



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 41  
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MÉDICA

## **TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ANOREXIA Y BULIMIA EN MUJERES ADOLESCENTES EN LA UMF 41**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA**

**Dra. Martha del Sagrario Juárez Vázquez.**

FEBRERO DE 2015



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 DIOS por todas sus **BENDICIONES** y su infinita compañía

A mi FAMILIA por su incondicional **APOYO**

Pero sobre todo a l AMOR de mi vida EMILIANO que me cedió todo su tiempo  
Sin saberlo

**¡TE AMO HIJO!**

A mi profesor, amigo y asesor,  
Medico Javier López Villasana

Febrero 2015

**FRECUENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN MUJERES**

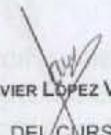
**ADOLESCENTES EN LA UMF 41**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARTHA DEL SAGRARIO JUÁREZ VÁZQUEZ

**AUTORIZACIONES:**

  
**DR. JAVIER LOPEZ VILLASANA**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14 Y ASESOR DE TESIS

  
**DRA. LAURA OLALDE MONTES DE OCA**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14



FRECUENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN MUJERES ADOLESCENTES  
EN LA UMF 41

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARTHA DEL SAGRARIO JUÁREZ VÁZQUEZ

AUTORIZACIONES

*[Handwritten signature]*

DR. VICTOR MANUEL AGUILAR  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGADOR EN SALUD  
ADSCRITO A LA DELEGACIÓN NORTE  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
I.M.S.S

*[Handwritten signature]*

DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN  
SALUD. COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
ADSCRITO A LA DELEGACIÓN NORTE  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN  
Y ENLACE INSTITUCIONAL  
IMSS  
COORDINACIÓN AUX. DE EDUCACIÓN  
EN SALUD

IMSS DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 41  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
RECIBIDO  
24 FEB 2015  
COLECTOR 15 EBO, NO BOMBA  
COL. MAGDALENA DE LAS SALINAS

DELEGACIÓN No. 2 NOROCCIDENTE DEL D.F.  
JEFATURA DE PRESTACIONES  
MÉDICAS  
IMSS  
COORDINACIÓN DE  
EDUCACIÓN EN SALUD

**FRECUENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN MUJERES ADOLESCENTES  
EN LA UMF 41**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

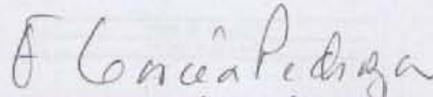
**PRESENTA:**

**DRA. MARTHA DEL SAGRARIO JUÁREZ VÁZQUEZ**

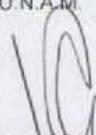
**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3404  
UMF FAMILIAR NUM 20, D.F. NORTE

FECHA: 18/01/2013

**DR. JAVIER LÓPEZ VILLASANA**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**FRECUENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN MUJERES ADOLESCENTES EN LA UMF 41**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO** con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3404-5

**DR. (A) EDUARDO ITURBURU VALDOVINOS**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No.

Señalar

**IMSS**

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

## INDICE

Agradecimientos	2
Autorizaciones	3
Resumen	8
Marco Teórico	9
Planteamiento Del Problema	14
Justificación	15
Objetivos	16
- Generales	
- Específico	
Sujeto, Material Y Métodos	17
Instrumento	18
Diseño	19
Tipo de Estudio	19
Descripción	19
Muestreo	20
Criterios	21
Variables	22
Aspectos Éticos	23
Factibilidad	25
Recursos	25
Resultados	26
Discusión	33
Conclusiones	35
Bibliografía	38
Cronograma (anexo1)	40
Cuestionario (anexo 2)	41
Consentimiento informado (anexo 3)	43

# TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA, ANOREXIA Y BULIMIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE LA UMF41

1.-Dra. Martha del Sagrario Juárez Vázquez\*

## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de alimentación pueden afectar a toda la población, siendo la Anorexia y la Bulimia los más frecuentes. En México va en aumento y desafortunadamente se diagnostica en etapa avanzada. Las adolescentes mujeres son más vulnerables ante la presencia de ambas.

**Objetivo:** Caracterizar los trastornos de conducta alimentaria, anorexia y bulimia en mujeres adolescentes en la UMF 41.

**Material y métodos:** Se realizó estudio descriptivo, prospectivo, transversal en 362 mujeres de 12 a 19 años edad en una muestra aleatorizada para determinar la prevalencia de anorexia y bulimia. Se aplicó cuestionario validado y basado con criterios diagnósticos de DSM IV. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central.

**Resultados** La media de edad fue de 15.1 años, mediana 15, moda 12, edad mínima de 12 años y máxima de 19, desviación estándar de 2.3. El 77.1 % fueron estudiantes, 44.5% tuvieron secundaria, 89% fueron solteras. Tuvieron peso normal 27.3% y solo el 0.8 % en obesidad grado 3. La frecuencia de Anorexia fue 8.8%, Bulimia 9.1% y 5.8% ambas, el 31 % con ansiedad agregada.

**Discusión** El estudio muestra coincidencias con otros autores, encontrando los 14 años son la edad en la que más frecuentemente se encuentran estos trastornos alimenticios, en estudiantes, solteras, y la ansiedad es una entidad psiquiátrica agregada pero a diferencia de otros estudios la bulimia fue la más frecuente en este grupo.

**Conclusiones** Las adolescentes son las más frecuentemente afectadas, la ansiedad se asocia a los TAC.

Palabras clave: Conducta alimentaria, riesgo, mujeres, adolescente,

\* Investigador principal y alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar

## MARCO TEÓRICO

La alimentación en la vida humana es el comienzo de la vida relacional del sujeto en pareja. Con la alimentación incorporamos simbólicamente el entorno para asimilarlo y expulsar lo no asimilable, y esto no se hace sin sentimientos. Hay una fuerte relación entre la demanda afectiva y la satisfacción nutricia. El ser humano en sus primeros días de nacimiento ya experimenta la necesidad de establecer su primera pareja sentimental para sobrevivir y crea un fuerte vínculo con quien le alimenta. Pues del Ser Nutricio, generalmente la Madre, recibe sus primeras experiencias existenciales...Y es que desde el comienzo de la vida la relación dual es la mínima relación de comunicación y es básica para integrarse en la realidad. Y esta primera relación, pre-edípica en lenguaje psicoanalítico, será la base modelo con la que intentaremos construir las relaciones posteriores

La adolescencia representa un período decisivo en el desarrollo del ser humano, por lo que resulta importante y necesario el abordaje de los cambios y situaciones que impactan su adaptación individual, interpersonal y social. En México, la investigación epidemiológica ha enfatizado que la población adolescente está en riesgo de presentar diversas problemáticas sociales que afectan la salud mental. Debido a que la conducta alimentaria es básica para la supervivencia y el funcionamiento general de las personas, su estudio adquiere un lugar prioritario.

