



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE CONDUCTA  
ALIMENTARIA ENTRE ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA, UNAM 2008 – 2009.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

**KARINA FRAGOSO CERVANTES**

TUTORA: MTRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS  
ASESORA: MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE

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.

## AGRADECIMIENTOS

A mis hijos Adrián y Katherine:

Gracias amores, por el simple hecho de existir, por su paciencia y comprensión, por soportar mis ausencias y porque ustedes son mi motor y mi fuerza. Los AMO con todo el corazón.

A mis padres:

Les doy las gracias para toda la vida por este gran logro, por su apoyo incondicional, a ti mami por tu gran ayuda y esfuerzo día con día, sin ti no habría podido llegar pero hoy es el día.

A ti Oscar:

Te agradezco por todo tu amor, apoyo, por estar a mi lado, por el esfuerzo, por tu comprensión y tu paciencia, gracias por creer en mi. Te AMO

A mis hermanas Janeth y Mirna

Por estar junto a mi apoyándome todos estos años, por inyectarme el ánimo y la fortaleza para llegar hasta aquí. Las quiero mucho.

## **ÍNDICE**

	<b>Pág.</b>
1. INTRODUCCION.....	2
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 Historia .....	3
2.2 Trastornos de la conducta alimentaria .....	5
2.3 Anorexia nerviosa.....	9
2.4 Bulimia nerviosa .....	12
2.5 Criterios para el diagnóstico de TCA.....	13
2.6 Alteraciones bucales propiciadas por anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.....	15
3. ANTECEDENTES.....	20
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	23
6. OBJETIVOS.....	24
7 MATERIAL Y METODO.....	24
8. RESULTADOS.....	31
9. DISCUSIÓN.....	42
10. CONCLUSIONES.....	44
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
12. ANEXOS.....	49

## **1. INTRODUCCIÓN**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son definidos como alteraciones graves en el comportamiento alimentario, siendo los más comunes la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Estos trastornos se desarrollan por la combinación de factores socioculturales, familiares, psicológicos y biológicos.

En México no existe aún información precisa sobre la prevalencia de los TCA, sin embargo, estudios realizados en otros países muestran que entre los hombres de la armada en Estados Unidos, reportó una prevalencia de 2.5% de anorexia, 6.8% de bulimia y el 40% de otra forma de trastorno alimentario no especificado.<sup>1</sup>

En Estados Unidos 10 de cada 100 mujeres jóvenes presenta algún desorden de la alimentación, en países latinos 1 de cada 25 mujeres y en los países occidentales del 2 al 4% de las mujeres entre 14 y 23 años tienden a desarrollar alguna de estas enfermedades.<sup>2</sup>

En México, por razones principalmente de recursos son muy pocos los estudios realizados que puedan aportar datos significativos para poder abordar a enfermedades como la bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, por lo que el presente estudio tiene por objetivo determinar la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria entre estudiantes de la Facultad de Odontología UNAM.<sup>3</sup>

Por lo tanto el presente estudio tiene por objetivo determinar la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria entre estudiantes de la Facultad de Odontología UNAM.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Historia**

A través de la historia nos podemos dar cuenta que las conductas inapropiadas han estado siempre presentes pero se han modificado por diferentes factores hasta la actualidad.

Los romanos, amantes de la buena mesa, criticaban a los pueblos conquistados por sus “bárbaras costumbres”, entre ellos los celtas, galos y germanos, se autoinducían el vómito estimulando la garganta con plumas o ingiriendo eméticos después de los interminables banquetes a los que estaban acostumbradas las clases acomodadas.<sup>4-6</sup>

Durante la Edad Media no existían dioses obesos sino demonios de gran tamaño corporal y Cristos delgados. Así la glotonería que antes ponderaba paso a ser sinónimo de perdición. No en vano la gula se convirtió en uno de los siete pecados capitales. En estos tiempos las religiosas apremiaban a las jovencitas a ayunar, más aún si estas profesaban votos de pobreza, castidad o humildad. Ayunar o rechazar el alimento para llegar al cielo fue el “leiv motiv” de muchas mujeres y algunos hombres en el terco empeño empleado por las religiosas aspirantes a santas. Es por ello que ésta, fue una era llamada de las santas anoréxicas. También en el siglo XVIII y XIX se origina una orden de monjas llamadas las Santas ayunadoras rendían culto a la virgen María mediante el ayuno, pasaban largas jornadas sin comer, por lo cual morían por inanición o deficiencias cardíacas.<sup>4-6</sup>

En 1743 James empleó el término “boulimus” para describir el comportamiento de la persona que vomitaba como un perro para aliviar el estómago luego de ingerir grandes cantidades de alimento, en 1825, Hopper, utilizó los términos “bulimia canina” “bulimia emética” y “cynorexia” para designar un apetito voraz seguido de vómitos.<sup>1,-6</sup>

Durante el siglo XIX se establece la delgadez como un modelo corporal de gran éxito social, lo que detona el aumento de dichos trastornos, las mujeres que no eran lo suficientemente delgadas usaban un corsé para adaptarse a los vestidos de la época que exigían un cuerpo muy rígido y una cintura muy pequeña.<sup>4</sup>

En cuanto al uso de laxantes numerosos reportes del siglo XIX refieren el consumo de vinagres por parte de las anoréxicas así como en adolescentes normales por creer que actuaban como laxantes.<sup>1,-6</sup>

En 1979 la bulimia fue minuciosamente descrita por el médico estadounidense Russell al exponer que estos pacientes sufren una necesidad incontrolable de sobrealimentarse y después de estos episodios recurren al vómito o utilizan purgantes además de tener un gran miedo a engordar.<sup>1,-6, 10</sup>

En el siglo X, Aurelianus describió al hambre mórbida como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto inducido, observó en estos enfermos agrandamiento de la glándula parótida y existencia de caries, la bulimia parecía un acto normal en esta sociedad, no fue así a la llegada del cristianismo, que cambió drásticamente dando paso a la anorexia.

En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de psiquiatría como una enfermedad diferente a la anorexia. Tiempo después esta enfermedad fue aceptada como un desorden neurótico.<sup>4, 6,</sup>

Los trastornos de alimentación más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, ambos trastornos originados en la antigüedad, pero es hasta este siglo que pueden ser definidos como el resultado de múltiples factores que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad, predisposición genética y desarrollarse en una sociedad en la que existe una oferta excesiva de comida y gran obsesión por la delgadez.

## **2.2 Trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) o desórdenes alimenticios, son una combinación por largo tiempo de factores psicológicos, sociales, familiares y ambientales; usualmente son asociados a sentimientos de tristeza, inutilidad, ansiedad, baja autoestima, soledad y búsqueda de perfección por los que una persona utiliza las dietas o la pérdida de peso para proveerse de un sentido de control o estabilidad de sí mismos.<sup>9,-12</sup>

Estos desórdenes son más frecuentes en mujeres jóvenes de un ámbito social medio o alto, dentro de la pubertad o la adolescencia, (actualmente se ha extendido al sexo masculino), aparentemente sanas pero con un miedo exagerado a engordar en el que su único propósito es continuar adelgazando y controlando su peso, dejando en segundo término todos los demás ámbitos de su vida.<sup>16, 17, 18,</sup>

El aspecto social tiene una gran influencia en dichos trastornos ya que las mujeres jóvenes en la actualidad se dejan influenciar por una gran bomba de imágenes subreales de mujeres extremadamente delgadas que los medios de comunicación como la televisión o el cine proveen. Otro factor importante detonante son los cambios propios la pubertad y la adolescencia, se estima que estos constituyen la tercera enfermedad crónica más frecuente de los adolescentes, después de la obesidad y el asma. Por lo que en la actualidad se debería de tratar como un problema de salud pública.<sup>19</sup>

Entre los trastornos de la conducta alimentaria más importantes y frecuentes destacan la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, cabe mencionar que si son detectadas en etapas tempranas es posible tomar medidas preventivas y terapéuticas oportunas para que disminuyan la mortalidad por anorexia y bulimia.<sup>17, 19,</sup>



## **Factores de Riesgo**

No existe una causa única que origine los trastornos de la conducta alimenticia, es decir, estos trastornos son consecuencia de la combinación de diversos factores por largo tiempo y no solamente son provocados por la preocupación de bajar de peso, ni miedo a la comida; en realidad comienzan con las dietas, el atracón ( ingerir en un tiempo menor de dos horas una cantidad excesiva de comida que la que normalmente ingiere la mayoría de los individuos) y la purgación (la utilización de algo para favorecer la evacuación), pero éstos son en sí el final de la complejidad emocional y física que se atribuye a dichos trastornos. A continuación se describen algunos de los factores pueden contribuir a desarrollarlos:<sup>19</sup>

**Geografía y factores socioeconómicos:** En los países económicamente desarrollados existe un mayor riesgo para la incidencia de los trastornos de conducta de alimentación, sobre todo el vivir en grandes ciudades se considera como un factor de riesgo para el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa debido al ambiente que prevalece en la misma.

