludable</i>	15
Definición de Términos	17
Objetivos	18
<i>Objetivo General</i>	18
<i>Objetivos Específicos</i>	18
Capítulo II	
Metodología	20
Diseño de Estudio	20
Población, Muestreo y Muestra	20
Criterios de Inclusión	20
Criterios de Eliminación	21
Instrumentos de Medición	21
Procedimiento de Recolección de Datos	24
Consideraciones Éticas	25

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Plan de Análisis Estadístico	26
Capítulo III	
Resultados	28
Consistencia Interna de los Instrumentos	28
Características Generales de los Participantes	28
Estadística Descriptiva	29
Estadística Inferencial	32
Capítulo IV	
Discusión	33
Conclusiones	37
Limitaciones	37
Recomendaciones	37
Referencias	
Apéndices	
A. Cédula de Datos Generales	48
B. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Adolescentes y Adultos (FCoAAA) de 12 años o más	49
C. Escala Modificada de Adicción a la Comida de Yale (mYFAS) versión 2.0	60
D. Escala de Efectos de las Redes Sociales en la Conducta Alimentaria (SESMEB)	61
E. Consentimiento Informado	62
F. Autorización de la Institución Educativa	64

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	28
2. Características generales de los participantes	29
3. Puntuaciones generales del índice de alimentación saludable	30
4. Puntuaciones generales de adicción digital y adicción a la comida	30
5. Adicción digital por sexo y edad	31
6. Adicción a la comida por sexo y edad	31
7. Índice de alimentación saludable por sexo y edad	31
8. Prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors	32
9. Coeficiente de correlación de Spearman para el conjunto de variables de adicción digital, adicción a la comida e índice de alimentación saludable	32

Capítulo I

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) señala que la alimentación es esencial para la salud de los individuos. Es importante a lo largo de la vida, pero especialmente en los adultos jóvenes. Durante esta etapa las demandas orgánicas de energía para el crecimiento y desarrollo descienden (Bonvecchio et al., 2015), por lo que una alimentación no saludable pone en riesgo la salud (OMS, 2018).

Un informe emitido por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (ONUAA, 2019) reporta que, en México, los hábitos de alimentación han sufrido cambios sustanciales: como la disminución en el consumo de verduras, frutas, leguminosas y cereales de grano entero y, aumento en la ingesta de alimentos no recomendables ricos en azúcares, productos de origen animal, alimentos procesados y con elevado contenido de grasas y sodio.

La Secretaría de Salud (2018a) y Rivera et al. (2018), mencionan que este cambio en la alimentación ha desempeñado un papel importante para la vulnerabilidad al desarrollo, incidencia y prevalencia de peso corporal elevado. Una alimentación no saludable (en especial el consumo de alimentos no recomendables), es uno de los principales contribuyentes a los problemas de malnutrición, como el peso corporal elevado (ONUAA, 2021).

El peso corporal elevado se caracteriza por una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, factor predisponente para el desarrollo de diversos padecimientos: enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como hipertensión arterial (HTA), Diabetes Tipo 2 y enfermedad cardiovascular (primera causa de muerte en el mundo) (OMS, 2021). A nivel global, dos de los tres principales factores que causan discapacidad y años productivos de vida perdidos, son el peso corporal elevado y una dieta hipercalórica (Secretaría de Salud, 2018a).

Respecto a lo anterior, la OMS (2021) estimó que para el año 2016 a nivel

mundial, más de la mitad (52%) de la población adulta joven tenía peso corporal elevado. En México, los adultos son el principal sector poblacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020) y la Secretaría de Salud (2018b) menciona que el 75.2% de quienes tienen 20 años o más tienen peso corporal elevado. La región Norte es la más afectada, con un 78%, incluso superior a la media nacional.

La alimentación es un proceso complejo que podría ser influido por factores, personales, sociales y ambientales, entre otros (LaCaille, 2020). Entender qué comemos y los factores que causan una influencia en la elección de los alimentos es esencial para atender y prevenir todas las formas de malnutrición. La alimentación en los adultos jóvenes podría responder a la sinergia entre factores físicos, fisiológicos, del comportamiento y psicológicos (internos y externos). Tres variables que podrían estar relacionadas con la alimentación de los adultos jóvenes son la adicción digital (AD), la adicción a la comida (AC) y el índice de alimentación saludable (IAS).

La AD es “la dependencia física y mental del uso de dispositivos digitales” (Rugai & Hamilton-Ekeke, 2016, p.18). El uso de dispositivos digitales, plataformas, aplicaciones y la constante infiltración de la tecnología en la vida cotidiana podría tener un potencial efecto en la alimentación de los individuos (Keser et al., 2020), en especial de los adultos jóvenes, los principales usuarios. Se han medido algunos de sus componentes específicos, como las plataformas digitales y redes sociales por internet, por medio de instrumentos de autorreporte.

Las investigaciones, a nivel internacional, que abordan la influencia de las plataformas digitales en la alimentación se han realizado en población adolescente e infantil, en países de ingresos altos. Existe evidencia sobre la relación entre el uso excesivo de plataformas digitales (Facebook y YouTube) y la elección de los alimentos (Baldwin et al., 2018; Fleming-Milici & Harris, 2020; Hawkins et al., 2020; Qutteina et al., 2019).

La AC se describe como un patrón específico de conducta alimentaria

(Penzenstadler et al., 2019) donde existe un consumo incontrolable y excesivo de determinados alimentos, que conduce a un malestar clínicamente significativo en diferentes áreas del funcionamiento (Aloi et al., 2017; Cathelain et al., 2016; Gearhardt et al., 2009; Rojas-Jara et al., 2020). Por lo cual, podría explicar la dificultad que enfrentan algunas personas para adherirse a una alimentación saludable (Cathelain et al.; Gearhardt et al.).

La AC ha sido estudiada a través de instrumentos de frecuencia de consumo de alimentos y el recordatorio de alimentos de 24 horas. Los hallazgos muestran una relación positiva entre la AC y el consumo de grasas, carbohidratos, proteínas, bebidas azucaradas y alimentos procesados (Ayaz et al., 2018; Aslantas et al., 2018; Burrows et al., 2017). Sin embargo, se han encontrado contradicciones en relación con la AC y el sexo, la edad y el peso corporal en los adultos jóvenes (Burrows et al.; Ivezaj et al., 2018; Munguía et al., 2021; Penzestadler et al., 2019).

El IAS proporciona una descripción de qué alimentos ingiere un individuo. Expone las características del consumo total de alimentos y bebidas, incluye la elección, cantidad y frecuencia de consumo (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos [USDA], 2020). Muestra el consumo de alimentos recomendables y no recomendables, de acuerdo con criterios específicos de alimentación para prevenir todas las formas de malnutrición en los individuos.

El IAS es medido a través de instrumentos de autorreporte, como la frecuencia de consumo de alimentos y el recordatorio de alimentos de 24 horas. Los puntajes del IAS, a nivel nacional e internacional han sido bajos (López-Olmedo et al., 2019; Mora-García et al., 2020; Zapata et al., 2020). Se ha observado que, en los adultos, los alimentos menos consumidos son: frutas, verduras, cereales integrales, pescados y mariscos; y los más consumidos: ácidos grasos trans, azúcar (cereales dulces y bebidas no lácteas endulzadas) y sodio (Mora-García et al.; Zapata et al.). Se ha mostrado una alimentación menos saludable en hombres que en mujeres (Zapata et al.) y en el grupo

de edad de 18 a 30 años (Mora-García et al.).

En México no se han realizado estudios que aborden el IAS con las recomendaciones de alimentación para los adultos jóvenes, y la AC y la AD se han estudiado de manera aislada. Con respecto a la AD no se han encontrado resultados con el sector poblacional de interés. Por lo que el presente estudio determinará la relación entre la adicción digital y a la comida e índice de alimentación saludable en adultos jóvenes universitarios.

Los resultados de este estudio permitirán aportar evidencia actual sobre la relación de la AD y la AC con el IAS, en los adultos jóvenes mexicanos. Además, se busca caracterizar la alimentación de los adultos jóvenes mediante el Índice Alternativo Mexicano de Alimentación Saludable. Lo anterior podría ser útil para el diseño de futuras investigaciones en este grupo poblacional, y eventualmente formar parte de intervenciones de Enfermería contra la adicción a la comida y/o adicción digital en adultos jóvenes.

Marco de Referencia

A continuación, se describen los términos que se utilizaron como sustento referencial en el estudio: adicción digital (AD), adicción a la comida (AC) e índice de alimentación saludable (IAS). En seguida se presentan los estudios relacionados y sus respectivas síntesis.

Adicción Digital

La AD explora el uso problemático de dispositivos digitales. También es denominada como uso excesivo digital (Bellis et al., 2021), desorden de dependencia a las pantallas (Sigman, 2017) y adicción tecnológica (Reichert et al., 2021), entre otros. Los autores señalan que la AD está relacionada al surgimiento de nuevas adicciones en la sociedad, estas se conocen como adicciones conductuales o adicciones del comportamiento (Cía, 2013; Kesici & Tunc, 2018; Reichert et al., 2021). Las adicciones conductuales son definidas como un comportamiento automático, activado por

emociones e impulsos, donde el aspecto central es la relación de gratificación o deseo intenso que el sujeto establece con la conducta, si esta conducta no se satisface el sujeto experimenta malestar (Cía, 2013).

Cemiloglu et al. (2021) refieren que la adicción digital es “una relación con la tecnología que cumple los criterios diagnósticos de una adicción conductual (impulsiva, compulsiva, obsesiva) y está asociada con un detrimento en la vida de la persona” (s.p.). La AD está relacionada con el uso de plataformas (aplicaciones, redes sociales por internet), dispositivos (celulares, tablets, computadoras) y medios digitales (videojuegos, compras en línea) (Cemiloglu et al., 2021). Es imperativo señalar que, para desarrollar AD, no es necesario el acceso a internet (Almourad et al., 2020). Es por esto que el término AD parte de la premisa de que cualquier dispositivo digital puede crear patrones de dependencia en el individuo.

Keser et al. (2020) señalan que el uso de dispositivos tecnológicos, aplicaciones digitales y la constante infiltración de los medios digitales en la vida cotidiana podría tener un potencial efecto en la alimentación de los individuos. Con base en ello señalan 18 criterios para determinar la influencia de la adicción digital en la alimentación de los adultos jóvenes.

Adicción a la Comida

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) describe la adicción como una “condición compleja donde existe el uso descontrolado de una sustancia a pesar de las consecuencias” (2022, s.p.). Randolph (1956) planteó por primera vez el concepto de adicción a la comida (AC) y lo describió como un patrón de conducta similar al del uso de sustancias adictivas, que produce adaptación y sensibilidad al consumo de algunos alimentos comunes.

En años recientes el concepto ha ganado interés por parte de los investigadores (Davis, 2013; Meule, 2015), algunos de ellos señalan que existe un paralelismo con la dependencia de sustancias (Davis & Carter, 2009; Fernández-Aranda et al., 2018;

Volkow & Wise, 2005). El concepto pretende “describir las dificultades clínicas que algunos individuos encuentran en su relación con la alimentación” (Cathelain et al., 2016, p. 3).

Se describe como un consumo de alimentos de manera excesiva y desregulada (Gearhardt et al., 2009) con un patrón específico de conducta alimentaria (Penzenstadler et al., 2019), caracterizado por un deterioro o angustia significativos en distintas áreas del funcionamiento. Se consume especialmente alimentos con alto contenido en grasas y/o azúcares (Gearhardt et al; Pedram et al., 2013; Schulte et al., 2015). Este consumo podría determinar el desarrollo de conductas impulsivas y la pérdida de control (Meadows et al., 2017; Salamone & Correa, 2013). Por lo cual, de acuerdo con diversos autores, podría explicar la dificultad que enfrentan algunas personas para adherirse a una alimentación saludable (Cathelain et al., 2016; Gearhardt et al.).

Para fines de este estudio se utilizará la definición propuesta por Schulte y Gearhardt (2017) que describen la adicción a la comida como el consumo de alimentos de manera excesiva y desregulada, que se caracteriza por un deterioro o angustia significativos en distintas áreas de funcionamiento. Proponen 13 síntomas que indican la AC, en relación con el trastorno por abuso de sustancias en el DSM-5 (APA, 2013). Los síntomas de AC se clasifican en: 1) consumo de grandes cantidades de sustancia o durante más tiempo del planeado, 2) deseo persistente de dejar o regular el consumo, 3) inversión de mucho tiempo en la obtención, uso o recuperación después del uso de la sustancia, 4) reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas, 5) uso continuo pese al conocimiento de las consecuencias adversas, 6) tolerancia (marcado incremento en la cantidad; marcado decremento en el efecto), 7) síntomas característicos de abstinencia (sustancia consumida para aliviar la abstinencia), 8) uso continuado a pesar de los problemas sociales o interpersonales, 9) incumplimiento de obligaciones académicas, laborales o domésticas, 10) uso en situaciones que provocan un riesgo físico, 11) anhelo, o un fuerte deseo o urgencia por usar la sustancia, 12) uso

que causa deterioro significativo y, 13) uso que causa angustia clínicamente significativa.