La anorexia y la bulimia son los trastornos inespecíficos del comportamiento alimentario. Son los más frecuentes de múltiples que conforman esta entidad. Son alteraciones conductuales relacionadas al acto de comer y a la imagen corporal. Si bien, a fines del siglo XX y en el siglo XXI, estos padecimientos conductuales han sido ligados a la idolatría por la delgadez, las revisiones históricas han revelado que los trastornos de la conducta alimentaria (TAC) han existido desde tiempos históricos, en particular la anorexia.<sup>1</sup>

Tal vez el entorno cultural en el que éstos se han desarrollado, han matizado las interpretaciones de estas conductas patológicas a lo largo de la historia. En

los tiempos modernos, las exigencias sociales por un cuerpo delgado en el género femenino y atlético en el masculino es factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos

### Síntomas y Prevención

En definitiva se trata de una obsesión moderna juvenil de la población, está notoriamente enfocada a la exaltación de las características corporales consideradas socialmente atractivas. El ser delgado se ha convertido en un salvo conducto para transitar por la vida, es una garantía de seguridad que proporciona al individuo la libertad para el desempeño social sin ser criticado. Pero esto no es reciente ya que existen escritos que demuestran la existencia de estos trastornos desde la antigüedad.

En el Medioevo existieron personas conocidas como las “santas anoréxicas” que confines de trascendencia espiritual o de autoflagelación, practicaban períodos extensos de ayuno que las hacía alcanzar estados de desnutrición extremos. Uno de los casos mejor estudiados y más conocidos es el de Santa Catalina de Siena, que vivió en el siglo XIV, de quien además de ayunar se provocaba el vómito. Se sabe que tras su muerte y posterior a su santificación, la difusión de su forma de vida en las mujeres jóvenes ocasionó que otras personas siguieran su ejemplo.

En el año 1873, cuando Lassague describió la Anorexia Histerique, en Francia, la cual clínicamente reúne las características de un estado de inanición grave presente en mujeres jóvenes y sin ningún padecimiento clínico aparente.

Durante el siglo XX, este padecimiento llamó considerablemente la atención tanto de psicólogos, psiquiatras y sociólogos. Brusch introdujo el concepto sobre el trastorno de la imagen corporal, que hoy es uno de los criterios básicos para el diagnóstico.

Todos estos trastornos comparten varios síntomas en común: desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo.<sup>2</sup> Así en una reciente encuesta realizada en Estados Unidos a 30,000 personas y publicada en el Psychology Today se destaca que un 93% de las mujeres y un 82% de los varones interrogados están preocupados por su apariencia y trabajan para mejorarla.<sup>3,4</sup>

Es abrumador el número de personas que desearían estar en el "cuerpo de otro". Según los expertos en psiquiatría, desear una imagen perfecta o casi perfecta no implica padecer una enfermedad mental, sin embargo, aumenta las posibilidades de que aparezca.

Es en la adolescencia, cuando este tipo de obsesión se está convirtiendo en una pesadilla, ya que con una personalidad aún no configurada ni aceptada, con unos medios de comunicación que transmiten constantemente modelos de perfección y belleza, se sienten en la obligación de ser cuerpos "Danone" sacrificando su salud y llegando hasta las últimas consecuencias en sus conductas de alimentación las cuales son inadecuadas.

De los trastornos de alimentación más frecuentes se encuentran, especialmente la Anorexia y Bulimia nerviosas, pero cabe mencionar que existen en frecuencia en otros trastornos que se pueden encontrar combinados.

Es más preocupante el impacto que los trastornos de la conducta alimentaria, ejercen sobre las mujeres, aunque cada vez hay más hombres con estos. Respecto a la vigorexia es predominante en los varones, pero ya se están detectando casos de mujeres obsesionadas por el músculo. Y los trastornos dismórficos afectan por igual a ambos sexos.<sup>5</sup>

Los TCA son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre las mujeres jóvenes.<sup>1,2</sup> Si bien los trastornos definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés), anorexia nervosa, bulimia nervosa, y trastorno de la conducta alimentaria no especificado tienen prevalencias de apenas 0.5 a 3%, las conductas alimentarias de riesgo son mucho más frecuentes. No existe un concepto unificado de las conductas de riesgo, pero este término, así como los de síndromes parciales conductas alimentarias anormales y trastornos sub clínicos hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA.<sup>6</sup>

En México se han encontrado porcentajes desde el 5% hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en mujeres estudiantes universitarias, adolescentes, y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México.<sup>7</sup> Los estudios de seguimiento por periodos de entre 10 y 15 años de pacientes con

anorexia nervosa han mostrado que los síntomas persisten en 12 a 14% de los casos y las tasas de recaída son elevadas, entre 4 y 27%, por lo que puede hablarse de un padecimiento crónico. Según el estudio llevado a cabo por Sullivan, la tasa de mortalidad agregada asociada con la anorexia nervosa es doce veces mayor que la tasa anual de mortalidad debida a todas las causas para mujeres de entre 15 a 24 años de edad en la población general.<sup>5,7,8</sup>

Los TCA se asocian con gran número de complicaciones fisiológicas en la adultez temprana, además de presentarse con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, principalmente con trastornos afectivos.<sup>9</sup>

Lo mencionado anteriormente, aunado a que la población más afectada con los TCA se encuentra en una etapa crucial de su desarrollo físico, mental y social, convierte a la detección temprana de casos en una tarea por demás importante. Es importante la detección de la enfermedad en su forma temprana pero es de igual importancia descubrir si existen factores que nos indiquen que un paciente presenta conductas alimentarias de riesgo para desarrollar estas alteraciones. Esto es igualmente cierto en cuanto a los síndromes parciales que podrían ser incluso más preocupantes porque, al mantenerse el sujeto afectado dentro de los límites de lo considerado normal, no es detectado por profesionales médicos, educadores o por sus familiares y, al no ser considerado un problema, no recibe tratamiento. Dado el carácter de problema de salud mental pública de los TCA es importante contar con instrumentos adecuados para su detección, con fines tanto clínicos como epidemiológicos. En México, por razones principalmente de recursos, son pocas las encuestas que logran tener una verdadera representatividad nacional.<sup>9, 10</sup>