La incorporación de la mujer al mundo laboral es otro factor social que contribuye con la rápida propagación de la bulimia y la anorexia nerviosa.<sup>14, 17-20</sup>

**Factores Socioculturales:** La imagen de la mujer en el último siglo ha cambiado de la gordura (que antes representaba salud, riqueza, fortaleza, abundancia y fertilidad) a una imagen de la mujer más esbelta (que actualmente representa independencia, afirmación de los derechos, y éxito). Los medios de comunicación, concursos de belleza, y las modelos de moda internacional incitan a una imagen de mujer extremadamente delgada, además de usarla como paradigma del deseo sexual; por si fuera poco la presión social de adolescentes o de los propios familiares parecen influir en dichos trastornos creando el ambiente apropiado.

Hoy en día, las normas culturales dan más valor a los individuos por su apariencia física y no por sus cualidades y valores internos. Ciertos pasatiempos y

ocupaciones como el modelaje, gimnasia, lucha, ballet por mencionar algunos ponen un gran énfasis en la forma del cuerpo, por lo que el peso y la apariencia física desempeñan un papel importante en la predisposición de dichos trastornos, debemos de poner mayor énfasis en cuánto a que el ejercicio físico es saludable y cuál es el ejercicio que se debe practicar, pero cabe señalar que el ejercicio físico tiene una serie de efectos negativos, sobre todo cuando es realizado de forma inadecuada por la imprecisión del tipo, volumen, frecuencia e intensidad de su realización y los objetivos que vamos a alcanzar ya que la constante presión que ejercen los medios y la publicidad en el aspecto físico ideal, esto es reflejado en posibles trastornos de alimentación.<sup>19, 21</sup>

Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas son personas con el cuerpo perfecto y bello. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso.<sup>9, 10, 14</sup>

**Factores Psicológicos:** Comúnmente los individuos en la etapa de la pubertad o la adolescencia no tienen una identidad personal bien desarrollada y se encuentran en una lucha constante por encontrar un sentido de control en su vida personal, familiar y social, por lo tanto es durante esta etapa que se presentan con mayor frecuencia este tipo de trastornos, pues las personas se encuentran susceptibles a tener una imagen poco valorada de sí mismos (baja autoestima) y a aislarse o experimentar episodios depresivos.<sup>9, 14</sup>

**Factores biológicos:** El peso elevado al nacimiento, y la obesidad infantil son factores importantes para un mayor riesgo de padecer un trastorno alimenticio.<sup>9</sup>

Una vez que comienzan dichos trastornos pueden crear ciclos perpetuantes de destrucción física y emocional, la ayuda profesional y detección temprana es muy importante en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. (TCA).

Se sabe que la pubertad es una de las etapas más difíciles del ser humano ya que los cambios físicos, hormonales y emocionales ocurren en esta etapa siendo de trascendencia vital para el desarrollo de una personalidad, por tal motivo adelantar esta etapa llega a propiciar un trastorno de la conducta de la alimentación.<sup>9, 10, 14</sup>

### **Prevalencia.**

Los dos mayores trastornos de la conducta: la bulimia y la anorexia nerviosa, son un auténtico problema en nuestros tiempos. Según la estadística de los Estados Unidos el 80% de las mujeres adultas desean estar más delgadas y muchas de ellas están haciendo algo para conseguirlo. Además estas dos enfermedades son la causa más importante de morbilidad psicológica y física en mujeres de 90 al 95% y en menor extensión en hombres del 5 al 10%.<sup>6</sup>

La anorexia nerviosa afecta un estimado del 1% de las mujeres entre los 12 y los 25 años de edad. La incidencia general es de 0.24 a 7.3 casos por 100,000 por año.<sup>4</sup>

La bulimia nerviosa es más común que la anorexia; se estima que su prevalencia va del 1% al 5% para la mayoría de las poblaciones.<sup>6, 10, 13</sup>

En México aunque no se cuenta con un registro exacto de casos, se sabe que la población más afectada son las mujeres de entre los 12 y los 25 años de edad. Un estudio realizado en secundarias y preparatorias de la Ciudad de México demuestra que el 85% de las adolescentes han realizado dietas restrictivas para bajar de peso y 11% de ellas se han provocado el vómito.<sup>10, 11, 13</sup>

Los cálculos de la anorexia nerviosa oscilan entre los 0.4 y el 1.5 por 100 000 habitantes. La población de riesgo está formada sobre todo por mujeres blancas de clase media o alta y se han observado proporciones tan elevadas como el 1%; en los últimos 5 años la prevalencia va en aumento. Estos trastornos son raros en

mujeres negras u orientales, en las de escaso nivel socioeconómico y muy poco se observan en varones.<sup>4, 10, 14</sup>

### **Clasificación De TCA**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés) en esta categoría se incluye la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de conducta no especificados (TCNE).<sup>33, 17, 18, 36, 37</sup>

### **2.3 ANOREXIA NERVIOSA**

Es un trastorno caracterizado por el ayuno y el adelgazamiento voluntario, la baja de peso se ve como un signo de logro y disciplina extraordinario, en tanto el aumento de peso se percibe como una pérdida inaceptable del propio control.<sup>3, 4, 9, 10, 14, 17, 26, 33, 36, 37</sup>

La definición según la OMS menciona que la anorexia es un trastorno caracterizado por la pérdida exagerada de peso y masa corporal que tiene como consecuencias la baja deliberada de peso y masa corporal inducida y mantenida por el mismo enfermo.<sup>23, 36, 37</sup>

Otra definición menciona que es un trastorno crónico que se caracteriza por pérdida de peso voluntariamente<sup>26</sup>

Por último, la definición dada por APA<sup>36, 37</sup> se refiere a la anorexia como un trastorno crónico que se caracteriza, en cuanto al comportamiento, por pérdida de peso voluntariamente; en cuanto al aspecto psicológico, por una alteración de la imagen corporal y otras alteraciones preceptuales y desde el punto de vista biológico, por alteraciones fisiológicas como amenorrea, que son el resultado del estado nutricional catabólico.<sup>7, 41</sup>

La anorexia nerviosa es predominante entre mujeres occidentales, acaudaladas y muy jóvenes. En estudios comunitarios, el número de casos anuales nuevos en un periodo de 10 años se elevó de 0.55 por 100 000 hasta 3.5 por 100 000. Este trastorno se vio relacionado con clase social alta y se da en 1 de 250 estudiantes adolescentes de escuelas privadas con prevaencia de 1 por ciento.

### **Tipos de anorexia nerviosa**

**Anorexia restrictiva (ANR).**- Durante el episodio de anorexia nerviosa, el paciente no recurre a atracones o a purgas esto es que no se provoca el vómito o el uso frecuente de laxantes.

**Anorexia compulsivo/purgativa (ANCP).**- Durante el episodio de anorexia nerviosa, el paciente recurre a atracones o purgas, provocándose el vómito o el uso de laxantes<sup>36, 37</sup>

### **Manifestaciones clínicas**

Para ser diagnosticada como tal se debe realizar un minucioso examen psiquiátrico a través de la consistencia de los datos médicos y conductuales se puede llegar a tal.<sup>9, 10, 14</sup>

Las pacientes anoréxicas sobreestiman la imagen de su cuerpo aún estando delgadas, buscando la delgadez extrema, luchan contra el hambre para alcanzar un grado irreal de pérdida de peso.<sup>9, 10, 14</sup>

Gran parte de las alteraciones físicas, metabólicas y endócrinas que se observan en la anorexia nerviosa y la gravedad de éstas es consecuencia de la inanición (estado de agotamiento o debilidad que resulta de la privación completa o incompleta de alimentos), consecutiva ya que es directamente proporcional al estado de nutrición.

## **SIGNOS** <sup>14, 9, 17, 18, 10</sup>

- Disminución de masa muscular.
- Amenorrea, útero y ovario hipotrófico.
- Estreñimiento.
- Vaciamiento gástrico lento
- Bradicardia
- Hipotermia
- Oliguria, deshidratación, edemas
- Hipertrofia parótida
- Alteraciones dentales gingivales
- Piel seca y descamada
- Signo de Rusell

## **SINTOMAS** <sup>14, 9, 17, 18, 10</sup>

- Miedo intenso a subir de peso
- Imagen corporal distorsionada
- Pérdida de peso importante en breve tiempo
- Sentimientos de culpa o depresión por haber comido
- Negación total de la enfermedad
- Depresión
- Irritabilidad, tristeza e insomnio
- Hiperactividad
- Disminución de la libido
- Temor a perder autocontrol<sup>8</sup>
- Pesarse compulsivamente

## **Pronóstico**

El pronóstico para esta enfermedad es pobre ya que su curso, varía de un paciente a otro, por lo que se observa que los pacientes pueden sufrir un episodio único de ayuno, o varios o no remitir hasta culminar desafortunadamente con la muerte, que es la consecuencia al desequilibrio hidroelectrolítico y nutricional, llegando al infarto o en casos más graves al suicidio.