Estos síntomas pueden no estar presentes en el estilo de vida o ser llevados a cabo a la semana o al mes. Sin embargo, para establecer el diagnóstico de AC, se deben presentar al menos 2 o 3 síntomas e incluir deterioro y/o angustia (significancia clínica). La severidad de la AC se puede clasificar de acuerdo con los síntomas y la significancia clínica: leve (2 o 3 síntomas), moderada (4 a 5 síntomas) y severa (6 o más síntomas).

Índice de Alimentación Saludable

La alimentación saludable es definida por la OMS (2018) como una estrategia central para combatir las ECNT. Señala que los sujetos deben lograr un equilibrio en el peso corporal y las demandas energéticas. Una alimentación saludable debe de comprender al menos cinco porciones de frutas y verduras, excluyendo los alimentos ricos en fécula como el plátano, la papa y el camote. Se debe reducir la ingesta de sal a menos de cinco gramos (una cucharada pequeña) y los azúcares libres a menos de 10% (12 cucharadas pequeñas). La ingesta de grasas saturadas y no saturadas, deben representar menos del 30% del consumo total de energía. Las grasas saturadas como la mantequilla, el queso y la carne deben ocupar menos del 10% y debe preferirse consumir aquellas no saturadas como el pescado, el aguacate y las nueces. Las grasas trans, en especial las industriales como las pizzas congeladas, los pasteles y las galletas deben evitarse o por lo menos no superar el 1% (OMS, 2018).

Las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAs) o también Guías alimentarias, describen las recomendaciones particulares de alimentación que deben seguir los individuos de acuerdo a factores como los estilos de vida, el contexto sociocultural, la accesibilidad, entre otros (ONUAA, 2021).

En 1995, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) desarrolló el índice de alimentación saludable (IAS) (Kennedy et al., 1995). Este instrumento mide el grado en el cual un conjunto de alimentos se alinea con las

recomendaciones de las Guías Americanas de Alimentación (Krebs-Smith et al., 2018; Reedy et al., 2018). Su versión más actual fue publicada en el 2015.

El IAS proporciona una descripción de las características del consumo total de alimentos y bebidas de un individuo en un lapso determinado de tiempo, también denominado patrón alimentario. En el IAS, los alimentos se dividen en dos grandes grupos, de adecuación y de moderación. Estos dos grupos se subdividen en 13 componentes, nueve corresponden al grupo de adecuación, y cuatro al de moderación (USDA, 2020).

Los alimentos de adecuación son aquellos que se recomiendan, ya que aportan los nutrientes necesarios y ayudan a alcanzar y mantener un peso saludable, además de que reducen el riesgo de padecer ECNT, entre estos se pueden identificar las frutas enteras y naturales, frutas totales provenientes de productos, vegetales totales, verduras y frijoles, granos integrales, lácteos, alimentos proteicos totales, pescados y proteínas provenientes de las plantas y, aceites y ácidos grasos. Los alimentos de moderación son aquellos que debe limitarse su ingesta, y su menor consumo representa una alimentación más saludable. Entre estos se encuentran las grasas saturadas, azúcares agregados, granos refinados y sodio (Krebs-Smith et al., 2018; USDA, 2020).

De acuerdo con estas herramientas y recomendaciones para prevenir las diferentes formas de malnutrición, McCullough et al. (2002) elaboraron y publicaron el Índice Alternativo de Alimentación Saludable, que mide y evalúa la calidad de la alimentación, y predice el riesgo de desarrollar ECNT. Con base en estas recomendaciones se desarrolló el Índice Alternativo Mexicano de Alimentación Saludable (López-Olmedo et al., 2019).

En el presente estudio se utilizará la definición propuesta por López-Olmedo et al. que interpretan el IAS como la puntuación global del consumo total de alimentos y bebidas, conforme a la cantidad, frecuencia y porciones consumidas por un individuo. Esta puntuación global está integrada por 12 componentes, divididos en dos grandes

grupos, de adecuación y moderación.

En el grupo de adecuación se encuentran las verduras, las frutas, los granos enteros, las legumbres, las nueces, las grasas poliinsaturadas y los ácidos grasos de cadena larga (n-3, EPA + DHA). Entre los alimentos de moderación se hallan las bebidas azucaradas, la carne roja y procesada, el sodio, las grasas trans y el alcohol.

Estudios Relacionados

A continuación, se presenta el resumen de los estudios que incluyeron las variables de interés de acuerdo con la AD, AC y el IAS, cada una con su respectiva síntesis. En el IAS se incluyen estudios de análisis de calidad de la dieta en países latinoamericanos. No se localizaron estudios que abordaran la AD en relación con el IAS; se incluyeron los que estudiaron sus componentes como el uso de plataformas digitales y la alimentación.

Adicción Digital

Hawkins et al. (2020) estudiaron las cuatro diferentes normas percibidas: normas descriptivas (percepción de cuántas porciones), de ordenamiento (percepción de cuántas porciones deberían consumir), de gusto (qué tan gustada es) y las normas de frecuencia (percepción de la frecuencia) acerca del consumo de alimentos y bebidas de los usuarios de Facebook predecían el propio consumo de alimentos y bebidas de los usuarios y el IMC en el Reino Unido. Diseño transversal, en 369 adultos de 18 a 65 años, muestreo en bola de nieve.

La media de IMC fue 23.7 kg/m^2 ($DE = 5.1$). Los participantes consumían frutas, verduras, papas y bocadillos dulces de 2 a 3 veces por semana; ensalada y bebidas azucaradas una vez por semana. Las normas percibidas descriptivas (cuántas porciones), de ordenamiento (cuántas porciones deberían consumir), de gusto (qué tanto gusta) y de frecuencia predicen el propio consumo de frutas y vegetales de los usuarios ($F [7] = 6.90, p < .001, r = .35$), así como el consumo de bebidas azucaradas y bocadillo hipercalóricos ($F [7] = 18.97, p < .001, r = .54$). La percepción de la frecuencia ($r = .14$,

$p < .01$) y cuántas porciones ($r = .19, p < .01$) de frutas y verduras consumían los usuarios de Facebook fueron predictores positivos del propio consumo de frutas y verduras de los participantes. También, la percepción de cuántas porciones de bebidas azucaradas y bocadillos hipercalóricos deberían de consumir los usuarios fueron predictores positivos del propio consumo ($r = .35, p < .001$).

Qutteina et al. (2019) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis para sintetizar la evidencia de la relación entre el marketing de comida en plataformas digitales, actitudes y comportamientos relacionados a la alimentación entre preadolescentes (8-11) y adolescentes (12-19). Incluyó 28 artículos en la revisión y 19 en el metaanálisis. Todos los estudios se realizaron en países de ingreso alto.

Un estudio mostró que la exposición a anuncios de comida desalentaba a los adolescentes a elegir alimentos básicos; 12 estudios encontraron una correlación entre el consumo de alimentos y la exposición al marketing de alimentos; ocho de 10 estudios encontraron una relación entre la exposición al marketing de alimentos y el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar; cinco estudios mostraron esta relación con el consumo de alimentos ricos en grasa. Respecto a la asociación de marketing de alimentos y la ingesta dietética, lo más común fueron alimentos con alto contenido de azúcar, incluidos dulces, chocolates, y pasteles dulces. El metaanálisis mostró un tamaño de efecto pequeño entre la exposición al marketing de comida y todos los resultados de alimentación poco saludable ($d = 0.26, p < .001$), un subgrupo reveló un tamaño de efecto pequeño respecto a los comportamientos de alimentación poco saludables ($d = 0.26, p < .001$), así como entre el efecto del marketing en los resultados de alimentación poco saludable ($d = 0.22, p < .05$).

Fleming-Milici y Harris (2020) investigaron el compromiso con las marcas de alimentos y bebidas en las redes sociales, las diferencias sociodemográficas en el nivel de compromiso y la relación entre el compromiso y el tiempo frente a la pantalla en Australia. Diseño transversal, en 1564 adolescentes de 13 a 17 años, se reclutaron

durante dos encuestas nacionales por muestreo no probabilístico.

La media de edad fue de 15.1 años ($DE = 1.4$). El 70% de los adolescentes reportaron que se comprometieron con al menos una marca de comida o bebida en redes sociales, una media de 6.2 marcas ($DE = 5.4$). El 53% se comprometió con al menos una marca de comida rápida ($\bar{X} = 2.5$, $DE = 1.8$), entre el 45% y 50% con marcas de bebidas azucaradas, dulces y snacks.

Comparados con los adolescentes con menos tiempo visualizando televisión (<2 horas al día), aquellos con tiempo moderado de visualización (2 a <4 horas) tenían más probabilidades de comprometerse con las marcas de comida rápida ($OR = 1.69$, IC 95% [1.30, 2.21], $p < .05$), bebidas azucaradas ($OR = 1.73$, IC 95% [1.32, 2.26], $p < .05$), bocadillos ($OR = 1.58$, IC 95% [1.21, 2.06], $p < .05$) y dulces ($OR = 1.53$, IC 95% [1.18, 2.00], $p < .05$). Aquellos con mayor tiempo de visualización de televisión (4+ horas al día) tenían casi el doble de probabilidades de comprometerse con la comida rápida ($OR = 2.29$, IC 95% [1.75, 3.00], $p < .05$), bebidas azucaradas ($OR = 2.24$, IC 95% [1.71, 2.92], $p < .05$), bocadillos ($OR = 2.02$, IC 95% [1.55, 2.64], $p < .05$) y dulces ($OR = 1.93$, IC 95% [1.48, 2.51], $p < .05$) en comparación con aquellos que veían televisión menos de 4 horas al día.

El uso de otra pantalla fue asociado con mayores probabilidades de interactuar con más de 5 marcas, en niveles moderados ($OR = 1.68$, IC 95% [1.23, 2.92], $p < .05$) y altos ($OR = 2.17$, IC 95% [1.58, 3.00], $p < .05$). Las mujeres también eran más propensas que los hombres a interactuar con más de 5 marcas ($OR = 1.31$, IC 95% [1.04, 1.64], $p < .05$).

Baldwin et al. (2018) estudiaron la asociación entre las redes sociales y el comportamiento en línea con el consumo de alimentos y bebidas no saludables en Australia. Diseño transversal, en 417 infantes de 10 a 16 años y muestreo en bola de nieve. La media para el consumo de alimentos no saludables fue 4.5 puntos ($DE = 1.7$) de 7, el consumo de bebidas no saludables 2.2 puntos ($DE = 1.1$) de 5 y la media

combinada de ambos 6.6 puntos ($DE = 2.4$) de 12 posibles. Se encontró que ver videos de comidas y bebidas en YouTube está asociado con puntuaciones más altas de consumo de alimentos ($\beta = .46, p < .05$) y bebidas ($\beta = .34, p < .005$) no saludables, incluida la puntuación combinada de ambas ($\beta = .80, p < .005$). Comprar comida en línea mostró una asociación con puntuaciones más altas para consumo de alimentos ($\beta = .45, p < .05$) y bebidas no saludables ($\beta = .26, p < .05$) y ambas ($\beta = .71, p < .05$).

En síntesis, las investigaciones que abordan la influencia de las plataformas digitales en la alimentación las han realizado en población adolescente e infantil y en países de ingresos altos. Existe relación entre el uso de plataformas digitales (Facebook y YouTube) y la elección de los alimentos; sin embargo, los investigadores no han mostrado las repercusiones de esta relación en la alimentación de los adultos jóvenes.

Adicción a la Comida

Ivezaj et al. (2018) examinaron la AC en Estados Unidos. Estudio transversal en 140 latinos de al menos 21 años de edad de habla hispana. Evaluaron la AC por medio del Yale Food Addiction Scale, el peso y talla se valoró por instrumentos de autorreporte. La media de edad fue de 31.8 años ($DE = 9.12$), la media de IMC de 28.3 kg/m² ($DE = 7.1$). La puntuación media de AC fue 2.7 síntomas ($DE = 1.9$). No se encontró relación entre la AC y el sexo o edad ($p > .05$); excepto en el IMC ($r = .242, p < .005$). La media de IMC de los participantes con AC estaba en el rango de obesidad, mientras que la de los individuos sin AC estaba en el de sobrepeso.

Munguía et al. (2021) valoraron el riesgo de los patrones asociados en relación con los diferentes factores etiológicos (impulsividad, regulación emocional y estilos de alimentación) e identificaron un modelo predictivo de severidad de AC, en México. Estudio transversal, en 160 estudiantes universitarios de 19 a 21 años. Se usó el Yale Food Addiction Scale 2.0 para valorar la AC, que se clasificó como: ausente (ningún criterio diagnóstico), probable (un criterio diagnóstico, o dos o más sin deterioro clínico) y presente (dos o más criterios y deterioro clínico). La media de edad fue 20.1 años (DE

= 1.7). La AC se encontró en un 78.1% ausente, 13.8% probable y 8.1% presente de los adultos. La severidad de la AC estuvo asociada a mayor edad ($r = .13, p < .05$).

