



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

TÍTULO:

**Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su relación
con la imagen corporal en mujeres adolescentes del Hospital
Central Norte de Pemex**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PRESENTA:**

SALVADOR RUIZ PÉREZ

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

TUTOR: DRA. MARTHA LAURA CRUZ ISLAS

ASESORES:

DR. JORGE ESCORCIA DOMINGUEZ

DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

DR. PIERRE ABIS DUPERVAL

MÉXICO, D.F.

2008



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.

Vo. Bo.

DR. CARLOS FERNANDO DIAZ ARANDA

DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL SUR
PETROLEOS MEXICANOS

DR. JAIME ELOY ESTEBAN BAZ

DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE
PETROLEOS MEXICANOS

DRA. JUDITH LOPEZ ZEPEDA

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
PETROLEOS MEXICANOS HCSAE

DRA. MARTHA LAURA CRUZ ISLAS

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
PETROLEOS MEXICANOS HCN Y TUTOR DE TESIS

Vo. Bo.

DRA. ANA ELENA LIMON ROJAS

JEFE DE SERVICIO HCSAE Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA
PETROLEOS MEXICANOS

DR. JORGE ESCORCIA DOMINGUEZ

JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL CENTRAL NORTE
ASESOR DE TESIS

DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, "RAMÓN DE LA FUENTE MÚÑIZ" SSA.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS Y PSICOSOCIALES
ASESOR DE TESIS

DR. PIERRE ABIS DUPERVAL

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
CENTRO DE INFRAESTRUCTURAS PARA EL DESARROLLO
CENTRO DE INFORMACIÓN PARA DECISIONES EN SALUD
ASESOR DE TESIS

Dedicatoria:

Este trabajo esta dedicado a los niños, gracias por enseñarme una forma de vivir.

Agradecimientos:

A Dios, que en cada sonrisa de un niño nos muestra su presencia y en cada nacimiento nos regala una nueva oportunidad.

A mi esposa Gisell: Gracias por alimentar mi corazón, por levantar mi ánimo y hacerme reír. Gracias Princesa por hacerme tan feliz. Te amo.

A mi hijo Salvador: Siempre soñé contigo. Tú me motivas cada día a esforzarme. Gracias por enseñarme a ponerme en el lugar de los padres.

A ese par de Ángeles que han dedicado su vida y sus canas intentando crear una luz en la oscuridad, gracias mamá y papá.

Abue: te amo viejita hermosa, todo lo que soy también es gracias a ti.

A mis hermanas Daniela y Gabriela por todo su apoyo y amor. Son mi orgullo.

Al Gobernador de Tamaulipas Ing. Eugenio Hernández Flores: Gracias por su apoyo incondicional y sobre todo por creer en mí. A la Lic. Rocío Pérez Cantú: Gracias por darme la oportunidad y acompañarme al recorrer este camino. Ustedes son parte de esto.

A mis asesores de tesis: Dra. Claudia Unikel Santoncini, Dra. Martha Laura Cruz Islas y Dr. Pierre Duperval: Gracias por el honor de trabajar con Ustedes, por darle sentido a la estadística y vida a esta investigación.

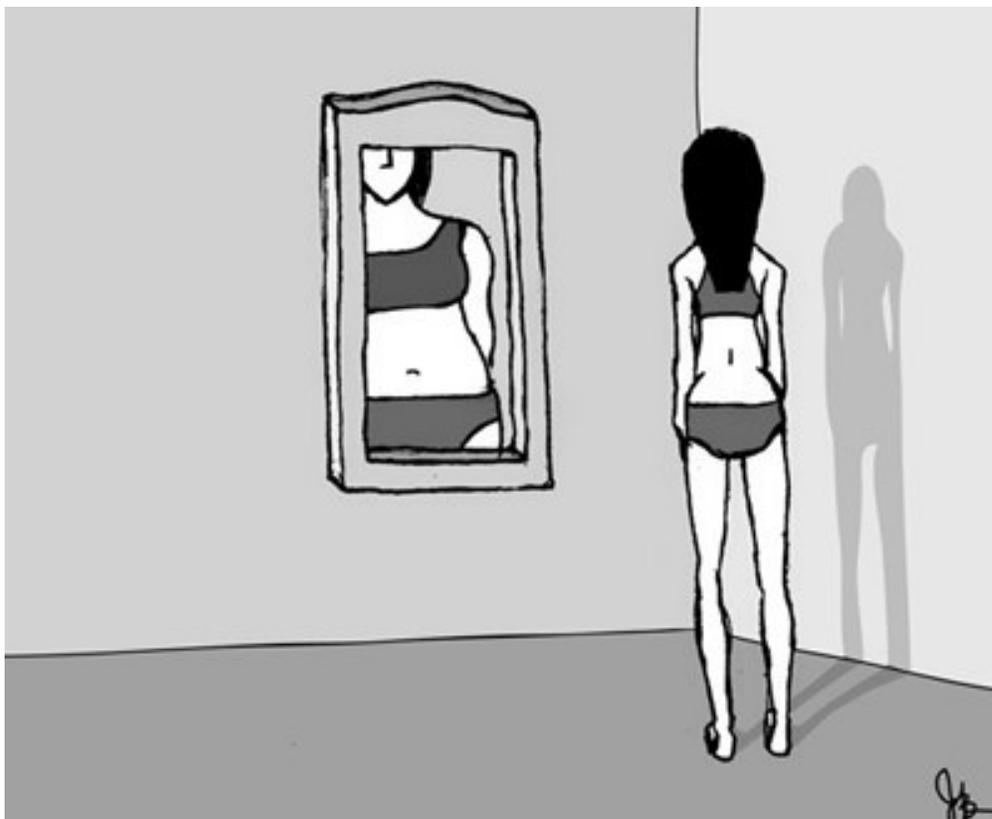
A mis maestros: Dr. Jorge Escorcía Domínguez, Dra. Erika Rendón, Dra. Angélica Hernández, Dr. Sergio Rodríguez, Dr. Mora Fol, Dra. Nancy Barrera, Dr. Ray Hernández, Dr. Luna, Dr. Cano y Dra. Reyna gracias por su tiempo, su apoyo y sus enseñanzas.

A mis compañeros de residencia: Anwar, Beto, Gaby, Ivonne, Ilianita y Miguel. Gracias por tantos momentos compartidos, unidos siempre salimos adelante. Gracias por sus enseñanzas, pero sobre todo gracias por su amistad. Christopher más que un amigo eres un hermano, gracias por todo.

Finalmente gracias a todos aquellos que han participado en mi formación en el Hospital Central Sur y Hospital Central Norte, al Cuerpo de Enfermería de ambos hospitales y a mis maestras de la Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Pediatría, siempre los recordare con mucho cariño y gratitud.

Salvador Ruiz Pérez

**Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su relación
con la imagen corporal en mujeres adolescentes del Hospital
Central Norte de Pemex**



I. ÍNDICE

I.	Índice.....	1
II.	Planteamiento del problema.....	2
III.	Justificación.....	4
IV.	Fundamento teórico.....	6
V.	Hipótesis	12
VI.	Objetivos.....	12
VII.	Metodología.....	13
VIII.	Diseño del Estudio.....	14
	1. Definición del universo.....	14
	2. Criterios de selección:.....	14
	3. Definición de variables.....	16
	4. Instrumentos.....	19
IX.	Aspectos éticos.....	21
X.	Población y muestra.....	22
XI.	Análisis Estadístico.....	23
XII.	Resultados.....	23
XIII.	Discusión.....	30
XIV.	Conclusiones.....	33
XV.	Referencias bibliográficas.....	34
XVI.	Anexos.....	38

