



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”**



***“CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO PARA
DESARROLLAR TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO”***

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GARCÍA REYES ALINE

Médico residente del tercer año de la especialidad de Medicina Familiar

ASESORA:

DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN.

Médico Familiar Matricula: 99374257

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 33.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AUTORIZACIONES

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR Y ENCARGADA DE LA COORDINACION CLÍNICA DE
EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
“EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

ASESORA DE TESIS

DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN
MÉDICO FAMILIAR MATRICULA 99374257
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 DEL IMSS

AUTORA DE TESIS

DRA. GARCÍA REYES ALINE
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo Bruno:

Por ser mi compañero de vida, de sueños y metas; porque con tu amor y paciencia me alentabas día a día a seguir adelante; por creer que todo era posible. Infinitas gracias.

A mis hijas Brenda y Andrea:

Por enseñarme lo que es amor verdadero e incondicional; por ser la motivación para ser alguien mejor; por soportar ausencias y cobrarlas con sonrisas; por ser las detonantes de mi felicidad. Las amo.

A mis padres Rosario y José Luis:

Por ser mi ejemplo, mi puerto seguro, los promotores de mis sueños; por inculcarme los deseos de superación; por su amor y absoluto apoyo. Gracias por apostar y creer en mí.

A mi hermano Iván

Por ser un amigo incondicional; porque con acciones me enseñaste que la familia es la principal fuerza para lograr lo imposible

A la Dra. Concepción Vargas:

Por su paciencia y guía para la realización de este trabajo; por ser una figura clave en mi desarrollo profesional.

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	2
III.	ANTECEDENTES.....	12
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
V.	OBJETIVOS.....	17
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
VII.	RESULTADOS.....	20
VIII.	TABLAS Y GRÁFICAS.....	22
IX.	DISCUSIÓN.....	28
X.	CONCLUSIONES.....	30
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	32
XII.	ANEXOS.....	35

RESUMEN

García RA, Vargas LC. Conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la unidad de medicina familiar No 33 "El Rosario".

Introducción: Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son manifestaciones similares y precursoras de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), pero presentándose con menor frecuencia e intensidad, siendo los adolescentes la población más afectada. En México se han encontrado prevalencias de hasta 1.3% de CAR en estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. **Objetivo:** Determinar el grado de riesgo de CAR para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15-19 años de edad. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, en donde se seleccionaron a 135 mujeres y hombres de 15 a 19 años de edad, de acuerdo con un muestreo aleatorio simple, los cuales son derechohabientes de la UMF 33, sin ningún trastorno psiquiátrico diagnosticado. Se aplicó el cuestionario breve de CAR. Se definieron 3 categorías de CAR: sin riesgo, riesgo moderado y riesgo alto. **Resultado:** Con respecto a las conductas alimentarias de riesgo el factor purgativo fue el más observado en el patrón casi nunca (95%), con un riesgo bajo. Con base a la categoría de respuesta más alta la CAR predominante fue la práctica de ejercicio con la finalidad de bajar de peso (17.8%); El total de pacientes que se encuentran en riesgo alto para desarrollar TAC es 14 (10.37%), con predominio el sexo masculino a la edad de 17 años (21.42%), **Conclusiones:** Es prioritario para el médico familiar detectar adolescentes que revelen características prodrómicas de TAC, siendo el cuestionario breve para CAR una herramienta útil.

Palabras clave: Conductas Alimentarias de Riesgo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Adolescentes.

INTRODUCCIÓN

ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal. Aunque hay suficientes publicaciones en las que se analiza este periodo, existe poco acuerdo sobre el comienzo y el final de la adolescencia y sobre los límites de esta determinación. Desde la perspectiva biológica, el hincapié está en el comienzo y el final de la pubertad y desde el aspecto legal, se determina a partir de los diferentes grupos de edad establecidos por la ley. Entre los integrantes del Grupo etario, la adquisición de habilidades, tales como: asumir la responsabilidad de sus propios actos y tomar sus propias decisiones, suele considerarse un aspecto importante que está más relacionado con la distinción entre la adultez y la adolescencia.¹