Penzenstadler et al. (2019) realizaron una revisión sistemática para revisar la importancia clínica de los diagnósticos de AC y discutir los resultados respecto a las adicciones relacionadas con el comportamiento en población adulta. En muestras no clínicas con la Yale Food Addiction Scale (YFAS), la prevalencia de AC fue de 0 a 25.7% mientras que en clínicas fue de 6.7 a 100%. Se reportó, en un estudio, asociación entre la AC y el sexo femenino ($p < .05$). El IMC en su mayoría se obtuvo por autorreporte, estuvo asociado a la AC ($p < .05$) en 10 estudios que utilizaron la YFAS, y en dos ($p < .05$) que emplearon la versión 2.0. Sin embargo, en tres estudios no se encontró esta correlación ($p > .05$), incluido uno en sujetos con obesidad.

En síntesis, los hallazgos muestran contradicciones con respecto a la relación de la AC con las variables del sexo, edad y peso corporal en los adultos jóvenes.

Adicción a la Comida y Alimentación. Aslantas et al. (2018) evaluaron la relación entre la adicción a la comida y la calidad de la dieta, en Turquía. Estudio transversal, en 100 mujeres adultas con SP/OB. La YFAS se utilizó para determinar la AC. La calidad de la dieta fue clasificada de acuerdo al IAS-2010. La media de edad fue de 38.6 años ($DE = 9.1$), y una media de IMC de 32.3 kg/m² ($DE = 5.1$). El 38% presentó AC, la media de síntomas de AC fue de 4.5 ($DE = 1.1, p < .001$). Con respecto a la dieta, las participantes con dieta “deficiente” el 38.7% no tenía AC, mientras que el 55.3% presentó AC. En las mujeres con AC se obtuvo un puntaje total más bajo de IAS ($\bar{X} = 51.2, DE = 13.4, p > .05$) comparado con las mujeres sin AC. En las participantes con AC la puntuación para la ingesta total de frutas y lácteos fue más baja ($p < .05$), y más alta para ácidos grasos y sodio ($p < .05$).

Burrows et al. (2017), examinaron la AC y su asociación con la ingesta dietética en los adultos, en Australia. Estudio transversal, de 1344 individuos seleccionados en un muestreo por bola de nieve. Se usó el YFAS 2.0 para valorar la AC. Encontraron una

media de IMC de 27.7 kg/m² ($DE = 9.5$). El 47% informaron consumir dos porciones de fruta recomendadas por día. Solo el 13.4% consumió > 5 porciones de verduras al día. El 38% informó el consumo de leche entera y el 29.9% leche reducida o baja en grasa. Un alto porcentaje de consumo de patatas fritas (43%) 1 o 2 veces por semana, y más de la mitad (51%) consumió dulces (chocolates/dulces) tres o más veces por semana. Más del 80% informó que consumió menos de una taza de refresco (82.6%) y menos de una taza de jugo de fruta (80%) por semana.

La prevalencia de AC fue 22.2%; mayor en las mujeres (24.4%) que en los hombres (13.3%) ($p < .001$). La media de síntomas de AC fue 4.0 puntos ($DE = 2.8$) de 12 posibles, con un resultado de 7.7 puntos ($DE = 2.1$) entre aquellos con AC y 2.8 puntos ($DE = 1.8$) en aquellos sin AC. Se encontró una correlación moderada entre la puntuación total de síntomas del YFAS 2.0 y el IMC ($r = .38, p < .001$). Esta correlación fue más fuerte en el grupo de menor edad (18-35 años) ($r = .48, p < .001$), y en el sexo masculino ($r = .54, p < .001$).

Una proporción más alta de personas clasificadas con AC reportaron un consumo elevado de confitería, comida rápida, snacks, papas fritas y bebidas azucaradas, bajo consumo de frutas y verduras. Tienen más posibilidad de padecer AC severa, las mujeres ($OR = 3.65, IC\ 95\% [1.85, 7.11], p < .001$), aquellos que comieron dulces a diario ($OR = 2.43, IC\ 95\% [1.1, 5.5], p < .05$) de 5 a 6 veces por semana ($OR = 2.4, IC\ 95\% [1.1, 5.5], p < .05$) o dos o más veces al día ($OR = 7.1, IC\ 95\% [3.1-16.1], p < .001$), así como aquellos que consumen bebidas azucaradas ($OR = 1.36, IC\ 95\% [1.07, 1.32], p < .05$). El consumo de vegetales redujo la posibilidad de AC severa ($OR = 0.81, IC\ 95\% [0.71, 0.93], p < .005$), con cada unidad extra de consumo de verduras, las probabilidades se reducen en un factor de 0.8.

Ayaz et al. (2018) investigaron las diferencias en los patrones y comportamientos de alimentación, la obesidad y la AC en Turquía. Estudio transversal en 851 adultos de 19 a 65 años, muestreo en bola de nieve. Se utilizó la YFAS para

medir la AC y un recordatorio de 24 horas para el consumo dietético. La media de edad fue 34.6 años ($DE = 12.8$), un 11.4% identificados con AC. Se encontró una correlación negativa entre la AC y el nivel educativo ($p < .05$). En los hombres, la puntuación de AC se correlacionó positivamente con el IMC ($r_s = .464, p < .05$). Los que tenían AC informaron mayor consumo de chocolate, rosquillas, galletas, pasteles, dulces, pan blanco, pasta, arroz, galletas saladas, pretzels, papas fritas y hamburguesas en comparación con hombres sin AC ($p < .05$).

En las mujeres, la puntuación de AC se correlacionó con el IMC ($r_s = .259, p < .05$). En mujeres con AC, la ingesta diaria de energía, proteínas y grasas, y vitaminas y minerales fue mayor ($p < .05$). El consumo de chocolate, rosquillas, galletas, pastel, dulces, pan blanco, panecillos, pasta, arroz, galletas saladas, papas fritas, hamburguesas y pizza fue mayor en mujeres con AC en comparación a mujeres sin AC ($p < .05$).

En síntesis, la AC se relacionó con el consumo de grasas, carbohidratos, proteínas, bebidas azucaradas y alimentos procesados; contradictorio para el sexo masculino. El consumo de vegetales es un factor protector para la AC. No se encontró ningún estudio realizado en adultos jóvenes mexicanos que abordara la AC y el IAS.

Índice de Alimentación Saludable

Zapata et al. (2020) estimaron la calidad de la dieta e identificaron su relación con las variables sociodemográficas, indicadores antropométricos y estilo de vida en los adultos de seis Centros Municipales de Distrito en Rosario, Argentina. Estudio transversal de 1,200 adultos de 18 a 70 años. Se utilizó el Índice de Alimentación Saludable (IAS) 2010 para evaluar la calidad de la dieta, por medio de un recordatorio de 24 horas y se clasificó como “buena” (≥ 81 puntos), “necesita mejorar” (51 y 80 puntos) y “deficiente” (≤ 50 puntos).

Se encontró una media de edad de 39 años ($DE = 15$). La media de IMC fue 26.7 kg/m^2 ($DE = 5.8$). El IAS obtuvo una media de 48.5 puntos ($DE = 15.1$). Se observó que los valores más alejados del ideal correspondieron a la categoría de los pescados,

mariscos y proteínas vegetales (0.7 de 5 puntos totales), en los granos enteros (1.5 de 10), las frutas (1.7 de 5), los vegetales verdes y legumbres (1.7 de 5) y los lácteos (4.3 de 10). Lo mismo para los alimentos no recomendables, como los granos y cereales refinados (2 de 10 puntos) y los ácidos grasos (3.7 de 10). Solo 2.6% de los adultos evaluados alcanzaron un puntaje de IAS ≥ 81 y 38.8% entre 80 y 51 puntos, mientras que 58.6% presentaron una dieta deficiente o de baja calidad (IAS ≤ 50). La dieta fue menos saludable en hombres ($p < .001$) y en los adultos más jóvenes (18 a 29 años) ($p < .001$).

Mora-García et al. (2020) describieron los cambios en la calidad de la dieta utilizando muestras representativas a nivel nacional de Encuestas de Nutrición de 2005 y 2015, en Colombia, y el Índice Alternativo de Alimentación Saludable (IAAS) derivado de recordatorio de 24 horas. La puntuación total oscila entre 0 (calidad de dieta más baja) a 110 (calidad de dieta más alta), con 0-10 puntos por cada componente. Las muestras fueron 13,849 y 11,141 adultos en el 2005 y 2015 respectivamente. En el 2005 la puntuación media general del IAAS fue de 49.0 puntos ($DE = 10.7$); mientras que en el 2015 la media fue 46.2 puntos generales ($DE = 11.5$) y una puntuación mayor en las mujeres ($p < .001$).

Para el 2005 los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) y trans representaron el 18.9% y 0.3% de la ingesta energética diaria total, respectivamente. Entre los alimentos saludables, el consumo de los AGPI tuvo la puntuación más alta (9.2 puntos) y la menor en los cereales integrales (0.4 puntos). En los alimentos de moderación, los ácidos grasos trans presentaron la mayor puntuación (9.5 puntos). Además, en el 2015 los alimentos de adecuación, los cereales integrales, verduras y frutas reportaron las puntuaciones más bajas con 0.2, 1.1 y 1.0 puntos. En los alimentos de moderación, los ácidos grasos trans y los AGPI mostraron la puntuación más alta con 9.7 puntos y 9.1 puntos correspondientemente. En general, la puntuación de IAAS más alta se observó en aquellos de 60 años o más ($p < .001$) y la más baja en los de 30 años o menos ($p < .001$),

en 2005 y 20015.

López-Olmedo et al. (2019) investigaron la asociación del Índice de Calidad de la Dieta Mexicano (MxDQI) y el Índice Alternativo Mexicano de Alimentación Saludable (MxAHEI) con la circunferencia de cintura y el índice de masa corporal. Estudio transversal en 2,310 adultos que participaron en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. El peso y talla de los participantes fue medido por personal capacitado.

La media de puntuación total del MxDQI y el MxAHEI fue de 40 puntos aproximadamente para hombres y mujeres. En los hombres, se mostró una correlación inversa entre el IMC y la puntuación de los componentes de verduras ($\beta = -0.14$, IC 95% [-0.25, -0.02], $p < .05$), mariscos, aves de corral o huevos ($\beta = -0.24$, IC 95% [-0.42, -0.06], $p < .01$). De acuerdo con el MxAHEI, el componente de carne roja y procesada se asoció inversamente con el IMC entre los hombres ($\beta = -0.10$, IC 95% [-0.19, -0.003], $p < .05$).

En síntesis, a nivel nacional e internacional los puntajes del IAS fueron bajos. Los alimentos menos consumidos fueron las frutas, verduras, vegetales, cereales integrales, pescados y mariscos; y un alto consumo de ácidos grasos trans, azúcar (cereales dulces y bebidas no lácteas endulzadas) y sodio. A nivel internacional se encontró que la alimentación fue menos saludable en los hombres, y entre los que tienen 18 a 30 años. A medida que aumenta la edad mejora la puntuación de IAS. Además, se mostró que el sexo masculino tiene una relación inversa entre el consumo de verduras y carnes rojas y el peso corporal elevado. En México no se han realizado estudios que arrojen datos de los grupos de edad o sexo más afectado en los adultos jóvenes.

Definición de Términos

En este apartado se presenta la definición de variables que se utilizó en el estudio.

Edad son los años cumplidos del adulto joven al momento de la aplicación de la

cédula y los instrumentos, igual o mayor a 19 años y menor o igual a 24 años.

Sexo es la característica biológica que definió al adulto joven como hombre o mujer.

La adicción digital (AD) es la influencia de las redes sociales y el uso de plataformas digitales en la alimentación percibida por el adulto joven, se expresó en el número total de puntos obtenidos en la Escala de Efectos de las Redes Sociales en la Alimentación (Keser et al., 2020).

La adicción a la comida (AC) es el consumo excesivo y desregulado de alimentos que refirió el adulto joven, de acuerdo a la sumatoria de la puntuación total de los síntomas presentes de la Escala Modificada de Adicción a la Comida de Yale versión 2.0. y la presencia de significancia clínica (síntoma). Como resultado se clasifica de acuerdo a la gravedad, que indica el número de síntomas: leve (2 a 3), moderada (4 a 5) y severa (6 o más) (Schulte & Gearhardt, 2017).