En la investigación acerca de los TCA se han empleado diferentes cuestionarios auto aplicables, de los cuales los que destacan son el Eating Attitudes Test (EAT)<sup>11</sup> y el Eating Disorders Inventory (EDI), que han sido validados para población mexicana por Álvarez, Mancilla, Vásquez, Unikel, Caballero y Mercado, Álvarez y Álvarez y Franco. A pesar de la elevada confiabilidad y validez de ambos instrumentos, la principal desventaja que presentan es su extensión.<sup>8</sup>

En el caso del EDI existe, además, el riesgo de que las preguntas sobre características psicológicas (conciencia interoceptiva, desconfianza interpersonal, ineficacia, miedo a madurar y perfeccionismo) resulten confusas en su significado al ser aplicadas a poblaciones culturalmente diversas y en un intento por solucionar estos problemas, y de obtener datos representativos acerca de la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en una población abierta, en 1997 se diseñó un instrumento de 10 reactivos para la detección de conductas alimentarias de riesgo. Estos 10 reactivos se incluyeron por primera vez en la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal, en 1997, obteniéndose con ello información estadísticamente confiable sobre conductas alimentarias de riesgo en esta población.<sup>7</sup> Dicho instrumento establece preguntas principalmente por conductas, y la frecuencia con la que éstas se manifiestan, con lo cual permite obtener datos sobre prácticas dañinas sin importar con qué elementos psicológicos se relacionen. Como lo menciona en su artículo de validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo en México por la Dra. en psicología Claudia Unikel-Santocini en el cual para obtener la validez concurrente del cuestionario se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre los valores medios obtenidos para la puntuación total del cuestionario de conductas alimenticias de riesgo, ya que este instrumento es capaz de diferenciar entre población clínica y una no clínica y tiene una valores de confiabilidad de (0.83), de tal forma que es útil para realizar la identificación de dichas conductas de riesgo en población joven. <sup>1,9</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde el siglo pasado el ritmo de vida ha cambiado de una forma vertiginosa principalmente por la gran accesibilidad que tenemos a todos los medios de comunicación e información y de forma positiva elevan nuestro nivel de vida , pero no todo resulta ser positivo ya que se han observados muchos efectos negativos, desapego familiar, disminución en la interacción personal, disminución en la socialización, física, etc., pero también, no menos importantes son los trastornos alimenticios, y que si bien es cierto el más notable a la vista es la obesidad, y por ello ocupamos el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil y el segundo en adultos, existe el extremo contrario, que es la anorexia y bulimia, y otros trastornos alimenticios, graves y que a diferencia de la obesidad si son silenciosos, y poco identificados a tiempo<sup>2</sup>, por lo cual considero importante que se detecte tempranamente si mujeres de 12 a 19 años de edad presentan alguno de estos trastornos alimenticios o el riesgo a presentarlos, para de esta forma realizar su envío oportuno a los especialistas correspondiente. Por lo que nos preguntamos lo siguiente:

¿Cuál es la caracterización de los trastornos de conducta alimentaria, anorexia y bulimia en mujeres adolescentes en la UMF 41?

## JUSTIFICACION

En la práctica clínica, tanto privada como pública, los profesionales de la salud hemos podido constatar que los trastornos de la alimentación han llegado a constituir un problema de creciente importancia en poblaciones jóvenes.<sup>5</sup>

El número de casos que se diagnostican y tratan son cada día mayor, y si sumáramos a esto, el hecho que el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando el trastorno alimentario está instalado con sus consecuentes complicaciones médicas, el panorama es menos alentador. Los trastornos de la conducta alimentaria tienen repercusiones graves, requieren de un tratamiento largo y complejo, es crónica en buena parte de los casos, conlleva a gran sufrimiento personal y pueden dar lugar a la muerte.<sup>4</sup>

Los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad debido a que de los modelos estéticos vigentes, están en proceso de construcción de su identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de conducta alimentaria se requiere de un alto índice de sospecha por parte del clínico, lo que en conjunto con una anamnesis acuciosa, ayuda a evitar el retraso del diagnóstico. Es sabido que el comienzo de estos padecimientos suelen ser insidioso y con frecuencia pasa desapercibida a la familia.<sup>5</sup>

Uno de los factores asociados y el más frecuente es la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado. O al sistema escolar. De aquí la importancia de una detección temprana, antes que el trastorno se instale con sus consecuencias y complicaciones.<sup>12</sup>

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Caracterizar los trastornos de conducta alimentaria, anorexia y bulimia en mujeres adolescentes en la UMF 41.

### **PARTICULARES.**

1.-Medir la frecuencia de Anorexia y bulimia en mujeres adolescentes en la UMF 41.

2.-Describir las características socio demográficas en Adolescentes mujeres con anorexia y bulimia en la UMF 41.

## **SUJETO, MATERIAL Y METODOS**

Se realizó estudio descriptivo y observacional en 362 en mujeres adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N. 41

Para la realización de este estudio se empleó un “Cuestionario Breve “ para medir conductas alimentarias de riesgo, validado por la Universidad Autónoma de México, en el año 2004. Realizado por la Dra. Claudia Unikel-Santoncini, (anexo 1), basado en el EDI-2 test de auto informe utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). El EDI incluye tres escalas, que evalúan, actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso e insatisfacción corporal y otras ocho más generales referidas a rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. EDI-2 representa una forma rápida y económica de evaluar, este test, está estandarizado en Estados Unidos, España y México. <sup>1,9</sup>

## **INSTRUMENTO**

El instrumento utilizado es un cuestionario auto aplicable validado por la Universidad Nacional Autónoma de México que consta de 10 preguntas las cuales fueron elaboradas con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Las preguntas, son específicas para identificar conductas alimenticias de riesgo como Anorexia y Bulimia, las preguntas 1,5,6 y 7 son dirigidas a identificar la conductas de anorexia y las preguntas 2,3,4,8,9 y 10 dirigidas a bulimia(anexo 1).Debo mencionar que el instrumento es claro al interrogarle a las pacientes que si a pesar de contar con peso adecuado para su edad ,y estatura o IMC presentan o sienten, preocupación por engordar, practican atracones de comida, presentan la sensación de falta de control al comer, conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas ,ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito, auto-inducido, uso de laxantes y de diuréticos), en los tres meses previos a la aplicación de este estudio.