Si bien la adolescencia puede abarcar desde los 10 años o más, la mayoría de los sociólogos y profesionales de las ciencias sociales reconocen que, debido al importante crecimiento psicológico y social que se produce en esa década, tiene más sentido considerar los años de la adolescencia como una serie de fases y no como una etapa uniforme.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la adolescencia como el período de tiempo comprendido entre los 10 y 19 años.²

Teniendo esto en consideración, en materia de atención de la salud a esta población, las etapas previa y posterior a este periodo son de suma importancia para la adopción y mantenimiento de un estilo de vida que promueva la salud. La Organización Panamericana de la Salud destaca la importancia de la intervención temprana previa a la adolescencia, en lugar de hacerlo más tarde, cuando ya se han adquirido los patrones de conducta que comprometen la salud y posiblemente sea más difícil modificarlos. Esta intervención es más eficiente cuando la atención de la salud continúa hasta el inicio de la siguiente etapa de la vida.¹

Es durante este rango de edad que las y los jóvenes están expuestos a situaciones de vulnerabilidad y riesgo, por lo que es factible que adquieran hábitos que requieren intervenciones mayores de los sectores público, privado y social, para atender los déficits que se presentan a su salud; las condiciones que afectan su estado de nutrición, como el sobrepeso, obesidad, bajo peso y conductas alimentarias de riesgo, con las consecuencias a largo plazo en el desarrollo de

enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, la hipertensión arterial y los accidentes cerebro vasculares; así como, el consumo de tabaco, de alcohol o de sustancias psicoactivas; el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida; la violencia física, sexual o emocional, las acciones de daño físico autoinflingido y los accidentes, son los principales retos que se deben atender desde una perspectiva de prevención y promoción de estilos de vida saludables.¹

La adolescencia es un periodo muy interesante, dado de que se trata de unos años en los que la persona está en construcción y sujeta a múltiples cambios lo que puede incidir en su desarrollo y bienestar, supone unos años esenciales para el futuro consolidándose la identidad individual y social en los que habrá que cuidar la salud, tanto física como psicológica y psicoafectiva.

Cuando se han producido intentos de analizar el bienestar subjetivo, se han diferenciado diversos factores como son su dimensión afectiva, denominada felicidad, y su componente cognitivo. A este último se le conoce como satisfacción vital, que supone un proceso de reflexión consiente mediante el cual las personas evalúan diferentes aspectos que les rodean, entre otros si están alcanzando sus aspiraciones o si les gusta la vida que llevan, las autoevaluaciones tienen un papel esencial en la percepción de la satisfacción vital, siendo el concepto del que se tiene de sí mismo o de la autoestima notables predictores de la misma. Se puede señalar que el auto concepto es crucial para el desarrollo de la personalidad del individuo, estando relacionada con el buen funcionamiento personal y social.

Actualmente se reconoce la naturaleza multidimensional del auto concepto, siendo el modelo jerárquico de Shevelson, Hubner y Stanton (1976) uno de los más utilizados para explicar su estructura. La dimensión física es una de las más relevantes en la configuración del auto concepto general, y se puede definir como las percepciones que tienen los individuos de sus habilidades y apariencia física. Tener un buen auto concepto físico mejora la autopercepción de competencia personal, lo que incide en el aumento de los sentimientos de satisfacción.

Los cambios físicos en la adolescencia suponen un proceso importante, ya que genera la necesidad de adaptación a las diferentes características motoras y la aceptación de la imagen personal.³

Los preadolescentes y adolescentes manifiestan preferencias hacia determinadas estéticas impuesta por la sociedad contemporánea, haciendo que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas alimentarias de riesgo (CAR).²

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria como es la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo de mantener el peso corporal en los varones mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno y el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma o el peso corporales.

La difusión de los trastornos de la conducta alimentaria entre los adolescentes ha asumido en los últimos treinta años dimensiones de carácter epidémico.

La tendencia a expresar con el cuerpo y con la acción contenidos no traducibles en representaciones mentales es un rasgo típico de la adolescencia. Los trastornos alimentarios, así como todo tipo de trastornos de la conducta, tales como la desviación, la drogodependencia, los intentos de suicidio, marcan obstáculos en el proceso evolutivo normal del adolescente y suponen dificultades más o menos graves que pueden formar parte de una crisis de desarrollo en la adolescencia o tender a organizarse en un cuadro psicopatológico. En cualquier caso, a través del trastorno alimentario, el adolescente evita la elaboración emotiva de aquello que no puede elaborar por ser demasiado doloroso. La persona que, como el adolescente, no es capaz de verbalizar sus propias necesidades, puede liberar una insoportable tensión emocional a través del lenguaje de la conducta.⁴

La anorexia y la bulimia son las formas más graves de trastorno del comportamiento alimentario en la adolescencia.