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud pública que se ha incrementado de manera importante en las 2 últimas décadas. Afecta a todos los niveles socioeconómicos y grupos étnicos (1, 2), con un predominio en el sexo femenino; la bibliografía internacional estima una relación mujer-hombre de 10 a 20:1 (3) y en la población general se reporta una frecuencia de anorexia nerviosa (AN) del 0.5% y de bulimia (BN) del 1-3%, los trastornos alimentarios no especificados (TANE) tienen una frecuencia aún mayor (1,3). Los TCA tienen un alarmante crecimiento a nivel mundial, en Estados Unidos la AN ocupa el tercer lugar entre las enfermedades crónicas más comunes. En Australia el tratamiento de la AN es el segundo más costoso en el sector privado (2). Así mismo muchas publicaciones afirman que estos trastornos son raros en países en vías de desarrollo (1), situación que se está modificando. En México Mancilla y cols. detectaron en estudiantes universitarios algún trastorno de la esfera alimentaria en el 8.3%. Chávez reportó en estudiantes guanajuatenses de nivel medio superior conductas alimentarias de riesgo entre las que destacan vómito intencionado en aproximadamente el 12.7% de las mujeres y atracones en aproximadamente el 30% (4). Unikel, Bojórquez y cols. realizaron un estudio comparativo entre las tendencias de conductas alimentarias de riesgo registradas en la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997 y la del 2003, los resultados mostraron que en 1997 3.4% de las mujeres presentaba 3 o más conductas alimentarias de riesgo, cifra que se elevó a 9.6% en el 2003, mostrando así un incremento de casi un 300% en 6 años (5). La importancia de las conductas alimentarias

de riesgo no sólo radica en el importante incremento reportado en la literatura, sino en que la detección precoz y su tratamiento temprano evitan la evolución de una dieta excesiva a un trastorno temprano y posteriormente a un síndrome completo (3). A pesar de la importancia creciente de las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) no existe aún un consenso en cuanto a la frecuencia en México y se han encontrado porcentajes muy variables de entre 5 y 18% (6). Este crecimiento es en parte debido al desmedido bombardeo de los medios de comunicación con imágenes de mujeres cada vez más delgadas, relacionando la delgadez con el éxito; esto aunado a que la adolescencia es un período crítico en el cual la imagen corporal está en construcción y existen numerosos cambios físicos que hacen de esta etapa un terreno fértil para el desarrollo de CAR (2,7). Por tanto es de suma importancia cuestionarnos **¿Cuál es la prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes de nuestro Hospital?** y **¿Cuál es la relación entre las Conductas Alimentarias de Riesgo y la imagen corporal en adolescentes del Hospital Central Norte?**

III. JUSTIFICACION:

Si bien los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en conjunto se presentan en aproximadamente un 3% de la población, las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son mucho más frecuentes, este concepto engloba síndromes parciales, conductas alimentarias anormales y trastornos subclínicos con manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad que los TCA. (6) La importancia de las CAR radica en 4 factores:

1. Los TCA inician con CAR, sin embargo si estas se detectan de manera precoz es factible se interrumpa la progresión con medidas preventivas (3). Una vez instalados los TCA tiene un tratamiento muy costoso con una elevada tasa de recaída del hasta el 27%(10).

2. Las CAR son difíciles de reconocer clínicamente ya que no se observa la totalidad de los criterios de los TCA, esto aunado a que los pacientes niegan o encubren el padecimiento, desemboca en un diagnostico tardío con el consecuente incremento en la morbimortalidad.

3. La adolescencia es un momento crítico del desarrollo desde el punto de vista biológico, psicológico y social (2), por lo que la detección temprana evita serias repercusiones a estos 3 niveles, además del coste económico de llegar a la etapa productiva de la vida portando TCA.

4. Múltiples estudios a nivel mundial muestran un importante crecimiento de las CAR, nuestro país no ha sido la excepción (5,7,11,12)

Así mismo, está plenamente demostrado que la distorsión de la imagen corporal es un componente medular de los TCA por lo que resulta interesante

determinar la relación existente entre las conductas alimentarias de riesgo y la imagen corporal.

Por lo tanto, es importante determinar la prevalencia de CAR en adolescentes y su relación con la imagen corporal. Con base en los resultados de este estudio obtendremos un marco de referencia para vigilar la evolución de este padecimiento aparentemente proliferante, y en su caso servirá de punto de referencia para implementar medidas preventivas en adolescentes. Así mismo es la mayoría de los estudios reportados en la literatura se han realizado en estudiantes y no hay estudios de este tipo en población hospitalaria cerrada.

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO:

Se le llama adolescencia (Del latín *adolescencia*: que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo, Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2005, Ed. Santillana) al periodo de transición y enlace entre la infancia y la condición de adulto cuyo inicio se sitúa a los 10-12 años en las niñas y concluye a los 18 años (13). Por tanto, en nuestra investigación el grupo de estudio tiene como límite inferior los 12 años de edad y como límite superior los 17 años con 364 días, el límite inferior para incluir explícitamente adolescentes y el límite superior por conveniencia ya después de esta edad las pacientes administrativamente dejan de ser manejados por el Servicio de Pediatría.

La adolescencia es un periodo crítico de transición durante el cual se presentan cambios cognoscitivos, físicos y sociales que progresan a través de la pubertad hasta llegar a la adultez. Los cambios psicológicos, el crecimiento físico y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios convergen con sentimientos de tensión sexual, atracción física, relaciones sociales inciertas, todo este conjunto de factores contribuye a tener una imagen corporal cambiante. Esto aunado a la influencia de los medios de comunicación que promueven figuras muy delgadas y a la epidémica proliferación de la obesidad en adolescentes crea una gran brecha entre el físico promedio de las adolescentes y el ideal estético promovido por los medios de comunicación. El resultado es la insatisfacción corporal, un terreno fértil para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo (2).

Los TCA han tomado un lugar importante entre las enfermedades crónicas más comunes en la edad pediátrica, especialmente en mujeres (14). Este padecimiento esta dividido en 3 patologías AN, BN y TANE. Los más grandes avances en el conocimiento y clasificación de los TCA se han dado en las 2 últimas décadas (10). Los términos AN y BN están claramente definidos en el manual diagnostico estadístico y de los trastornos mentales (DSM-IV) (tabla 1)

Tabla1. Diagnostico de Anorexia y Bulimia DSM-IV (15)	
Anorexia Nerviosa: AN	Bulimia: BN
<p>1. Miedo intenso a ser gordo o aumentar de peso aunque el peso sea insuficiente.</p> <p>2. Rechazo a mantener el peso corporal en un valor mínimo parra la edad y talla o por encima de este (i.e., perdida de peso que llevara a mantener el peso corporal <85% del esperado, fracaso para lograr el aumento de peso esperado durante el periodo de crecimiento, lo que conduce a un peso de corporal <85% del esperado)</p> <p>3. Alteración de la percepción de la imagen corporal, influencia indebida de la forma o del peso en la autoevaluación, o rechazo de la gravedad del bajo peso actual.</p> <p>4. Amenorrea o ausencia de a menos 3 ciclos menstruales consecutivos (se consideran amenorréicas a aquellas mujeres cuyos periodos son inducidos solo después de la estrogenoterapia).</p> <p><u>Tipos:</u> <i>Restrictivo:</i> ausencia de atracones compulsivos o purgas regulares (vómitos autoinducidos o consumo de laxantes) <i>Atracón compulsivo/purga:</i> atracones compulsivos o purgas regulares en un paciente que también cumple los criterios mencionados antes para anorexia nerviosa.</p>	<p>1. Episodios recurrentes de atracones compulsivos, caracterizados por:</p> <p>a) Ingerir en un periodo de determinado (i.e., en 2h) cantidades notables, mas grandes que las que podría consumir la mayoría de las personas en circunstancias similares durante el mismo periodo.</p> <p>b) Sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere durante el atracón.</p> <p>2. Conducta compensatoria inadecuada recurrente para prevenir el aumento de peso (i.e., vómitos autoprovocados, consumo de laxantes o diuréticos; ayuno; actividad física excesiva).</p> <p>3. Los atracones y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, en promedio, al menos dos veces por semana durante al menos 3 meses.</p> <p>4. Autoevaluación indebidamente afectada por la forma de peso corporal.</p> <p>5. La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.</p> <p><u>Tipos:</u> <i>Purgativo:</i> autoinducción de vómitos o consumo de laxantes o diuréticos, de manera regular. <i>No Purgativo:</i> utiliza otras conductas compensatorias inadecuadas (i.e., ayuno o actividad física excesiva) sin inducción de vómitos o consumo de laxantes o diuréticos de manera regular</p>

Más recientemente el TANE surge como un nuevo diagnóstico para definir a los individuos que manifiestan episodios compulsivos de comidas copiosas pero sin purga, la mayoría de los cuales padece sobrepeso, este diagnostico aún no

se define oficialmente en el DSM-IV como un trastorno de la alimentación separado (3), sin embargo la mayoría de los autores agrupan en este termino a los TCA que no cumplen por completo los criterios para anorexia ó bulimia y están asociados a una gran variabilidad sintomatológica. (14) Una definición clara de TANE, es la del Manual Diagnostico y Estadístico de Trastorno Mentales en atención Primaria, versión para niños y adolescentes (DSM-PC) (tabla 2)

Tabla 2. Trastornos alimentarios No especificados (Aquellos que no cumplen los criterios del DSM-IV para anorexia o bulimia) (16)

1. Todos los criterios para anorexia nerviosa, excepto conservar menstruación regular.
2. Todos los criterios para anorexia nerviosa, excepto mantener un peso en rangos normales.
3. Todos los criterios para bulimia nerviosa, excepto presentar atracones < 2 veces por semana o < de 3 por mes
4. Paciente con peso corporal normal quien regularmente presenta comportamientos compensatorios inapropiados después de comer porciones pequeñas(ie, vomito autoinducido depuse de comer 2 galletas)
5. Paciente que prestidamente mastica y escupe grandes cantidades de comida sin deglutirla
6. Trastorno alimentario por Atracón: Atracones recurrentes pero sin presentar un comportamiento compensatorio inadecuado.

