

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTICIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
DEL ADOLESCENTE

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR ISMAEL HERNÁNDEZ JAVIER

TUTORA

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

IMSS

GENERACIÓN 2004-2007

MÉXICO D. F.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

*La Medicina es
La más humana de las artes,
La más artística de las ciencias y
La más científica de las humanidades”.*
Edmund Pellegrino

A DIOS.

Por tener para mí un plan de vida perfecto, por permitirme descubrirte en mis pacientes y por darme la oportunidad de concluir un sueño más.

A MI FAMILIA.

Por acompañarme en este proyecto de vida y darme apoyo incondicional en cada momento, este logro es de ustedes también. LOS AMO

A mis nenas Samy y Fer las adoro ustedes son mis ángeles; las amo.

ÍNDICE

Resumen	
Antecedentes.....	1
Justificación.....	15
Pregunta de investigación.....	17
Hipótesis.....	18
Objetivos.....	19
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	20
Material y métodos.....	21
Variables de estudio.....	25
Análisis de datos.....	27
Resultados.....	28
Discusión.....	36
Conclusiones.....	39
Comentarios.....	40
Bibliografía.....	42
Anexos.....	46

RESUMEN

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTICIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADOLESCENTE.

Ismael Hernández Javier¹, María del Carmen Aguirre García². Santa Vega Mendoza.³

Los trastornos de conducta alimenticia (TCA) se presentan en adolescentes siendo mas frecuente entre 12 y 19 años con un incremento en los últimos años.

Objetivo. Conocer la frecuencia de los Trastornos de Conducta Alimenticia y la funcionalidad familiar de los adolescentes entre 15 y 19 años de nivel medio superior.

Metodología: Se realizó un estudio transversal analítico en 275 adolescentes ambos sexos del nivel medio superior de 15 a 19 años, a los cuales se les aplico el instrumento Eating Disorders Inventory (EDI) para determinar trastornos de conducta alimenticia y APGAR para funcionalidad familiar. La información se analizó con medidas de tendencia central y distribución de frecuencias así como estadística inferencial X^2 , RM.

Resultados: Todos los adolescentes presentaron algún TCA: Miedo a madurar en un 87.6%, Perfeccionismo en 79.3%, Desconfianza Interpersonal en un 75.3%, Conocimiento enteroceptivo 47.6%, Impulso por adelgazar 38.2% e Insatisfacción corporal 24.4% y en menor frecuencia Inadaptación 20.7% y Bulimia 9.5%. En relación a la familia se encontró una buena funcionalidad en un 64.0%, Disfunción leve en un 26.9%. Los factores asociados para desarrollar un TCA fueron: Genero femenino, alteración en la funcionalidad familiar y encontrarse adscritos al turno vespertino.

Conclusión: La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad para presentar cualquier TCA dada por la presencia de cambios físicos y psicológicos propios de la edad por lo que la familia y los servicios de salud juega un papel importante en su detección y tratamiento oportuno.

Palabras claves: Adolescente, funcionalidad familiar, trastornos de conducta alimenticia.

1. Médico Residente de Medicina Familiar UMF 20 Vallejo.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar UMF 20.
3. Médico Especialista en Medicina Familiar y Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Familiar UMF 20.

Frecuencia de Trastornos de conducta alimenticia y funcionalidad familiar del Adolescentes.

Las referencias al hambre autoinducida (ayunos, etc.) datan de los tiempos bíblicos. En ellas se entremezclan la verdad y el mito; lo religioso y la exageración; el pietismo y, a veces, el fraude.

En 1764 O. Whytt, profesor de teoría de la Medicina de la Universidad de Edimburgo, asoció inanición y bradicardia

En 1860, V. Marcé. Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad - y después de un desarrollo físico precoz- sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. A este cuadro llamó en 1868 W. Gull aepsia histórica, por creer que se debía a un estado mental mórbido.

La literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) empezó a proliferar a partir de la década de los sesenta. En los primeros años de la década siguiente el enfoque se desplaza a la familia como factor crucial.¹

En los últimos años asistimos a un creciente interés por los trastornos del comportamiento alimenticio, tanto por lo que atañe a medios sanitarios, medios de comunicación y estatus sociales.

Desde principios de los años noventa se ha detectado un incremento de estas enfermedades, no tan importante como podría parecer por la amplia difusión que han tenido los medios de comunicación.

Estos trastornos aparecen en países o sociedades desarrolladas, en donde la insatisfacción con la imagen corporal esta muy difundida, dado que el modelo a seguir entre los jóvenes es extremadamente delgada.

Estudios realizados en otros países nos muestran que un 16% de de las jóvenes y un 7% de los varones de 11 a 15 años han usado al menos un método de riesgo para perder peso, ya sea el ayuno o el abuso de laxantes.²

Evidentemente, el hecho de realizar una dieta no significa que esa persona vaya a desarrollar un trastorno de conducta alimenticia, pero si a ello añadimos un deseo de estar delgado combinado con problemas de autoestima, relaciones interpersonales es posible que se desarrolle.³

Según diversos estudios, la prevalencia de trastornos alimenticios es de alrededor 1-4% en adolescentes y mujeres jóvenes.⁴

Es cierto que la anorexia y la bulimia se conocen desde hace algún tiempo; estos trastornos habían sido descritos como cuadros clínicos desde finales del siglo XIX aparecen casos documentados desde el siglo XVII. Sin embargo, su expansión tanto numérica como territorial y su relación con rasgos de la cultura actual permiten caracterizarlos como patologías propias de la sociedad urbana contemporánea.^{5,6}

Aunque los trastornos alimenticios se padecen individualmente y tienen causas psicológicas, el entorno cultural y familiar marcan su aparición y los orígenes de los trastornos alimenticios; son, por lo tanto, multicausales. Además, su expansión social los ubica como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor.⁷

La anorexia y la bulimia afectan a millones de personas en todo el mundo. Pueden causar desnutrición, afecciones cardíacas e incluso la muerte. Son difíciles de tratar y permanecen ocultos hasta para las amistades y familiares más próximos de quien los sufre.

La prevalencia de la anorexia entre la población general varía de 0.5 a 1%, mientras que la bulimia alcanza 3%, y para los varones los porcentajes son entre 5-10% del de las mujeres.⁸

Si bien es cierto que los trastornos alimenticios han sido llamados “ de la abundancia ” y aparecen mayoritariamente en países desarrollados, en zonas urbanas y en estratos socioeconómicos altos, no son exclusivos de ellos y la

tendencia parece mostrar su expansión hacia otros países, regiones y sectores sociales.⁹

Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórico que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera.

Los principales trastornos alimenticios son la anorexia, la bulimia, la compulsión para comer, sin olvidar los trastornos no especificados.

La anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación con su edad, estatura y necesidades vitales. Esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo.

En la bulimia el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. Son episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado.

La ultima clasificación de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales para los Trastornos de la alimentación indica (DSM IV, por sus siglas en inglés) engloba una serie de características que nos orientan en la sospecha diagnóstica para estos trastornos.

La anorexia nerviosa inicia generalmente a la edad de 13 a 15 años de edad mas frecuentemente en mujeres que realizan alguna actividad deportiva se caracteriza por miedo intenso a engordar, que no disminuye con la pérdida de peso, alteración de la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso.

Los pacientes muestran negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad y estatura.

En estos pacientes la pérdida de peso es autoinducida por conductas compensatorias: vómitos, laxantes, diuréticos y exceso de actividad física, ocasionando con esto retraso en el desarrollo puberal: falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria. En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual.

Se especifican dos tipos de anorexia, la de tipo restrictivo: en la cual la pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo. No se recurre a atracones ni a purgas y la de tipo compulsivo-purgativo en la que se recurre regularmente a medidas purgatorias como inducción al vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas.¹⁰

La bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia, el 90-95% son mujeres que en alguna ocasión fueron obesas, en cambio los varones practican algún deporte en donde el peso es importante.

Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, comer en corto período de tiempo con gran cantidad de alimentos, falta de control sobre la alimentación durante el episodio.

Existen algunos trastornos de la conducta alimenticia no especificados en los que las mujeres que cumplen los criterios diagnósticos de la anorexia, no presentan alteraciones menstruales de igual manera otros en los que se cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia, pero el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

Algunos pacientes emplean conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, inducción del vómito después de ingerir dos galletas).o masticar y expulsar, sin tragar, cantidades importantes de comida.