El instrumento consta de cuatro opciones de respuesta; a) nunca o casi nunca) algunas veces, c) frecuentemente (dos veces por semana) y d) muy frecuentemente (más de dos veces por semana) además de SI o NO en caso específico de preguntas abiertas. <sup>1</sup>

## **TIPO DE ESTUDIO**

El estudio es observacional, descriptivo trasversal.

## **DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N. 41, durante un periodo de 12 meses, del 1ro de Diciembre de 2012 a 1ro de Diciembre de 2013, con una muestra que incluyo 362 pacientes mujeres adolescentes (12 a 19 años de edad) a quienes se les aplicó un cuestionario breve de conducta alimentaria de riesgo previa autorización de consentimiento informado para menor de edad y adulto respectivamente de acuerdo con el caso.

## MUESTREO

Muestreo probabilístico aleatorizado.

$$n = \frac{Nz^2 p.q}{d^2 (N-1) + z^2 p.q}$$

$$n = \frac{8246 (1.96)^2 \times 0.6 (0.4)}{(0.05)^2 (8246-1) + (1.96)^2 (0.6) (0.4)}$$

$$n = \frac{8246 (3.8416) (0.24)}{(0.0025) (8245) + (3.8416) (0.24)}$$

$$n = \frac{(31677.833) (0.24)}{(20.6125 + 0.921984)}$$

$$n = \frac{7602.6799}{21.534484}$$

$$n = 362$$

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Mujeres Adolescentes (12 a 19 años.de edad) derechohabientes de la UMF 41.
- Consentimiento informado autorizado, por padres o tutores en caso de menores de edad
- Consentimiento informado firmado por la paciente en caso de mayoría de edad.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Contar con algún trastorno alimenticio ya Diagnosticado y/o en tratamiento actual.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Cuestionarios incompletos
- No contar con consentimiento informado debidamente firmado.

## VARIABLES

<b>Variable dependiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de escala</b>	<b>Indicador</b>
Conducta alimentaria de riesgo	Disfunción en el comportamiento alimentario, caracterizado por síntomas de ayuno prolongado y episodios de atracones alimentarios precedidos de vómito y utilización de laxantes o diuréticos en un periodo no mayor de una semana con dos episodios como mínimo	Se mide de acuerdo al DSM IV con el cuestionario validado por Unikel-Sntoncini-Carreño 2004	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anorexia</li> <li>2. Bulimia</li> </ol>
<b>Variable dependiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de escala</b>	<b>Indicador</b>
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta un punto de referencia	Se medirá en años	Cuantitativa discontinua	Edad en años ,que el paciente refiera en el momento de la entrevista
Peso	Es el indicador antropométrico para evaluar la masa de un individuo e incluye todos los tejidos del cuerpo (grasa, músculo, hueso y agua.)	Se mide en kilogramos, en una báscula de pedestal	Cuantitativa continua	Cifra en kilogramos que se obtenga al momento de pesar al paciente
Talla o Estatura.	Es la suma de cuatro componentes, piernas, pelvis, columna vertebral y cráneo, y su valor se mide en cm	Se mide en centímetros. y se realiza mediante la medición con estadiómetro	Cuantitativa continua	Estatura en centímetros, que se obtenga al medir al paciente
Estado civil	La situación legal que un individuo guarda ante otra persona	Se mide mediante la respuesta en el cuestionario	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltero</li> <li>2. Casado</li> </ol>
Escolaridad	Grado académico obtenido por los estudios realizados	Se obtiene a través de las respuestas del cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analfabeta</li> <li>2. Primaria</li> <li>3. Secundaria</li> <li>4. Bachillerato</li> <li>5. Técnico</li> </ol>

Ocupación	Actividad realizada y que es remunerada	Se obtiene mediante las respuesta en el cuestionario	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ama de casa</li> <li>2. Estudiante</li> <li>3. Otra actividad</li> </ol>
Condición nutricional	Es la estatificación del estado nutricio de una persona en relación a su IMC*	<p>Se obtiene mediante la operación matemática de dividir el peso entre el cuadrado de la talla.</p> <p>1-Menor de 18.5.  2-de 18.5 a 24.9.  3-de 25 a 29.9.  4-de 30 a 34.9.  5-de 35 a 39.9.  6.-Igual o mayor a 40</p>	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bajo peso</li> <li>2. Peso normal</li> <li>3. Sobrepeso</li> <li>4. Obesidad Grado I</li> <li>5. Obesidad grado II</li> <li>6. Obesidad grado III</li> </ol>
Ansiedad	Estado emocional que presenta reacciones de miedo aprensión anticipatoria a un suceso	Se mide con el cuestionario breve de evaluación	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
Atracón alimentario	Ingestión voraz de alimentos, pérdida de control, en periodo menor de 2 horas	Se mide con cuestionario breve de evaluación	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca o casi nunca</li> <li>2. Algunas veces</li> <li>3. Frecuentemente</li> <li>4. Muy frecuentemente</li> </ol>
Ayuno	No ingestión de alimentos o líquidos en periodo determinado de tiempo	Se mide con cuestionario breve de evaluación	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca o casi nunca</li> <li>2. Algunas veces</li> <li>3. Frecuentemente</li> <li>4. Muy frecuentemente</li> </ol>
Dieta	Ingestión de alimentos con un fin específico.	Se mide con las respuestas obtenidas en el cuestionario breve de evaluación	Cualitativo nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca o casi nunca</li> <li>2. Algunas veces</li> <li>3. Frecuentemente</li> <li>4. Muy frecuentemente</li> </ol>

## **ASPECTOS ÉTICOS**

La Declaración de Helsinki aprobada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en junio del 1964 y en la 41ª Asamblea Mundial en septiembre de 1989, son recomendaciones para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los Códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo 2º, apartado VII, como derecho a la protección a la salud el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3º, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Consejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos. Con base en los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y confidencial. No se plantean estudios diagnósticos o terapéuticos, sólo contestar un cuestionario. Por esta razón, se estima que el estudio corresponde con riesgo mínimo. Todos los candidatos otorgaron consentimiento por escrito y el protocolo fue aprobado por el Comité Local de Investigación.

El presente trabajo cumplió con el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, se aplicó el Artículo 23 de mismo Reglamento, se solicitó consentimiento por escrito, en virtud de hacer

análisis solo de conocimientos médicos rutinarios Se mantuvo estrictamente la confidencialidad de los datos individuales. <sup>13</sup>

## **FACTIBILIDAD**

El estudio fue factible ya que se contó con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización sin impedimento, no se afectó en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo.

## **RECURSOS**

Materiales. Consultorio médico, Computadora, impresora, papel, lápiz, plumas.