La anorexia suele empezar entre los catorce y los diecisiete años. El inicio es normalmente insidioso y aparentemente banal: la adolescente se siente gorda y decide seguir una dieta que la mayoría justifica por haber ganado peso y por las burlas que ello provoca. Estas adolescentes no parecen tolerar las modificaciones corporales provocadas por la pubertad, el aumento de tejido

adiposo, el desarrollo y los cambios normales se viven y se interpretan negativamente como el hecho de “ponerse gorda”.⁵

Anorexia nerviosa

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. (Criterio A). Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla. Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los criterios de investigación) de la CIE 10 en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal igual o inferior a 17.5kg/m. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (ejemplo vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). Algunas personas se encuentran obesas mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas.

En niñas que ya hayan tenido una primera amenorrea (debido a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas folículo estimulantes (FSH) y luteinizante (LH)) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

En las niñas pre púberes la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

Subtipos.

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones o purgas.

Tipo compulsivo/Purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios e atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

La prevalencia de la anorexia en las mujeres durante la vida en las mujeres aproximadamente un 0.5%, en donde predominan los individuos que se encuentran por debajo del umbral para el trastorno (es decir, con un trastorno de la conducta alimentaria no especificado)

La anorexia nerviosa se inicia típicamente hacia la mitad o a finales de la adolescencia (14-18 años) generalmente posterior a un acontecimiento estresante.⁶

Bulimia Nerviosa

La bulimia es una enfermedad que se caracteriza por comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento, acompañado por una sensación de pérdida del control; luego el paciente utiliza diversos métodos para prevenir el aumento de peso corporal.⁷

Para que una persona pueda ser diagnosticada con Bulimia nerviosa, debe de cumplir con los siguientes requisitos

A) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los siguientes elementos:

1) Ingesta en un periodo corto (una o dos horas) de una cantidad de comida evidentemente más grande que la que la mayoría de la gente come durante un periodo similar y en circunstancias similares.

2) Sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, una sensación de no poder cesar de comer, o de no controlar que o cuanto se está comiendo).

B) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso, tal como: vomito auto inducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.

C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un periodo de tres meses.

D) La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.

Tipos específicos

a) **Purgativo.** La persona se embarca regularmente en vómitos auto inducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

b) **No purgativos.** La persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómito auto inducido o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.⁸

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR), también denominadas “disfuncionales”, son manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) pero se dan con menor frecuencia e intensidad.⁹

De acuerdo con algunos autores, las conductas alimentarias de riesgo podrían ser momentos prodrómicos o manifestaciones subclínicas de los trastornos de la conducta alimentaria o factores de riesgo para estos trastornos.¹⁰

Los criterios de CAR giran en torno a los síntomas de los cuadros clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV. De tal manera que los criterios de CAR se basan en puntuaciones bajas de los diferentes rasgos clínicos de TCA o de consideraciones acerca de dietas crónicas restrictivas.¹¹

Desde esta perspectiva, las personas con alimentación restringida o que realizan “dietas crónicas” presentan un menor grado de psicopatología que quienes padecen TCA comienzan voluntariamente con conductas de riesgo en pequeña escala y evolucionan hasta llegar a la pérdida de control y el síndrome completo.⁹

El medio ambiente social en el que las personas se desenvuelven influye en la presencia de conductas alimentarias de riesgo. En las sociedades occidentales modernas confluyen al menos dos condiciones que se han propuesto podrían relacionarse con estos padecimientos. En primer lugar, se ha propuesto que el incremento de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo, observado a partir del siglo XX, podría explicarse por las modificaciones en las expectativas de género; de un ideal de mujer dedicada únicamente al hogar, a la expectativa de excelencia en áreas cada vez más diversas de la vida. El segundo argumento señala que en un medio sociocultural que valora la belleza como una característica central de las mujeres, y que considera a la figura delgada un componente fundamental de esa belleza, las mujeres interiorizan estos ideales. El bombardeo visual de figuras femeninas a través de los medios de comunicación general expectativas poco realistas para la mayor parte de las mujeres, facilitando la insatisfacción cuando no consiguen alcanzarlos. La insatisfacción con la silueta propia conduciría, a su vez, a las conductas alimentarias de riesgo.¹⁰