El trastorno compulsivo que se presenta en estos pacientes es en forma de atracones recurrentes sin tener conductas compensatorias.

Quienes presentan anorexia o bulimia piensan casi exclusivamente en cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo, y están pendientes de su imagen de manera obsesiva, piensan mucho en cómo y cómo son vistos por los otros.

Detrás de estos comportamientos hay una preocupación absoluta por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o conseguir una mayor. La imagen corporal de sí mismo está distorsionada y no corresponde a la realidad. Una misma persona puede presentar diversos comportamientos y en muchos casos es frecuente encontrar las conductas alternadamente por periodos de tiempo específicos; la mayor incorporación de comportamientos patógenos puede indicar el avance del padecimiento.^{10, 11}

Los trastornos alimenticios se inician o presentan principalmente en adolescentes y púberes, las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17.¹²

Los trastornos alimenticios presentan tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante.

En las mujeres les resulta particularmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria a las normas de belleza establecidas socioculturalmente y que son reproducidas y difundidas por los medios de comunicación, su sentido de identidad y su imagen esta más fuertemente influido por aspectos relacionados: lo que piensan, esperan y dicen.

El desarrollo de habilidades y logros escolares lo viven con mayor autoexigencia y preocupación el proceso de inicio de independencia, de la adolescencia, lo viven de manera más conflictiva; las niñas enfrentan mayores

tensiones individuales y diferencias interpersonales con los padres que los varones.

Los roles sociales y biológicos para los que se las prepara en la adolescencia son más ambivalentes. Sus cuerpos se desarrollan para ejercer una sexualidad adulta y ser madres; pero esta capacidad adquiere en la sociedad urbana actual un valor incierto: está cada vez más difundida la idea de que la maternidad limita sus posibilidades de realización profesional y esto las encierra en el ámbito de lo doméstico. Si la mujer posee una musculatura masculinizada, muestra mayor competitividad y empuje, pero ello actúa en contra y a costa de sus caracteres biológicos femeninos ligados a su identidad sexual y a funciones igualmente exigidas.^{13, 14}

En el caso de los hombres, la pubertad actúa en el sentido contrario: los acerca al ideal cultural de la masculinidad, tanto en términos biológicos como sociales. Los hombres con trastornos alimenticios suelen expresar preocupación, percepciones de su cuerpo e ideales estéticos en términos considerados como femeninos.

Tanto para los hombres como para las mujeres la adolescencia representa un momento importante en el proceso de definición de la identidad y orientación sexual, este factor también puede intervenir en el desarrollo de los trastornos alimenticios.

La anorexia y la bulimia también están fuertemente vinculadas a un ideal estético de belleza femenina construido socialmente y difundido ampliamente por las expectativas colectivas, los cánones de la moda y los medios de comunicación en los que la obtención de la delgadez se vincula directamente con la idea del éxito y la aceptación del entorno. Así, relaciones sociales conflictivas vinculadas a los roles de la mujer encuentran una expresión simbólica en el cuerpo y su relación con los alimentos.¹⁵

Además de lo dicho en cuanto al contexto cultural, en el contexto familiar suelen encontrarse los rasgos característicos de lo que se define como la familia psicósomática: aglutinantes, sobreprotectoras, rígidas.

En el terreno psicológico se entiende que los trastornos alimenticios son síntomas de asuntos subyacentes relacionados con conflictos emocionales.

La alimentación trastornada constituye para quienes la presentan formas de nutrirse o protegerse, de expresar ira, de autocastigarse, apaciguar tensiones insoportables, distanciarse de situaciones dolorosas y hasta crear una identidad.¹⁶

Algunos indicios de los trastornos alimenticios son detectables a simple vista. En el caso de la anorexia, el primero y el más visible es la continua y prolongada reducción de peso, que puede conducir a la delgadez extrema y a la desnutrición; ésta se refleja en la piel reseca y con color grisáceo o amarillento, las uñas quebradizas, el debilitamiento o la caída del cabello, la intolerancia al frío y la persistencia de bajas temperaturas en pies y manos, que adquieren un color morado.

La bulimia es más difícil de detectar porque los atracones y las compensaciones se hacen en secreto y no derivan necesariamente en una continua pérdida de peso. En el caso de quienes vomitan es necesario buscar signos físicos acompañantes como lesiones o pérdida del esmalte dentario, escoriaciones en las articulaciones interfalángicas de aquellos dedos utilizados para provocar el vómito.

Las personas con trastornos alimenticios se aíslan socialmente, se vuelven irritables, se sienten culpables o están malhumoradas. La ansiedad, la impulsividad y la inestabilidad emocional son rasgos predominantes en quienes padecen bulimia. A veces estas sensaciones se exacerban cerca de las horas de comida.

La permanente preocupación por el peso y la delgadez de quienes sufren estos padecimientos, por un lado, se extiende al entorno social, de tal modo que critican incisivamente la gordura y, por otro, preguntan constantemente a los demás cómo se ven y se comparan insistentemente con otras personas. Como

la percepción de sí mismos es distorsionada, recurren a los otros en busca de aseguramiento y corroboración.^{17, 18}

Los problemas cardiacos van desde las arritmias, debido al abuso de medidas evacuativas, hasta la disminución del tamaño de las cavidades del corazón, disminución de las válvulas cardiacas, baja presión arterial y mala circulación.

La inducción del vomito en la bulimia puede provocar agrandamiento de las glándulas salivales, alcalosis metabólica, pancreatitis, hematemesis, esofagitis, hemorragias digestiva e hipopotasemia, las cuales pueden causar un ataque cardiaco.

La entrevista psicológica es de gran importancia para confirmar el diagnóstico de trastorno alimenticio, evaluar la situación de riesgo, indagar sobre factores desencadenantes de las conductas sintomáticas e iniciar los primeros pasos del proceso terapéutico.¹⁹

Resulta sumamente útil para conocer el estado emocional del o la paciente, explorar el funcionamiento mental y los rasgos de carácter, los conflictos básicos, las dificultades actuales, las relaciones con la familia y los padres y las actividades que lleva a cabo, entre otros aspectos.

A su vez, las manifestaciones corporales que pueden indicar el padecimiento de anorexia corresponden a las de una alimentación insuficiente. Es necesario realizar los exámenes pertinentes para el diagnóstico diferencial con diabetes, tumores endocraneanos, colagenopatías, tiroidismos y embarazo. En el caso de ser vomitadores es necesario detectar signos físicos como los mencionados y signos digestivos como pancreatitis, esofagitis, dilatación gástrica, constipación o ruptura del tubo digestivo.

El equipo de tratamiento básico debe ofrecer atención médica y psicoterapéutica y, de acuerdo con el caso, proporcionar terapia familiar o grupal, consulta ginecológica, psiquiátrica, endocrinológica y nutrición con profesionales idóneos que conozcan los trastornos alimenticios.

Una vez diagnosticado el trastorno alimenticio es necesario determinar el nivel de afectación para establecer medidas a seguir. Es necesario diferenciar si el trastorno está en etapa aguda, de meseta o crónica:

En la etapa aguda se presenta el riesgo de morir por desnutrición o por deterioro corporal, que es indispensable revertir por vía de la hospitalización o, si es posible, de tratamiento ambulatorio, en la etapa de meseta el riesgo clínico se ha estabilizado .y en la etapa crónica se caracteriza por un tiempo de evolución mayor a dos años sin signos de mejoría.²⁰

El internamiento hospitalario se recomienda también cuando el contexto familiar no ofrece la contención necesaria para hacer frente al padecimiento.

Los trastornos alimenticios suelen presentarse como válvula de escape o reguladores de conflictos familiares; cuando la familia no se muestra dispuesta a tratarse terapéuticamente y los riesgos de la persona enferma aumentan, se recomienda su hospitalización.

Cuando se requiere medicación por síntomas afectivos asociados al trastorno, como depresión o ideas delirantes, se hará necesaria la intervención del psiquiatra.

La psicoterapia es indispensable en el tratamiento de los trastornos alimenticios.^{3, 4, 5,6}

Las mujeres están más expuestas a factores determinantes y a adquirir ciertas conductas de riesgo alimenticio ya que la publicidad es el principal agente difusor. Todos estos elementos hacen que la mujer caiga en conductas de riesgo como el seguimiento de dietas, con mayor frecuencia e intensidad que el varón.²¹

Las dificultades para establecer una relación entre los Trastornos de Conducta Alimenticia y los trastornos de personalidad radica en que estos pueden ser una influencia en el pronóstico y la evolución.