Un 40% de pacientes anoréxicas con un buen tratamiento recuperan su peso normal, 30% mejora en forma importante su peso alcanzado el peso inferior al normal y el 5% se hace obeso.<sup>29</sup>

## **2.4 BULIMIA NERVIOSA**

Es un trastorno que se caracteriza por los excesos alimentarios seguidos de métodos compensatorios inadecuados como purgamiento, vómito autoinducido, uso frecuente de laxantes y diuréticos.<sup>3, 7, 9, 14</sup>

De acuerdo a su etimología, bulimia significa “hambre de buey” y consiste en la ingestión episódica de grandes cantidades de alimentos de una forma compulsiva, acompañada de percepciones sobre un patrón de alimentación anormal. Los bulímicos tienen un miedo patológico a engordar. Los episodios de ingesta masiva de comida van seguidas de la provocación del vómito con o sin ingestión de laxantes.<sup>14, 2,3</sup>

El vómito es provocado mediante el estímulo de la garganta con un objeto o con los dedos, aunque después los pacientes aprenden a vomitar de una forma refleja.

Para algunos autores, la bulimia está relacionada con estados depresivos mayores o con trastornos limítrofes de personalidad, pero se ve más asociada a la anorexia nerviosa pero también puede evolucionar sólo como bulimia.<sup>7, 9,14</sup>

La bulimia tiende a presentarse al final de la adolescencia, no tiene consecuencias fatales, pero sí daño físico y autodestrucción emocional.

## **Tipos de bulimia<sup>36, 37</sup>**

**Purgativa** se autoinduce el vomito uso de laxantes y diuréticos

**No purgativa** la persona recurre a conductas compensatorias inadecuadas como el ayuno o ejercicio excesivo.

Presenta un patrón de conducta característico con episodios incontrolables de comer en exceso, seguidos de vómito y/o purga.

Generalmente estos actos se presentan después de una situación de estrés o coraje

### **Manifestaciones clínicas**

Cuando los pacientes se inducen el vómito puede haber indicios clínicos como:

- 1.- Cicatrices en el dorso de la mano utilizada para estimular el reflejo.
- 2.-Crecimiento de las glándulas parótidas.
3. Erosión del esmalte dentario.<sup>14</sup>

## **2.5 Algunos de los criterios diagnósticos utilizados por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)<sup>11, 34</sup>**

### **Anorexia Nerviosa (AN)**

A.- Renuencia por mantener el peso corporal en el peso mínimo para la edad y estatura o por arriba del mismo

B. Intenso temor a subir de peso o a engordar, aun cuando se tenga peso subnormal.

C. En mujeres postmenárquicas, la amenorrea, es decir la omisión de por lo menos tres ciclos menstruales.

1.- Tipo restrictivo: durante la crisis actual de anorexia nerviosa la persona no ha participado con regularidad en excesos alimentarios o conductas e purgamiento.



2.- Tipo excesos alimentarios: purgamiento durante el acceso actual de anorexia nerviosa la persona con regularidad cae en excesos alimentarios y conducta de purgamiento.

### **Bulimia Nerviosa (BN)**

A. Crisis recurrentes de excesos alimentarios. Una crisis se caracteriza por los dos aspectos siguientes

1.- El comer en un periodo definido de tiempo (por ejemplo en un lapso de 2 horas) una cantidad de alimento que es definitivamente más grande que la mayoría de las personas comerían en un periodo similar y en circunstancias similares.

2.- Un sentido de falta de control respecto al consumo de alimentos durante la crisis (la sensación de que no puede dejar de comer o controlar lo que se come y la cantidad de lo que se come)

B. Conducta compensadora inapropiada en forma recurrente para prevenir el aumento de peso, como el vómito provocado, el uso erróneo de laxantes diuréticos y edemas.

C. Los excesos alimentarios y las conductas compensatorias ocurren por lo menos dos veces a la semana en un periodo de tres meses.

D. La evaluación del propio paciente es influida indebidamente por la forma y el peso del cuerpo.

E. El trastorno no ocurre exclusivamente durante las crisis de anorexia nerviosa.

1.- Tipo purgamiento: la persona utiliza con regularidad el vómito provocado, el uso erróneo de laxantes diuréticos y enemas.

2.- Tipo no purgamiento: la persona recurre a otras conductas compensadoras inadecuadas como el ayuno o el ejercicio excesivo.

### **Trastorno alimentario por lo demás no especificado (EDNOS) <sup>11,12,</sup>**

Esta categoría es para los trastornos de alimentación que no cumplen con los criterios de alguno de estos trastornos de alimentación no específico. Por ejemplo:

- 1.- En las mujeres, se cumplen todos los criterios de la anorexia nerviosa excepto que la persona tiene menstruaciones con regularidad.
- 2.- Se cumplen con todos los criterios de la anorexia nerviosa excepto que pese a la pérdida de peso importante, el peso actual de individuo se encuentra en el rango normal.
- 3.- Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa excepto que los excesos alimentarios y los mecanismos compensadores inapropiados ocurren con una frecuencia de menos dos veces por semana o con una duración de menos de tres meses.
- 4.- La conducta compensadora inadecuada en forma periódica por un individuo de peso corporal normal después de que se ingiere pequeñas cantidades de alimento.
- 5.- Masticación y regurgitación repetida, pero no deglución de grandes cantidades de alimento.

### **2.6 Principales alteraciones bucodentales propiciadas por anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**

Dentro de las principales alteraciones buco-dentales en pacientes anoréxicas y bulímicas nerviosas se han encontrado:

- Erosión dental
- Enfermedad Periodontal
- Sialodinitis principalmente en glándula parótida
- Xerostomía

## **Erosión Dental**

Es el primer síntoma altamente prevalente entre las pacientes anoréxicas y bulímicas nerviosas. Algunos autores afirman que se presenta la erosión lingual de los dientes anteriores maxilares, pero el término que se le da actualmente a dicha erosión es “perimilolisis” debida al vómito, regurgitaciones y reflujo gastroesofágico, como consecuencia del ácido del vómito que tiene un ph de 2.

La localización especial de caras palatinas de dientes anteriores superiores se debe a que la lengua dirige los contenidos gástricos hacia delante en el vómito voluntario y a que la propia lengua por su posición natural protege a los dientes mandibulares, evitando un contacto con el vómito directo.

El ácido del vómito produce una desmineralización de la matriz inorgánica dental que tiene como consecuencia la pérdida de esmalte en todas las zonas que están en contacto con él.

La gravedad de la afectación del esmalte depende directamente con el grado de mineralización, la frecuencia, la duración y la concentración del ácido (a menor ph del ácido mayor descalcificación).

Otro factor coadyuvante para dicha erosión es que las pacientes bulímicas o anoréxicas tienen la costumbre que después de un vómito se cepillan los dientes para tratar de eliminar el mal sabor o la sensación áspera en boca, arrastrando por efecto del cepillado, los prismas del esmalte debilitados por el ácido. Esto favorece más la formación de caries generalizadas. <sup>16, 24, 26, 27</sup>

## **Alteraciones periodontales**

Se presentan por la deficiencia de la vitamina C, riboflavina y vitamina K y consisten en la inflamación y agrandamiento del margen gingival, enrojecimiento, hemorragias ya sean espontáneas o con ligero estímulo.

## **Sialodentitis**

Es una enfermedad bacteriana que se caracteriza por la inflamación de glándulas, en este caso son las glándulas parótidas las visiblemente afectadas; no se

conoce actualmente su etiología relacionada con los trastornos alimenticios pero se reportan en dichos pacientes como un signo característico.

### **Xerostomia**

Es la sequedad de la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una disminución funcional o patológica de la producción de saliva. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis. La xerostomía dificulta el habla y la deglución provoca mal aliento, y dificulta la higiene bucal, debido a que el flujo salival ya no arrastra las bacterias.

La xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales. Esta función puede ser pasajera crónica o incluso permanente.<sup>14, 15, 16, 17, 24, 26, 27</sup>

### **Hipersensibilidad Dental**

La hipersensibilidad dental se produce por exposición de la dentina subyacente, después de que el esmalte o el cemento sufren erosión.

Además es una reacción ante un estímulo inocuo y es un estado crónico con episodios agudos en tanto que el dolor dentario equivale a la reacción a un estímulo nocivo.<sup>14, 15, 16, 17, 24</sup>

### **Tratamiento odontológico**

La desmineralización dentaria no obedece a un patrón pre-establecido, sino que éste se basa en la pérdida de sustancia calcificada, frecuentemente, en la porción de la corona clínica donde anatómicamente e histológicamente existe menor cantidad de esmalte, es decir a nivel del tercio cervical de la misma.

El tratamiento será orientado de acuerdo a la severidad del caso.

1.- Aquellos pacientes que presenten al examen clínico esmalte poroso a nivel del tercio cervical de las coronas clínicas de los dientes, sin sensibilidad dentaria, cuyo esmalte muestra aspecto de tiza al secarse, serán tratados con aplicaciones tópicas de flúor periódicamente, con observación de la evolución de la lesión. Se recomienda así mismo el control de la dieta en interconsulta con el psicólogo tratante, para estar atentos a la recurrencia.