Entre los factores de riesgo más estudiados como favorecedores del seguimiento de CAR están: el Índice de Masa Corporal (IMC) y la insatisfacción con la imagen corporal, esta última como resultado de la interiorización de una figura corporal delgada. Los estudios al respecto han encontrado que hay una tendencia en

adolescentes y jóvenes de ambos sexos a presentar mayor porcentaje de CAR a medida que se incrementa el IMC.

También se ha encontrado que cuando el IMC es más elevado, hay mayor insatisfacción con la imagen corporal, debida principalmente a que esto significa un alejamiento de la figura "ideal" promovida por la sociedad y por los medios masivos de comunicación. Esta presión sociocultural ha favorecido la interiorización en el individuo de que el ser delgado es sinónimo de éxito, de mayor aceptación social, de femineidad en el caso de las mujeres, y de que a menor porcentaje de grasa corporal se adquiere mayor control y mayor autoestima.¹²

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) aplicada en cerca de 23 millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad del país, reveló que 3.2% de ellos practico alguna conducta alimentaria de riesgo en los últimos 3 meses y que al 18.3% les preocupa engordar, consumir demasiado o perder el control para comer.¹³

En la proporción de adolescentes que participó en la ENSANUT 2012 se observó que la proporción de adolescentes que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado), fue de 1.3%(1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino). Esta proporción fue medio punto porcentual más alta (0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente) que la registrada en la ENSANUT 2006, Así mismo, Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes ($p < 0.01$). En la comparación entre grupos de edad, los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que los adolescentes de 10 a 13 años. Por otro lado, las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años.¹⁴

Con el fin de detectar conductas alimentarias de riesgo, el personal de salud debe estar atento a signos y síntomas de desnutrición, mala nutrición, vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, de diuréticos, de enemas e ingestión de anorexigénicos.¹

Todo paciente con al menos un factor de riesgo para trastornos de la alimentación, se le deberá aplicar el Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo, éste evalúa conductas alimentarias comunes a los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV.⁷

Este instrumento ha sido validado en mujeres en el Distrito Federal, en el Estado de México y en el de Hidalgo, en el que se han obtenido valores de confiabilidad alfa de Cron Bach de 0.83 0.72 y 0.80 respectivamente, con una estructura de tres factores con una varianza total explicada entre 64.7 y 56.1%. La escala consta de 10 preguntas que evalúa: la preocupación por engordar y las CAR en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Se califica con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca =0, algunas veces=1, frecuentemente-dos veces por semana=2, muy frecuentemente - más de dos veces por semana=3). Se sugieren dos puntos de corte para determinar grados de riesgo, el primero 7-10 corresponde a un riesgo moderado (CAR moderado), y el segundo >10 corresponde a un riesgo alto (CAR alto), mientras que las puntuaciones menores a 7, indican la ausencia de riesgo.¹⁵

Al revisar la bibliografía se aprecia que la mayor parte de la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria se ha realizado en adolescentes debido a que son grupos de riesgo. Se ha demostrado que las conductas alimentarias a riesgo pueden causar desnutrición, deficiencia de micronutrientes, como calcio, hierro y potasio, y provocan alteraciones fisiológicas como osteoporosis, anemia e hipocalcemia. En la mujer adulta estas alteraciones se han asociado con consecuencias negativas durante el embarazo, que incluyen altas tasas de aborto, bajo peso del recién nacido, complicaciones obstétricas y depresión.¹⁶

Así mismo, se ha encontrado que las personas que presentan CAR suelen tener dificultad en las relaciones interpersonales y tienden a aislarse o establecer relaciones conflictivas, lo que dificulta establecer redes sociales y de apoyo.¹⁷

El primer contacto con los servicios de salud para la mayoría de los pacientes con algún trastorno de la conducta es el primer nivel de atención, este acercamiento puede ser directo cuando los pacientes buscan ayuda para su trastorno alimenticio o indirecto cuando buscan ayuda por otra condición. Adicionalmente muchos padres o familiares pueden acercarse al primer nivel de atención a pedir consejo sobre algún miembro de la familia.