Entre los factores predisponentes se encuentran las características de la personalidad, los patrones familiares patológicos de interacción, las características de la personalidad de los padres y las actitudes y preocupaciones de estos hacia el peso, la forma del cuerpo y el control.²²

Se ha hablado sobre una posible asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el abuso físico o sexual durante la infancia, sin poder llegar hasta el momento a una conclusión clara y unánime entre los distintos autores.

Si bien para algunas pacientes puede existir un nexo directo entre el abuso y el trastorno alimentario, es también plausible la teoría de la posible relación del abuso sexual con una alteración de la personalidad con mayores índices de depresión.

En relación con las familias, las pacientes bulímicas las perciben como familias menos expresivas, poco cohesivas y más conflictivas. Las pacientes visualizan a sus progenitores como padres más descuidados y más negadores. Asimismo, se observó que estos padres son más impulsivos, hostiles y excitables que los padres de pacientes con anorexia nerviosa y que las familias en general son más hostiles, con más tendencia a las separaciones y más caóticas.

A menudo brindan menos apoyo y alientan menos la libre y abierta expresión de los sentimientos.

Rorty y col. evaluaron la relación entre bulimia nerviosa y el grado de intromisión de los padres en la vida de los adolescentes.

En ese trabajo se observó que las madres mostraban un alto grado de intromisión en la vida privada de sus hijas (probablemente relacionada con los celos) así como en cuanto al peso, la forma corporal y el tipo de comidas ingeridas.

Con respecto a los padres y su comparación con el grupo control (pacientes no bulímicas), se observó un mayor grado de juego de seducción. Si bien no se

valoró el abuso sexual propiamente dicho, se observó que, por ejemplo, dejaban revistas pornográficas al alcance de sus hijas y se interesaban en demasía por la vida sexual de ellas.

Debido a estas características, esto mismo podría funcionar como gatillo para los celos y el alto grado de competitividad con las madres, ya que estas últimas consideran a sus hijas como rivales sexuales.

La actividad física de competición puede actuar como un factor predisponente para un futuro trastorno alimentario.

En general se acepta que jóvenes con orientación homosexual o bisexual tienen mayor incidencia de trastornos de la conducta alimentaria.

En estudios realizados por Kinzl y col. se examinó la correlación entre el trastorno de la conducta alimentaria y el abuso físico o sexual en los varones, así como el tipo de relación familiar preexistente.

Lo que se observó fue que el grado de abuso y la falta de afecto familiar pueden provocar alteraciones de la autoestima, debilidad del ego, dificultad para la comunicación e intolerancia para las frustraciones, todas las cuales pueden actuar como factores de riesgo para un futuro trastorno de la conducta alimentaria.²³

Se afirma que las actitudes y comentarios de los miembros de la familia, sobre todo de las madres son variables que precipitan la conducta de dieta y preocupación de la figura corporal. No está claro si el funcionamiento familiar tales como las familias rígidas o sobreprotectoras ejercen una influencia directa.

Así también, la experiencia de rechazo por parte de los compañeros de colegio, pueden ejercer cierto efecto sobre la preocupación del peso y la figura corporal, que desencadenen TCA.²⁴

Se han identificado como otros antecedentes familiares la presencia de alcoholismo, drogadicción, obesidad y/o presencia de abuso sexual en algún integrante de la familia.

Con lo referente a los rasgos de personalidad Bruch desde el pensamiento neopsicodinámico, describe la anorexia nerviosa primaria como aquella en donde las pacientes no carecen de apetito, sino que deliberadamente restringen la ingesta y se someten a desgastes físicos con el objeto de la delgadez extrema que las proteja del terror de engordar.

Dado que dudan de su capacidad de interpretar la saciedad, temen perder el control sobre la ingesta de alimentos. Así la función de comer es utilizada como una pseudo solución a sus problemas de personalidad.

Para Bruch, el trastorno psicológico se vincula a un déficit básico en el sentido de sí mismo, la identidad y del funcionamiento autónomo. De acuerdo a sus descripciones estas pacientes, antes de enfermar, suelen ser consideradas por sus familiares como especialmente buenas, cumplidas y motivo de orgullo. Con la aparición del cuadro, la joven se vuelve hostil, negativa y desconfiada.

Clínicamente la los pacientes muestran una conducta de desafío que despliegan como una manera de defenderse del sentimiento de carecer de una personalidad definida, de sentirse incompetentes e impotentes.²⁵

En el proceso de diagnosticar los trastornos alimentarios (TCA) se ha intentado sistematizar los signos, síntomas y conductas de las pacientes para que el diagnóstico sea más preciso y reproducible. Ante la falta de marcadores bioquímicos patognomónicos el diagnóstico sigue descansando en la habilidad clínica y en el conocimiento del médico, que se encuentra frente al paciente.

El incremento sostenido en el número de casos diagnosticados con dichos trastornos ha creado la necesidad de usar instrumentos que permitan evaluar las conductas de riesgo.

Uno de estos instrumentos es el Eating Disorder Inventory (EDI-2) de Garner, Olmsted y Polivy.

Este instrumento es una evaluación creada en 1983 con objeto de medir algunos rasgos psicológicos o grupo de síntomas para la identificación de trastornos alimenticios.

Este cuestionario consta de 64 preguntas las cuales exploran áreas específicas y otras psicológicas generales de los hábitos alimenticios, tales como: Impulso al adelgazamiento, Bulimia, Insatisfacción con el cuerpo, inadaptación, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conocimiento enteroceptivo y Miedo a la madurez.²⁶

En 1978 el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar.

Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar tales como la adaptación, la participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.^{27, 28}

JUSTIFICACIÓN.

Los trastornos de la alimentación son uno de los problemas de salud pública. Su prevalencia se ha ido incrementando acentuadamente en las últimas décadas inclusive en los países en desarrollo.

Es de suma importancia considerar que existen efectos negativos de índole social y psicológica ya que los pacientes con trastornos alimenticios, se sienten agredidos, esto por los comentarios en el círculo en el cual se desenvuelven ocasionándoles estados depresivos y no aceptación con lo que respecta a su imagen corporal.

Consideramos que este estudio es de suma importancia para conocer datos relevantes en relación a la percepción que tienen de sí mismo los adolescentes y los trastornos alimenticios por los que cursan, ya que por años se ha enfocado únicamente a manejo y prevención de obesidad dejando a un lado bulimia, anorexia, etc.

De igual manera la población adolescente se encuentra cursando por un proceso de transición en los cuales influyen factores tales como el abandono escolar, siendo este muy importante ya que dicha población no acude con regularidad o no acude a solicitar consulta médica, es por esto que no nos percatamos de la problemática por la que cursan los adolescentes.

Dentro del IMSS contamos con el programa de PREVENIMSS el cual involucra a los adolescentes en el cuidado de su salud otorgando la GUIA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE con el objetivo de realizar medidas preventivas más que curativas.

Por medio de este estudio pretendemos conocer la frecuencia de los trastornos alimenticios y la relación con la funcionalidad familiar ya que teniendo en cuenta que estos trastornos cada vez van en aumento necesitamos identificar dentro de nuestra población estas patologías y de esta manera prevenirlas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTICIA Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 15 a 19 AÑOS DE NIVEL MEDIO SUPERIOR?

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La frecuencia de trastornos de conducta alimenticia y alteraciones en la funcionalidad familiar será alta.

OBJETIVOS GENERALES.

Determinar la frecuencia de los Trastornos de Conducta Alimenticia y la funcionalidad familiar de los adolescentes entre 15 y 19 años de nivel medio superior.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar las características demográficas de los adolescentes con trastornos de conducta alimenticia.
2. Identificar la frecuencia de trastornos de conducta alimenticia en adolescentes: Bulimia, Anorexia, Insatisfacción corporal, Inadaptación, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conocimiento enteroceptivo, y Miedo a la madurez.
3. Identificar la funcionalidad familiar del Adolescente con Trastorno de conducta Alimenticia.
4. Identificar la asociación entre funcionalidad y trastornos de la conducta alimenticia.

TIPO DE ESTUDIO.