2.- En los pacientes con erosiones dentales que conformen cavidad, donde la pérdida del esmalte y dentina provocan sensibilidad dental a cambios de temperatura, fricción y otros, el tratamiento dependerá de la profundidad de la lesión. De acuerdo a esto podríamos clasificar el tratamiento de lesiones cavitadas en:

2.1.- Lesiones poco profundas:

Se restauran con cemento de vidrio ionomérico tipo II.

2.2.- Lesiones medianamente profundas con sensibilidad:

Se coloca hidróxido de calcio en forma de pasta de fraguado rápido o fotocurado y cemento de vidrio ionomérico tipo II.

2.3.- Lesiones profundas:

El tratamiento recomendado es colocar hidróxido de calcio, cemento de vidrio ionomérico tipo I y luego se restaura la lesión con resinas compuestas. También existe la alternativa de colocar el hidróxido de calcio y si la conformación de la cavidad lo permite colocar cemento de vidrio ionomérico tipo II.

3.- Los casos crónicos y severos a nivel odontológico, serán aquellos que presentan manifestaciones dentales excesivas, incluyendo pérdida del esmalte, dentina, sensibilidad dentaria, patología pulpar y daño estético considerable. En estos casos conviene realizar el tratamiento en el menor número de citas posibles, para disminuir la carga ansiosa del paciente.

Como generalmente hay pérdida de la estética, el paciente al recobrar la misma en las primeras citas, refleja un restablecimiento de su autoestima y por tanto, aumenta su nivel de colaboración al tratamiento.

Una vez realizada la terapia de conductos (en los casos que lo ameriten), las restauraciones de elección pueden ir desde una resina fotocurada, hasta la rehabilitación protésica a base de carillas y/o coronas.

Es muy importante que en la consulta, durante la anamnesis y el examen clínico, el odontólogo pueda percatarse de síntomas característicos, para así poder diagnosticar un cuadro de bulimia y de esta manera, poder orientar al paciente hacia la búsqueda de la ayuda psicológica necesaria.<sup>32</sup>

### **Diagnósticos diferenciales**

- Embarazo
- Úlceras pépticas
- Anemia congénita
- Fallas metabólicas

El odontólogo representa un factor importante en la detección de esta enfermedad, la mayoría de las veces ocultada por los pacientes. El profesional de la odontología debe tener conocimiento acerca de las enfermedades de este tipo, para que, basado en los signos y síntomas que éstas presentan, poder llegar a un diagnóstico certero de las mismas, lo que permite, dar el tratamiento adecuado en cada una de sus facetas, psicológica y farmacológica, para luego proceder a la parte restauradora de la cavidad bucal. La detección de esta enfermedad y de muchas otras que los pacientes por vergüenza generalmente ocultan, a través de un buen examen clínico y de la observación de la conducta del paciente, puede llegar en muchos casos, no solamente a ayudarlos a resolver sus problemas, sino hasta salvarles la vida.

### **3. ANTECEDENTES**

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los dos trastornos alimenticios más frecuentes, sobre todo en la población femenina, ya que 9 de cada 10 personas que la padecen son mujeres entre los 12 y 25 años de edad, según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.<sup>6</sup>

En estudios epidemiológicos realizados internacionalmente muestran una prevalencia de TCA en mujeres adolescentes que oscila entre el 5% y correspondiendo el 2% de anorexia nerviosa y entre el 1% y el 3 % de bulimia nerviosa<sup>41, 42, 43, 47</sup>.

El porcentaje de Trastornos Alimentarios no Especificados es reportado como del 3% al 4% difiriendo con otros autores hasta el 5% siendo las mujeres adolescentes las de mayor sintomatología.<sup>41, 42, 43, 47</sup>

En el caso de los varones estudios internacionales evalúan su prevalencia señalando un 1.4% de casos diagnosticados con Trastorno de conducta alimentaria.<sup>41- 43, 47</sup>

La proporción de casos de mujeres con respecto a los hombres, en la literatura es referida por varios autores, mencionando que aproximadamente de cada 10 casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria uno es del sexo masculino. Se considera, incluso al sexo como un factor predisponente, ya que la mayoría de autores verifican que el sexo femenino es el más propenso a padecer TCA, 95% en sexo femenino y 5% el sexo masculino<sup>45</sup>

México aunque no cuenta con un registro exacto de casos son pocos estudios identificados siendo ya la enfermedad poco reconocida como problema de Salud Pública, sin embargo; dio a conocer que, de acuerdo con un estudio realizados en la Ciudad de México, las mujeres de 16 a 19 años de edad, tienen mayores

conductas de riesgo de trastornos alimenticios. Se precisa que las edades donde se registran más casos son en mujeres de entre 12 y 13 años y 17 a 19 años, aunque también se registra un aumento de estas conductas en la población de 35 años.<sup>28, 46,47, 11</sup>

Este mismo estudio demuestra que el 87% de las adolescentes han realizado dietas restrictivas para bajar de peso, el 11% de ellas se han provocado el vómito, el 8% han usado laxantes y 21% han utilizado diuréticos para tratar de controlar su peso. Así mismo, el 27% de las encuestadas han utilizado pastillas para bajar de peso. Estos resultados son muy similares a otro estudio realizados, en donde el 23% de las mujeres y el 2% de los varones tienen riesgo a desarrollar un trastorno alimenticio.<sup>11, 40</sup>

En cuanto a los factores predisponentes a desarrollar los TCA, existen autores que describen que la edad más susceptible es entre los 13 y 20 años de edad, sin embargo algunos otros reportan que se pueden presentar en individuos hasta de 35 años de edad.<sup>28, 46,47, 11,40</sup>,



#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El conocimiento sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes de odontología cobra importancia debido a que los adolescentes tienen una gran predisposición a presentar trastornos alimentarios específicamente anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, al encontrarse en contacto con factores predisponentes tales como estrés y los malos hábitos que como estudiantes provocan el consumo de una dieta de baja calidad debido a las largas jornadas de estudio y las presiones sociales de un modelo de imagen. A esto se suma que muchos de los estudiantes pertenecen a una clase social media o baja lo cual incrementa el riesgo de adoptar conductas alimentarias nocivas.

Cabe resaltar, que a pesar de no ser aún profesionistas, los estudiantes en el área de la salud ya juegan un papel de educadores pasivos de la salud (enseñanza a través del ejemplo) por lo que es necesario identificar el tipo de conductas que interfieren en su condición de salud ya que es lo que transmiten y transmitirán en un futuro durante su práctica, instruyendo a la comunidad en general sobre los buenos hábitos alimenticios no solamente inculcándolos sino también llevándolos a cabo para la proyección de una buena imagen saludable.

Por otra parte, se ha publicado escasa información sobre los trastornos de la conducta alimentaria desde el punto de vista odontológico, por lo que no existe mucha aportación para el diagnóstico oportuno y precoz, y el tratamiento de las manifestaciones bucales que implican los trastorno de la conducta alimentaria; pues desafortunadamente, estos trastornos se escapan frecuentemente al examen clínico dental, debido al desconocimiento por parte del cirujano dentista de los signos que denotan dichos trastornos, lo cual limita de manera importante la capacidad de prevención, detección oportuna y el tratamiento de lesiones dichos trastornos.

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria entre los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM?

## **5. JUSTIFICACIÓN**

La realización de este estudio permitirá a través de la aportación de los datos de prevalencia diseñar una intervención dirigida a la detección y control de los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria por parte de los alumnos de la Facultad de Odontología, ya que en niveles universitarios, los alumnos suelen verse sometidos a una serie de factores estresantes y de exigencia académica que contribuyen de manera importante para la aparición de este tipo de trastornos.

A su vez, esto permitirá que los mismos alumnos funjan como transmisores de esta información, ya que cabe recordar que los trabajadores de la salud, transmiten un mensaje de prácticas saludables no nada más de una forma activa, sino también pasivamente a través del ejemplo.

Por otra parte, el reconocimiento de los factores de riesgo presentes en cada alumno , facilitará la detección de dichos factores en sus pacientes, lo cual contribuirá al establecimiento de un diagnóstico precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, los cuales tienen manifestaciones bucales que deben ser identificadas por los alumnos con la finalidad de otorgar una mejor atención integral.

## **6. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Determinar la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria entre estudiantes de la Facultad de Odontología UNAM.

### **Objetivo específico:**

- Identificar diferencia en la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria por sexo en los estudiantes de la Facultad de Odontología UNAM.

## **7. MATERIAL Y MÉTODO**

### **Tipo de estudio:**

Transversal.

**Universo de estudio:** Estudiantes de la Facultad de Odontología inscritos durante el periodo 2008-09.

### **Selección y tamaño de muestra:**

Se seleccionaron cuatro grupos de primer año por disponibilidad de elementos, dando un total de 157 estudiantes.

### **Criterios de inclusión:**

- Estudiantes inscritos en primer año de licenciatura.
- Estudiantes de ambos sexos.