El índice de alimentación saludable (IAS) en los adultos jóvenes es la puntuación global del consumo total de alimentos y bebidas de acuerdo con la cantidad, frecuencia y porciones de los últimos siete días, se obtuvo a partir del Índice Alternativo Mexicano de Alimentación Saludable (López-Olmedo et al., 2019) y el cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Adolescentes y Adultos (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2018).

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre la adicción digital, a la comida e índice de alimentación saludable en adultos jóvenes mexicanos de una institución pública universitaria.

Objetivos Específicos

1. Describir las características generales de los adultos jóvenes (edad, sexo, años de educación formal, tiempo aproximado de uso de dispositivos, peso y

talla).

2. Describir la adicción a la comida y la adicción digital, de acuerdo con el sexo y edad de los adultos jóvenes.
3. Describir el índice de alimentación saludable por sexo y edad de los adultos jóvenes.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo, se describe el diseño del estudio, la población, el tipo de muestreo, la muestra, los criterios de inclusión y eliminación, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, además de las consideraciones éticas y el plan de análisis estadístico.

Diseño del Estudio

El diseño fue correlacional y transversal. Se consideró apropiado para describir el fenómeno de estudio y determinar la relación de las variables de interés en un momento específico para alcanzar el objetivo planteado (Polit & Tatano, 2018). Se describió y relacionó la adicción digital (AD), la adicción a la comida (AC) y el índice de alimentación saludable (IAS) de los adultos jóvenes.

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés estuvo compuesta por 845 adultos jóvenes inscritos en una institución educativa de nivel superior en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue probabilístico por conglomerados unietápico. Cada grupo de alumnos de la institución educativa representó un conglomerado de la población, solo se consideró a los grupos con alumnos de 19 a 24 años de edad. Se realizó selección aleatoria de los grupos en solo una ocasión (unietápico), por medio de fórmula aleatoria en el software Microsoft Excel®. Para determinar el tamaño de la muestra se usó el paquete estadístico nQuery Advisor® versión 7.0, a un nivel de significancia del .05, un coeficiente de correlación de .20 (tamaño pequeño) de acuerdo con Cohen (1988) y una potencia del 90%. La muestra fue de 259 participantes, se consideró una tasa de no respuesta del 10%, por lo que se obtuvo una muestra de 285 adultos jóvenes.

Criterios de Inclusión

Hombres y mujeres de 19 a 24 años, que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio.

Criterios de Eliminación

Hombres y mujeres que no utilizaron redes sociales por internet o ninguna plataforma digital, esto se verificó a través del ítem número 6 en la Cédula de datos generales.

Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia durante la realización del estudio, ya que durante estas etapas el consumo y los requerimientos de alimentación se ven modificados (Flores-Quijano & Heller-Rouassant, 2016). Este criterio se verificó a través del ítem número 4 en la Cédula de datos generales.

Instrumentos de Medición

Se aplicó una Cédula de datos generales (Apéndice A) que incluyó: edad (años), sexo (hombre y mujer), embarazo o lactancia (criterio de eliminación), escolaridad (años de estudio), uso de redes sociales, tipo y número aproximado de tiempo por día de uso de redes sociales y plataformas, peso (kg) y talla (cm), por autorreporte del participante.

El índice de alimentación saludable se evaluó por medio del Índice Alternativo Mexicano de Alimentación Saludable de López-Olmedo et al. (2019) (Apéndice B). Está integrado por 12 componentes (divididos en dos grupos: adecuación y moderación), en cada uno la puntuación obtenida va desde 0 (*puntuación más baja*) a 5 o 10 (*puntuaciones más altas*). Por último, se realiza una sumatoria de todos los componentes para obtener la puntuación total que va desde 0 (*no adherencia a las recomendaciones*) hasta 100 (*adherencia perfecta a las recomendaciones*). El IAS proporciona una puntuación global del consumo total de alimentos y bebidas, y mide el grado en el cual este consumo se alinea con las recomendaciones para los adultos.

Para determinar el IAS se recolectó la información del consumo total de alimentos y bebidas. Para ello, se utilizó el cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Adolescentes y Adultos (FCoAAA) (12 años o más) elaborado por el INSP (2018). Este cuestionario está compuesto de 140 alimentos y bebidas agrupados en 15 categorías. Por cada alimento y bebida los adultos jóvenes reportaron el *número de*

porciones consumidas y la *frecuencia de consumo al día* en los últimos 7 días, de acuerdo con las *porciones estándar* establecidas para la población mexicana (Pérez-Lizaur & García, 2019). Al finalizar, se incluyó una pregunta adicional que verificó si la cantidad reportada fue semejante a la consumida habitualmente, con las opciones *igual*, *mayor* o *menor*.

La información del FCoAAA (15 categorías, 140 alimentos y bebidas) se procesó acorde a los cálculos estipulados por la USDA (Krebs-Smith et al., 2018), los estándares de puntuación y las interpretaciones se valoraron de acuerdo al Índice Alternativo Mexicano de Alimentación Saludable con base en el Índice Alternativo de Alimentación Saludable (McCullough et al., 2002).

Para medir la adicción a la comida se utilizó la Escala Modificada de Adicción a la Comida de Yale (mYFAS) versión 2.0 propuesto por Schulte y Gearhardt (2017) (Apéndice C). Fue validada en adultos estadounidenses de 18 a 81 años, y mostró una consistencia interna de .86 de acuerdo con el alfa de Kuder-Richardson. No ha sido aplicada en población mexicana, por lo cual se realizó una traducción por personal bilingüe capacitado. Está compuesta por 13 reactivos de tipo Likert, que evalúan comportamientos (síntomas) que indican adicción a la comida llevados a cabo a la semana, al mes, o que no están presentes en el estilo de vida de los adultos jóvenes. Las opciones de respuesta van desde 0 a 7, donde 0 equivale a *nunca*, 1= *menos de una vez al mes*, 2= *una vez al mes*, 3= *2 a 3 veces al mes*, 4= *una vez a la semana*, 5= *2 a 3 veces a la semana*, 6= *4 a 6 veces a la semana* y 7= *todos los días*. La escala operacionaliza síntomas de adicción a la comida, basado en los criterios diagnósticos del DSM-5 para trastornos por el uso de sustancias.

Los síntomas se clasifican en: 1) consumo de grandes cantidades de sustancia o durante más tiempo del planeado, se mide con el reactivo 1, 2) deseo persistente de dejar o regular el consumo, con el reactivo 11, 3) inversión de mucho tiempo en la obtención, uso o recuperación después del uso de la sustancia, con el reactivo 2, 4) reducción o

abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas, con el reactivo 3, 5) uso continuo pese al conocimiento de las consecuencias adversas, con el reactivo 8, 6) tolerancia (marcado incremento en la cantidad; marcado decremento en el efecto), con el reactivo 9, 7) síntomas característicos de abstinencia (sustancia consumida para aliviar la abstinencia), con el reactivo 4, 8) uso continuado a pesar de los problemas sociales o interpersonales, con el reactivo 13, 9) incumplimiento de obligaciones académicas, laborales o domésticas, con el reactivo 7, 10) uso en situaciones que provocan un riesgo físico, con el reactivo 12, 11) anhelo, o un fuerte deseo o urgencia por usar la sustancia, con el reactivo 10, 12) uso que causa deterioro o angustia clínicamente significativas, con los reactivos 5 y 6.

Para la asignación de puntuación se debe evaluar cada reactivo con los criterios de 0= *criterio no cumplido* o 1= *criterio cumplido*, la asignación responde a puntos de corte individuales que se establecen de la siguiente manera: los reactivos 3, 7, 12 y 13 se les asignó *criterio cumplido* cuando la puntuación individual fue igual o mayor a 2= *una vez al mes*. Los reactivos 1, 4, 8 y 10 se asignaron como *criterio cumplido* cuando la puntuación individual fue igual o mayor de 4= *una vez a la semana*. Y los reactivos 2, 5, 6, 9 y 11, fueron evaluados como *criterio cumplido* cuando la puntuación fue igual o mayor a 5= *dos o tres veces a la semana*. Si el criterio se cumple, entonces presenta dicho síntoma, el total de síntomas fluctúa de 0 a 11.

Para establecer el diagnóstico de AC, debe cumplirse al menos 2 o 3 síntomas y significancia clínica (deterioro o angustia clínicamente significativas). El diagnóstico es clasificado como: a) adicción a la comida leve, cuando se cumplen 2 o 3 síntomas y significancia clínica, b) adicción a la comida moderada, cuando se cumplen 4 a 5 síntomas y significancia clínica y c) adicción a la comida severa, cuando se cumplen 6 o más síntomas y significancia clínica.

Con respecto a la adicción digital, se empleó la Escala de Efectos de las Redes Sociales en la Conducta Alimentaria (SESMEB, por sus siglas en inglés) de Keser et al.

(2020) (Apéndice D) fue validado en adultos jóvenes de 18 a 30 años. El alfa de Cronbach de la escala SESMEB es de .92. No ha sido aplicada en población mexicana, por lo cual se realizó una traducción por personal bilingüe capacitado. Este instrumento examina el efecto de las redes sociales en la conducta alimentaria. Compuesto por 18 reactivos, con escala de tipo Likert, que va desde 1 a 5 donde 1 = *nunca*, 2 = *casi nunca*, 3 = *a veces*, 4 = *casi siempre* y 5 = *siempre*. Al finalizar se obtiene un puntaje de cada uno de los ítems, que se suman para obtener un total de mínimo 18 *puntos* hasta máximo 90 *puntos*. Los resultados se interpretan de manera que, a mayor puntuación existe una mayor influencia de las redes sociales en la alimentación; a menor puntuación, menor influencia de las redes sociales en la alimentación.

Procedimiento de Recolección de Datos

Previo a la recolección de datos se solicitó la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Así como la autorización de la institución educativa (Anexo F) donde se llevó a cabo el estudio. Posterior a las autorizaciones correspondientes, se solicitó la canalización con la autoridad que tenía el control y archivo de los grupos con los posibles participantes. Se le solicitó su apoyo para obtener el listado de los grupos de alumnos que cumplieran con los criterios de inclusión, adultos jóvenes de 19 a 24 años.

Se identificaron los grupos y se aplicó el proceso de muestreo por conglomerados de una etapa (unietápico), donde cada grupo de alumnos de la institución representó un conglomerado. Se procedió a la selección aleatoria de los grupos en el Software Microsoft Excel® para elaborar el listado de los grupos a abordar.

Una vez seleccionados los grupos se acudió con cada docente para explicar la invitación al procedimiento a realizar con los alumnos, sin interferir con las actividades académicas. Se le solicitó la autorización para realizar la aproximación con los alumnos sin su presencia, para asegurar que los adultos jóvenes no se sintieran obligados a

participar en el estudio.

Una vez establecido el contacto con los adultos jóvenes, se explicó de manera precisa y sencilla el motivo de contacto, los objetivos de la investigación, los instrumentos a aplicar y el tiempo aproximado para contestarlos. Se realizó la invitación a participar en el estudio. Se llevó a cabo la recolección de los consentimientos informados, se les explicó las instrucciones del llenado de los instrumentos (Apéndices A, B, C, D).

Se contó con la presencia del investigador para resolver cualquier duda que se presentara durante el llenado. Los instrumentos se contestaron en un tiempo aproximado de 25 minutos, el orden de aplicación fue el siguiente: 1. Cédula de Datos Generales, 2. Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos, 3. Instrumento de Escala de Adicción a la Comida de Yale (mYFAS) versión 2.0 y 4. Escala de Efectos de las Redes Sociales en la Conducta Alimentaria (SESMEB). Al finalizar el llenado los datos fueron resguardados por parte del investigador y se agradeció a los adultos jóvenes por su participación.

Consideraciones Éticas

La propuesta de investigación se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (DOF 02-04-2014). En el Título Segundo, Capítulo I, que estipula los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se respetó la decisión de los adultos jóvenes de participar en el estudio, así como su integridad y confidencialidad con un trato digno y respetuoso en cumplimiento del Artículo 13.

En apego al Capítulo I, Artículo 14, Fracción I, VI, VII y VIII, para asegurar su cumplimiento se contó con la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, así como la autorización de la institución educativa de nivel superior donde se realizó el estudio. En relación con la Fracción V, se contó con el consentimiento informado de los participantes (Apéndice E).

De acuerdo al Artículo 16, se protegió la privacidad y anonimato de los participantes de la siguiente manera: el cuestionario fue anónimo, no contó con espacios que permitieran su identificación, como nombre o domicilio. Además, fueron resguardados por el autor principal del estudio, por un lapso de doce meses, posterior a este plazo serán destruidos. Los resultados solo se expondrán de manera general, sin datos que permitan la identificación individual de algún participante.

En referencia al Artículo 17, Fracción I, el estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo, debido a que comprendió la aplicación dirigida de cuestionarios. En cumplimiento de los Artículos 20 y 22 el consentimiento informado consistió en un escrito realizado por el autor principal del estudio, en el cual, previa información brindada por el investigador acerca del propósito del estudio, el procedimiento a realizar, el manejo confidencial de los datos y la resolución de dudas del participante, se procedió a realizar la firma autógrafa en el consentimiento si así lo consideró, antes de empezar a contestar los cuestionarios.