Humanos: Investigador principal y alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Financieros: Son los aportados por el investigador principal y adjunto.

## RESULTADOS

Se estudiaron 362 mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad, con una media de edad de 15.1 años, mediana 15, moda 12, rango de 7 años y desviación estándar de 2.3 (Tabla No. 1).

Tabla No. 1 Distribución de acuerdo con la edad N=362

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
12	60	16.6
13	51	14.1
14	54	14.9
15	40	11
16	40	11
17	34	9.4
18	41	11.3
19	42	11.6
DE	2.3	100

El 27.3% cuentan con escolaridad primaria, 44.5% secundaria, 22.7% bachillerato y 5% tuvieron estudios técnicos. (Tabla No. 2).

Tabla No. 2. Distribución de la población de acuerdo con la escolaridad (N=362)

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	101	27.3
Secundaria	161	44.5
Bachillerato	82	22.7
Técnico	18	5

El 77.1% son estudiantes un 7.5% amas de casa y un 15.5% realizan otra actividad

Tabla No. 3. Distribución de la población de acuerdo con la actividad realizada (N=362).

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	279	77.1
Ama de casa	27	7.5
Otra actividad	56	15.5

El 10.8 % de la población estudiada su estado civil es casada el 89.2% solteras (Tabla No 4).

**Tabla No. 4. Distribución de la población de acuerdo con el estado civil N=362.**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	323	89.2
Casada	39	10.8

El 43.8% de las pacientes estudiadas tuvo peso normal, seguido de sobrepeso en un 27.3% y sólo el 15.7% de la población tuvo algún grado de obesidad. (Tabla No. 5).

**Tabla No. 5. Estado nutricional de acuerdo con peso (N=362).**

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso bajo	41	11.3
Peso normal	155	42.8
Sobrepeso	99	27.3
Obesidad de Primer Grado	53	14.6
Obesidad de Segundo Grado	11	3
Obesidad Tercer Grado	3	0.8

Con respecto a el porcentaje de ansiedad se observó que el 31.1 % de la población en estudio presento ansiedad contra un 68.2% que no (Tabla No. 6).

**Tabla No. 6 Distribución de acuerdo con la presencia de ansiedad (N=362)**

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Si	115	31.8
No	247	68.2

En un tercio de la población se encontró que presentaban atracones de comida entre algunas veces y muy frecuentemente.

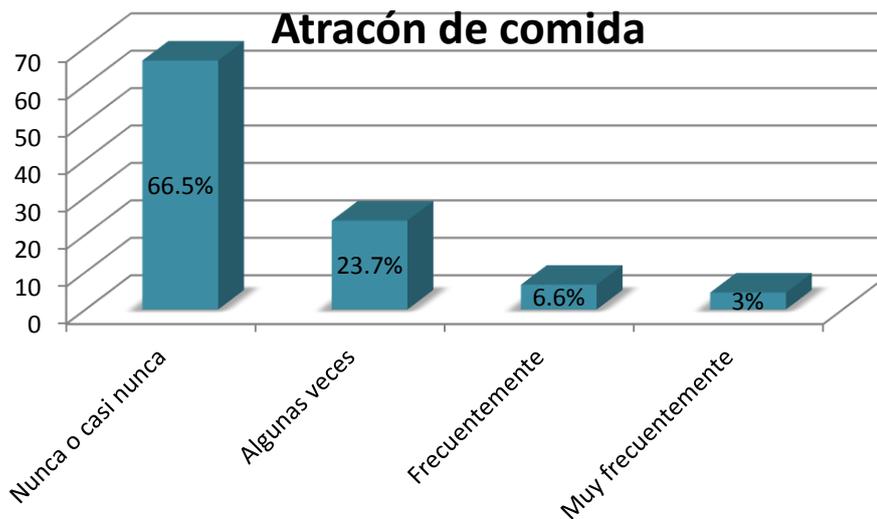
No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las diferentes edades en relación con la frecuencia de atracones de comida  $p=0.07$

Se encontró un correlación estadísticamente significativa entre ansiedad y bulimia con una  $p=0.005$

**Tabla No. 7. Correlación de ansiedad con anorexia/bulimia en mujeres adolescentes.**

	Anorexia (%)	Bulimia (%)
Ansiedad	3.86	4.97
	P= ns	P=0.005

El 23.7% presentó algunas veces “atracones de comida”, el 6.6% frecuentemente y sólo el 3% muy frecuentemente (Gráfico No. 1)



**Gráfico No 1 Distribución de la población de acuerdo a atracón de comida**

Se encontró que la mayoría nunca o casi nunca realizó dietas, solo el 20.9 % realizó dieta algunas veces, 15.4% frecuentemente y 4.4% muy frecuentemente (Gráfico No. 2).

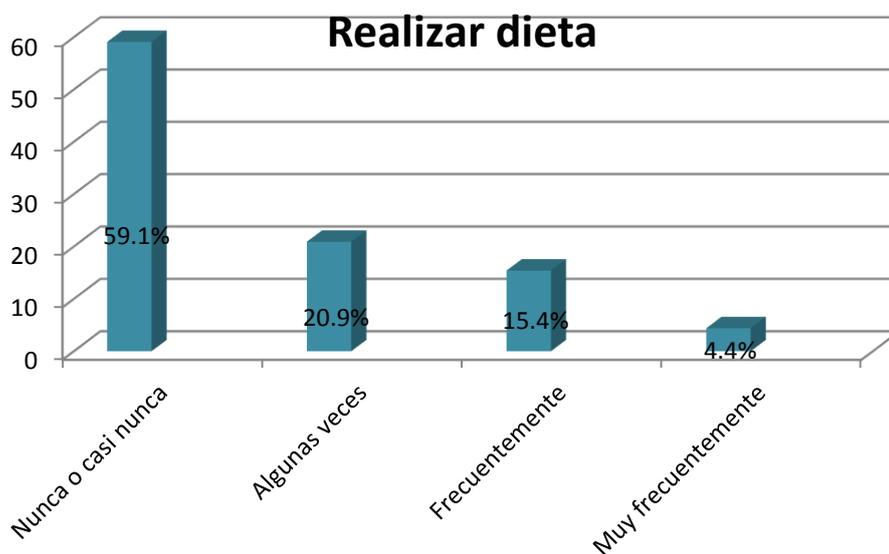
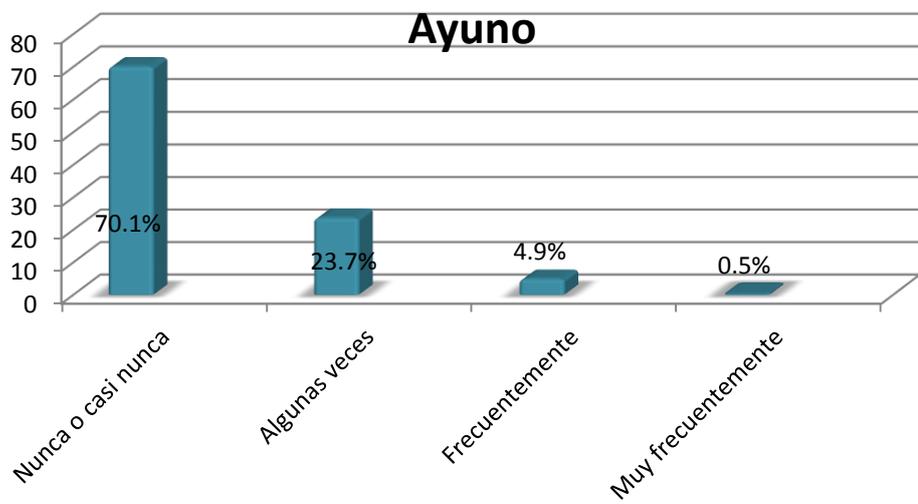