## **Criterios de exclusión**

- Alumnos que no desearon participar en la entrevista.
- Alumnos que no concluyeron la entrevista.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

**Fecha de nacimiento:** Se registró de acuerdo a lo reportado por el encuestado como el día, mes y año de nacimiento. La información se obtuvo de manera directa.

**Edad:** Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de aplicar la entrevista.

**Sexo:** Condición orgánica que distingue a las mujeres de los hombres. La información se obtuvo de manera directa y se registró como: 1.Femenino 2.Masculino.

**Peso:** Es la masa del cuerpo en kilogramos. La información se obtuvo de forma directa y se registrará de acuerdo a lo reportado por el entrevistado en Kgs.

**Estatura:** Es la longitud corporal en cms. La información se obtuvo de forma directa y se registró de acuerdo a lo reportado por el entrevistado en cms.

**Estado de salud<sup>33</sup>:** Se refiere a la condición de bienestar orgánica experimentada por el individuo en los últimos tres meses: La información se obtuvo de forma directa y se registró en una escala Likert como:

1) Muy bien 2) Bien 3) Regular 4) Mal 5) Muy mal

**Problemática social<sup>33</sup>:** Se refiere a la experiencia de conflictos emocionales, sociales o económicos por parte del entrevistado con personas relativas a su entorno. La información se obtuvo de forma directa a través de la pregunta: ¿Has tenido algún problema con tus compañeros, amigos, familiares, novio, o alguna persona cercana a ti? y se registrará como: 1. Sí 2. No.

En caso de ser afirmativo, entonces el encuestado respondió ¿Qué tipo de problema?

**Estado de ánimo<sup>33</sup>:** Es la condición emocional en la que se encuentra el entrevistado. La información se obtuvo de forma directa y se registró en una escala Likert como:

- 1) Muy bueno    2) Bueno    3) Regular    4) Mal    5) Muy mal

**Práctica de ejercicio<sup>33</sup>:** Es la realización excesiva de actividades físicas. La información se obtuvo de forma directa a través de las preguntas:

¿Practicar alguna actividad física después del horario escolar o laboral?

- 1) Nunca    2) 1-2 días a la semana    3) 3-5 días a la semana    4) Todos los días

¿Has practicado ejercicio en exceso (más de 1 hora al día) para tratar de bajar de peso?

- 1) Nunca    2) algunas veces    3) frecuentemente de 2 a 3 veces por semana

**Práctica de dieta<sup>33</sup>:** Es la pauta que una persona sigue en el consumo habitual de sus alimentos, régimen que, en determinadas circunstancias, realizan personas sanas, enfermas o convalecientes en el comer y beber. La información se obtuvo de manera directa en una escala de Likert como:

- 1) Nunca    2) algunas veces    3) frecuentemente de 2 a 3 veces por semana

**Uso de Laxantes<sup>33</sup>:** Es el uso de pastillas o sustancias con el fin de provocar la defecación o eliminación de las heces para bajar de peso. El uso de estos se obtuvo la información de manera directa en una escala de Likert como:

- 1) Nunca    2) algunas veces    3) frecuentemente

**Prácticas de Ayuno<sup>33</sup>:** Es el acto de abstenerse voluntariamente de la ingesta de algún tipo de comida o líquidos, por un periodo prolongado de tiempo. La

información se obtuvo de manera directa en una escala de Likert como:

- 1) Nunca                      2) algunas veces                      3) frecuentemente

**Conteo de Calorías<sup>33</sup>:** Es la cuantificación de las unidades de energía que se encuentran en los alimentos. La información se obtuvo de manera directa a través de la pregunta: ¿Cuentas las calorías de todo lo que comes normalmente? SI o NO.

**Variación de peso<sup>33</sup>:** Es un cambio drástico en la masa corporal, específicamente 2 kilos en una semana, esto no es normal en una persona saludable, se obtuvo información a través del entrevistado de manera directa respondiendo a la pregunta.- ¿Alguna vez tu peso ha variado más de 2 kilos a la semana? y registrándose como SI o NO.

**Conductas anormales respecto a la alimentación<sup>33</sup>:**

Son conductas características de personas que padecen algún tipo de trastorno alimenticio como anorexia y bulimia, la información se obtuvo directamente del entrevistado registrándose como si o no a través de la pregunta:

¿Has presentado alguna de las siguientes conductas presentes?

- 1.-Escondes alimentos
- 2.-Comes muy lentamente
- 3.-Masticas durante mucho tiempo los alimentos
- 4.-Sueles comer a escondidas
- 5.-No te gusta comer en compañía
- 6.-Engañas a los demás sobre la cantidad que comes.
- 7.-Ninguna

**Percepción de la complexión durante la infancia**<sup>33</sup>: Conjunto de ideas y pensamientos que tiene la persona en relación con la estructura y desarrollo de su cuerpo en la infancia, la información se obtuvo de forma directa a través de las preguntas:

¿Cómo consideras que era tu complexión física durante la infancia?

- 1) Normal    2) Delgado    3) obeso    4) algo obeso    5) muy obeso

¿Te realizaban bromas acerca de tu complexión?

- 1) Sí, que era muy delgado.    2) Sí, que era muy obeso.    3) No

**Insatisfacción corporal**<sup>33</sup>: desagrado del sujeto con la forma general de su cuerpo o aquellas partes que le desagradan, la información se obtuvo de manera directa a través del entrevistado en una escala de Likert como:

- 1) Insatisfecho    2) Bastante insatisfecho    3) Algo insatisfecho    4) Satisfecho

**Autoconcepto**<sup>33</sup>: Es el conjunto de pensamientos y percepciones de una persona respecto a sí misma. La información se obtuvo de manera directa a través de las preguntas:

¿Actualmente piensas que tu complexión es?

- 1) Normal    2) Delgado    3) Obeso    4) Algo obeso    5) Muy obeso

¿Cómo consideras que actualmente se encuentra tu peso?

- 1) Elevado    2) normal    3) bajo

¿Alguna parte de tu cuerpo NO te gusta?

- 1) Si    ¿Cuál?- \_\_\_\_\_    2) No

**Autoestima<sup>33</sup>:** Es el sentimiento de aceptación y aprecio del entrevistado, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. La información se obtuvo en forma directa a través de la pregunta:

¿Si te comparas con otros jóvenes como te ves?

- 1) Mucho más delgada(o)    2) Un poco más delgada(o)    3) Igual  
4) Un poco más gordita(o)    5) Mucho más gordita(o)

**Frecuencia de peso<sup>33</sup>:** Es la periodicidad con la que el entrevistado se sujeta a la medición de su peso corporal. La información se obtuvo de manera directa como:

- 1) Menos de una vez al mes    2) Mensualmente    3) Semanalmente  
4) Más de una vez a la semana

**Obsesión por la delgadez<sup>33</sup>.**- Es la búsqueda incesante de la delgadez, como característica específica de los trastornos de la conducta alimentaria como resultado de un intenso temor a la gordura, La información se obtuvo de manera directa en una escala de Likert como:

¿Te preocupa engordar?

- 1) Nada    2) Un poco    3) Bastante    4) Muchísimo

¿Has descuidado tus relaciones familiares, laborales amistosas o sociales, por causa de tu peso?

- 1) Nunca    2) algunas veces    3) frecuentemente



**Métodos de recolección de la información:**

Se seleccionaron aleatoriamente cuatro grupos del primer año de la carrera de Odontología, en el campus de Ciudad Universitaria a los cuales se les aplicó un Cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT-40, creado y validado en mujeres españolas<sup>40</sup> y también validado en mujeres mexicanas<sup>33</sup> (anexo 1). Este cuestionario evalúa restricción alimentaria, bulimia, motivación por adelgazar, preocupación por la comida y presión social percibida.<sup>33, 35, 36, 37</sup>

**Métodos de procesamiento de la información:**

La información fue recabada en un formato diseñado especialmente para el presente estudio, posteriormente fue capturada en una base de datos elaborada en Epidata ver. 3.0, la cual fue analizada en el paquete estadístico SPSS ver. 15.0.

**Análisis estadístico de la información:**

Se obtuvieron medidas descriptivas para las variables sociodemográficas y se hizo un análisis de  $X^2$  para verificar diferencias por categorías.

**Consideraciones éticas:**

Debido a que el presente estudio no representa riesgo para los participantes, se solicitó el consentimiento informado verbal.