Conforme a lo establecido en el Artículo 21, Fracciones I, II, VI, VII, VIII, el autor principal del estudio informó a los participantes de manera clara, concreta y suficiente acerca de los objetivos, propósito y procedimientos, se respondió las dudas o preguntas que surgieron en el proceso del estudio, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento sin que ello significara ningún prejuicio o consecuencia alguna para el participante y se protegió la confidencialidad de los datos proporcionados.

En cumplimiento del Capítulo V, Artículo 57 y 58, Fracción I y II, se explicó a los estudiantes que su aceptación, rechazo o retiro del estudio no afectaría su situación escolar, además de que los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de los participantes.

Plan de Análisis Estadístico

El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete Statistical software

for data science (Stata) versión 16 para Windows. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el coeficiente de alfa de Cronbach. Para verificar la normalidad de las variables se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors y decidir los estadísticos a utilizar.

El análisis estadístico se realizó en función de dar respuesta a los objetivos planteados. Para dar respuesta a los objetivos específicos uno, dos y tres, se utilizó frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Para responder el objetivo general, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman al observar distribución no normal de los datos.

Capítulo III

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del presente estudio. Se presenta la consistencia interna de los instrumentos aplicados y la descripción de las características generales de los participantes, posteriormente, se reporta la normalidad de las variables. Por último, los resultados que dan respuesta al objetivo general.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Se utilizó la prueba de alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los instrumentos, que se muestra a continuación. Los resultados se consideran aceptables de acuerdo con Polit y Tatano (2017).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	α
Escala modificada de adicción a la comida de Yale versión 2.0	13	.835
Escala de efectos de las redes sociales en la conducta alimentaria	18	.800

Nota: $n = 282$, $\alpha =$ Alfa de Cronbach.

Características Generales de los Participantes

La muestra estuvo compuesta por 282 adultos jóvenes inscritos en una institución pública educativa de nivel superior. Para dar respuesta al primer objetivo: “Describir las características generales de los adultos jóvenes (edad, sexo, años de educación formal, tiempo aproximado de uso de dispositivos, peso y talla)”, se presenta la Tabla 2.

De la muestra total, el 80.9% fueron mujeres, la media de edad fue de 20.7 años ($DE = 1.37$). De acuerdo con el número de años de educación formal la media fue de 16.80 años ($DE = 1.41$). El tiempo de uso de redes sociales y plataformas digitales mostró una media de 9.21 horas diarias ($DE = 3.35$). Respecto al índice de masa corporal se reportó una media de 24.63 kg/m² ($DE = 4.63$), lo que representó un

porcentaje de 39.4% de participantes con peso corporal elevado de acuerdo con las categorías del índice de masa corporal de la OMS (2021).

Tabla 2

Características generales de los participantes

Características sociodemográficas

	<i>f</i>	<i>%</i>		
Sexo				
Masculino	54	19.1		
Femenino	228	80.9		
	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Edad (en años)	20.71	1.37	19	24
Número de años de educación formal	16.80	1.41	15	21
Tiempo de uso de redes sociales (en horas)	9.21	3.35	0.92	16.50
Características antropométricas	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Peso (en kilogramos)	64.88	14.07	38.50	104
Talla (en metros)	1.62	0.08	1.45	1.87
Índice de Masa Corporal (en kg/m ²)	24.63	4.63	15.23	40.06
	<i>f</i>	<i>%</i>		
Categorías del índice de masa corporal (en kg/m ²)				
Bajo peso	20	7.1		
Peso normal	151	53.5		
Sobrepeso	68	24.2		
Obesidad	43	15.2		

Nota: $n = 282$, f = Frecuencia, % = Porcentaje, \bar{X} = Media, DE = Desviación estándar, $Mín.$ = Valor mínimo, $Máx.$ = Valor máximo, kg/m² = Kilogramos sobre metro al cuadrado.

Estadística Descriptiva

En las Tablas 3, 4 y 5 se presentan las puntuaciones generales obtenidas en las variables de estudio. Respecto al índice de alimentación saludable (IAS) se observó una media de puntuación general de 40.57 puntos ($DE = 7.66$). En la categoría de adecuación los alimentos que mostraron la puntuación media más alta fueron las grasas poliinsaturadas ($\bar{X} = 5.77$, $DE = 2.57$) y el consumo de granos enteros ($\bar{X} = 4.36$, $DE = 3.26$), la puntuación media más baja se observó en el consumo de nueces y semillas ($\bar{X} = 0.03$, $DE = 0.15$). En la categoría de moderación la puntuación media más alta se identificó en el consumo de alimentos con grasas trans ($\bar{X} = 8.24$, $DE = 1.54$).

Tabla 3*Puntuaciones generales del índice de alimentación saludable*

Categoría	\bar{X}	DE	p25	p75
General	40.57	7.66	35.58	45.10
Adecuación				
Verduras	0.90	0.73	0.25	1.28
Frutas	1.65	1.00	0.96	2.25
Granos enteros	4.36	3.26	1.71	6.96
Legumbres	0.80	0.58	0.71	1.42
Nueces	0.03	0.15	0	0
Grasas poliinsaturadas	5.77	2.57	3.66	8.48
Ácidos grasos de cadena larga (n-3, EPA+DHA)	3.75	3.22	1.12	7.14
Moderación				
Bebidas azucaradas	5.02	2.58	3.85	6.42
Carnes rojas y procesadas	5.27	2.20	3.98	6.80
Sodio	4.04	4.23	0	9.00
Grasas trans	8.24	1.54	8.13	9.00
Alcohol	0.69	2.36	0	0

Nota: $n = 282$, \bar{X} = Media, DE = Desviación estándar, p25 = Percentil 25, p75 = Percentil 75.

La Tabla 4 incluye la puntuación media general de síntomas de adicción a la comida (AC) donde se obtuvo 1.31 puntos de 11 posibles. En la adicción digital (AD) se encontró una media de 29.95 puntos de 90 posibles.

Tabla 4*Puntuaciones generales de adicción digital y adicción a la comida*

Variable	\bar{X}	DE	Mín.	Máx.
Adicción a la comida	1.31	1.75	0	9
Adicción digital	29.95	7.47	18	58

Nota: $n = 282$, \bar{X} = Media, DE = Desviación estándar, Mín. = Valor mínimo, Máx. = Valor máximo.

Para responder al segundo objetivo de describir la prevalencia de la adicción a la comida y la adicción digital, de acuerdo con el sexo y edad de los adultos jóvenes se muestran las Tablas 5 y 6. Se clasificó por análisis estadístico la edad de los participantes en dos categorías, la primera categoría de 19 a 21 años y la segunda de 22 a 24 años.

Respecto a la adicción digital por sexo y edad, la puntuación media se encontró ligeramente más alta en las mujeres ($\bar{X} = 30.19$, DE = 7.49) y en aquellos que tenían de

22 a 24 años ($\bar{X} = 33.69$, $DE = 7.71$).

Tabla 5

Adicción digital por sexo y edad

Adicción digital	\bar{X}	DE	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Sexo				
Hombres	28.92	7.39	18	48
Mujeres	30.19	7.49	18	58
Edad				
19 a 21	28.30	6.75	18	48
22 a 24	33.69	7.71	18	58

Nota: $n = 282$, \bar{X} = Media, DE = Desviación estándar, *Mín.* = Valor mínimo, *Máx.* = Valor máximo.

En relación a la adicción a la comida de acuerdo con el sexo y edad de los participantes, como se observa en la Tabla 6, la puntuación media general es ligeramente mayor en las mujeres ($\bar{X} = 1.44$, $DE = 2.31$), y en aquellos que se encuentran en el grupo de edad de 22 a 24 años.

Tabla 6

Adicción a la comida por sexo y edad

Adicción a la comida	\bar{X}	DE	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Sexo				
Hombres	1.22	1.67	0	7
Mujeres	1.44	1.98	0	11
Edad				
19 a 21	1.00	1.81	0	11
22 a 24	2.31	1.88	0	9

Nota: $n = 282$, \bar{X} = Media, DE = Desviación estándar, *Mín.* = Valor mínimo, *Máx.* = Valor máximo.

Para responder al tercer objetivo de describir el índice de alimentación saludable por sexo y edad de los adultos jóvenes se muestra la Tabla 7, donde se encontró que la puntuación media general del IAS es menor en los hombres ($\bar{X} = 36.96$, $DE = 8.16$), también, es ligeramente menor en los jóvenes de 19 a 21 años ($\bar{X} = 40.11$, $DE = 7.35$).

Tabla 7

Índice de alimentación saludable por sexo y edad

Índice de Alimentación Saludable	\bar{X}	DE	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Sexo				
Hombres	36.96	8.16	20.41	67.03
Mujeres	41.42	7.30	16.69	70.09

Continuación de Tabla 7

Edad				
19 a 21	40.11	7.35	20.41	60.62
22 a 24	41.62	8.28	16.69	70.09

Nota: $n = 282$, \bar{X} = Media, DE = Desviación estándar, $Mín.$ = Valor mínimo, $Máx.$ = Valor máximo.

Estadística Inferencial

Para determinar la normalidad de las variables se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors. En la Tabla 8 se observa que las variables no presentaron normalidad ($p < .05$), por lo que se empleó estadística no paramétrica.

Tabla 8

Prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors

Instrumento	Estadístico	Valor de p
Adicción digital	.082	.001
Adicción a la comida	.263	.001
Índice de Alimentación Saludable	.053	.056

Nota: $n = 282$.

Para dar respuesta al objetivo general de determinar la relación entre la adicción digital, la adicción a la comida y el índice de alimentación saludable se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (r_s), en la Tabla 9 se reportan los resultados.

Tabla 9

Coefficiente de correlación de Spearman para el conjunto de variables de adicción digital, adicción a la comida e índice de alimentación saludable

VARIABLES	Adicción digital	Adicción a la comida	Índice de alimentación saludable
Adicción digital	1		
Adicción a la comida	.422**	1	
Índice de Alimentación Saludable	.004	-.017	1

Nota: $n = 282$, r_s = Coeficiente de correlación, * $p < .05$, ** $p < .01$.

Se detectó una correlación positiva y significativa ($r_s = .422$, $p < .01$) entre la adicción digital y la adicción a la comida, es decir, a mayor adicción digital mayor era la adicción a la comida. No se encontró relación entre la adicción digital y el índice de alimentación saludable.

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se discuten los hallazgos del estudio en contraste con los resultados de investigaciones previas. Además, se presentan las conclusiones, limitaciones y recomendaciones para futuros estudios. El objetivo general de esta investigación fue determinar la relación entre la adicción digital y a la comida e índice de alimentación saludable en adultos jóvenes mexicanos de una institución pública universitaria.

Al respecto de las características generales de los participantes, se observó que la mayoría se encontraba en la categoría de peso normal de acuerdo con la clasificación de índice de masa corporal de la OMS (2021), estos datos coinciden con los obtenidos por Hawkins et al. (2020) donde los participantes también contaban con esta característica. Sin embargo, estas cifras difieren de las reportadas por otros autores (Aslantas et al., 2018; Burrows et al., 2017; Ivezaj et al., 2018; Zapata et al., 2020). Estos datos podrían explicarse con lo reportado por la ENSANUT, donde los adultos más jóvenes de 20 a 29 años presentan la menor prevalencia de peso corporal elevado (INEGI, 2020). Pero, esto es importante dado que la alimentación, el peso corporal y los estilos de vida durante la etapa de la adultez joven son fundamentales para evitar la progresión en el desarrollo de ECNT (OMS, 2021; USDA, 2020).

Los resultados del IAS revelaron una deficiente calidad de la alimentación, y son semejantes a los reportados por López-Olmedo et al. (2019), Mora-García et al. (2020) y Zapata et al. (2020). La interpretación del IAS muestra puntuaciones bajas de consumo de verduras, frutas y granos enteros, de manera similar a lo reportado en estudios previos (López-Olmedo et al; Mora-García et al; Zapata et al.). Esto es particularmente relevante, pues señala que, a pesar de los esfuerzos constantes para promover la alimentación saludable en la población estas medidas no han sido suficientes, y que podrían existir factores o características que no han sido abordadas en estos esfuerzos.

Así mismo, esta deficiente calidad de la alimentación está asociada con el desarrollo de ECNT, por lo que resulta prioritario atender esta problemática (OMS, 2021; USDA, 2020).

En cuanto a la AC, la media de síntomas encontrada en los adultos jóvenes es distinta a la reportada por investigaciones previas (Aslantas et al. 2018; Burrows et al. 2017; Ivezaj et al. 2018), que han documentado una media de dos a tres puntos mayor. Una de las potenciales razones es que estos estudios fueron llevados a cabo en muestras con un rango de edad más amplio, y existe evidencia preliminar que sugiere que la AC aumenta con la edad (Aslantas et al; Munguía et al. 2020).