Transversal analítico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se calculo el tamaño de la muestra mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 (p \cdot q)}{d^2}$$

Donde:

Z^2 = 1.96 cuando el valor de Alfa es de 0.5

p = La prevalencia poblacional.

d^2 = Es la diferencia entre el valor esperado y el error estándar.

Para una prevalencia esperada del 23% de adolescentes con trastornos de la alimentación nos arroja un tamaño de muestra de 275 pacientes con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Previa aprobación de protocolo por el comité de investigación local, y consentimiento informado de los adolescentes de la zona de afluencia a la UMF 20 Vallejo se les realizo una encuesta para

Tipo de estudio: Transversal analítico en el cual se incluyeron 270 adolescentes ambos sexos entre 10 y 19 años de edad

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Adolescentes adscritos a la zona de afluencia de la UMF 20 vallejo del IMSS entre 15 y 19 años de edad, ambos sexos del turno matutino y vespertino,
- Pacientes que aceptaron contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Adolescentes que se encontraban con diagnostico y tratamiento de trastornos alimenticios.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Adolescentes que no accedieron a participar en el estudio.
- Adolescentes que no contestaron completamente el cuestionario.

RECURSOS HUMANOS.

- Adolescentes adscritos a la UMF 20 del IMSS.
- Médico residente.
- Médicos asesores de tesis.

RECURSOS MATERIALES.

- Cuestionario. Evaluación de Trastornos en la Alimentación

Este cuestionario consta de 64 preguntas el cual exploró áreas específicas y aspectos psicopatológicos tales como Impulso al adelgazamiento, inadaptación, perfeccionismo, desconfianza, miedo e inmadurez, todos estos relacionados con los trastornos alimenticios.

Este cuestionario fue contestado por los adolescentes que así lo desearán de manera personal con orientación del médico residente en caso de requerir aclaración, posteriormente se analizaron los resultados y se comparo con la escala establecida.

- Cuestionario. APGAR FAMILIAR.

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo.

Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar: Adaptación, Participación, Ganancia o Crecimiento, Afecto, Recursos.

RECURSOS FINANCIEROS.

El financiamiento de este trabajo se realizó por el investigador.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.

El presente estudio no comprometió la integridad del paciente ni pone en riesgo la vida, de igual manera no se atenta contra los valores Universales.

No tiene impedimento, ya que no se afecta en ningún momento y bajo ninguna circunstancia la integridad del paciente y se respetan las normas de Helsinki, la cual se publico por primera vez en 1964 considerada la primera norma internacional para la investigación y se refiere a que el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, puntualizando igualmente en la importancia del consentimiento informado por escrito.

Los artículos 13 Av., 14 Av. y 23 Av. de la Ley General de Salud, puntualizan que los servicios sanitarios deben presentar mayor atención a los factores que condicionan y causen daño a la salud así como realizar acciones preventivas, de igual manera dar impulso al desarrollo de la familia y apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias y al medio ambiente.

VARIABLES DEPENDIENTES.

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medición.
Trastornos de conducta alimenticia	Desorden, confusión o anomalías en la manera de alimentarse que se expresa en conductas previas a expresar trastornos alimenticios que cumpla criterios de acuerdo al DSM IV.	Se determina mediante el instrumento EDI el cual proporciona información en base a las respuestas del entrevistado e identificando rasgos de TCA. 1.-Bulimia: preguntas 4, 5, 28, 38, 46, 53,61 respectivamente. 2.-Anorexia: Preguntas 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49. 3.-Insatisfacción por el cuerpo: Preguntas: 2, 9, 12, 19, 31, 45, 4.- Inadaptación: Preguntas: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56. 5.- Perfeccionismo: Preguntas: 13, 29, 36, 43, 52, 63. 6.- Desconfianza interpersonal: Preguntas: 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57. 7.- Conocimiento enteroceptivo. Preguntas: 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47. 8.- Miedo a la Madurez: Preguntas: 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48.	Cualitativa nominal

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición
Funcionalidad Familiar	Grupo de personas emparentadas entre sí o que viven juntas y que desempeña cada una sus funciones.	Se determina en base a la puntuación obtenida en el instrumento APGAR familiar basado en la escala de medición Buna 18-20puntos, Disfunción leve 14-17, Disfunción moderada 10-13,Disfunción familiar severa -9	Cualitativa. ordinal

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición
Edad	Tiempo que una persona, animal o planta ha vivido desde que nació. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.	Se determina en años cumplidos.	De razón
Sexo	Característica orgánica que diferencia al macho de la hembra. , Sexo masculino, Femenino.	Fue medido con la clasificación masculina y femenina.	Nominal.
Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente.	Fue medido por el ultimo año académico cursado	Nominal
Estado Civil	Estado legal de vivir o no con una pareja (soltero ,casado, unión libre)	Pregunta directa en el instrumento.	Nominal.
Turno de adscripción escolar	Orden establecido para la realizar actividades académicas, matutinas o vespertinas.	Pregunta directa en el instrumento.	Nominal.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

En el presente estudio se encuestaron 275 adolescentes estudiantes de nivel medio superior en donde se encontró lo siguiente:

- La edad promedio de encuestados fue de 15 años (rango 15-19) con DE de 0.79 (Ver tabla 1 y gráfico 1)
- Con lo referente al género se distribuyeron de la siguiente manera: 56% mujeres (n= 153) y 44% hombres (n= 122); (Ver tabla 1 y grafico 2)
- De acuerdo a la escolaridad el 53.5% (n= 147) corresponde a estudiantes de segundo año, 43.6% (n= 120) primer año y el restante 2.9% (n= 8) tercer año.
- El turno se distribuyó con un 50% (n= 138) para turno matutino y 50% (n= 138) para el turno vespertino.
- El estado civil que predominó fue el soltero con 99% (n= 273), casado 0.7% (n= 2)
- La funcionalidad familiar de acuerdo al APGAR se distribuyó con un 64% (n= 176) en buena funcionalidad familiar, 26.9% (n= 74) disfunción leve, 5.5% (n= 15) disfunción moderada y el restante 3.6% (n= 10) disfunción severa. (ver tabla 2 y grafico 3)
- Los trastornos de conducta alimenticia se presentaron en el 100% de los adolescentes distribuyéndose en manera decreciente: miedo a madurar 87.6% (n= 241) perfeccionismo 79.3% (n= 216); desconfianza interpersonal 75.3% (n= 207) ;conocimiento enteroceptivo 52.4% (n= 144); un impulso por adelgazar de 38.2% (n= 105), insatisfacción corporal 24.4% (n= 67) inadaptación un 20.7% (n=57); bulimia en el 9.5% (n=26);(Ver tabla 3 y grafico 4A y B)

- Se realizó estadística inferencial en busca de asociaciones entre las diferentes variables encontrando:
- Disfunción familiar asociada a bulimia ($p=0.04$); Insatisfacción corporal ($p= 0.04$); Inadaptación ($p= 0.000$) y Conocimiento enteroceptivo ($p= 0.000$).
- El sexo femenino se asoció a Bulimia ($p= 0.000$); Impulso por adelgazar ($p= 0.000$); Insatisfacción corporal ($p= 0.000$); Inadaptación ($p= 0.000$); Miedo a madurar ($p= 0.000$); Conocimiento enteroceptivo ($p= 0.000$).
- La inadaptación muestra estrecha relación con el turno vespertino ($p=0.001$) (Ver tabla 4)

Tabla 1. Perfil demográfico de los adolescentes encuestados con trastornos de conducta alimenticia.

Variable	n	%
Edad		
• 15	109	39.6
• 16	124	45.1
• 17	36	13.1
• 18	3	1.1
• 19	3	1.1
Sexo		
• Masculino	122	44
• Femenino	153	56
Escolaridad		
• Primer año	120	43.6
• Segundo	147	53.5
• Tercero	8	2.9
Turno		
• Matutino	138	50.2
• Vespertino	137	49.8
Estado Civil		
• Soltero	273	99.3
• Casado	2	0.7

Grafico 1. Edad de los adolescentes con trastornos de la conducta alimenticia.