Si bien los TCA definidos en el DSM-IV tienen una prevalencia relativamente baja, las conductas alimetarias de riesgo son mucho más frecuentes. No existe un concepto unificado de las conductas alimentarias de riesgo (CAR), pero este termino, así como lo síndromes parciales, conductas alimentarias anormales y trastornos subclínicos hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en intensidad a las de los TCA. (6) En la Ciudad de México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en mujeres, adolescentes y estudiantes universitarias y de bachillerato. Estos síndromes parciales podrían ser incluso más preocupantes porque al mantener al sujeto afectado dentro de límites de lo considerado normal, no es detectado por los profesionales médicos,

educadores o por sus familias y, al no ser considerado un problema no recibe tratamiento (6).

La etiología es multifactorial con participación de factores culturales, individuales y familiares así como genéticos y bioquímicos (3).

Un factor de riesgo importante para el desarrollo de CAR es el seguimiento de dietas para control de peso. Patton y colaboradores encontraron que el riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos a los 15 años es 8 veces mayor a los no dietantes (17).

En el contexto contemporáneo el factor cultural influye de manera importante en los jóvenes, ya que la misma sociedad exagera el deseo de estar delgado al relacionar el éxito social con la apariencia física. Esta exigencia de los medios de comunicación que promueve a mujeres delgadas, con tallas difíciles de alcanzar crea insatisfacción corporal y distorsiona la autopercepción de las adolescentes, llegando a considerarse gordas aún cuando no tengan sobrepeso.

La distorsión de la imagen corporal constituye una de las manifestaciones de los trastornos alimentarios. Bruch en 1962 fue la primera en evidenciar que la sobre-estimación del tamaño era una característica patognomónica de la AN (9). Por lo tanto es interesante determinar las diferencias entre el peso real y el percibido en adolescentes con CAR.

Las adolescentes están expuestas a diferentes medios, como televisión, revistas, cine y actualmente el problema es tan importante e infravalorado que en Internet existen paginas de libre acceso que muestran información y motivan a las adolescentes a iniciarse en los trastornos alimentarios, se autodenominan paginas Web “pro-ana” (proanorexia) y “pro-mia” (probulimia) y fomentan estos

padecimientos haciéndolos ver como un estilo de vida, retando a las adolescentes a participar y mostrando galerías de fotos, así como experiencias estimulantes en torno a la anorexia (2). Ante la imposibilidad de bloquear o tamizar los medios de comunicación a los cuales se exponen los adolescentes, una opción viable es iniciar labores educativas encaminadas a la “no idealización” de la delgadez extrema mostrando los riesgos a los que esta conlleva, así como detectar pacientes adolescentes con insatisfacción corporal o distorsión de la imagen e implementar medidas profilácticas. Aún se discute si estas intervenciones cumplen el objetivo deseado en los adolescentes y ese podría ser el motor de futuras investigaciones (2).

En general la influencia de la sociedad induce a la interiorización del ideal estético de delgadez en los adolescentes, este se define como el reforzamiento positivo interior de la delgadez como sinónimo de éxito, es secundario principalmente a la persuasión de los medios de comunicación y derivado de ello en muchas ocasiones al reforzamiento de estos seudovalores por parte de la familia, amigos ó conocidos, esto produce insatisfacción corporal y distorsión de la imagen corporal, convirtiéndose en un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. La interiorización de los cánones culturales de belleza ocasiona conflictos confirmatorios de difícil resolución, en los que el sujeto se enfrenta con la devolución de su imagen que confirma o no la deseabilidad y el atractivo, y cuya evaluación forma parte integrante de la autoestima (2,14,18).

Desde el punto de vista de tratamiento y prevención es fundamental detectar conductas alimentarias de riesgo, tan temprano en el proceso como sea posible a fin de evitar la progresión. Si se lo detecta de manera precoz, es posible

evitar que la persona que ha comenzado una dieta excesiva desarrolle un trastorno alimentario temprano y que la que padece un trastorno temprano, desarrolle un síndrome completo (figura 1).



Figura 1: Enfoque progresivo de la patogenia de los trastornos de la alimentación. Fisher, 2006 (3).

Por tanto, a fin de prevenir TCA es necesario intervenir frente a conductas sospechosas como lo son el inicio de dietas sin supervisión, pérdida de peso, consumo de píldoras para dieta, vómitos autoprovocados, uso de laxantes entre otras conductas, las cuales la mayor parte de las veces son poco obvias o son encubiertas. Ante esto, son necesarios instrumentos sencillos que nos permitan detectar conductas alimentarias de riesgo (3).

Unikel y cols observaron en adolescentes del Distrito Federal una tendencia a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los TCA a medida que se incrementa el índice de masa corporal (IMC) y la edad de los sujetos estudiados (19).

Los TCA se asocian a una gran variedad de complicaciones que distan desde gastritis y peso bajo hasta alteraciones endocrinas como disfunción menstrual (20) y pseudohipotiroidismo, pasando por crisis convulsivas, linfopenia y osteoporosis. Un ejemplo claro de la morbilidad de los TCA son las alteraciones

electrolíticas por restricción alimentaria, vómitos autoinducidos o uso de diuréticos, que en casos graves pueden provocar falla cardíaca y muerte (21).

Adicionalmente a los trastornos orgánicos, existe una elevada comorbilidad psiquiátrica, principalmente con trastornos afectivos. Gutiérrez, Unikel y colaboradores reportaron una mayor prevalencia de consumo de drogas entre mujeres con CAR (22). Por su parte Sullivan, encontró que la tasa de mortalidad agregada asociada con la AN es 12 veces mayor que la tasa anual de mortalidad debida a todas las causas para mujeres de entre 15-24 años en la población general. Todo lo anterior revela la urgente necesidad de impulsar la investigación en el área de los trastornos alimentarios en adolescentes, principalmente el sexo femenino.

V. HIPÓTESIS

La prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes del Hospital Central Norte es similar a la reportada en la literatura nacional.

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes del Hospital Central Norte.

Objetivos Específicos:

Estimar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes por edades.

Conocer la frecuencia de la interiorización del ideal estético en adolescentes con conductas alimentarias de riesgo.

Identificar la insatisfacción corporal y su relación con las conductas alimentarias de riesgo.

Determinar la relación entre el Índice de Masa Corporal y las conductas alimentarias de riesgo.

VII. METODOLOGIA:

En el Servicio de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa de Pediatría del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos se aplicó el Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo, Cuestionario de interiorización y Prueba de Imagen Corporal a mujeres adolescentes entre los 12 y 17 años durante los meses de julio-septiembre del 2007. Se pesó y midió a las pacientes para obtener el IMC. Se entregó un cuestionario a cada paciente previa firma del consentimiento informado por el padre o tutor y se explicaron las instrucciones. Cuando se aplicó el cuestionario a pacientes a 2 o más pacientes juntas no se permitió se comunicaran las entre ellas para evitar influenciabilidad y sesgo. Se calificaron los cuestionarios y se llenaron hojas de captura de datos. Posteriormente se analizaron los datos estadísticamente mediante el programa SPSS para Windows versión 13.0, y con dichos resultados se hicieron gráficas y tablas, posteriormente se realizó borrador de tesis terminada, la cual fue sometida a revisión por los asesores para realizar la corrección y finalmente imprimirse.