La información en relación con la AD se incorpora a la literatura limitada existente que la relaciona con la alimentación. Se identificó que en general existe exposición e influencia moderada de las redes sociales en la alimentación de los adultos jóvenes. Diversos autores (Baldwin et al., 2018; Fleming-Milici & Harris, 2020; Hawkins et al., 2020; Qutteina et al., 2019) han explorado esta influencia y la relacionan con un mayor consumo de alimentos no recomendables; sin embargo, es necesario considerar que estas investigaciones fueron realizadas en países de ingresos altos y en una población distinta de la abordada en este estudio.

En referencia a los objetivos específicos, los resultados obtenidos de la adicción a la comida de acuerdo con el sexo y edad de los adultos jóvenes son similares a los obtenidos por Ayaz et al. (2018), que observó una puntuación ligeramente mayor en las mujeres, y en el grupo de mayor edad (22 a 24 años). Dichos hallazgos apoyan la premisa de que existe una relación entre el sexo femenino y la AC, así como una relación positiva entre la edad y la AC (Burrows et al., 2017; Munguía et al., 2021; Penzenstadler et al., 2019). En consecuencia, las mujeres y aquellos de mayor edad serían más propensos a desarrollar una inclinación por el consumo de alimentos hipercalóricos, con alto contenido de azúcar y sodio. Esto es importante, puesto que sugiere que existen características particulares en los distintos grupos que podrían

explicar la dificultad que enfrentan algunas personas para adherirse a una alimentación saludable, y estas características deberían ser consideradas en las acciones multidisciplinarias de promoción y protección de aquellos quienes practican una alimentación saludable.

Por otro lado, las mujeres y el grupo de mayor edad estos mismos grupos mostraron una media de puntuación de AD, dos o más puntos por encima que los hombres y el grupo de menor edad. La literatura respecto a esta variable relacionada con la alimentación es de reciente surgimiento, los estudios previos (Baldwin et al., 2018; Fleming-Milici & Harris, 2020; Hawkins et al., 2020; Qutteina et al., 2019) no reportan prevalencias mayores en ningún grupo.

En referencia a los datos reportados del IAS por sexo y edad de los adultos jóvenes, se observó una alimentación más deficiente en hombres y en aquellos individuos más jóvenes (grupo de 19 a 21 años), estos resultados son similares a los observados por Mora-García et al. (2020) y Zapata et al. (2020), que en sus respectivos estudios pudieron establecer una relación entre la calidad de la dieta, el sexo y la edad. Estos datos manifiestan que los hombres y los más jóvenes tienen una calidad de la dieta más deficiente, y la evidencia advierte que es necesario focalizar acciones en aquellos grupos con peor calidad de la dieta.

En cuanto a los resultados del objetivo general, la correlación de variables de adicción digital, adicción a la comida e índice de alimentación saludable, no se detectaron estudios que hayan documentado esta relación entre las tres variables. En esta investigación, fue posible detectar una correlación positiva ($p < .01$) entre la AD y la AC, esto significa que conforme aumenta la adicción digital también hay mayor adicción a la comida.

Baldwin et al. (2018), Hawkins et al. (2020) y Qutteina et al. (2019) han señalado que determinadas conductas y percepciones de consumo en las redes sociales y plataformas digitales influyen en el propio consumo y toma de decisiones de

alimentación de los individuos, es posible que los hallazgos de este estudio apoyen dicha premisa. Lo anterior podría deberse a que en las redes sociales y plataformas digitales existe una gran cantidad de publicidad relacionada y vinculada al consumo de la comida rápida, industrializada y alimentos hipercalóricos, con alto contenido de azúcar y sodio; y hallazgos previos (Ayaz et al., 2018; Burrows et al., 2018) han relacionado el consumo de estos alimentos no recomendables con una mayor adicción a la comida. Esta interpretación sugiere que las plataformas y redes digitales representan un punto de mayor acceso y fácil disponibilidad a estos alimentos.

También, si bien esto no fue significativo ($p > .05$), en el presente estudio se observó que los datos siguen la misma suposición que los obtenidos por Aslantas et al. (2018), al encontrar una asociación negativa entre la AC y el IAS. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que el estudio mencionado con anterioridad fue realizado solo en mujeres, por lo que se necesita mayor evidencia respecto a este tema.

El estudio actual contribuye a conocer mejor la relación que existe entre la adicción digital, la adicción a la comida y el índice de alimentación saludable de los adultos jóvenes, y se incorpora a la limitada literatura que relaciona algunas de estas variables. La alimentación es un proceso muy complejo que puede estar influido por muchos factores internos y externos (LaCaille, 2020), entender qué comemos y los factores que podrían determinar las elecciones y preferencias de algunos alimentos más que otros es esencial para atender y prevenir todas las formas de malnutrición, y sobre todo las complicaciones asociadas a una deficiente calidad de la alimentación, como las ECNT.

Este conocimiento puede contribuir al desarrollo e implementación de programas innovadores focalizados en los grupos con una deficiente calidad de la dieta. La Enfermería debe desarrollar estrategias para la prevención y atención de factores que podrían influir en la alimentación saludable a través de las distintas plataformas y redes digitales. Además, debe aportar evidencia que contribuya al desarrollo de políticas para

la regulación de la publicidad de los alimentos no recomendables en las redes sociales y plataformas digitales, especialmente en los más jóvenes.

Conclusiones

La mayoría de los participantes del estudio fueron mujeres, con peso corporal categorizado como normal, con un alto promedio de tiempo de uso diario de dispositivos digitales. Las mujeres presentaron puntuaciones de AC y AD ligeramente mayores que los hombres, al igual que el grupo de mayor edad de 22 a 24 años. Los hombres y el grupo de menor edad de 19 a 21 años reportaron las puntuaciones más bajas del IAS. La AD y la AC se relacionaron positivamente.

Limitaciones

Una limitación observada fue la ausencia del recordatorio de 24 horas para la determinación del IAS, ya que el uso de un método combinado es capaz de producir resultados más apegados a la realidad. El estudio se llevó a cabo en una muestra de adultos jóvenes estudiantes de ciencias de la salud, quienes de acuerdo con la evidencia tienden a sobreestimar el consumo de alimentos saludables. Desafortunadamente no fue posible incluir grupos de estudiantes de distintas facultades, lo que restó variabilidad a la muestra. El diseño del estudio es transversal, por lo que no permite la interpretación de causas inferenciales.

En cuanto a la AD la literatura es escasa, los estudios que relacionan esta variable con el IAS son muy limitados y aún no existe un instrumento que se utilice de manera general para determinarla, lo que dificultó la búsqueda de literatura.

Recomendaciones

Futuros estudios deben considerar la incorporación de grupos de adultos jóvenes de distinto nivel socioeconómico, esto podría influir en las puntuaciones obtenidas de AD y el IAS, puesto que un mayor poder adquisitivo permitiría acceder a más dispositivos y plataformas digitales, así como a una mayor cantidad y variedad de alimentos.

Referencias

- Almourad, M. B., McAlaney, J., Skinner, T., Pleva, M., & Ali, R. (2020). Defining digital addiction: Key features from the literature. *Psihologija*, 53(3), 237–253. <https://doi.org/10.2298/PSI191029017A>
- Aloi, M., Rania, M., Rodríguez, R. C., Jiménez, S. M., Fernández-Aranda, F., De Fazio, P., & Segura-Garcia, C. (2017). Validation of the italian version of the Yale food addiction scale 2.0 (I-YFAS 2.0) in a sample of undergraduate students. *Eating and weight disorders: EWD*, 22(3), 527–533. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0421-x>
- Aslantaş, B., Öteleş, S., Özkan, I., & Bilgiç, P. (2018). Assessment of diet quality and food addiction in overweight/obese women. *Clinical Nutrition*, 37(September), S110. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.06.1419>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA, por sus siglas en inglés] (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA, por sus siglas en inglés] (2022). *What is a substance use disorder?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction>
- Ayaz, A., Nergiz-Unal, R., Dedebayraktar, D., Akyol, A., Pekcan, A. G., Besler, H. T., & Buyuktuncer, Z. (2018). How does food addiction influence dietary intake profile? *PLoS ONE*, 13(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195541>
- Baldwin, H. J., Freeman, B., & Kelly, B. (2018). Like and share: Associations between social media engagement and dietary choices in children. *Public Health Nutrition*, 21(17), 3210–3215. <https://doi.org/10.1017/S1368980018001866>
- Bellis, M. A., Sharp, C. A., Hughes, K., & Davies, A. R. (2021). Digital overuse and addictive traits and their relationship with mental well-being and socio-demographic factors: A national population survey for Wales. *Frontiers in Public Health*, 9(June), 585715. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.585715>

- Bonvecchio, A. A., Fernández-Gaxiola, A. A., Plazas, B. M., Kaufer-Horwitz, M., Pérez, L. A. B. & Rivera, D. J. A. (2015). *Guías alimentarias y de actividad física. Contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Documento de postura* [Archivo PDF].
https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L29_ANM_Guias_alimentarias.pdf
- Burrows, T., Hides, L., Brown, R., Dayas, C. V., & Kay-Lambkin, F. (2017). Differences in dietary preferences, personality and mental health in Australian adults with and without food addiction. *Nutrients*, 9(3).
<https://doi.org/10.3390/nu9030285>
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. (2014). Ley General de Salud en Materia de Investigación. *Última reforma publicada DOF 04-06-2014*. Ciudad de México, México.
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040614.pdf
- Cathelain, S., Brunault, P., Ballon, N., Réveillère, C., & Courtois, R. (2016). L'addiction à l'alimentation : définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques. *Presse médicale*, 45(12 Pt 1), 1154–1163. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.03.014>
- Cemiloglu, D., Naiseh, M., Catania, M., Oinas-Kukkonen, H., & Ali, R. (2021). The fine line between persuasion and digital addiction. In *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics): Vol. 12684 LNCS*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79460-6_23
- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-217.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Davis, C. (2013). From passive overeating to “food addiction”: A spectrum of compulsion and severity. *ISRN Obesity*, 2013, 1–20.
<https://doi.org/10.1155/2013/435027>
- Davis, C., & Carter, J. C. (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*, 53(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.05.018>
- Departamento de Agricultura de los Estados Unidos [USDA, por sus siglas en inglés] (21 de julio 2020). *Healthy Eating Index*. <https://www.fns.usda.gov/healthy-eating-index-hei>
- Fernández-Aranda, F., Steward, T., Mestre-Bach, G., Jiménez-Murcia, S., & Gearhardt, A. (2018). Obesity and food addiction. In *Encyclopedia of Endocrine Diseases* (2nd ed.). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.65411-9>
- Fleming-Milici, F., & Harris, J. L. (2020). Adolescents’ engagement with unhealthy food and beverage brands on social media. *Appetite*, 146, 104501.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104501>
- Flores-Quijano, M. E., & Heller-Rouassant, S. (2016). Embarazo y lactancia. *Gaceta medica de México*, 152(1), 6–12.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), 430–436.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003>
- Hawkins, L. K., Farrow, C., & Thomas, J. M. (2020). Do perceived norms of social media users’ eating habits and preferences predict our own food consumption and BMI? *Appetite*, 149(January), 104611.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104611>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI] (2020). *Estadísticas a propósito*

del día mundial contra la obesidad (12 de noviembre).

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad20.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 [ENSANUT]. Diseño Conceptual.*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseno_conceptual.pdf

Ivezaj, V., Wiedemann, A. A., Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2018). Food addiction among spanish-speaking latino/as residing in the United States. *Eating Behaviors, 30*, 61–65. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.009>

Kesici, A., & Tunç, N. (2018). The development of the Digital addiction scale for the university students: Reliability and validity study. *Universal Journal of Educational Research, 6*, 91–98. <https://doi.org/10.13189/ujer.2018.060108>

Keser, A., Bayındır-Gümüş, A., Kutlu, H., & Öztürk, E. (2020). Development of the scale of effects of social media on eating behaviour: A study of validity and reliability. *Public Health Nutrition, 23*(10), 1677–1683.