Gráfico No 2. Realización de dieta en mujeres adolescentes ( N=362)

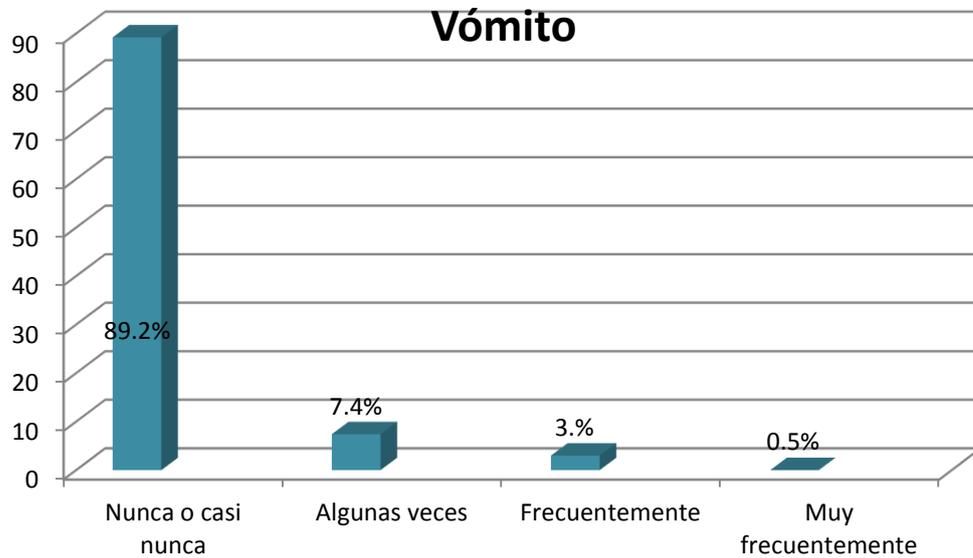
En 23.7 % se encontró realización de ayuno algunas veces, 4.9% frecuentemente y sólo en 0.5% muy frecuentemente (Gráfico No. 3).

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad en relación a la frecuencia de ayuno realizado  $p=0.2$



**Gráfico No.3 Distribución de la población de acuerdo con el ayuno realizado (N= 362)**

En relación con el vómito en 7.4% de la población estudiada lo presentó algunas veces, 3% frecuentemente y solo 0.2% muy frecuentemente (Gráfico No. 4).



**Gráfico No.4 Distribución de población de acuerdo a la frecuencia de vómito (N=362)**

La frecuencia de anorexia en las adolescentes estudiadas fue de 8.8%, correspondiente a 32 casos (Tabla No. 8).

**Tabla No. 8. Frecuencia de anorexia en mujeres adolescentes (n=362).**

Anorexia	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	8.8
No	330	91.2

La frecuencia de bulimia en las adolescentes estudiadas fue de 9.1%, correspondiente a 33 casos (Tabla No. 9).

**Tabla No. 9. Frecuencia de bulimia en mujeres adolescentes (n=362).**

Bulimia	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	9.1
No	329	90.9

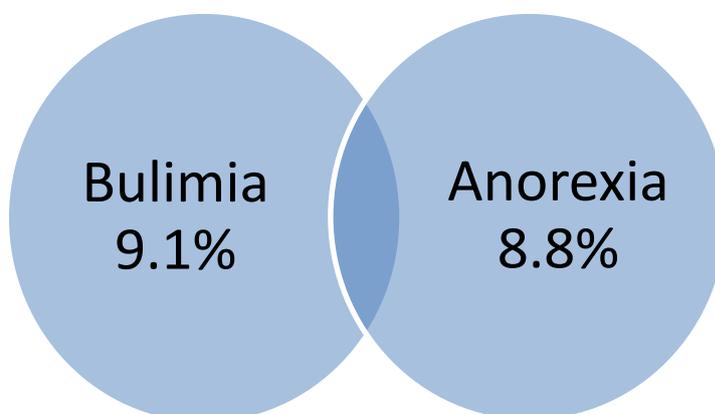
No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la presentación de anorexia y bulimia en relación con las diversas edades.

**Tabla No. 12. Frecuencia de anorexia y bulimia en mujeres adolescentes (n=362).**

		Anorexia		
		Si	No	Total
Bulimia	Si	21	12	33
	No	11	318	329
Total		32	330	362

*P= ns*

Cabe mencionar que en 21 pacientes que corresponde al 5.8% de las mujeres adolescentes se presentó anorexia y bulimia concomitantemente. (Gráfico No. 5)



**Gráfico No. 5. Frecuencia de Anorexia y Bulimia en mujeres adolescentes**

## DISCUSIÓN

Los trastornos alimenticios son enfermedades reales y tratables.