Material: Recursos humanos y materiales.

- a. El autor de esta tesis: Aplicó los cuestionarios y evaluaciones sobre conducta de riesgo para trastornos alimentarios en la población adolescente del HCN.
- b. Material de papelería: Hojas de captura de datos. Lápices.
- c. Báscula marca BAME modelo 425, calibrada y con estadímetro: para determinar el peso y talla de los pacientes.
- d. Material de cómputo: Computadora para registro de datos y programa estadístico SPSS versión 13.0.

VIII. DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal- Descriptivo.

1. UNIVERSO DEL ESTUDIO

Mujeres adolescentes derechohabientes de 12 a 17 años con 11 meses de edad que acudieron al Hospital Central Norte en el periodo comprendido entre Julio y Agosto del 2007.

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

A. Criterios de inclusión:

Mujeres derechohabientes del HCN de 12 años y hasta 17 años con 11 meses de edad que accedieron a participar en el Protocolo con el consentimiento de su padre o tutor.

B. Criterios de exclusión:

1. Negativa a participar en el Protocolo por parte del adolescente o su padre o tutor.
2. Falta de consentimiento informado por escrito firmado por el padre o tutor.

3. Presentar diagnóstico previo de las siguientes enfermedades orgánicas: enfermedades tiroideas, síndrome de malabsorción intestinal, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades hemato-oncológicas, enfermedad de Addison, Hipopituitarismo, diabetes mellitus, diabetes insípida, enfermedades crónico degenerativas.

4. Diagnóstico previo de los siguientes padecimientos psiquiátricos: Trastornos de la conducta alimentaria, trastorno afectivo, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, trastorno paranoico.

3. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual, operacionalmente se mide en años cumplidos.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual, operacionalmente se mide en años cumplidos y se subdividió en 3 grupos: 12-13 años: adolescencia temprana, 14-15 años adolescencia media y 16-17 años adolescencia tardía	Variable Ordinal.
Peso	Unidad métrica que cuantifica la fuerza con la cual un objeto es atraído hacia la Tierra.	Operacionalmente se cuantifico el peso en kilogramos con una báscula BAME modelo: 425.	Variable intercalar.
Talla	Cuantificación métrica de la longitud de un sujeto.	Operacionalmente se registro la talla en metros con un estadímetro contenido en a bascula BAME.	Variable intercalar.
Índice de masa Corporal	Cuantificación de la masa de un sujeto.	Operacionalmente es el resultado de dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado. A partir de se compara con las percentilas graficadas en la Encuesta Internacional para Estandarizar el IMC realizada por Cole y colaboradores en le 2000 (39). Se definió obesidad (Percentil>95), sobrepeso (Percentil>85), peso normal (15-85), peso bajo (percentil <15), peso muy bajo (percentil<15)	Variable intercalar.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo
Interiorización del ideal estético de delgadez.	Se refiere al conocimiento de la determinación cultural de la atracción física, cuyo prototipo actual para la mujer es tener una figura delgada que se refleja en creencias tales como “la ropa se ve mejor en personas delgadas” y en la apropiación de estas creencias al punto en el que se convierten en las principales guías de la conducta de tal forma en que se transforman en la interiorización de dicho ideal como sucede cuando una persona se involucra en conductas alimentarias de riesgo (18). El aspecto central de la insatisfacción con la propia figura radica en la discrepancia entre el cuerpo real (objetivo) y el cuerpo ideal que la persona ha interiorizado.	Operacionalmente se define como la apropiación de creencias culturales difundidas por los medios en las que adquiere un importancia primordial el buscar un aproximación al ideal estético, lo cual promueve trastornos de la conducta alimentaria. Se mide de acuerdo a las respuestas en el segundo bloque de preguntas del cuestionario en las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 13 y 15.	Variable Ordinal.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo
Imagen corporal	<p>Es la representación interna de nuestra apariencia externa, es una construcción multidimensional influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta altamente ligada a la autoestima y al concepto de sí mismo y por tanto es susceptible a distorsión al sobre ó infra valorarse. (2,3,8)</p> <p><i>Insatisfacción con la Imagen corporal:</i> Evalúa en qué medida la persona se encuentra conforme con la propia figura corporal, en sus manifestaciones extremas es considerada un de los aspectos centrales de la AN y BN (7).</p>	<p>Operacionalmente se valoran::</p> <p><i>Insatisfacción con la Imagen Corporal:</i> Se obtiene mediante la elección de 9 figuras que muestran siluetas femeninas con pesos corporales diferentes de forma no secuenciada y elaboradas con la idea de no sugerir un tipo étnico específico. La paciente elige la figura que mas se asemeja a sí misma y posteriormente la que le gustaría tener. La diferencia obtenida resultara en 3 categorías: Deseos de estar más delgada, menos delgada o deseo de mantenerse igual.</p>	Variable Ordinal.

4. INSTRUMENTOS:

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. Fue elaborado para la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal 1997 (5), con base en los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV (15). La escala consiste de 10 preguntas sobre la conducta alimentaria: preocupación por engordar, comer compulsivo y sensación de falta de control al comer, dietas, ayunos, ejercicio y vómito autoinducido y uso de laxantes, diuréticos o pastillas para bajar de peso, en los tres meses previos a la realización de la encuesta, con cuatro posibilidades de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca, algunas veces, con frecuencia y con mucha frecuencia). La escala se divide en 3 factores con valores de confiabilidad de .74, .72 y .76 respectivamente. Los datos de sensibilidad y especificidad de la escala con un punto de corte de 10 son de .81 y .78 respectivamente.

Insatisfacción de imagen corporal: Determina la insatisfacción corporal, dicha variable se mide como una diferencia entre elección de figura actual (“elige la figura que mas se parece a tu cuerpo”) de una escala de 9 siluetas que cubren un continuo de peso corporal y posteriormente de la elección de la figura ideal, este instrumento esta validado en población mexicana y ha sido usado por diferentes investigadores como Gómez Pérezmitré en 2001.

Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal. Consta de 15 preguntas tipo Likert con 4 opciones de respuesta (nunca o casi nunca, algunas veces, con frecuencia y con mucha frecuencia), once de las cuales se basan en

información recopilada mediante entrevistas a profundidad realizadas a mujeres con trastornos de la conducta alimentaria en tratamiento, como parte de un proyecto de investigación diseñado para determinar los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (34,35,36). Las otras cuatro preguntas habían sido previamente utilizadas en investigación en México y se refieren a la importancia atribuida al peso corporal en alcanzar bienestar, la aceptación de los otros, para encontrar pareja, o para encontrar ropa apropiada (32). El análisis psicométrico de la escala arrojó un valor de consistencia interna alfa de Cronbach de .93, y el análisis factorial con rotación oblicua arrojó dos factores con valores adecuados de consistencia interna. Las preguntas relacionadas con interiorización tienen un alfa de Cronbach de .90, y las relativas a Creencias un alfa de Cronbach de .88. Una puntuación más alta del cuestionario indica mayor grado de interiorización del ideal estético de delgadez.

Se obtuvo una chi cuadrada, junto con el índice estandarizado de ajuste con un valor de .976 y un RMSEA de .037. Al obtener el resumen de clasificación, se mostró que 83.7% de los sujetos se agruparon adecuadamente.

La validez concurrente se obtuvo mediante el cálculo de las correlaciones divariadas y todas las correlaciones fueron mayores a .30 y significativas al .01.

El punto de corte de 37 fue el que arrojó los mejores resultados, ya que obtuvo una sensibilidad de 0.80 y una especificidad de .80, con un valor predictivo positivo de 0.43 y negativo de 0.96..

IX. ASPECTOS ETICOS:

Se explicó a las pacientes y a su padre o tutor que este estudio tenía como propósito conocer factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y que el resolver este cuestionario no implicaría ningún riesgo para el paciente, así mismo que, en caso de detectarse a un portador de riesgo para TCA se contactaría vía telefónica y se ofrecería canalizar a los servicios convenientes para dar manejo multidisciplinario. Se realizó con el consentimiento informado de los padres y la participación fue libre y voluntaria tanto de padres como de adolescentes. Se informó que este trabajo al publicarse mostraría resultados colectivos y se mantendría de manera estrictamente confidencial la información individual de los participantes del estudio. Esta Investigación ha sido aprobada por la Comisión de Investigación y Bioética del HCN, así como la Jefatura de Enseñanza del HCN, no infringe el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Se apega a los criterios de investigación de la Organización Panamericana de la Salud y a las consideraciones de los principios de investigación médica establecidos en Helsinki en 1975 y enmendados en Hong Kong en 1989.