<https://doi.org/10.1017/S1368980019004270>

Kennedy, E. T., Ohls, J., Carlson, S., & Fleming, K. (1995). The Healthy eating index: Design and applications. *Journal of the American Dietetic Association, 95*(10), 1103–1108. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(95\)00300-2](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(95)00300-2)

Krebs-Smith, S. M., Pannucci, T. E., Subar, A. F., Kirkpatrick, S. I., Lerman, J. L., Tooze, J. A., Wilson, M. M., Reedy, J., Assessment, R. F., Sciences, P., Systems, H., Factor, R., Branch, A., & Sciences, P. (2018). Update of the Healthy eating index: HEI-2015. *HHS Public Access. 118*(9), 1591–1602. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.021.Update>

LaCaille, R. A., Hooker, S. A., & LaCaille, L. J. (2020). Using self-determination theory to understand eating behaviors and weight change in emerging adults. *Eating*

- behaviors*, 39, 101433. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101433>
- López-Olmedo, N., Popkin, B. M., Mendez, M. A., & Taillie, L. S. (2019). The association of overall diet quality with BMI and waist circumference by education level in Mexican men and women. *Public Health Nutrition*, 22(15), 2777–2792. <https://doi.org/10.1017/S136898001900065X>
- McCullough, M. L., Feskanich, D., Stampfer, M. J., Giovannucci, E. L., Rimm, E. B., Hu, F. B., Spiegelman, D., Hunter, D. J., Colditz, G. A., & Willett, W. C. (2002). Diet quality and major chronic disease risk in men and women: moving toward improved dietary guidance. *The American journal of clinical nutrition*, 76(6), 1261–1271. <https://doi.org/10.1093/ajcn/76.6.126>
- Meadows, A., Nolan, L. J., & Higgs, S. (2017). Self-perceived food addiction: Prevalence, predictors, and prognosis. *Appetite*, 114, 282–298. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.051>
- Meule, A. (2015). Back by popular demand: A narrative review on the history of food addiction research. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 295–302. <https://doi.org/10.5281/zenodo.48115>
- Mora-García, G., Ruiz-Díaz, M. S., Villegas, R., & García-Larsen, V. (2020). Changes in diet quality over 10 years of nutrition transition in Colombia: analysis of the 2005 and 2015 nationally representative cross-sectional surveys. *International Journal of Public Health*, 65(5), 547–558. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01396-1>
- Munguía, L., Jiménez-Murcia, S., Valenciano-Mendoza, E., Granero, R., Gaspar-Pérez, A., Guzmán-Saldaña, R. M. E., Sánchez-Gutiérrez, M., Fazia, G., Gálvez, L., Gearhardt, A. N., & Fernández-Aranda, F. (2021). Risk patterns in food addiction: a Mexican population approach. *Eating and Weight Disorders*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01240-2>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [ONUAA]

(2019). *El sistema alimentario en México-Oportunidades para el campo mexicano en la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible*.

<http://www.fao.org/3/CA2910ES/ca2910es.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [ONUAA]

(2021). *Guías alimentarias basada en alimentos*.

<https://www.fao.org/nutrition/educacionnutricional/fooddietary-guidelines/background/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (31 de agosto 2018). *Alimentación sana*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). *Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas*.

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-es.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24

Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F., Vasdev, S., Goodridge, A., Carter, J. C., Zhai, G., Ji, Y., & Sun, G. (2013). Food addiction: Its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PLoS ONE*, 8(9), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074832>

Penzenstadler, L., Soares, C., Karila, L., & Khazaal, Y. (2019). Systematic review of food addiction as measured with the Yale food addiction scale: Implications for the food addiction construct. *Current Neuropsychology*, 17(6), 526–538.

<https://doi.org/10.2174/1570159x16666181108093520>

Pérez-Lizaur, A. B. & García, C. M. (2019). Sistema mexicano de alimentos equivalentes. En, *Dietas normales y terapéuticas: los alimentos en la salud y la enfermedad, 7ma Edición*. Editorial Mc Graw Hill.

Polit, D. F. & Tatano, B. C. (2017). *Investigación científica en ciencias de la salud* (9na Edición). Editorial Mc Graw Hill.

- Qutteina, Y., De Backer, C., & Smits, T. (2019). Media food marketing and eating outcomes among pre-adolescents and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(12), 1708–1719.
<https://doi.org/10.1111/obr.12929>
- Randolph TG. (1956). The descriptive features of food addiction. *Food Addiction and Alcoholism*, 17(July), 198–224.
- Reedy, J., Lerman, J. L., Krebs-Smith, S. M., Kirkpatrick, S. I., Pannucci, T. E., Wilson, M. M., Subar, A. F., Kahle, L. L., Tooze, J. A., Assessment, R. F., Sciences, P., Systems, H., Factor, R., Branch, A., Sciences, P., & Management, I. (2018). Evaluation of the Healthy eating index-2015. *HHS Public Access*. 118(9), 1622–1633. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.019.Evaluation>
- Reichert, R.A., Girolamo, M. G., Becker da Silva, A. M., Scatena, A., Cortese, B. B., De Micheli, D., Monezi, A. A. L. (2021). New Forms of Addiction: Digital Media. En Andrade, A.L.M., De Micheli, D., Silva, E.A.d., Lopes, F.M., Pinheiro, B.d.O., Reichert, R.A. (Eds.) *Psychology of Substance Abuse*. (p. 43-53). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-62106-3_3
- Rivera, D. J. A., Colchero, M. A., Fuentes, M. L., González de Cosío, M. T., Aguilar, S. C. A., Hernández, L. G., Barquera, S. (Ed.). (2018). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. Instituto Nacional de Salud Pública.
https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190607_978-607-511-179-7.pdf
- Rojas-Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Montenegro, C., Morales, C., Retamal, K., Rivano, N. y Sepúlveda, J. (2020). Adicción a la comida: una revisión sobre el concepto, sus características y medición. *Cuadernos de Neuropsicología/ Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 142–151.
<https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.214>

- Rugai, J., & Hamilton-Ekeke, J.-T. (2016). A Review of Digital Addiction: A Call for Safety Education. *Journal of Education and E-Learning Research*, 3(1), 17–22. <https://doi.org/10.20448/journal.509/2016.3.1/509.1.17.22>
- Salamone, J. D., & Correa, M. (2013). Dopamine and food addiction: lexicon badly needed. *Biological psychiatry*, 73(9), e15–e24. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.09.027>
- Schulte, E. M., Avena, N. M., & Gearhardt, A. N. (2015). Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PLoS ONE*, 10(2), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117959>
- Schulte, E. M., & Gearhardt, A. N. (2017). Development of the modified Yale food addiction scale version 2.0. *European Eating Disorders Review*, 25(4), 302–308. <https://doi.org/10.1002/erv.2515>
- Secretaría de Salud. (2018) [a]. *Enfermedades no transmisibles situación y propuestas de acción: Una perspectiva desde la experiencia de México*. Narro, R. J. R. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416454/Enfermedades_No_Transmisibles_ebook.pdf
- Secretaría de Salud. (2018) [b]. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Sigman, A. (2017). Screen Dependency Disorders: a new challenge for child neurology. *Journal of the International Child Neurology Association*, 1(1). <https://doi.org/10.17724/jicna.2017.119>
- Volkow, N. D., & Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity? *Nature Neuroscience*, 8(5), 555–560. <https://doi.org/10.1038/nn1452>
- Zapata, M. E., Moratal, L. I. y López, L. B. (2020). Calidad de la dieta según el Índice de alimentación saludable. Análisis de Rosario, Argentina. *Dieta (B. Aires)*,

38(170), 8–15.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Generales

1. Número de Folio: _____	2. Edad (años cumplidos): _____
3. Sexo (señale con una X) Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	4. Si eres mujer, ¿estás embarazada o te encuentras lactando? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Número de años de educación formal: _____	6. ¿Utilizas redes sociales como Instagram, Facebook, TikTok, etc? Señala con una X Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. A continuación, marca con una X todas las redes sociales y plataformas que utilizas y aproximadamente cuánto tiempo al día las utilizas. Por ejemplo: 2 horas 35 min.	
Red social o plataforma digital	Tiempo de uso al día (aproximado).
Instagram	
Facebook	
TikTok	
Twitter	
Twitch	
Youtube	
Snapchat	
WhatsApp	
Pinterest	
Discord	

Anota tu peso y talla.

8. ¿Cuál es tu peso? (en Kilogramos) Por ejemplo: 60.2 Tu respuesta: _____	9. ¿Cuál es tu estatura? (en metros) Por ejemplo: 1.52 Tu respuesta: _____
--	--

Apéndice B

Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos de Adolescentes y Adultos (FCoAAA)

Lee cada línea, si la respuesta es 0 (cero), pasa al siguiente alimento o bebida.

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Leche entera	1 vaso (240 ml)			
Leche light	1 vaso (240 ml)			
Leche preparada de sabor (chocolate u otro sabor)	1 vaso (240 ml)			
Queso tipo panela o cottage	1 rebanada o 2 cucharadas soperas (30 g)			
Queso tipo chihuahua, manchego, gouda, etc.	1 rebanada (30 g)			
Yogurt entero natural	1 vaso típico de yogurt (150 g)			
Yogurt bajo en grasa o light natural o con fruta (Vitalinea, Alpura light, Lala light, etc.)	1 vaso típico de yogurt (150 g)			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Yogurt para beber, entero natural	1 envase típico (230 g)			
Yogurt para beber, bajo en grasa o light natural o con fruta (Vitalinea, Activia 0%, Silhouette, etc.)	1 vaso típico de yogurt (150 g)			
Plátano	1 pieza mediana (176 g)			
Naranja o mandarina	1 pieza grande (206 g)			
Manzana o pera	1 pieza mediana (140 g)			
Melón o sandía	1 rebanada o $\frac{3}{4}$ de taza (115 g)			
Mango	1 pieza mediana (75 g)			
Papaya	1 rebanada mediana (100 g) o $\frac{1}{2}$ taza			
Piña	1 rebanada mediana (150 g)			
Fresa	1 taza o 9 piezas medianas (140 g)			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Tomate	½ pieza chica (30 g)			
Lechuga	½ taza o 1 hoja (30 g)			
Hojas verdes (acelgas, espinacas, etc.)	½ plato (85 g) cocidas o 1 plato crudas			
Zanahoria	1 pieza chica o ½ taza (50 g)			
Calabacita	½ pieza mediana (50 g)			
Brócoli o coliflor	¼ taza (35 g)			
Elote	½ pieza chica (50 g)			
Nopales	1 pieza grande (100 g)			
Pepino	½ pieza grande (150 g)			
Aguacate	1 rebanada o 1 pieza de criollo chico (33 g)			
Chile poblano	Una pieza mediana o 1/3 taza (80 g)			
Cebolla, en ensalada, antojitos, comida rápida	1 cucharada sopera o 3 rodajas (7 g)			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Verduras envasadas como chícharo, zanahoria y champiñones	1/3 taza o 1 taza pequeña			
Verduras congeladas como chícharo, zanahoria, brócoli y coliflor	1/3 taza o 1 taza pequeña			
Frijoles preparados en casa	½ plato o ½ taza (50 g)			
Frijoles envasados o en lata	½ plato o ½ taza (50 g)			
Arroz guisado	1 taza o plato (100 g)			
Pan blanco	2 rebanadas o 1 bolillo (70 g)			
Pan integral	2 rebanadas o 1 bolillo (70g)			
Pan Dulce	1 pieza (70g)			
Donas y churros	1 pieza (70g)			
Galletas saladas	4 piezas (20g)			
Papa	½ pieza mediana (40g)			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Cereal de caja básico (Zucaritas, Corn Flakes)	1 taza (seco 30g)			
Cereal de caja, fibra	1 taza (seco 30g)			
Torta o sándwich	1 pieza mediana (130 g)			
Hamburguesa	1 pieza mediana (240 g)			
Pizza	1 rebanada chica (92 g)			
Hot dog	1 pieza mediana (110 g)			
Carne de puerco	1 bistec mediano (90 g)			
Carne de res	1 bistec mediano (90 g)			
Carne de res seca (machaca)	1 plato (80 g)			
Chorizo	½ trozo (30 g)			
Salchicha o jamón de puerco, pavo o combinado y/o mortadela (aparte de en torta, sándwich o hot dog)	1 pieza de salchicha o 1 rebanada de jamón (30 g)			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Pollo	1 pieza (pierna, muslo) o ½ pieza de pechuga chica (90 g) 1 pieza de ala, 2 piezas de patas (70 g)			
Huevo frito estrellado o revuelto	1 pieza entera de huevo frito, estrellado o revuelto (55 g)			
Pescado fresco	1 filete mediano o mojarra chica (90 g)			
Atún y sardina (en tomate, agua o aceite)	¼ lata o (40 g)			
Mariscos (camarón, ostiones, etc.)	1 plato			
Antojitos <i>fritos</i> con res, cerdo, pollo, etc., como tacos, quesadillas, enchiladas, gorditas, etc.	100 g			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Antojitos <i>sin freír</i> con res, cerdo, pollo, etc., como tacos, quesadillas, enchiladas, gorditas, etc.	100 g			
Pozole (todos tipos)	1 plato (100 g)			
Tamales (todos tipos)	1 pieza (200 g)			
Refresco normal	1 vaso (240 ml)			
Refresco dieta	1 vaso (240 ml)			
Café sin azúcar	1 taza (240 ml)			
Azúcar agregada al café	1 cucharada cafetera copeteada (10 g)			
Leche agregada al café	1 taza (240 ml)			
Té sin azúcar	1 taza (240 ml)			
Azúcar agregada al té	1 cucharada cafetera (10 g)			
Jugo natural sin azúcar	1 vaso (240 ml)			
Jugo natural con azúcar	1 vaso (240 ml)			
Agua de frutas natural con azúcar	1 vaso (240 ml)			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Agua de frutas natural sin azúcar	1 vaso (240 ml)			
Bebidas o aguas de sabor industrializadas sin azúcar (incluyendo dietéticas como Clight, Be-light, etc.)	1 vaso (240 ml)			
Bebidas o aguas de sabor industrializadas con azúcar (Zuko, Tang, Fuse Tea, etc.)	1 vaso (240 ml)			
Néctares de fruta o pulpa de frutas industrializadas con azúcar (Jumex, Del Valle, Boing, etc.)	1 vaso (240 ml)			
Agua sola	1 vaso (240 ml)			
Chocolate	1 trozo o 1 cucharada sopera (10 g)			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Dulces (caramelos, paletas, etc.)	1 pieza (30 g)			
Dulces enchilados (miguelitos, tamarindos, skwinkles, etc.)	1 pieza (30 g)			
Fritos o papas de bolsa (todos tipos, incluyendo cacahuates japoneses)	1 paquete individual o bolsa chica (35 g)			
Gelatina, flan	1 pieza o rebanada (125 g)			
Pastel o pay	1 rebanada mediana (125 g)			
Helado, nieves y paletas	1 pieza o 1 bola (80 g)			
Cacahuates naturales, semillas, nueces, almendras, pistaches, avellanas, pepitas.	1 puño de la mano (35 g)			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Palomitas de maíz de microondas o del cine (todos los tipos, excepto acarameladas)	1 bolsa mediana (100 g)			
Pasteles y donas	1 pieza (70 g)			
Galletas dulces (todos tipos)	2 piezas (32 g)			
Galletas sin azúcar (todos tipos)	2 piezas (32 g)			
Caldo de pollo, res o verduras (solo caldo)	1 taza (240 ml)			
Sopa o caldo con verduras	1 plato (240 ml)			
Sopa de pasta	½ plato o ½ taza (50 g)			
Crema de verduras	1 plato (240 ml)			
Sopas instantáneas	1 vaso (64 g)			
Limón, por ejemplo, en ensaladas, caldos o carnes	½ limón			