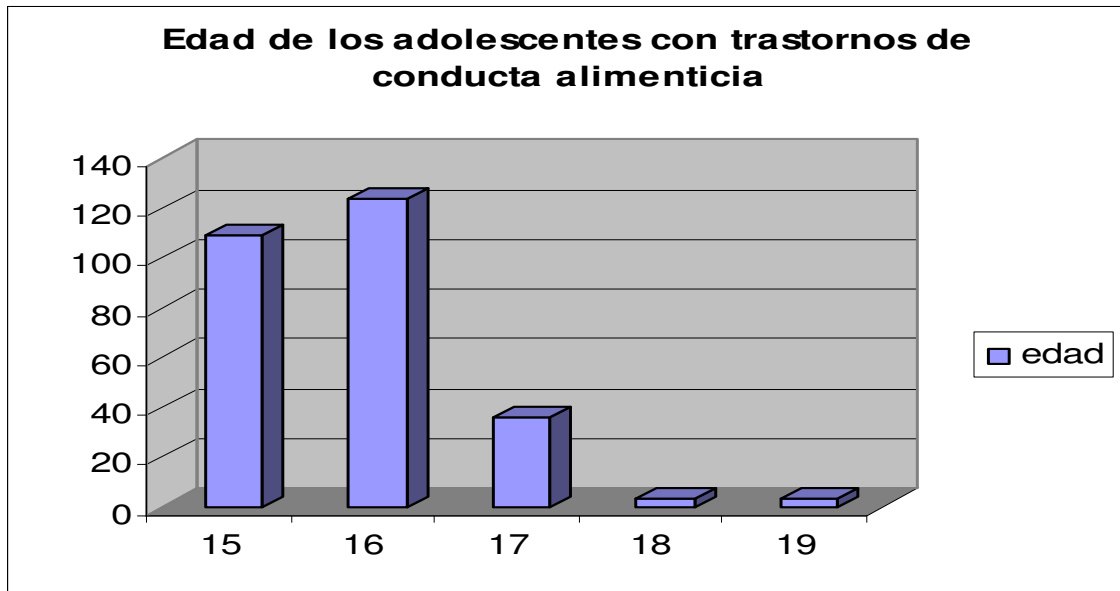


Grafico 2. Sexo de adolescentes con trastornos de la conducta alimenticia.

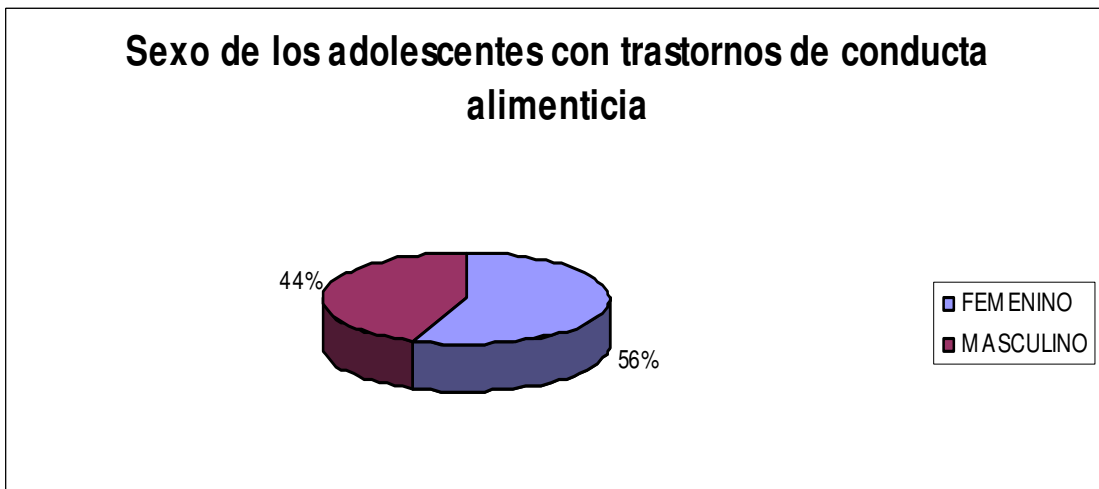


Tabla 2. Frecuencia de funcionalidad familiar (según el APGAR) en adolescentes con trastornos alimenticia.

Variable	n	%
Funcionalidad Familiar		
• Buena	176	64.0
• Leve	74	26.9
• Moderada	15	5.5
• Severa	10	3.6

Grafico 3. Grado de funcionalidad familiar en los adolescentes con trastornos alimenticia.

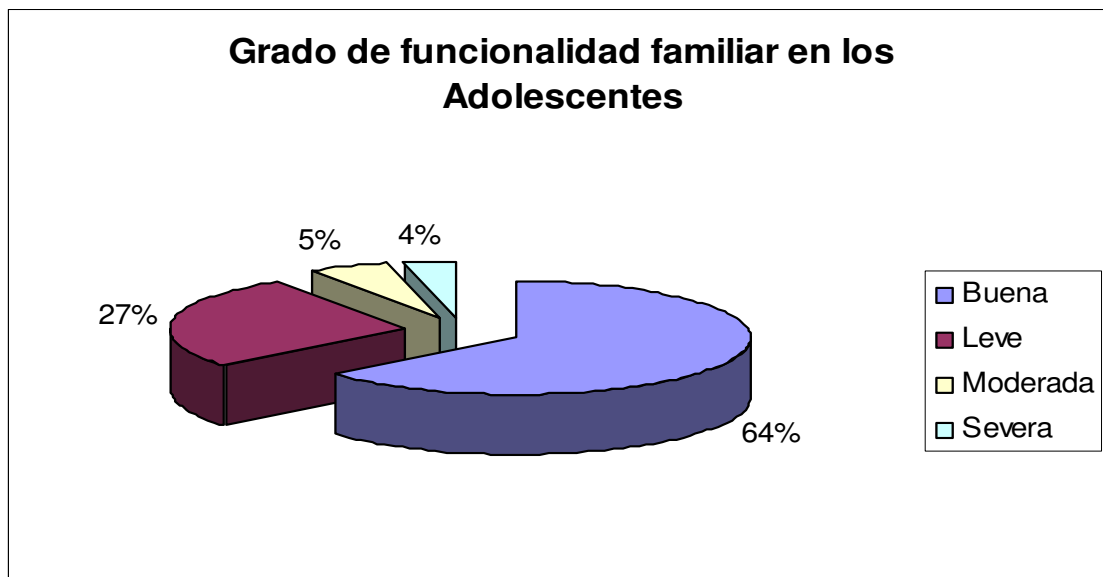


Tabla 3. Frecuencia de los trastornos de conducta alimenticia en adolescentes estudiados.

Variables	n	%
Impulso por adelgazar		
• Si	105	38.2
• No	170	61.8
Bulimia		
• Si	26	9.5
• No	249	90.5
Insatisfacción corporal		
• Si	67	24.4
• No	208	75.6
Inadaptación		
• Si	57	20.7
• No	218	79.3
Perfeccionismo		
• Si	218	79.3
• No	57	20.7
Desconfianza interpersonal		
• Si	207	75.3
• No	68	24.7
Conocimiento enteroceptivo		
• Si	144	52.4
• No	131	47.6
Miedo a madurar		
• Si	241	87.6
• No	34	12.4

Grafico 4a. Frecuencia de trastornos de conducta alimenticia en adolescentes.