Para Toro y Villardell (1987); la incidencia es de 30-40 por 100,000 mujeres entre los 15 y 24 años. Una anoréxica por cada 200 chicas escolares de 16 años; una de cada 150 escandinavas, una de cada 250 de todas las adolescentes escolares. Un 1% entre los 16 a 18 años.<sup>14</sup> Estos datos coinciden con nuestro estudio, ya que el porcentaje presentado de anorexia y bulimia en este mismo grupo de edad es se encontró del 2% para anorexia y bulimia.:

Los resultados aquí encontrados indican que es un problema que afecta a la población adolescente como se ha descrito en muchos otros estudios encontrándola con mayor frecuencia en escolaridad secundaria, datos que coinciden con el estudio de Gómez y colaboradores 1997, sin embargo, este autor encontró una frecuencia mayor a los 14 años de edad; en nuestro estudio no hubo prevalencia de edad.<sup>15</sup>

Para Quintanilla y colaboradores (1995) el 98% suelen ser solteras, nosotros coincidimos con estos autores ya que 89.2% son solteras en nuestro estudio.<sup>16</sup>

De acuerdo con Camacho, Iniesta y colaboradores (2003) y Alcántar y Hernández (2000) la bulimia se presentó con mayor frecuencia, a diferencia de la mayoría de los estudios en donde la anorexia suele ser más frecuente cabe mencionar que generalmente los trastornos alimenticios de riesgo se presentan aunados.<sup>17,18</sup>

En lo descrito en distintos trabajos de Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova, Aguilar-Gaxiola, 2003; <sup>19</sup>

García-Suárez. 2002; Camacho e Inieta, 2003; <sup>17</sup> de que tanto la ansiedad como la presencia de conductas alimentarias de riesgo, pueden estar determinándose por matices culturales y educativos en que las mujeres son el blanco más vulnerable ante estos padecimientos en este estudio encontramos que el 4.97% de las adolescentes si contaban con datos de ansiedad y bulimia asociada.

## CONCLUSIONES

Es evidente que hay un aumento de la incidencia de la enfermedad por causas variadas, como el hecho de emplear criterios diagnósticos más precisos, un mejor conocimiento por los médicos no especialistas, una mayor difusión social del tema en los medios audiovisuales por lo controvertido y atractivo del tema, la posible influencia desencadenante más que predisponente de las condiciones sociales, etc. De este modo, en general, su incidencia parece estar actualmente en alza, probablemente como consecuencia de haberse constituido la delgadez (especialmente la femenina) como modelo físico de éxito social

Hasta 1950 habían descritos en la literatura aproximadamente unos 200 casos de anorexia nerviosa y se estima que actualmente sobrepasan ampliamente estas cifras, alcanzando proporciones alarmantes. Los fenómenos sociales ya mencionados quizás expliquen el posible riesgo existente en el aumento de la incidencia de la anorexia nerviosa. <sup>12</sup>

De acuerdo con el modelo de los trastornos afectivos, se propone que los trastornos de la conducta alimentaria son variaciones de los trastornos afectivos pues las condiciones que disparan ambos tipos de sintomatología son similares y por esto, tanto los trastornos de alimentación como la ansiedad pueden coexistir de manera simultánea. Es decir, las personas con conductas alimentarias pueden presentar la tendencia a deprimirse más que quienes no las llevan a cabo o bien puede ser que aquella persona que presenta un cuadro ansioso corra el riesgo de llevar a cabo conductas alimentarias de riesgo a consecuencia esté. Por lo que no resulta extraño observar que en las clínicas los pacientes lleguen a solicitar consulta por otro tipo de problema como sería la ansiedad y que más tarde el trastorno de la alimentación se descubra. <sup>20</sup>

Un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en su dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Una persona que tiene un trastorno de la alimentación puede haber comenzado por comer pequeñas o grandes cantidades de comida, pero en algún momento el impulso de comer más o menos se disparó

fuera de control. Angustia severa o preocupación por la forma o el peso del cuerpo también se pueden caracterizar como un trastorno de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada y los trastornos de alimentación más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia.<sup>21</sup>

Los aspectos a rescatar como resultados y conclusiones principales de este estudio son:

a) Las mujeres adolescentes de 14 años son quienes tienen el mayor porcentaje de Anorexia y Bulimia

b) Estudiantes de secundaria Presentan mayor frecuencia de Anorexia y Bulimia, mientras que las adolescentes amas de casa presentan menor frecuencia.

c) La Bulimia es la conducta alimentaria de riesgo con mayor presencia en este grupo de edad adscritas a la UMF 41.

d) El instrumento empleado proporciona ayuda para la identificación y caracterización de conductas alimentarias de riesgo

Con estos datos se logra quizá un acercamiento a la dimensión real del problema, debido a que se cuenta con una estimación de cómo se comportan y extienden las conductas alimentarias de riesgo entre las adolescentes y, aunque no se obtenga de manera específica un diagnóstico de los trastornos alimentarios, sí constituye una base para el trabajo en esta área. Por eso, un aspecto que ha de considerarse en futuros estudios, es afinar el instrumento para poder diferenciar el tipo de trastorno predominante. Así, los resultados del presente estudio constituyen un elemento esencial en el área preventiva pues nos brinda indicadores cuantitativos necesarios, que permiten evaluar a la población de adolescentes que está en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Además de conocer la proporción de sujetos en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, también nos permite conocer su comorbilidad con otros trastornos mentales como la ansiedad, puesto que está ha sido reportada como un padecimiento cada vez más común entre los adolescentes (De la Peña, et al., 1999).<sup>22</sup> y al igual que los trastornos alimentarios suele interferir en aspectos cotidianos y conlleva un considerable

monto de incapacidad a lo largo de la vida (Weissman, 2002).<sup>23</sup> A partir de estos resultados, se presentan como planteamientos de desarrollos en investigación y en prevención lo siguiente:

- a) Seguir investigando sobre esta problemática para observar las tendencias del fenómeno.
- b) Crear un espacio o programa en las escuelas para impartir pláticas y talleres, los cuales sirvan como canal para informar
- c) Realizar un diagnóstico temprano de las conductas alimentarias de riesgo y otorgar un tratamiento multidisciplinario precozmente
- c) Es importante el involucramiento de la familia en la prevención como en el tratamiento, ayudándola con estrategias para el mejoramiento de las relaciones interpersonales, la comunicación y la adquisición de habilidades para la identificación de síntomas

Finalmente, los trastornos de la alimentación son un enfermedad y su conocimiento es fundamental que hay que combatir, para que los profesionistas, las instituciones y en general los servicios de salud puedan tener las herramientas para abordar estos problemas y rescatar a través de la detección, prevención y tratamiento, el costo económico y social que enfermedades como está implican nuestra sociedad y nuestras familias