## **8. RESULTADOS**

Se entrevistaron 157 alumnos, de los cuales 73.2% corresponde al sexo femenino, mientras que 26.8% al sexo masculino. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución por sexo ( $X^2=33.943$ ,  $p<.001$ ) Tabla 1

**Tabla 1. Distribución de la población por sexo.**

SEXO	n	%
Femenino	115	73.2
Masculino	42	26.8
Total	157	100

Fuente: directa  $X^2=33.943$   $p<.001$

En cuanto la realización de ejercicio en exceso, se observa que 72.2% de la población encuestada del sexo femenino menciona no realizar actividades deportivas en exceso, mientras 66.7% de los hombres también. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la variable de exceso de ejercicio por sexo ( $X^2=2.953$ ,  $p=.228$ ). Tabla 2

**Tabla 2. Distribución de la variable exceso de ejercicio por exceso.**

Exceso de ejercicio	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Nunca	83	72.2	28	66.7	111	70.7
Algunas veces	30	26.1	11	26.2	41	26.1
Frecuentemente	2	1.7	3	7.1	5	3.2
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=2.953$   $p=.228$

En cuanto a la realización de dietas por parte de los encuestados se observa que el 40.9% de las mujeres reportan llevar a cabo dietas algunas veces con el fin de bajar de peso, mientras que 81% de los varones respondió nunca realizar dietas. Tampoco realizan dietas. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la realización de dietas por sexo ( $X^2=10.233$ ,  $p=.006$ ). Tabla 3.

**Tabla 3. Distribución de la variable dietas.**

Dietas	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Nunca	67	58.8	34	81.0	101	64.7
Algunas veces	47	41.2	7	16.7	54	34.6
Frecuentemente	0	.0	1	2.4	1	.6
Total	114	100	42	100	156	100

Fuente directa.  $X^2 = 10.233$   $p = .006$

En cuanto a la ingesta de pastillas para tratar de bajar de peso encontramos que en 88.7% refieren nunca haber utilizado pastillas para tratar de bajar de peso, sin embargo el 11.3% de ellas si han utilizado pastillas, con respecto a los hombres el 91.1% nunca han utilizado las pastillas para el mismo fin. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la ingesta de pastillas para bajar de peso ( $X^2=3.016$ ,  $p=.069$ ). Tabla 4.

**Tabla 4. Distribución de la variable pastillas para bajar de peso.**

Pastillas	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Nunca	102	88.7	41	97.6	143	91.1
Algunas veces	13	11.3	1	2.4	14	8.9
Frecuentemente	0	0	0	0	0	0
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=3.016$   $p=.069$

En cuanto a la distribución de la realización de ayunos prolongados los encuestados del sexo femenino reportan que el 81.7% no refieren nunca realizarlos mientras que el 16.5% de ellas refieren haberlo hecho algunas veces, el 83.3% de los hombres reportan nunca haber hecho ayunos. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la realización de ayunos por sexo ( $X^2 = .172$   $p = .917$ ). Tabla 5.

**Tabla 5. Distribución por realización de ayunos de acuerdo al sexo.**

Ayunos	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Nunca	94	81.7	35	83.3	129	82.2
Algunas veces	19	16.5	6	14.3	25	15.9
Frecuentemente	2	1.7	1	2.4	3	1.9
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2 = .172$   $p = .917$

En cuanto a la práctica de conteo de calorías los encuestados del sexo femenino y masculino, el 90.4 y 90.5 % respectivamente refieren nunca contar las calorías de los alimentos ingeridos. No se observa diferencia estadística significativa de acuerdo a la práctica de conteo de calorías por sexo ( $X^2 = .000$   $p = .994$ ). Tabla 6.

**Tabla 6. Distribución del conteo de calorías de acuerdo al sexo.**

Calorías	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Si	11	9.6	4	9.5	15	9.6
No	104	90.4	38	90.5	142	90.4
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2 = .000$   $p = .994$

En cuanto a la percepción de la complexión física durante la infancia los encuestados del sexo femenino reportaron que el 42.6% la consideraban normal, mientras que 33.3% de los hombres la consideraban normal, y sólo 7.1% se consideraba delgado. Se observó una diferencia estadística significativa en relación a la percepción de la complexión física durante la infancia ( $X^2=11.272$   $p=.024$ ). Tabla 7.

**Tabla 7. Distribución de consideración de complexión física durante la infancia.**

Complexión física en la infancia.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Normal	49	42.6	14	33.3	63	40.1
Delgado	45	39.1	14	33.3	59	37.6
Obeso	11	9.6	3	7.1	14	8.9
Algo Obeso	8	7.0	11	26.2	19	12.1
Muy obeso	2	1.7	0	0	2	1.3
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=11.272$   $p=.024$

En cuanto a la realización de bromas durante la infancia derivadas de su complexión los encuestados reportaron que al 19.1% del sexo femenino se le realizaban bromas respecto a su delgadez, mientras que el 76.2 del sexo masculino también reportó que se le hacían bromas respecto a su obesidad. No se observa diferencia estadística significativa de acuerdo a la práctica de bromas respecto a su complexión física durante la infancia. . ( $X^2=1.333$   $p=.513$ ). Tabla 8.

**Tabla 8. Distribución de realización de bromas con respecto a su complexión física.**

Bromas	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%		
Si, que era muy delgado	22	19.1	5	11.9	27	17.2
Si, que era muy obeso	10	8.7	5	11.9	15	9.6
No	83	72.2	32	76.2	115	73.2
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=1.333$   $p=.513$

En cuanto la consideración actual de su peso los encuestados reportan que el 60% de las mujeres consideran que su peso actual está dentro de lo normal, el 14.8 se consideran delgadas y solo un .9% se consideran muy obesas. Respecto al sexo masculino el 47.6% reportan un peso normal, un 26.2% delgado y el 2.4% muy obeso. No se observó una diferencia estadística significativa ( $X^2=4.169$   $p=.384$ ) Tabla 9.

**Tabla 9. Distribución del peso actual de acuerdo al sexo.**

Peso Actual	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%		
Normal	69	60	20	47.6	89	56.7
Delgado	17	14.8	11	26.2	28	17.8
Obeso	15	13	4	9.5	19	12.1
Algo Obeso	13	11.3	6	14.3	19	12.1
Muy obeso	1	.9	1	2.4	2	1.3
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=4.169$   $p=.384$

En cuanto la preocupación por ganar un Kilo se observó que 12.2% de las mujeres le preocupa mucho ganar un kilo mientras que los hombres este porcentaje es similar con 11.9%. No se observa diferencia estadística significativa en cuanto a la preocupación por ganar un kilo de acuerdo al sexo ( $X^2=.512$   $p=.914$ ). Tabla 10.

**Tabla 10. Distribución de ganar un kilo con respecto al sexo.**

Ganar un kilo	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Nada	55	47.8	20	47.6	75	47.8
Un poco	41	35.7	14	33.3	55	35.0
Nada	5	4.3	3	7.1	8	5.1
Muchísimo	14	12.2	5	11.9	19	12.1
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=.512$   $p=.914$

En cuanto a la satisfacción que tienen los encuestados con relación a su cuerpo, se observó que en las mujeres, 9.6% y 6.1% respectivamente se encuentran bastante o totalmente insatisfechos con su cuerpo, mientras que en el caso de los hombres, estos porcentajes corresponden a 14.3% y 4.8% respectivamente. No se observa diferencia estadística significativa ( $X^2=.865$   $p=.834$ ). Tabla 11.

**Tabla 11. Distribución de satisfacción corporal con respecto al sexo.**

Satisfacción	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Insatisfecho	7	6.1	2	4.8	9	5.7
Bastante Insatisfecho	11	9.6	6	14.3	17	10.8
Algo Insatisfecho	37	32.2	14	33.3	51	32.5
Satisfecho	60	52.2	20	47.6	80	51
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=.865$   $p=.834$

En cuanto a su autoimagen (cómo se ven a sí mismos) se observó que 30.4% de la mujeres se consideran un poco más gorditas que en relación con sus demás compañeras, mientras que los varones este porcentaje equivale a 21.4%. No se observó diferencia estadística significativa ( $X^2=3.467$   $p=.483$ ) Tabla 12.

**Tabla12. Distribución de autoimagen con respecto al sexo.**

Autoimagen	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Mucho más delgada	7	61.1	1	2.4	8	5.1
Un poco más delgada	24	20.9	11	26.2	35	22.3
Igual	43	37.4	20	47.6	63	40.1
Un poco más gordita	35	30.4	9	21.4	44	28
Mucho más gordita	6	5.2	1	2.4	7	4.5
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=3.467$   $p=.483$

Con respecto a la frecuencia de pesarse, 67% de las mujeres reportaron que se pesa menos de una vez al mes, en tanto que los hombres un 54.8% de ellos reportó lo mismo. Se observó una diferencia estadística significativa ( $X^2 =2.722$   $p=.436$ ). Tabla13.

**Tabla 13. Distribución de frecuencia de pesado con respecto al sexo.**

Frecuencia al pesar	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Menos de una vez al mes	77	67	23	54.8	100	63.7
Mensualmente	26	22.6	11	26.2	37	23.6
Semanalmente	8	7	5	11.9	13	8.3
Más de una vez a la semana	4	3.5	3	7.1	7	4.5
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2 =2.722$   $p=.436$



Con respecto a la preocupación por engordar los encuestados reportaron que a un 53% de las mujeres les preocupa un poco engordar, y a 4.3% le importa mucho, en el caso de los varones, 14.3% reportaron que les importa bastante engordar y a 7.1% les importa mucho. No se observó una diferencia estadística significativa ( $X^2=7.186$   $p=.066$ ). Tabla 14.