¿EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...

Alimento	Porción habitual	A) ...CUÁNTOS DÍAS DE LA SEMANA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de días a la semana</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	B) ...CUÁNTAS VECES AL DÍA COMISTE O TOMASTE? Lee y anota el <i>número de veces al día</i> que consumiste el alimento o bebida de la lista de la primera columna	C) ...CUÁNTAS PORCIONES AL DÍA COMISTE O BEBISTE? Tamaño de la porción De acuerdo con la porción habitual
Mantequilla	1 cucharada sopera (10 g)			
Mayonesa	1 cucharada sopera (10 g)			
Crema	1 cucharada sopera (10 g)			
Tortillas de maíz, aparte de las consumidas en enchiladas u otro antojito				
Tortillas de harina, aparte de las consumidas en enchiladas u otro antojito				

Lee cuidadosamente y marca con una X con cual opción te identificas:

¿Consideras que el consumo que reportaste fue semejante a lo que comes normalmente?
O, ¿Fue mayor o menor? (ya que tu consumo pudo haber variado por enfermedad y
comer poco o haber tenido fiesta y haber comido más)

Igual	Mayor	Menor
-------	-------	-------

Apéndice C

Escala Modificada de Adicción a la Comida de Yale (mYFAS) versión 2.0

Este cuestionario tiene como objetivo conocer tus hábitos alimenticios en el último año. Algunas personas a veces tienen dificultad para controlar su consumo de “ciertos alimentos”. Por ejemplo:

- Dulces como: helado, chocolate, donas, galletas, pastel y dulces.
- Azúcares como: pan blanco, pan dulce, pasta y arroz.
- Botanas saladas como: papas fritas y galletas saladas.
- Comidas grasosas como: algunas carnes, tocino, hamburguesas, pizza y papas a la francesa.
- Bebidas azucaradas como: refrescos, jugos y bebidas energéticas.

Cuando se hable de “ciertos alimentos” toma en cuenta los que se mencionan arriba y cualquier otro similar que hayas consumido en el último año.

En los últimos 12 meses...	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Comí hasta el punto de sentirme físicamente enfermo.								
2. Pasé mucho tiempo sintiéndome con poca energía o cansado a causa de comer en exceso.								
3. Evité el trabajo, la escuela, o las actividades sociales porque tengo miedo de comer en exceso cuando estoy ahí.								
4. Si tuviera problemas emocionales por no haber comido ciertos alimentos, yo los comería para sentirme mejor.								
5. La manera en la que comí me causó mucha angustia.								
6. Tuve problemas significativos en mi vida, con mi rutina diaria, trabajo, escuela, amigos, familia o salud por comer y debido a los alimentos.								
7. Comer en exceso me impedía cuidar de mi familia o hacer las tareas del hogar.								
8. Seguí comiendo de la misma manera, aunque mi alimentación ha causado problemas emocionales.								
9. Comer la misma cantidad de comida no me causa tanta satisfacción como antes.								
10. Tuve deseos tan fuertes de comer ciertos alimentos que no podía pensar en otra cosa.								
11. Intenté y no logré, reducir o dejar de comer ciertos alimentos.								
12. Estaba tan distraído comiendo que pude haberme lastimado (ejemplo, cuando manejaba el auto, al cruzar la calle y operando una maquinaria).								
13. Mis amigos o familia se preocuparon por cuánto comía en exceso.								

0= Nunca, 1= Menos de 1 vez al mes, 2= Una vez al mes, 3=2-3 veces al mes, 4= Una vez a la semana, 5=2-3 veces a la semana, 6=4-6 veces a la semana, 7= Todos los días

Apéndice D

Escala de Efectos de las Redes Sociales en la Conducta Alimentaria (SESMEB)

A continuación, se presentan 18 enunciados. Lee cada uno cuidadosamente y después marca con una X con cual opción te identificas.

Enunciado	1	2	3	4	5
1. La inclusión de un alimento en redes sociales influye mi punto de vista sobre ese alimento.					
2. Veo y consumo cualquier alimento que suele aparecer en redes sociales, aunque no lo consuma habitualmente.					
3. Como un alimento o platillo que vi en redes sociales, aunque esté lleno.					
4. Pienso que los alimentos en las redes sociales son más benéficos para mi salud.					
5. Después de que empecé a usar las redes sociales, mi consumo de comida rápida o congelada aumentó.					
6. Sigo noticias, blogs o páginas nutricionales en las redes sociales.					
7. Compró o cocino un alimento o platillo que vi en las redes sociales.					
8. Regulo mi dieta para compartir noticias, fotos o videos acerca de los alimentos o platillos que veo en las redes sociales.					
9. Cuando navego por las redes sociales estoy constantemente comiendo botanas o aperitivos, y más tarde me doy cuenta de cuánto he comido.					
10. Estoy interesado en alimentos o platillos compartidos por celebridades en las redes sociales, y consumo esos alimentos o platillos.					
11. Si no usara las redes sociales, mi tiempo para comer se reduciría.					
12. Cuando estoy navegando por las redes sociales, aunque este lleno sigo comiendo botanas o aperitivos.					
13. Consumo alimentos o platillos que son compartidos por gente que tiene muchos seguidores en redes sociales.					
14. Pienso que los alimentos o platillos con más likes o compartidos en redes sociales son más saludables.					
15. Los alimentos o platillos que veo en redes sociales aumentan mi apetito.					
16. Consumo alimentos o platillos con más likes, en noticias, fotos o videos en las redes sociales.					
17. Pienso que los alimentos o platillos con más likes o compartidos en redes sociales son más confiables.					
18. Los días que uso las redes sociales por mucho tiempo, me dan más ganas de comer y como más.					

1=Nunca, 2=Casi nunca, 3=A veces, 4=Casi siempre, 5=Siempre

Apéndice E

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Adicción digital y a la comida e índice de alimentación saludable en adultos jóvenes universitarios.

Autores/Estudiantes: Lic. Ixchel Muñoz Gallegos.

Director de Tesis: Dr. Milton Carlos Guevara Valtier.

Introducción/Objetivo del estudio: Estamos interesados en conocer aspectos relacionados con la alimentación, el uso de redes sociales y el consumo de alimentos, en los adultos jóvenes. El estudio tiene como propósito ampliar el conocimiento relacionado con la adicción digital, adicción a la comida y los alimentos que normalmente consumen los adultos jóvenes.

Tu participación y los resultados servirán de apoyo como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Descripción del Estudio/Procedimientos: Has sido invitado a participar en esta investigación porque eres un adulto joven que se encuentra estudiando en una institución educativa de nivel superior y tu grupo resultó seleccionado al azar. Se aclara que se cuenta con las autorizaciones previas para realizar la invitación.

El tiempo total de participación será de aproximadamente 25 minutos. Todas tus dudas e inquietudes serán respondidas. Se aplicarán una cédula con algunos datos generales y 3 cuestionarios con preguntas acerca de los alimentos que consumes y el uso de redes sociales. Estos serán aplicados en el interior del salón para que puedas contestar de manera tranquila y con la mayor privacidad posible. Si deseas participar se te pedirá que firmes este consentimiento informado.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en el estudio es completamente voluntaria y puedes retirarte del mismo en cualquier momento, aunque

el consentimiento ya haya sido firmado, sin ninguna represalia o consecuencia negativa. Todas las respuestas serán confidenciales y anónimas y los resultados obtenidos podrán ser publicados de manera general, sin mostrar datos específicos o individuales.

Riesgos o molestias: Este estudio está clasificado como investigación sin riesgo. Debido a que solo implica el llenado de cuestionarios que no alteran tu estado psicológico, y no causan molestias que puedan ponerte en riesgo.

Beneficios esperados: No existe ningún beneficio personal por participar en este estudio, sin embargo, los resultados que se obtengan en esta investigación podrán ayudar a tomar mejores decisiones para mejorar la salud de los adultos jóvenes.

Compromisos del Investigador: Todas las respuestas serán confidenciales y anónimas y los resultados obtenidos podrán ser publicados de manera general, sin mostrar datos específicos o individuales.

En caso de tener preguntas, dudas o comentarios antes o después, o querer conocer los resultados generales, puedes contactar al personal del Comité de Ética en Investigación al teléfono 83 48 18 47, o acudir a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, localizada en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, en un horario de 8:00 a 17:00 de lunes a viernes.

Su Firma: _____

Fecha: _____
Día/Mes/Año

Testigo 1: _____

Fecha: _____
Día/Mes/Año

Dirección: _____

Testigo 2: _____

Fecha: _____
Día/Mes/Año


Dirección: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento


Fecha: _____
Día/Mes/Año

Apéndice F

Autorización de la Institución Educativa



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Dirección

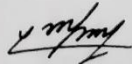
DFE-0582/2022

DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA
Secretaria de Investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Nuevo León
Presente.


Por medio de este conducto reciba un cordial saludo, asimismo en respuesta a su solicitud con oficio SI-232/2022 me permito informar que no existe inconveniente para que la estudiante **LIC. IXCHEL MUÑOZ GALLEGOS** del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, recolecte datos para su Proyecto de Investigación **"ADICCIÓN DIGITAL Y A LA COMIDA E ÍNDICE DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ADULTOS JÓVENES UNIVERSITARIOS"**. Por lo que solicito se dirija a la Subdirección Académica de Pregrado para la coordinación correspondiente al proyecto de investigación.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

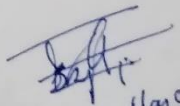
Atentamente
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, N.L., 23 de Mayo de 2022




DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS
Directora




DIRECCIÓN



30-Mayo 22.



VISION
UANL
2030
EDUCACIÓN DE CALIDAD PARA TRANSFORMAR Y
TRANSFORMAR EN BENEFICIO DE LA HUMANIDAD



La
excelencia
por principio
la **educación**
como instrumento

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460
+52 81 8348 1010, +52 81 8348 1107, +52 81 8333 4190 Ext. 104 y 107, +52 81 8347 7890

Resumen Autobiográfico

Lic. Ixchel Muñoz Gallegos

Candidata a obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: ADICCIÓN DIGITAL Y A LA COMIDA E ÍNDICE DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ADULTOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

Biografía: Nacida en Monclova, Coahuila el 06 de diciembre de 1993.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2014-2017).

Experiencia Profesional: Pasantía de Licenciatura en Enfermería en la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León (febrero 2018-enero 2019).

Becaria CONACYT para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería (febrero 2021-enero 2023).

Estancia Académica de Maestría en Ciencia de Enfermería en el Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública de México (junio 2022).

Asociaciones: Miembro del Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha (2018)

Correo electrónico: ixchelmzg@hotmail.com