## BIBLIOGRAFIA

1. Unikel.SC, Validación de un cuestionario Breve para medir conductas alimentarias de Riesgo. Salud Pública de México;2004,46(3):509-514.
2. González L, Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria .Salud Mental; 2003; 26 (4):1-7.
3. Fisher M, The Course and Outcome of Eating Disorders in Adults and Adolescents; Rev . Adolescent. Med 2003 14( ):149-58.
4. Bonsignore A, Bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria.Rev Argent Ped; 2004; 24(5 ):102-106.
5. Correa M, Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana; Rev. Chil Ped; 2006,77:153-160.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder DSM-IV, 2006; 725-45.
8. Alvarez D, Franco K, Validación del Eating Disorder Inventory en Población Mexican. México, DF. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus - Iztacala;2001.
9. Unikel C, Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria, México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México;2003.
10. Mancilla JM, Alvarez G, López X, Mercado L, Manrique E, Róman M. Trastornos Alimentarios y Factores Asociados en Universitarias Mexicanas, Psicología y Ciencia Sociales 1998;2;34-58.
11. Garner DM, Garfinkel PE, The Eating Attitudes test; An Index of the symptoms of anorexia nervosa Psychol Med ;2009;9:273-279.
12. Konh M, Golden NH, Eating disordens in children and adolescents Epidemiology diagnosis and treatment. Pediatric ; 2001 29;403-410.
13. Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, Secretaria de Salud 1987.
14. Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca

15. Gómez Pérez-Mitré G. 1997. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de psicología*; 14:31-40.
16. Quintanilla y colaboradores (1995) Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2009; Vol 66: 399-409.
17. Camacho RM, Iniesta AM. Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la ideación e intento suicida en una muestra de adolescentes del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM. 2003.
18. Hernández-Alcántara, A., Aréchiga-Viramontes, J., & Prado, M. C. (2009) Alteración de la imagen corporal en gimnastas. *Archivos de Medicina del Deporte*, 26 (130), pp. 22-30. Hulley AJ; Hill AJ; 2001; *Int J Eat Disord* 30(3):312-7. Eating disorders and health
19. Aguilar Gaxiola, Rodríguez J, Kohn Robert. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe Organización Panamericana de la Salud 2003.
20. Del Bosque-Garza J, Caballero-Romo A. Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2009; Vol 66: 399-409.
21. Bonsignore AM. Bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria: algunas reflexiones. *Arch. Argent pediatr* 2004; 102 (6): 419-421.
22. De la Peña, F., Ulloa, R. y Paez, F. (1999). Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en los Adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*. Número Especial: 88-92.
23. Weissman, M. (2002). Tratamiento de la depresión: Una Puerta al siglo XXI. Ed. Psiquiatría. Barcelona.

**ANEXO 1**  
**CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL PROTOCOLO TITULADO**  
**“FRECUENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN MUJERES ADOLESCENTES**  
**DE LA UMF 41”**

<b>DESARROLLO</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
-------------------	-------------	-------------

ACTIVIDAD	DIC	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Delimitación del tema a estudiar	P												
	R												
Revisión y selección de la bibliografía		P											
		R											
Elaboración de protocolo			P	P									
			R	R									
Planteamiento operativo				P									
				R									
Revisión y del protocolo por el Comité Local de Investigación					P								
					R								
Registro del número de registro de protocolo						P							
						R							
Recolección de la información							P	P	P	P	P		
							R	R	R	R	R		
Análisis de resultados												P	
												R	
Presentación final del trabajo													P
													R

P: PROGRAMADO

R: REALIZADO

ANEXO 2  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41

EDAD: \_\_\_\_\_ años PESO : \_\_\_\_\_ kgrs \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ cmtr.  
ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
IMC \_\_\_\_\_.

**CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO PARA  
DIAGNOSTICAR ANOREXIA Y BULIMIA**

Responda con honestidad y solo marque una opción para cada una de las preguntas, SI EN LOS ULTIMOS 2 MESES A PRESENTADO:

Nunca o casi nunca = ni una sola vez por semana

Algunas veces= una vez por semana

Frecuentemente= dos veces por semana.

Muy frecuentemente= más de dos veces por semana.

1. Se ha preocupado por engordar?

(a) Nunca o casi nunca

(b) Algunas veces.

(c) Frecuentemente

(d) Muy frecuentemente.

2.-Si en ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida?.

(a) Nunca o casi nunca.

(b) Algunas veces

(c) Frecuentemente

(d) Muy frecuentemente.

3.- He perdido el control sobre lo que como? (tengo la sensación de no poder parar de comer)

(a) Nunca o casi nunca.

(b) Algunas veces

(d) Frecuentemente

(c) Muy frecuentemente.

4.- He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso?

(a) Nunca o casi nunca.

(b) Algunas veces

(c) Frecuentemente

(d) Muy frecuentemente.

5.- He hecho ayunos? (dejar de comer por 12 horas o más), para tratar de bajar de peso

(a) Nunca o casi nunca.

(b) Algunas veces

(c) Frecuentemente

(d) Muy frecuentemente.

6.- He hecho dietas para tratar de bajar de peso a pesar de tener mi peso adecuado?

(a) Nunca o casi nunca.

(b) Algunas veces

(b) Frecuentemente

(d) Muy frecuentemente.

7.- He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso?

(a) Nunca o casi nunca.

(b) Algunas veces

(c) Frecuentemente

(d) Muy frecuentemente.

Conteste las siguientes preguntas marcando Si o No

8.- He usado pastillas para tratar de bajar de peso?

Si

No

Especifica cuál(es) \_\_\_\_\_.

9.- He tomado diuréticos? (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.

Si

No

Especifica cuál(es) \_\_\_\_\_

10.- He tomado laxantes? (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso

Si

No

Especifica cuál(es) \_\_\_\_\_.

ANEXO 3  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.**

Lugar y Fecha:

---

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **FRECUENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA EN MUJERES ADOLESCENTES EN LA UMF 41**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número 3404. El objetivo del estudio es: **determinar la frecuencia de anorexia y bulimia en mujeres adolescentes de la UMF 41**

Se me ha explicado que mi participación o la de mi familiar o representado consistirá en: exploración física, toma de peso, estatura y la aplicación de un cuestionario. **Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de mi familiar o representado en el estudio, que son los siguientes: No existe ningún riesgo. Entre los beneficios se encuentran la detección y tratamiento oportuno del padecimiento.** El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo.

**Dra. Martha del Sagrario Juárez  
Vázquez  
Mat: 99352991**

---

**Nombre y Firma del padre, madre o  
tutor**

---

**Médico Familiar**

**Matricula 99352991**

---

**Testigo.**

**Testigo.**

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Dra. Martha del Sagrario Juárez Vázquez al Teléfono de enseñanza Tel. 57-47-35-00 Ext. 21472