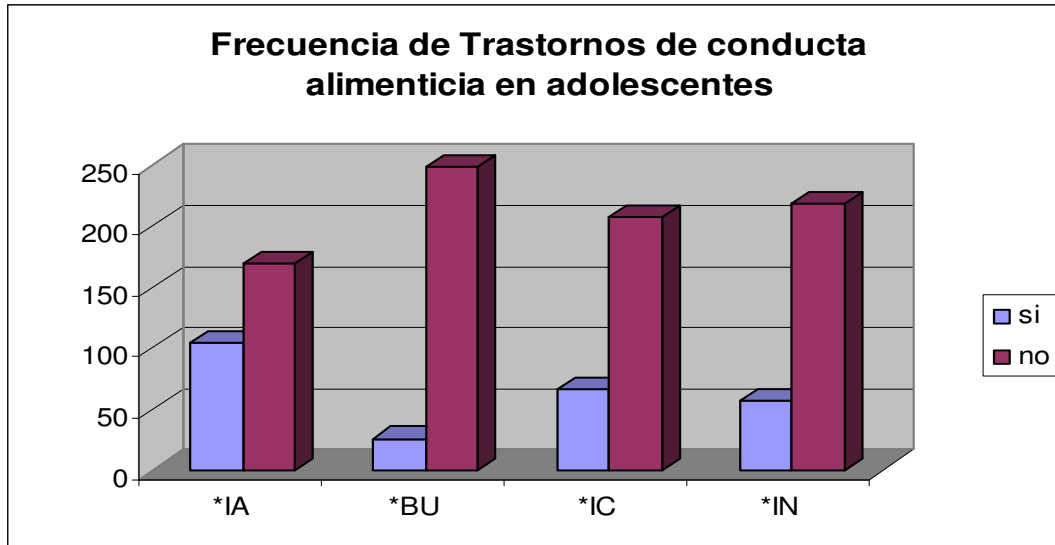
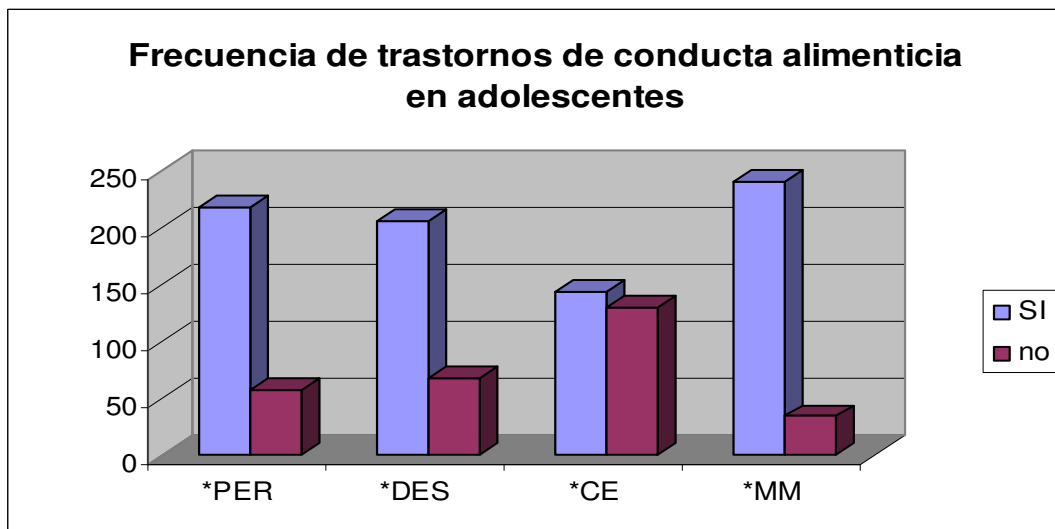


Grafico 4b. Frecuencia de trastornos alimenticios en adolescentes.



En Donde:

*IA: Impulso por adelgazar, *BU: Bulimia, *IC: Insatisfacción corporal, *IN: Inadaptación, *PER: Perfeccionismo, *DES: Desconfianza interpersonal, *CE: Conocimiento enteroceptivo, *MM: Miedo a madurar.

Tabla 4: Factores asociados a los trastornos de conducta alimenticia.

Variable	P	RM	IC 95%
Disfunción Familiar			
• Bulimia	0.04	2.25	0.93 – 5.47
• Insatisfacción Corporal	0.04	1.77	0.97 – 3.23
• Inadaptación	0.000	88	1.52 – 5.47
• Conocimiento enteroceptivo	0.000	2.69	1.56 – 4.66
Sexo femenino			
• Bulimia	0.000	24.41	3.45 – 4.90
• Impulso por adelgazar	0.000	4.25	2.39 – 7.60
• Insatisfacción corporal	0.000	3.31	1.71 – 6.50
• Inadaptación	0.000	2.70	1.36 – 5.43
• Miedo a madurar	0.000	2.24	1.01 – 4.99
• Conocimiento enteroceptivo	0.000	2.16	1.29 – 3.61
Inadaptación			
• Turno vespertino	0.001	2.18	1.14 – 4.19

DISCUSION DE RESULTADOS.

El presente estudio demostró que la presencia de conductas preanoréxicas en adolescentes entre 15 y 19 años más frecuentes fueron: el miedo a la madurez, desconfianza interpersonal, impulso por adelgazar; asociándose a la presencia de disfunción familiar, el género femenino y la inscripción en el turno vespertino.

Nilo Lambruschini y Rosaura Leis²⁹ identificaron en un estudio realizado en adolescentes entre 15 y 16 años de edad que el género femenino tiene una mayor susceptibilidad a presentar conductas preanoréxicas como percepción de peso elevado previas a desarrollar criterios DSM-IV para anorexia y bulimia. Lo que apoya nuestro hallazgos en donde el género tiene una asociación a la presencia de estas conductas preanoréxicas cabría señalar que en las últimas décadas el impacto de los medios de difusión han mostrado el estereotipo social así como una serie de ideas, actitudes que demuestran la valorización de la sociedad hacia la delgadez lo que llevan a la adolescente que se encuentra en búsqueda de identidad a tomar estos patrones de comportamiento e incrementar su susceptibilidad.

Los cambios fisiológicos como psicológicos que sufre el adolescente para integrar su personalidad durante el inicio de esta etapa son diversos y generalmente se enfocan en la búsqueda de identidad tomando patrones referenciales externos, que influyen en lo que serán sus expectativas sociales, su autoimagen y así como se moldeara su comportamiento ante diversas situaciones ³⁰ lo anterior se ve apoyado por González Macías y cols ³¹ quien refieren en su estudio que las características de la personalidad influyen en los trastornos de percepción.

Otro estudio de cohortes realizado por Martínez González del departamento de epidemiología pública en un estudio demostró que el perfeccionismo y la baja autoestima son rasgos psicológicos de vulnerabilidad para presentar conductas preanoréxicas. ³²

Tal como lo muestra nuestro estudio existe un alto porcentaje de miedo a la madurez, desconfianza interpersonal y perfeccionismo.

Sugerimos que en el continuo deseo del adolescente por mostrar su independencia aunado a búsqueda de su personalidad lo hacen un grupo vulnerable para llevar a tomas decisiones propias, experimentar nuevos estilos de vida, aceptación de valores existentes y por ende adoptar nuevos patrones alimentarios que diseñen el modelo social impuesto.

Multaba, Furnnam y cols³³ demostraron que los factores familiares tomando en cuenta los antecedentes de Trastornos de Conducta Alimentaria en la familia, estado civil de los padres y los conflictos familiares son importantes en los adolescentes para desarrollar algún tipo de Trastornos de Conducta Alimentaria.

El Centro nacional de equidad de genero y salud reproductiva en un estudio sugiere ámbitos de riesgo que incluyen el contexto cultural y el familiar en el que pueden encontrarse los rasgos característicos de la familia psicósomática, aglutinantes, sobreprotectoras y rígidas.

La Psicóloga Elizabeth Rodríguez ³⁴ en una revisión sobre las familias con trastornos de la alimentación refiere que en un grupo familiar que vive las situaciones de este tipo se alteran la dinámica familiar quebrantando la homeostasis y convierten a la familia en un grupo disfuncional. Nuestro estudio muestra una relación importante entre las conductas preanorexicas y la mala funcionalidad familiar, ya que los adolescentes en el contexto psicológico encuentran en la imagen corporal una fotografía mental en donde el cuerpo juega un papel importante en el concepto de si mismo, repercutiendo en las relaciones interpersonales y los roles sociales ya que los adolescentes por su deseo de ser aceptado encuentran en la alimentación formas de protegerse, expresar ira o apaciguar tensiones insoportables, al igual que distanciarse de situaciones dolorosas.

Todo esto es de suma importancia ya que durante esta etapa de cambio existen grandes vicisitudes en la relación madre e hija, dependencia hostil al igual que falta de límites en la familia; además no es raro que durante la

adolescencia el padre se separe un poco de sus hijas, esto por confusión ante los cambios corporales que ellas presentan, al igual que falta de comunicación verbal por no ser criticada su autoridad paterna.

Si bien es cierto que la adolescencia es un periodo de cambios y adaptación, la presencia del padre es de suma importancia esto por la aprobación que se busca la mujer ante el varón, siendo obligación de los padres ayudar a definir sus propios valores, mostrar el respeto a su individualidad, esto para favorecer aumento de su autoestima, al igual que hacer hincapié en omitir comentarios hacia otras mujeres para evitar que la adolescente se sienta agredida. Por lo anterior es importante resaltar el papel que juega la familia en este tipo de trastornos enfatizando en la comunicación y transmisión de valores que sirven de factores de protectores durante esta etapa.