X. POBLACION Y MUESTRA:

Población: Se determinó con apoyo de la Dirección del Hospital por medio de Trabajo Social una población derechohabiente en el HCN del sexo femenino de los 12-17 años de aproximadamente 800 sujetos.

Frecuencia en la población nacional: Tomando en cuenta que la variación de CAR en la literatura nacional es amplia (2.8-18%), tomaremos como referencia la prevalencia obtenida por Unikel y colaboradores al analizar las conductas alimentarias de riesgo en la población estudiantil femenina del Distrito Federal en 1997 reportando un 3.4%. (5). En base a ello se tomara como prevalencia de 4% para el cálculo de la muestra

$$n = \frac{N z^2 pq}{d^2(N-1) + z^2(pq)}$$

Calculo de la muestra: Se determinó que una muestra significativa la constituyen 54 pacientes, para aumentar el valor estadístico usamos como muestra 116 pacientes.

Muestra: Se obtuvo de manera mixta primeramente por cuota aplicándose la encuesta los meses de julio a Septiembre del 2007 a las pacientes adolescentes de 12-17 años que se atienden en la consulta externa, urgencias y área de hospitalización del Hospital Central Norte, posteriormente de manera aleatoria se citó a adolescentes telefónicamente para la aplicación del cuestionario y medición de peso y talla hasta la obtención de un número de sujetos que constituyera una muestra estadísticamente significativa (n= 116).

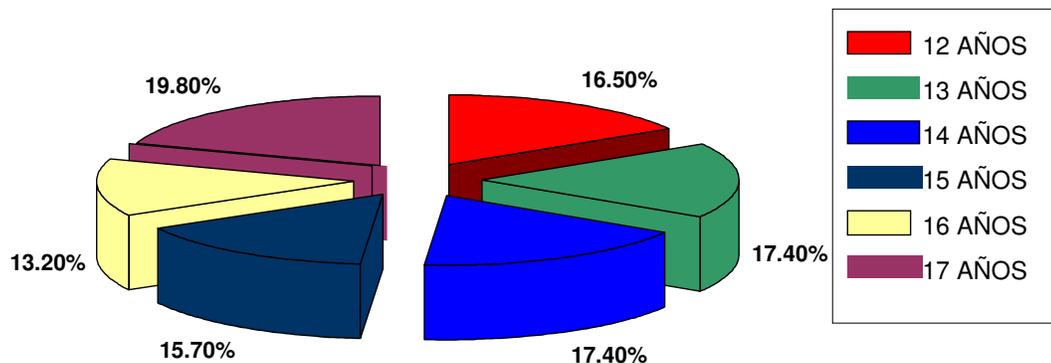
XI: ANALISIS ESTADISTICO:

Se utilizo estadística descriptiva para conocer la distribución de las CAR por edades. Se obtuvo la media y Desviación Estándar. Se realizo cruce de las CAR con las variables: interiorización del ideal estético, insatisfacción corporal e índice de masa corporal. Al estudiar la interiorización de ideal estético por edades se realizo análisis de varianza.

XII. RESULTADOS:

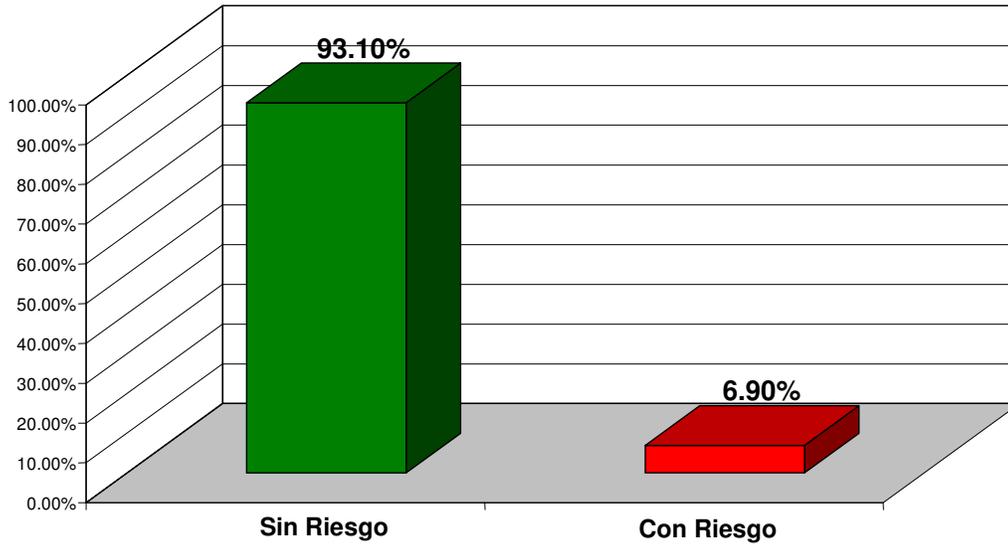
Ingresaron al estudio un total de 121 pacientes del sexo femenino entre 12-17 años. Se excluyeron un total de 5 pacientes (4.1%) las causas de exclusión fueron el llenado incompleto del cuestionario en 4 casos y un caso de hipotiroidismo, quedando un universo de estudio de 116 pacientes, distribuidos de la siguiente manera por edades:

Gráfica 1: Distribución de mujeres adolescentes por edades



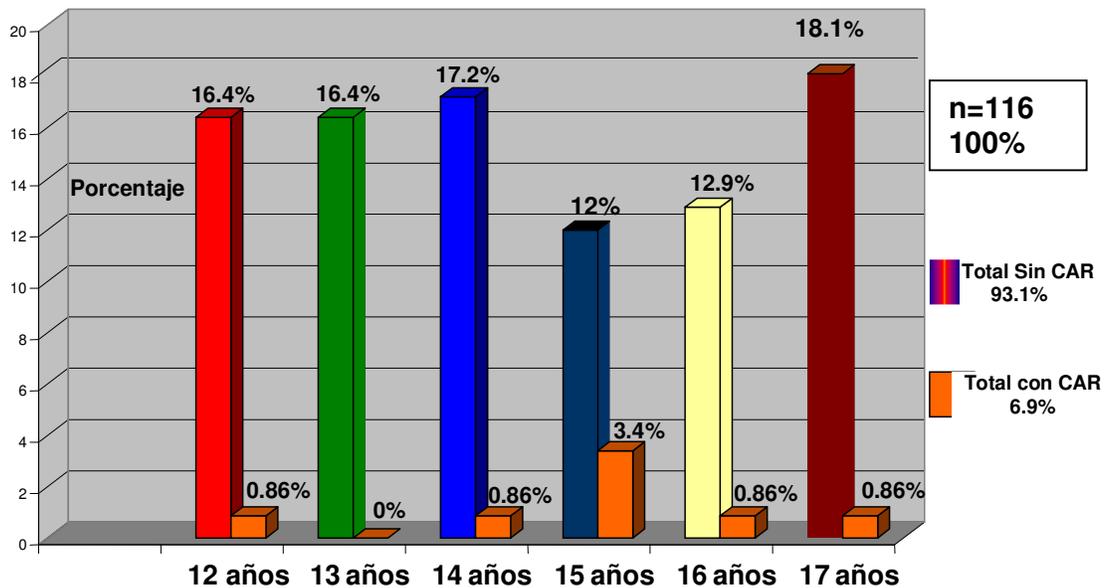
Del total de pacientes estudiadas se detectó un **6.9%** (8 pacientes) calificaron con una puntuación mayor al punto de corte para Conductas Alimentarias de Riesgo. (Gráfica 2)

Gráfica 2: Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo



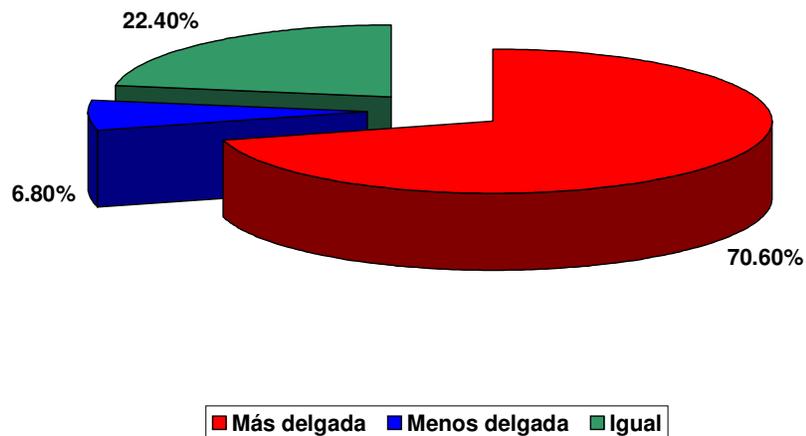
En la Gráfica 3 se observa el porcentaje de adolescentes y la presencia de CAR correspondientes distribuido por edades.