**Tabla 14. Distribución de engordar con respecto al sexo.**

Engordar	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Nada	29	25.2	19	45.2	48	30.6
Un poco	61	53.0	14	33.3	75	47.8
Bastante	20	17.4	6	14.3	26	16.6
Muchísimo	5	4.3	3	7.1	8	5.1
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2 = 7.186$   $p = .066$

En cuanto a la inconformidad de alguna parte de su cuerpo, los encuestados reportaron que un 57.4% de las mujeres se gustan tal y como son mientras que el 42.6% de ellas reportan una parte de su cuerpo que les desagrada. Con respecto a los varones el 69% de ellos no les desagrada nada de su cuerpo, mientras que al otro 31% reportan una parte específica que les desagrada. No se observó una diferencia estadística significativa ( $X^2 = 1.749$   $p = .186$ ). Tabla 15.

**Tabla 15. Distribución de inconformidad de su cuerpo con respecto al sexo.**

Inconformidad con su cuerpo.	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Si	49	42.6	13	31	62	39.5
No	66	57.4	29	69	95	60.5
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2 = 1.749$   $p = .186$

Con respecto a ¿cómo consideran que actualmente es su peso?, los encuestados reportaron que el 71% de las mujeres lo consideran normal, en tanto que los hombres un 52.4% también lo consideran normal y un 26.2% lo considera elevado. Se observó diferencia estadística significativa ( $X^2=15.919$   $p=.000$ ). Tabla 16.

**Tabla 16. Distribución de peso actual con respecto a sexo.**

Peso Actual	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Elevado	30	26.1	11	26.2	41	26.1
Normal	82	71.3	22	52.4	104	66.2
Bajo	3	2.6	9	21.4	12	7.6
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=15.919$   $p=.000$

En cuanto al descuido de las relaciones sociales por causa del peso, 11.3% de las mujeres reportó haber descuidado alguna vez en su vida las relaciones laborales, familiares o sociales por causa de su peso, mientras que en los hombres, este porcentaje equivale a 9.5%. No se observó diferencia estadística significativa ( $X^2=101$   $p=.751$ ). Tabla 17.

**Tabla 17. Distribución de descuidos sociales con respecto al sexo.**

Descuidos Sociales	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Nunca	102	88.7	38	90.5	140	89.2
Algunas veces	13	11.3	4	9.5	17	10.8
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=101$   $p=.751$

En cuanto a la variación frecuente del peso de los encuestados se reportó que el 82.1% de la población encuestada no sube, ni baja de peso drásticamente, mientras que el 16.5% del sexo femenino reporta variar de peso siendo mayor el porcentaje en el caso del sexo masculino el 21.4%. No se observó diferencia estadística importante. ( $X^2=.842$   $p=.656$ ). Tabla 18.

**Tabla 18. Distribución de variación de peso con respecto al sexo.**

Variación de peso	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Si	19	16.5	9	21.4	28	17.8
No	96	83.5	33	78.6	129	82.1
Total	115	100	42	100	157	100

Fuente directa.  $X^2=.842$   $p=.656$

En cuanto a conductas alimenticias anormales (representativas de síntomas de algún trastorno alimentario, como bulimia y anorexia nerviosa), 7% de las mujeres reportaron como primera opción la tendencia a esconder los alimentos, mientras que en el caso de los hombres, 11.9% tiende a comer muy lentamente. No se observó diferencia estadística importante. ( $X^2=7.282$   $p=2.96$ ). Tabla 19.

**Tabla 19. Distribución de conductas alimentarias anormales con respecto al sexo.**

Conductas	Sexo				TOTAL	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Escondes los alimentos	8	7	1	2.4	9	5.7
Comes muy lentamente	23	20	5	11.9	28	17.8
Trituras los alimentos	8	7	3	7.1	11	7
Comes a escondidas.	4	3.5	0	0	4	2.5
No te gusta comer en compañía	1	.9	0	0	1	.6
Engañas a los demás sobre la cantidad que comes	5	4.3	5	11.9	10	6.4
Ninguna	66	57.4	28	66.7	94	59.9
TOTAL	115	100	42	100	157	100

Fuente directa  $X^2=7.282$   $p=2.96$

## **9. DISCUSIÓN**

Este estudio fue realizado en alumnos de la Facultad de Odontología por lo que los resultados no pueden ser inferidos a la población en general.

Inicialmente se observó a través del estudio que en la muestra evaluada las mujeres tienen una ligeramente mayor presencia de sintomatología de trastorno alimentario que los varones. Esta tendencia es semejante a la reportada en un estudio en la Ciudad de México<sup>43</sup>, que reporta un 14.3% de sintomatología en varones y de 20.5% en mujeres. Estos porcentajes aunque menores confirman la tendencia de distribución de acuerdo al sexo concordando los datos con los otros estudios realizados.<sup>1, 40, -43</sup> En países Latinoamericanos, y en México no existen muchos estudios realizados de trastornos alimenticios que permitan conocer y comparar la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa siendo las enfermedades más significativas de dichos trastornos de la conducta alimentaria.<sup>14, 36</sup>

Una limitación en este estudio fue el grupo poblacional elegido ya que algunos autores<sup>1, 37, 39-41,</sup> reportan que el mayor porcentaje de conductas alimentarias anormales es entre 12 y 20 años de edad, y nuestro grupo de estudio sobrepasa esta edad.

Con estos datos se derivan bajos porcentajes de conductas asociadas a la presencia o el desarrollo de trastornos de Conducta Alimentarios, debido probablemente a las características de personalidad de los estudiantes del área de la salud, además de observarse una limitación de la validez de los datos aportados por los encuestados precisamente porque ya tienen como estudiantes nociones de dichos trastornos de la conducta alimentaria.

El punto que es evidente en este estudio por las repuestas evaluadas, es que para los encuestados es de suma importancia su peso y su figura, independientemente o no al desarrollo de un trastorno de alimentación, debido en gran medida, al fomento por parte de la sociedad de un cuerpo esbelto y delgado como ideal de vida.

Cabe señalar que el cuestionario realizado sólo fue para detectar conductas y actitudes para el desarrollo de algún trastorno alimenticio, más no para un diagnóstico preciso de enfermedades específicas como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, ya que para tales fines es necesario entrevistas especializadas con profesionales en Nutrición y Psicología.

Es por ello que se necesitan de otras investigaciones posteriores dirigidas a un diagnóstico mucho más detallado de enfermedades específicas tales como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, con el fin de obtener datos confiables y válidos para toda la población.

Los datos aportados de esta investigación sugieren ser considerados en programas preventivos y de posible tratamiento en Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población estudiada.

## **10. CONCLUSIONES**

De los datos obtenidos en el presente estudio, se puede concluir que:

- Casi la mitad de los estudiantes encuestados reportan haber utilizado dietas con el objetivo de bajar de peso.
- Es mayor el porcentaje de mujeres que han realizado ayunos prolongados buscando bajar de peso sin embargo no se observó diferencia estadística significativa.
- No se observó diferencia entre el porcentaje de estudiantes que reportó llevar a cabo ejercicio en exceso por sexo.
- No se observó diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la percepción de la autoimagen por sexo.

## **11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Morandé, G., Celada, J. & Casas J.J. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. Journal of adolescent Health. Vol.24. Pág.212-219.
2. Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., & Walsh B.T. Longitudinal relationships between child hold adolescent and adult eating disorders. American Academy Child Adolescent Psychiatry Vol.40 No.2 Pág. 1434-1440.
3. Palma, Marcela. Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición V.20 No.5 Sept.1997. p26.
4. Chávez F. Antecedentes Históricos de la anorexia. Psicología Iberoamericana. Vol. 3 No.2 1995 Pág. 3-7
5. Romero R. S. Trastornos alimenticios.www.monografias.com
6. Matskin, V. Los orígenes de la anorexia y la bulimia nerviosa. [www.nutrinfo.com.ar](http://www.nutrinfo.com.ar)
7. Morgado, B. Anorexia y bulimia. Ed. Interamericana. Ed. 2000 Pág. 39-42
8. Casanueva Esther Nutriología Médica. 10ª ed. Editorial Medica Panamericana, Fundación Mexicana de Salud. México 2001.Pág. 719
9. Chinchilla, Moreno A, Trastornos de alimentación Ed. Mansson. 1ª Ed. 2003. Pág. 21-35
10. Feinhholz Dafna. Adolescencia los trastornos de la conducta alimentaria Cuadernos de nutrición. Vol. 20 No.5 1997 Pág. 5-11
11. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Barcelona: Masson
- 12 Chinchilla, A. Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa y atracones. Barcelona Masson 2003.