En esté estudio encontramos que el turno vespertino es un factor de riesgo importante para desarrollar algunos trastornos alimenticios considerando que pasan grandes periodos de tiempo con los amigos y tratando de imitar y así formar su identidad, de la misma manera el permanecer fuera de casa durante la tarde influye en que los padres tengan poca comunicación y supervisión tanto en lo académico como en lo personal sin embargo no se encontró en la literatura reporte alguno al respecto.

CONCLUSIONES.

De los hallazgos de nuestro estudio podemos concluir lo siguiente:

La edad promedio para desarrollar patología de conducta alimenticia oscila entre 15 y 16 años, siendo el sexo femenino más afectado, presentándose en estudiantes de primero y segundo año adscritos al turno vespertino.

En el total de los adolescentes se encontraron conductas preanorexicas siendo las mas frecuentes Miedo a madurar en un 87.6%, Perfeccionismo en 79.3%, Desconfianza Interpersonal en un 75.3%, Conocimiento enteroceptivo en 47.6%, Impulso por adelgazar 38.2% e Insatisfacción corporal en un 24.4% y en menor frecuencia Inadaptación en 20.7% y Bulimia en 9.5%.

Con lo referente a la funcionalidad familiar encontramos una buena funcionalidad en un 64.0%, Disfunción leve en un 26.9%, Disfunción moderada en 5.5% y Severa en 3.6%.

Existe una asociación entre funcionalidad familiar y bulimia, insatisfacción corporal, inadaptación y conocimiento enteroceptivo.

El sexo femenino se encuentra en estrecha relación con bulimia, impulso por adelgazar, insatisfacción corporal, inadaptación, miedo a madurar, conocimiento enteroceptivo, de igual manera el turno vespertino tiene una relación importante con la inadaptación.

COMENTARIOS.

En las últimas décadas los trastornos de conducta alimenticia han ido en aumento convirtiéndose en un problema de salud de primera línea por su presentación atípica, razón por la cual el médico de familia juega un papel importante en la detección precoz y el tratamiento oportuno recordando que los adolescentes es grupo de alto riesgo por las condiciones o características evolutivas en su proceso de maduración y búsqueda de identidad aunado a la poca demanda de atención de los servicios de salud en el primer nivel.

La poca información del profesional de salud ante estos trastornos aunado a la falta de tiempo real para actividades preventivas en la consulta hace aún más difícil la detección.

La función principal del médico familiar es detectar oportunamente las crisis familiares que se presentan en familias con adolescentes a fin de prevenir la presentación de trastornos de conductas alimenticia que aparecen previos a manifestar un trastorno de alimentación establecido.

Todo esto nos crea tomar conciencia en la importancia de enfocarnos en la preparación para la atención de adolescentes y coordinar medidas preventivas en el primer nivel de atención considerándolos pilares importantes en esta sociedad.

Es de suma importancia la capacitación continua del personal médico y paramédico, medios de comunicación, escuelas y familia que mantiene contacto con Adolescentes con el fin de conocer e identificar de manera temprana este tipo de patologías que cada vez se presentan con mayor frecuencia en nuestra población derechohabiente.

Considero enfatizar en la difusión de este tipo de trastornos esto para que el adolescente conozca su existencia y sobre todo del manejo integral y oportuno.

La relación entre el médico de Familia y la familia con algún integrante que curse con este tipo de trastornos debe ser tratada en conjunto ya que no se trata únicamente de una enfermedad sino de una persona y una familia que se encuentra viviendo una crisis la cual requiere de toda la atención y apoyo para superarla.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Silverman J A. History of anorexia nervosa. The Guilford Press 1995: 141-150.
- 2.-Wilhem K A, Clarke y cols. Eating Disorders from primary care prospective. MJA 1998; 168: 458-63.
- 3.-Can clieting cause eating disorders? Psychological medicine 1997; 27: 509-13.
- 4.-M.I Gil Canalda, J P Candela Villanueva y cols: Atención Primaria y Trastornos de la alimentación: Nuestra actitud frente a ellos. Atención Primaria 2003; 31(3): 178-80.
- 5.-Laseguee C. La nueva mirada Un nuevo padecer. 2ª edición. 2000; 13-22.
Costil C. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimenticios, diagnostico, tratamiento y prevención. ED. Diana; 2002: 25-27.
- 6.-Gonzalez Macias y cols. Personalidad y trastornos de conducta alimenticia. Salud mental 2003; Vol. 26 (3): 2-4.
- 7.-Wilhem KA, Clarke SD. Eating Disorders from a primary care prospective. MJA 1998; 168: 458-63.
- 8.-Gómez candela C y cols. Protocolo de atención a pacientes con trastornos de conducta alimenticia. Centro de publicaciones 2000.
- 9.-Álvarez G Mancilla, López y cols. Trastornos alimenticios y obesidad. Avances de investigación de una población mexicana. Psicología contemporánea 1998; Vol. 5(1) 5-77.
- 10.-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva: Guía de Trastornos alimenticios. 2004; Vol. 23 (7): 23-29.

11.-Adriana Miranda y cols. Trastornos de la Alimentación. Medica Sur México Vol. 7(4) Octubre-Dic 2000.

12.-Salcedo Meza C. La adicción por la delgadez: Monografías bulimia y anorexia. Disponible en: www.monografias.com.mx

13.-Stewart A. La prevención de trastornos de conducta alimenticia. Enfoque multidisciplinario. ED Granic 2000; 144-148.

14.-Saslausky L. Bulimia y anorexia nerviosa. Practicas interdisciplinarias. Argentina: ED. Atuel; 1996; 45-47.

15.-Goldman BA. ¿Una anorexia o una historia masculina? Anorexia y Bulimia un nuevo padecer. 2ª edición Buenos aires 2000: 63.

16.-Onis L. Terapia familiar y los trastornos psicósomáticos. España ED Paidós; 1990:78-83.

17.-Bruch Hilde. El enigma de la anorexia nerviosa. Barcelona ED Paidós; 2002: 81.

18.-Gula P. Saber para prevenir. ED España. 2000; 92.

19.-Beber E, Benedetti C y cols. Practicas interdisciplinarias. ED. Atuel; 1996; 229-237.

20.-Pasqualini D, Fahrar y cols. El adolescente con trastornos de conducta alimenticia: Modelo de asistencia integral ambulatoria. ED. Atuel; 1996; 81-92.

21.-Francisca Anaya. El sexo, factor relevante en los trastornos de conducta alimenticia. Enfermería Clínica 2004; 14(4)

22.-GONZÁLEZ-MACÍAS U, CABALLERO C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Salud Mental: 2003; Vol. 26, (3): 2,4.

23.-Fernanda Rava y Tomás J. Silber. Bulimia nerviosa, Desde la etiología hasta la prevención Archivos de pediatría 2004; 102(6)

24.-Rausch Herscovici C Bay L (1997) Anorexia y Bulimia Nerviosa. Amenazas a la autonomía. Terapia Familiar 4ª Reimpresión ED: Paidós 62-67.

25.-ANTEBI D, LASÉGUEE C: La nueva mirada: GOLDMAN, Anorexia y bulimia. Un nuevo padecer. 2ª ED. ED Buenos Aires: 2000: 13-22.

26.-Eduardo García-García, MC, Verónica Vázquez-Velásquez, lic. en Psic, Juan Carlos López-Alvarenga, M en C, Denise Arcila-Martínez, Lic. en Psicología
Validez del Eating Disorder Inventory. Salud pública de México vol.45, no.3, mayo-junio de 2003.

27.-El APGAR familiar en el cuidado primario de salud
Liliana Arias C., MD., Julián A. Herrera, MD.

28.-SALCEDO-MEZA C. La adicción por la delgadez. En: Álvarez y Battaglia. Monografía de bulimia y anorexia. Disponible en: www.Monografias.com.

29.-Nilo Lambruschini y Rosaura Leis. Trastornos de la conducta alimenticia. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Nutrición: 361- 374.

30.-Elizabeth Rodríguez, M. Psicología. Familias con Trastornos de la alimentación. La Familia Capítulo 31: 329 – 336.