Gráfica 3: Conductas Alimentarias de Riesgo por Edades



Al valorar la insatisfacción corporal en las adolescentes estudiadas, del 22.4% de las pacientes están conformes con su peso, 6.8% desean estar menos delgadas y 70.6% de las adolescentes desean estar más delgadas. Esto significa que el 77.4% no esta conforme con su cuerpo. (Gráfica 4)

Gráfica 4: Insatisfacción Corporal

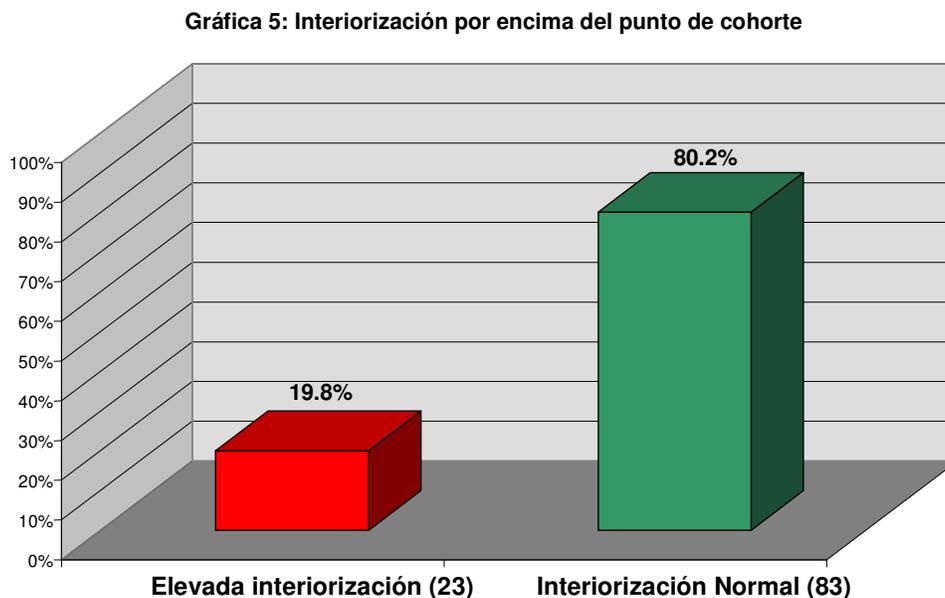


En cuanto a la interiorización del ideal estético de delgadez se encontraron los siguientes resultados por edades. (Tabla3)

Tabla 3: Interiorización del Ideal Estético de delgadez por edades			
Edad	N	Media	Desviación Estándar
12	20	25.05	9.03
13	19	26.84	9.55
14	21	28.09	7.6
15	18	28.89	14.5
16	16	28.53	11.18
17	22	31.27	12.09
Total	116	28.18	10.81

A pesar de que aparentemente se observa un aumento progresivo de la interiorización conforme aumenta la edad, el análisis de varianza no señaló diferencias significativas entre grupos [(F5/116)=0.747, p>.05].

Se detectó una interiorización del ideal estético por encima del punto de corte (PC=37) en el 19.8% de las pacientes (Gráfica 5)



Al analizar la relación entre las Conductas Alimentarias de Riesgo y la Interiorización encontramos que del total de 23 pacientes con una interiorización por encima del punto de corte, un 35% (8 pacientes) presentó conductas alimentarias de riesgo. Por el contrario entre las pacientes sin interiorización del ideal estético por encima del punto de corte no se presentaron conductas alimentarias de riesgo (Tabla 4).

Tabla 4: <u>Relación entre Interiorización del Ideal Estético y CAR</u>			
	Sin CAR	Con CAR	Total
Sin Interiorización	80.2%	0	80.2%
Con Interiorización	12.9%	6.9%	19.8%
Total	93.1%	6.9%	100%

Como se observa en la tabla anterior el 100% de las pacientes con CAR tienen elevada interiorización.

Al relacionar la Insatisfacción corporal con las CAR encontramos que todas las pacientes con CAR desean estar más delgadas. (Tabla 5)

Tabla 5: <u>Relación entre Insatisfacción corporal y CAR</u>			
	Sin CAR	Con CAR	Total
Igual	22.4%	0	22.4%
Más delgada	63.8%	6.9%	70.7%
Menos delgada	6.9%	0	
Total	93.1	6.9%	100%

En cuanto a la distorsión de la imagen corporal se encontró una sobreestimación del peso corporal en 28% (32 pacientes) de las adolescentes.

En las 8 pacientes con CAR, 5 sobreestimaron su peso, lo que sugiere a la distorsión de la imagen corporal como un factor de riesgo para el desarrollo de TCA.

Al relacionar las CAR con el IMC, las Conductas Alimentarias de Riesgo se presentaron en pacientes con peso normal, sobrepeso y obesidad; no se reportó ningún caso en pacientes con peso bajo o muy bajo (Tabla 6).

Tabla 6: <u>Relación entre CAR e IMC</u>						
Índice de masa corporal de acuerdo a percentilas para la edad						
	Muy bajo	Bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
Sin CAR	0	3.4%	52.6%	31.9%	5.1%	93.1%
Con CAR	0	0	3.4%	2.6%	0.86%	6.89
Total	0	3.45%	56.3%	34.5%	6.03%	100%

Al relacionar la insatisfacción corporal e índice de masa corporal encontramos que en las pacientes con IMC normal el 66% presenta insatisfacción corporal, 58.4% desea estar aún mas delgada, 7.6% menos delgada y sólo 33.8% está satisfecha con su cuerpo. (Tabla 7)

Tabla 7: <u>Relación entre Insatisfacción corporal e IMC</u>						
Índice de masa corporal de acuerdo a percentilas						
	Muy bajo	Bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
	%	%	%	%	%	%
Igual	0	0.86	18.9	2.6	0	22.4
Mas Delgada	0	0	32.7	31.8	6	70.7
Menos Delgada	0	2.6	4.3	0	0	6.9
Total	0	3.4	56	34.4	6	100%

Se observó insatisfacción corporal en todas las pacientes con interiorización por encima del punto de corte, sin embargo también se presentó en algunas pacientes que no tienen interiorización (Tabla 9).

Tabla 9: Relación entre Insatisfacción Corporal e Interiorización del Ideal Estético

	Sin Interiorización	Con Interiorización	Total
Igual	22.4%	0	22.4%
Más delgada	50.9%	19.8%	70.7%
Menos delgada	6.9%	0	6.9
Total	80.2	19.8%	100%

Destacan en el cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo los siguientes puntos:

El consumo de pastillas para tratar de bajar de peso y de diuréticos fueron conductas poco frecuentes encontrándose cada una sólo en el 2.6% de las adolescentes estudiadas. Una frecuencia general un tanto mayor la presentaron el consumo de laxantes con un 5.2%. Al cuestionar sobre vómito después de comer para tratar de bajar de peso se detectó en el 6.9% de las pacientes. Los ayunos mayores a 12h para tratar de bajar de peso se encontraron 23% de las pacientes estudiadas. Se encontró muy frecuentemente pérdida de control sobre lo que se come y dietas para bajar de peso en un 43 y 47% respectivamente. Es importante remarcar que a edades tan tempranas como 12 a 13 años ya han realizado dietas el 38% de las adolescentes estudiadas. Finalmente se encontró distorsión de la imagen corporal en el 100% de las pacientes con conductas alimentarias de riesgo.