13. Correa, M., Zubarewt, S. P. Prevalencia de riesgo de Trastornos alimentarios en adolescentes de la Región Metropolitana. Revista Chilena Pediátrica. 2006 Vol.77.No.2 Pág. 153-160
14. Unikel S., Bojórquez I. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública de México. Vol.46 No.6 noviembre-diciembre 2004. Pág. 510-514
14. Palma, Marcela. Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de Nutrición Vol. 20 No.5 septiembre-octubre de 1997 Pág. 26.
16. Mandel L. Abai S. Diagnosing bulimia nervosa with parotid glands swelling. Journal American Dental Association. Vol. 135 No.5, 2004 613-616
17. Little J. W. Eating disorders: dental implications. Oral Surgery oral, Medicine, Oral Pathology. Vol.93 No.2 2002. Pág. 138-143
19. Harrison, M.J. Principios de Medicina Interna. Volumen I, 3ª ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana 1994. .
- 18 .Kelleys N. W. Medicina Interna 2ª ed. Ed Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina, 1994.
20. Galtzel, J.; Kuhre G, Henderson A, Strotzka H. Cie. 10a revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ed. Meditor OMS 1992.
21. Gyton Hall. Tratado de Fisiología Médica. 9ª ed. Ed McGraw Hill Interamericana. 1995. Pág. 609-1021.
22. Carpenter B.M. Neuroanatomía Fundamentos. 4ª ed. Ed. Panamericana 1994. Pág. 68
23. Sherman T.R. Thompson A. Bulimia una guía para padres y amigos. Ed Trillas México, 1999.
24. Hekler M, Millar, C. Anorexia, bulimia, deseo de nada. Ed. Paidos. Buenos Aires Argentina, 1994
25. Nachón M.G. Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos compulsivo purgativo. Revista Médica Vol.3 No. 2, 2003 Pág. 345-349

26. Gay, Z.O. Ramírez R.G. Anorexia y Bulimia Nerviosa Aspectos Odontológicos. Revista Asociación Dental Mexicana. Vol.52 2000 Pág.23-32
27. Gay, Z. O. Anorexia y Bulimia en Odontología. Series en Medicina Bucal VIII. Revista Asociación Dental Mexicana. Vol. LXI. No.3 Julio 2004. Pág. 117-120
28. Bullen, L; Pecharromàn, B. Una perspectiva sociocultural de trastornos alimentarios. Zainak 2005:27 179-186.
29. Matzzkin V. Los orígenes de la anorexia y la bulimia nerviosa. [www.nutrinfo.com.ar](http://www.nutrinfo.com.ar)
30. Mendoza S. M. Prevalencia de alteraciones bucodentales en pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa del Instituto Nacional de Psiquiatría. Facultad de Odontología UNAM, 2003 Pág. 74.
31. Nachòn M.G. Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos compulsivo purgativo. Revista Médica V 3 No. 2, 2003 p 235-244.
32. Cuadernos de nutrición. Vol. 20 No.5 1997 Pág. 5-11
33. Alvarez, R. G. Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BUILT. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México 2000
34. American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). Washington: APA.
35. Chinchilla, A. Anorexia y Bulimia nerviosa. Madrid Ergon
36. Fernández –Aranda, F., Ramón, F., Badía, A., Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación. [www.psiquiatría.com](http://www.psiquiatría.com)
37. Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., & Walsh B.T. Longitudinal relationships between child hold adolescent, and adult eating disorders. American Academy Child Adolescent Psychiatry Vol.40 No.2 Pág 1434-1440.
38. Nakamura, K. et al. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. International Journal Eating Disorders. Vol.28 Pág 173-180.

- 39.** Hoerr, S.L., et al. Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. Journal of American College of Nutrition. Vol.24 No.4 Pág.307-314.
- 40.** Toro, J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Ed. Ariel España 2004
- 41.** Mateo, G. C. Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios y sus factores asociados. Tesis Licenciatura UNAM 2002.
- 42.** Muñoz, P. M & Turón G.V. Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del Adolescente. Vol.1 No.2 Pág.33-41
- 43.** Barrigete M. Comunicado de Prensa No.629. Secretaría de Salud. 13 de Noviembre 2005.
- 44.** Mahan, Kathleen. Nutrición y Dietoterapia de Krause. 10ª ed. McGraw-Hi Interamericana, México 2001. pág.1073l

## 12. ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**  
**CUESTIONARIO**

Este cuestionario es realizado solamente con fines de estudio estadístico para una tesina de titulación en el área de Epidemiología, por lo que tu ayuda es de gran importancia. Por favor contestar con veracidad, ya que es totalmente anónimo y confidencial.

**Instrucciones:** Lee con cuidado y detenimiento cada pregunta y coloca en el recuadro el número de la respuesta que para ti sea la más sincera. De antemano **GRACIAS** por tu cooperación.

Fecha de nacimiento:    DIA \_\_\_\_\_    MES \_\_\_\_\_

AÑO \_\_\_\_\_

Sexo:                1.Femenino

2.Masculino

PESO \_\_\_\_\_ Kg.

ESTATURA \_\_\_\_\_ m.

1.- ¿Cómo has estado de salud en los últimos tres meses?

1) Muy bien    2) Bien    3) Regular    4) Mal    5) Muy mal

2.- ¿Has tenido algún problema con tus compañeros, amigos, familiares, novio, o alguna persona cercana a ti?

1.- SI

2.- NO

**En caso de que la respuesta sea afirmativa, contestar la pregunta 3, en caso contrario pasar a la pregunta 5.**

3.- ¿Qué tipo de problema? \_\_\_\_\_

4.- Si has tenido algún problema en el último mes, ¿quién te ha ayudado resolverlo?

1) Nadie    2) Mi familia    3) Mis amigos    4) Otros

5.- ¿Cómo ha sido tu estado de ánimo en los últimos tres meses?

1) Muy bueno    2) Bueno    3) Regular    4) Mal    5) Muy mal

6.- Durante las comidas las personas que te acompañan ¿Qué suelen decirte?

1) Tienes que comer más    2) Tienes que comer mejor    3) Tienes que comer menos    4) No dicen nada

7.- ¿Mientras comes realizar alguna actividad?

1.- SI

¿cuál? \_\_\_\_\_

2.- NO

8.- ¿Practicas alguna actividad física después del horario escolar o laboral?

1) Nunca      2) De 1-2 días a la semana      3) De 3-5 días a la semana      4) Todos los días

9.- ¿Has practicado ejercicio en exceso (más de 1 hora al día) para tratar de bajar de peso?

1) Nunca      2) algunas veces      3) frecuentemente de 2 a 3 veces por semana

10.- ¿Alguna vez has realizado dietas con el fin de perder peso?

1) Nunca      2) algunas veces      3) frecuentemente de 2 a 3 veces por semana

11.- ¿Has utilizado algún tipo de pastillas para tratar de bajar de peso?

1) Nunca      2) algunas veces      3) frecuentemente de 2 a 3 veces por semana

12.- ¿Alguna vez has ayunado (dejar de comer por un día o más) para tratar de bajar de peso?

1) Nunca      2) algunas veces      3) frecuentemente de 2 a 3 veces por semana

13.- ¿Cuentas las calorías de todo lo que comes normalmente?

1.- SI      2.- NO

14.- ¿Alguna vez tu peso ha variado más de 2 kilos a la semana?

1.- SI      2.- NO

15.- ¿Has presentado alguna de las siguientes conductas presentas?

- 1.- Escondes alimentos
- 2.- Comes muy lentamente
- 3.- Masticas durante mucho tiempo los alimentos
- 4.- Suelas comer a escondidas
- 5.- No te gusta comer en compañía
- 6.- Engañas a los demás sobre la cantidad que comes.
- 7.- Ninguna

16.- ¿Como consideras que era tu complexión física durante la infancia?

1) Normal    2) Delgado    3) obeso    4) algo obeso    5) muy obeso

17.- ¿Te realizaban bromas acerca de tu complexión?

1) Sí, que era muy delgado.      2) Sí, que era muy obeso.      3) No

18.- Actualmente piensas que tu complexión es

1) Normal    2) Delgado    3) Obeso    4) Algo obeso    5) Muy obeso

19.- ¿Hasta qué punto te preocupa ganar UN KI LO?

1) Nada      2) Un poco      3) Bastante      4) Bastante      5) Muchísimo

20.- Como te sientes de satisfecho/a con tu cuerpo

1) Insatisfecho      2) Bastante insatisfecho      3) Algo insatisfecho      4) Satisfecho

21.- Si te comparas con los otros jóvenes de tu edad, ¿cómo te ves?

1)Mucho más delgada(o)      2)Un poco más delgada(o)      3)Igual

4)Un poco más gordita(o)      5)Mucho más gordita(o)

22.- ¿Con qué frecuencia te pesas?

1) Menos de una vez al mes      2) Mensualmente      3) Semanalmente      4) Más de una vez a la semana

23.- ¿Te preocupa engordar?

1) Nada      2) Un poco      3) Bastante      4) Muchísimo

24.- Alguna parte de tu cuerpo NO te gusta

1) Si      ¿Cuál?-\_\_\_\_\_      2) No

25.- ¿Has descuidado tus relaciones familiares, laborales amistosas o sociales, por causa de tu peso?

1) Nunca      2) algunas veces      3) frecuentemente de 2 a 3 veces por semana

26.- ¿como consideras que actualmente se encuentra tu peso?

1) Elevado      2) normal      3) bajo