31.-González Macías laura, Urikel Santoncini y cols. Personalidad y trastornos de la conducta alimenticia. Salud mental 2003; 26(3) 1-8

32.-Martínez González y J. Irala. Departamento de Epidemiología y Salud Publica, Facultad de Medicina Pamplona España. Los trastornos del comportamiento alimenticio en España. Gaceta Sanitaria Vol. 17 No. 5 Barcelona Sep 2003.

33.-Multaba T, Fumham A y cols. A cros cultural study of parental conflict and eating disorders in mon. Int J Social Psychiatry 2001; 47: 24-35.

34.-Elizabeth Rodríguez M. Familiar con trastornos de la alimentación Asociación mexicana de pediatría. La familia ED. Textos mexicanos; 2003; 329-336.

35.-Mario J Casas, Lucia Ayllón Valdés. Anorexia. Hospital Pediátrico Universitario. Rev. Cubana Pediatría 2002; 74 (3):213-21.

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 20
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado
“Frecuencia de trastornos de conducta alimenticia y alteraciones en la funcionalidad familiar del Adolescente”
registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar la FRECUENCIA DE TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTICIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES de nivel medio superior de CCH en zonas de afluencia de la UMF No. 20

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador aplicarme un cuestionario y realizarme mediciones de peso y talla.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer la frecuencia de trastornos de conductas alimentarios en adolescentes conocimiento que aplica en su práctica clínica diaria. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del médico

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

CLAVE 2810-003-002

ANEXO 2



Unidad de Medicina Familiar 20 Vallejo

El siguiente cuestionario nos proporciona información importante, por lo cual le solicitamos ser honesto en cada una de sus respuestas. Esta información será confidencial.

Edad

Sexo

Escolaridad

Estado. Civil

APGAR FAMILIAR

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mis padres cuando tengo un problema o necesidad					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en casa y el dinero					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos o amigas					
Tiene usted un amigo o amiga cercana con quien acercarse cuando necesita alguna ayuda					

Questionario EDI (Eating Disorders Inventory)

	El siguiente cuestionario es una escala de medición de 64 preguntas a las cuales se les asigna una puntuación. Impulso por adelgazar preguntas: 1, 7, 16, 25, 32, 19. (Rango 0-21). Bulimia: 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61. (Rango 0-27). Insatisfacción corporal: 2, 9, 12, 19, 31,45, 59, 62. (rango 0-27) Inadaptación: 10, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56 (rango 0-30) Perfeccionismo: 13, 29, 36, 43, 52, 63 (rango 0-18). Desconfianza Interpersonal: 15, 17, 23, 30, 34, 54 (rango 0-17) Conocimiento Enteroceptivo: 8, 21, 26, 33, 40, 44, 60, 64 (rango 0-23). Miedo a madurar: 3,16, 14, 22, 35, 39, 48, 58 (rango 0-24)	Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Rara vez	Nunca	Puntuación	Interpretación
1	Como dulces y carbohidratos sin sentirme nervioso	1	2	3	4	5	6	IA	
2	Pienso que mi estomago es demasiado grande	6	5	4	3	2	1	IC	
3	Me gustaría volver a la seguridad de mi infancia	6	5	4	3	2	1	MM	
4	Cuando estoy preocupado como	6	5	4	3	2	1	B	
5	Me hartó de la comida	6	5	4	3	2	1	B	
6	Me gustaría ser más joven	6	5	4	3	2	1	MM	
7	Me preocupo de la alimentación	6	5	4	3	2	1	IA	
8	Me asusto cuando mis emociones son demasiado intensas	6	5	4	3	2	1	CE	
9	Pienso que mis músculos son demasiado gruesos	6	5	4	3	2	1	IC	
10	Me considero incapaz como persona	6	5	4	3	2	1	IN	
11	Me siento muy culpable después de una gran comida	6	5	4	3	2	1	IA	
12	Pienso que mi estomago tiene el tamaño adecuado	1	2	3	4	5	6	IC	
13	En mi familia se aprecian adecuadamente sólo las prestaciones excepcionales	6	5	4	3	2	1	P	
14	La época más bonita de mi vida fue la infancia	6	5	4	3	2	1	MM	
15	Considero hablar abiertamente de mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	DI	
16	Tengo terror a engordar	6	5	4	3	2	1	IA	
17	Me fío de los demás	1	2	3	4	5	6	DI	
18	Me siento solo en el mundo	6	5	4	3	2	1	IN	
19	Me siento satisfecho con mi físico	1	2	3	4	5	6	IC	
20	Puedo afirmar que generalmente puedo controlar loa avatares de mi vida	1	2	3	4	5	6	IN	
21	No tengo claro que emociones me dominan	6	5	4	3	2	1	CE	
22	Preferiría ser un adulto que un muchacho /a	1	2	3	4	5	6	MM	
23	Logro comunicarme fácilmente con los demás	1	2	3	4	5	6	DI	
24	Me gustaría ser otra persona	6	5	4	3	2	1	IN	
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso	6	5	4	3	2	1	IA	
26	Puedo identificar con claridad el tipo de emociones que experimento	1	2	3	4	5	6	CE	
27	Me siento inadaptado	6	5	4	3	2	1	IN	
28	He acabado por resoplar cada vez que me doy cuenta de que no puedo contenerme	6	5	4	3	2	1	B	
29	De pequeño he intentado por todos los medios evitar disgustos con mis padres /profesores	6	5	4	3	2	1	P	
30	Tengo amigos íntimos	1	2	3	4	5	6	DI	

31	Me gusta la forma de mi trasero	1	2	3	4	5	6		IC
32	Estoy obsesionado por el deseo de ser mas delgado	6	5	4	3	2	1		IA
33	No me doy cuenta de lo que me está pasando por dentro	6	5	4	3	2	1		CE
34	Tengo dificultades para explicar mis emociones a los demás	6	5	4	3	2	1		DI
35	Ser adulto conlleva obligaciones muy importantes	6	5	4	3	2	1		MM
36	Odio no ser el mejor en todo	6	5	4	3	2	1		P
37	Me siento seguro de mi mismo	1	2	3	4	5	6		IN
38	Estoy preocupado por comer demasiado	6	5	4	3	2	1		B
39	Estoy feliz por no ser ya un niño	1	2	3	4	5	6		MM
40	No me doy cuenta exacta de si tengo hambre o no	6	5	4	3	2	1		CE
41	Tengo una pobre opinión sobre mi mismo	6	5	4	3	2	1		IN
42	Creo que puedo alcanzar el nivel que me corresponde	1	2	3	4	5	6		IN
43	Mis padres se asombran de mis excelentes resultados	6	5	4	3	2	1		P
44	Temo perder el control de mis sentimientos	6	5	4	3	2	1		CE
45	Pienso que mis caderas son demasiado anchas	6	5	4	3	2	1		IC
46	Como con moderación ante otros y me atraco cuando de han ido	6	5	4	3	2	1		B
47	Me siento inflado tras una comida normal	6	5	4	3	2	1		CE
48	Pienso que la gente es mas feliz durante la infancia	6	5	4	3	2	1		MM
49	Si aumento un kilo de peso temo que seguiré engordando	6	5	4	3	2	1		IA
50	Pienso que soy una persona digna	1	2	3	4	5	6		IN
51	Quando estoy preocupado no alcanzo a saber si estoy triste, asustado o irritado	6	5	4	3	2	1		
52	Creo que las cosas se deben hacer perfectamente	6	5	4	3	2	1		P
53	He pensado en vomitar para perder peso	6	5	4	3	2	1		B
54	Siento la necesidad de mantener a la gente a distancia (me siento incomodo con la gente)	6	5	4	3	2	1		DI
55	Creo que mis muslos tienen el tamaño justo	1	2	3	4	5	6		
56	Me siento vacío por dentro (emocionalmente)	6	5	4	3	2	1		IN
57	Puedo hablar de mis pensamientos y sentimientos personales	1	2	3	4	5	6		DI
58	La mejor época de la vida es cuando se alcanza la edad adulta	1	2	3	4	5	6		MM
59	Creo que mi trasero es demasiado grande	6	5	4	3	2	1		IC
60	Tengo sensaciones que no consigo definir bien	6	5	4	3	2	1		CE
61	Como y bebo a escondidas	6	5	4	3	2	1		B
62	Creo que las proporciones de mis caderas son las justas	1	2	3	4	5	6		IC
63	Tengo metas muy elevadas	6	5	4	3	2	1		P
64	Quando estoy preocupado, temo empezar a comer	6	5	4	3	2	1		CE