XII. DISCUSIÓN.

Este trabajo tuvo como objetivos determinar la prevalencia de CAR, interiorización del ideal estético, índice de masa corporal y distorsión de la imagen corporal y su interrelación en adolescentes, no solo para el estudio de factores de riesgo para TCA. Adicionalmente encontramos un instrumento útil e integrable al programa de Atención a la Salud del Niño y del Adolescente de Arranque parejo en la Vida en nuestra Institución.

Con base en los resultados obtenidos observamos una prevalencia de CAR en el 6.9% de las adolescentes estudiadas, cifra que es muy importante por tratarse de una población en riesgo, cautiva y susceptible de intervención temprana, lo que teóricamente brindaría resultados positivos ante medidas preventivas. Esta cifra es similar al 8.3% reportado por Loreto y Cols. en la Región Metropolitana de Chile. En la literatura nacional la Encuesta sobre Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997 señala una prevalencia del 3.4% para las CAR en mujeres de 12-19 años, sin embargo las tendencias de 1997-2003 mostraron un aumento a 9.6% (Unikel y cols. 2006). La población derechohabiente de este hospital tiene características especiales, como trabajar para una sola empresa, con un sistema de salud semiprivado y un ingreso económico por encima del promedio de la población general, por lo que a pesar de ser uno de los 5 mas importantes prestadores de servicio medico del país no existen investigaciones en poblaciones con condiciones similares que pudiesen servir de referencia, ya que otros estudios se han realizado en estudiantes.

Al estimar las CAR por edades se encontró mayor prevalencia en el grupo de 14-15 años, sin embargo en la literatura nacional el acmé de estos trastornos

se ubica en edades mayores entre 18-19 años (37). La importancia de este hallazgo radica en que la presencia de CAR a edades más tempranas incrementa la morbilidad del padecimiento, como lo reporta Gómez Peresmitré y cols. (40) quienes encontraron que los escolares más jóvenes ya han adoptado la actitud lipofóbica de su entorno social.

Al valorar insatisfacción con la imagen corporal se observa que 70.7% de las adolescentes desean una figura más delgada a la propia. Gomez Peresmitré y cols. en 2001 encontraron en un estudio similar en mujeres adolescentes entre los 13-19 años insatisfacción corporal en un 50%. Al considerarse la insatisfacción corporal un factor de riesgo para los TCA, resulta grave encontrar en nuestra población un porcentaje tan elevado. Mas aún por el hecho de que del total de la muestra el 56% lo constituyen adolescentes con IMC en percentilas normales, a pesar de ello, en este subgrupo más de la mitad (58.5%) desea estar más delgada.

Todo lo anterior manifiesta la tendencia a magnificar el peso, lo que es común en adolescentes. Perpiña y cols (9) reportan en un estudio realizado en mujeres de Valencia que el 73.9% de las adolescentes con peso por debajo del normal consideraban tener un peso adecuado.

En cuanto a las pacientes con sobrepeso u obesidad se encontró que el 100% desea estar mas delgadas. La literatura sostiene que la insatisfacción corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de TCA y sugiere que la prevención y tratamiento debe enfocarse en las pacientes con alteraciones en la imagen corporal. (12). En nuestro estudio se encontró sobrepeso en el 34.5% de las pacientes y obesidad en el 6.03%, cifra que difiere de la reportada en la

encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 (ensanut 2006) reporta en mujeres adolescentes entre 12-19 años una prevalencia de sobrepeso de 22.3% y obesidad del 10.3%, es conocida la variación en prevalencia de acuerdo a la población estudiada de cualquier manera la muestra no es significativa para determinar obesidad o sobrepeso, variables fuera de los límites de nuestra investigación.

Thompson y cols. definieron la interiorización del ideal estético de delgadez como el grado de adopción de los estándares sociales de atractivo de forma que los individuos afectan a ellos mismos y a su estilo de vida (41). Al valorar la interiorización encontramos un incremento progresivo proporcional a la edad, sin embargo no hay diferencias estadísticamente significativa por edades. En el 19.8% de las pacientes (23 adolescentes) se detectó una interiorización del ideal estético por encima del punto de corte. Todas las pacientes con CAR presentaron interiorización por encima del punto de corte, lo que pone de manifiesto su importancia como factor de riesgo en la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria.

En lo que respecta al IMC en nuestro estudio no encontramos CAR en pacientes delgadas o muy delgadas. En las adolescentes en quienes se detectó CAR la mitad (4 adolescentes) tuvieron un IMC normal, 3 Sobrepeso y 1 obesidad. Esto sugiere menor riesgo en adolescentes IMC bajo en comparación con las adolescentes con peso normal sobrepeso y obesidad. Ante esto resulta importante tamizar a las adolescentes en busca de factores

de riesgo para CAR tanto a las adolescentes con IMC como a la creciente población con IMC altos.

Finalmente de acuerdo a estos resultados se confirma la relación entre la insatisfacción corporal, interiorización y Conductas Alimentarias de Riesgo.

XIII. CONCLUSIONES:

Las CAR son un problema actual y creciente en nuestro país, con una importante repercusión económica y social. Su patogenia es progresiva y puede evolucionar a trastornos de conducta alimentaria, incrementando con esto su morbilidad, con una importante repercusión económica y social además de una tasa de recaída de hasta 1 de cada 3 casos.

Concluimos que las CAR es una patología con una prevalencia similar a la reportada en la literatura nacional. A pesar de comunes, son difíciles de detectar en la práctica médica diaria y hemos encontrado en el cuestionario aplicado en este estudio, un método económico, práctico y eficaz para detectar pacientes con CAR y factores de riesgo asociado. En relación al costo-beneficio estaría justificado incluir dentro del Programa de Atención a la Salud del Niño y del Adolescente este tamiz a todas las mujeres adolescentes de nuestro Sistema de Salud, ya que al tratarse de derechohabientes cautivos el uso de medidas preventivas y seguimiento resultan más efectivos que en otras poblaciones.

XIV. BIBLIOGRAFIA:

1. Phillips E.L., Pratt H.D. Eating Disorders in College. *Pediatr Clin N Am* 52 (2005) 85– 96
2. Borzekowski D.L., Bayer A.M. Body Image and Media Use Among Adolescents. *Adolesc Med* 16 (2005) 289–313.
3. Fisher M. Tratamiento de los trastornos de la alimentación de niños, adolescentes y adultos jóvenes. *Pediatrics in Review en español* 2006; 27(9):323-334.
4. Chávez H.A., Macías G.L., Gutiérrez M.R., Martínez H.C., Ojeda R.D. Trastornos alimentarios en jóvenes Guanajuatenses. *Acta Universitaria* 2004,14(002):14-17.
5. Unikel S.C., Villatoro V.J., Medina-Mora IM, Fleiz B.C., Alcántara M.E., Hernández RS. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población infantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clin* 2000; 52 (2):140-147
6. Unikel S.C., Bojórquez C.I., Carreño G.S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo *Salud Pública de México* 2004, 46(6):509-515.
7. Dorian L. y Garfinkel P.E. (2002) Culture and body image in western society. *Eating and Weight Disorders*, 7(1), 1-19.
8. Fernández ML, et al. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Int J Clin and Health Psy* 2003, Vol.3, Num 1, pp.23-33.
9. Perpiñá C, Baños R.M. Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *anales de psicología*, 1990, 6 (1), 1-9
10. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION* 2006 Volume 106 (12) 2073-2082.
11. Loreto Correa V, Zubarew G.T., Silva M.P., Romero S.M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares en la región metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2006;77 (2):153-160
12. Stice, E. y Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-94.
13. Roberto Martínez, *La salud del niño y del adolescente*. 5ta ed. México. Manual Moderno. 2005 pp1561-1578

14. Sigman G. Eating disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin N Am* 50 (2003) 1139– 1177
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4^a ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994:61-76.
16. Wolraich M, Felice M, Drotar D, eds. *The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1996
17. Patton et al. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls-a prospective epidemiological study outcome at 12 month follow up *Psychological Medicine*,1990 (20) 383-394.
18. Sands, E.R. y Wardle, J. (2003). Internalization of Ideal Body Shapes in 9-12-Year-Old Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 193-204.
19. Unikel S.C., Saucedo M.T, Villatoro J., Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13-18 años. *Salud Mental*,2002, Vol. 25 (2): 49-57.
20. Mitan L.A., *Menstrual Dysfunction in Anorexia Nervosa*. *J Pediatr Adolesc Gynecol* (2004) 17:81–85
21. S. Robb. *Eating Disorders in the Emergency Department 2004*. *Clin Ped Emerg Med* 5:181-186.
22. R. Gutierrez, C Unikel y cols. El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*. 2001, 24(6):5-61
23. Graber, J.A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R.L. y Warren, M.P. (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30, 823-34.
24. Fallon, A.E. (1990). Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image In T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body images: development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
25. Striegel-Moore, R., Silberstein, L.R. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
26. Durkin, S.J. y Paxton, S.J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological well being in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 995-1005.

27. McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression, and eating disorders in women. *Behavioral Research and Therapy*, 28, 205-18.
28. Pinhas, L., Toner, B.B., Ali, A., Garfinkel, P.E. y Stuckless, N. (1999). The effect of the ideal female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-6.
29. Stice, E. y Bearman, S.K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597-607
30. Heatherton, T.F. y Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: a spiral model. In: J. Crowther, S.E. Hobfall & M.A.P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia: the individual and familial context* (pp. 135-55). Washington DC: Hemisphere.
31. Gómez Peremitré G. Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes al comer: Problemas de peso. *Inv Psicol.* 1993a; 3:95-102
32. Gómez Peremitré G. Peso real, peso imaginarios y distorsión de la imagen corporal. *Rev Mex Psicol.* 1995; 18-97
33. Gómez Peremitré G. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Rev Mex Psicol.* 1997; 14:31-40.
34. Unikel S.C., Gómez Peresmitré G, Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 2004. 27 (1):38-49
35. Unikel SC. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis para obtención del grado de doctora en psicología de la Salud. Facultad de psicología de la UNAM, México, 2003
36. Unikel SC, Juarez G.F., Gomez Perezmitré G. Psychoimetric Properties of attitudes towards body figure questionnaire in mexican female students and patients with eating disorders 2006. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 14, 430-435.
37. Unikel S.C., BojorquezC.I., Villatoro V.J., Fleiz B.C., Medina Mora I.M. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil de Distrito federal: tendencias 1997-2003. 2006 *Rev Inv Clin.* Vol 58 (1) pp15-17.
38. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
39. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM y Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*:320 pp1-6

40. Gómez Perezmitré G., Alvarado HG, Moreno EL, Saloma GS, Pineda GG. Trastornos de la Alimentación en Tres Diferentes Grupos de Edad: Pre-Púberes, Púberes y Adolescentes. Rev. Mex. de Psicología 2001. Volun 18, número 3, 313-324.

41. Thompson K, Himes S, Lang R, Rodríguez, M. The influence of demographic moderators on thin-ideal internalization. Proceedings of the Conferencia Internacional de TCA; 2004; Orlando (USA).

Add: Pagina web a favor de la anorexia: www.freewebs.com/annasclub

XV. ANEXOS: HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS.

PETROLEOS MEXICANOS JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN PEDIATRIA

POR FAVOR LEE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES CON CUIDADO:

- Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas.
- Para cada una de las siguiente preguntas elige una respuesta que te parezca sea la mejor.
- En cada una de las preguntas deberás elegir solo una respuesta
- Debes leer muy bien cada pregunta antes de contestarla y si tiene alguna duda, si no sabes la respuesta o sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, pregunta tus dudas al encuestador.
- Trata de ser lo mas veraz posible y no dejes preguntas sin contestar

CUESTIONARIO ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Fecha: _____

NOMBRE: _____ Ficha _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Teléfono: _____

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

En los últimos tres meses (marca una opción para cada inciso)

	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Con frecuencia Dos veces en una semana</i>	<i>Con mucha frecuencia Más de dos veces en una semana</i>
1 Me ha preocupado engordar				
2 En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3 He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4 He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5 He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6 He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7 He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cual(es) _____				
9 He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cual(es) _____				
10 He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso Especifica cual(es) _____				

Las siguientes respuestas se refieren a tu forma de ser, no hay respuestas buenas ni malas.		Nunca o casi nunca	A veces	Con Frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Me deprime sentirme gorda				
2	Estar delgada es un logro muy importante para mi				
3	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo				
4	El peso corporal es importante para sentirme bien				
5	Me siento gorda aunque me digan que no lo estoy				
6	El aspecto físico es importante para sentirme bien				
7	Cuando estoy delgada me siento en control				
8	Las mujeres delgadas son más femeninas				
9	El peso corporal es importante para ser aceptada				
10	El peso corporal es importante para conseguir pareja				
11	Estar gorda es sinónimo de imperfección				
12	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa				
13	Cuando estas gorda los hombres no se te acercan.				
14	Las mujeres gordas son menos femeninas				
15	El peso corporal es importante para conseguir ropa				

16	Tú te consideras	Muy delgada	1
		Delgada	2
		Ni gorda ni delgada	3
		Gorda	4
		Muy gorda	5

Peso _____ Estatura: _____

Padece alguna enfermedad: _____

Por favor deja en blanco los siguientes espacios

IMC: _____

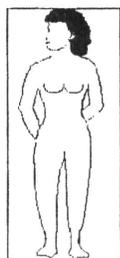
ANOTACIONES: _____

Resultado de Test: _____

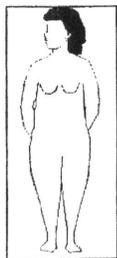
Recolecto: _____

Firma _____

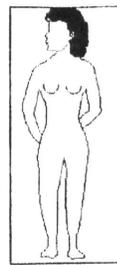
Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



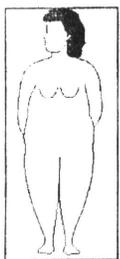
(A)



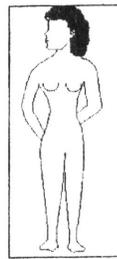
(B)



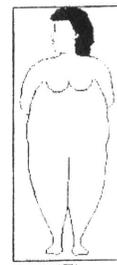
(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

VIII. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



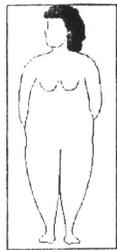
(A)



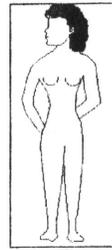
(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

**PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE
JEFATURA DE ENSEÑANZA
SERVICIO DE PEDIATRIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha_____

Por medio del presente documento CONSIENTO se aplique el cuestionario sobre conducta alimentaria a mi hija_____

Ficha_____

Se me explicaron de antemano los siguientes puntos:

1. Este cuestionario NO representa ningún riesgo para el paciente.
2. El propósito de este estudio es conocer factores de riesgo relacionados con problemas de la alimentación en adolescentes del sexo femenino.
3. Los resultados de esta encuesta SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES y no se archivara en ningún tipo de expediente clínico.
4. La participación es libre y voluntaria
5. En caso de detectarse un portador de riesgo para trastornos alimentarios se ofrecerá a los padres canalizar a su hija a los servicios convenientes de nuestro Hospital para dar atención.
6. Estoy satisfecho con la información otorgada y se han despejado mis dudas con un lenguaje comprensible y claro.

AUTORIZA

Nombre del padre o tutor

Firma del padre o tutor

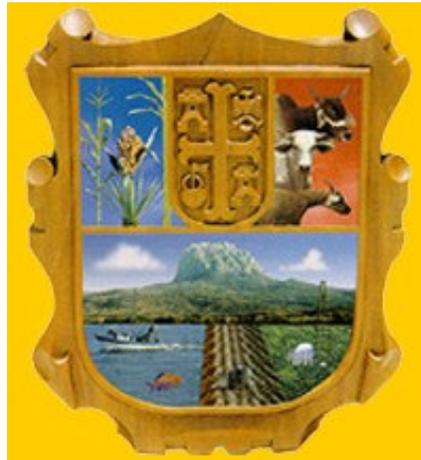
Testigos

Testigos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividades	Quincena Número								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Recolección Bibliografía									
Elaboración de marco teórico									
Elaboración de método de investigación									
Definición de variables									
Aplicación de instrumentos captura y clasificación de datos									
Selección de la muestra									
Análisis estadístico									
Tabulación									
Redacción de Borrador									
Presentación de informe final									

Esta investigación fue realizada con apoyo del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y financiamiento del Gobierno del Estado de Tamaulipas.



MÈXICO, D.F.

Enero 2008