Cualquier contacto con primer nivel debe ser visto como una oportunidad para captar al paciente con trastorno de la conducta alimentaria y se debe intentar garantizar que regresen en lo futuro. El uso apropiado de una herramienta de cribado breve y validado durante las visitas de adolescentes es útil para una

primera evaluación rápida dirigida a descartar la existencia de síntomas sospechosos.⁷

Esto último con la finalidad de identificar una conducta alimentaria de Riesgo, que pudiese tener un origen psicológico, los cuales si no son detectados y tratados oportunamente pueden llegar a magnificarse y constituirse finalmente como un verdadero trastorno de la Conducta Alimentaria, con todas las consecuencias que esto implica a nivel orgánico , social, académico y Familiar en el adolescente.

ANTECEDENTES

Durante la última década se han llevado a cabo estudios que señalan que existen adolescentes que tratan de lograr una disminución de peso, a través de una variedad de prácticas erróneas de control de peso.

Se han utilizado diversas pruebas de tamizaje para identificar conductas alimentarias de riesgo, Dado al carácter de problema de salud mental pública de los TAC es importante contar con instrumentos adecuados para su detección, con fines tanto clínicos como epidemiológicos. 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, en el área de Investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se diseñó un instrumento de 11 reactivos para la detección de conductas alimentarias de riesgo. Estos 11 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. Dicho Instrumento establece preguntas principalmente por conductas y la frecuencia con que estas se manifiestan, con lo cual permite obtener datos sobre prácticas dañinas sin importar con que elementos psicológicos se relacionen. El cuestionario fue elaborado con base a criterios diagnósticos del DSM-IV, Consta de 11 preguntas sobre preocupación por engordar, atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (emesis auto inducido, uso de laxantes y de diuréticos) en los tres meses previos a la aplicación del instrumento.

En el año del 2002, Claudia Unikel –Santoncini, Perteneciente al área de Investigaciones epidemiológica y Psicosociales del Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, realiza un trabajo de investigación con el fin de Mostrar la confiabilidad y validez del cuestionario Breve para identificar conductas alimentarias de riesgo, éste fue aplicado a una muestra de 78 mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, que acudieron por primera vez a la Clínica de trastornos de la Conducta Alimentaria, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en el periodo septiembre-diciembre de 2002, la distribución de la muestra por diagnóstico fue : 48.7% con bulimia nerviosa, 9% con anorexia nervosa restrictiva, 5.1% con anorexia nervosa compulsivo-purgativa, y 37.3% con un TCA no especificado, el grupo de comparación fue una muestra de estudiantes de nivel Medio y Superior de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, en octubre del mismo año. Se desarrolló el análisis de

consistencia interna de la escala, considerando como válidos los valores de las correlaciones ítem-total iguales o mayores a 0.30. La pregunta sobre uso de enemas, supositorios y lavativas obtuvo una puntuación menor a 0,30 por lo que se decidió eliminarla, obteniendo 10 ítems. Se encontró que el instrumento tiene una alta confiabilidad ($\alpha=0.83\%$) y una estructura interna de tres factores (Factor 1: Atracción Purga, Factor 2: Medidas compensatorias, Factor 3, Restricción) con una varianza explicada de 64.7%. El análisis discriminante mostro que casi 90% de los casos fueron correctamente agrupado.

Se concluye en el artículo titulado: Validación de Un Cuestionario Breve para medir conductas alimentarias de Riesgo, que esté es capaz de diferenciar entre una población clínica y una comunitaria, y tiene valores de confiabilidad (0.83) y validez apropiados para las muestras estudiadas.¹⁸

Claudia Unikel-Santoncini, en su trabajo titulado: Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito federal: tendencias 1997-2003, analizó las tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del Distrito Federal en el periodo 1997-2003 y su relación con el sexo, la edad y el nivel de escolaridad de la familia, para dicho fin se utilizaron los datos recopilados por la encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y alcohol en la población estudiantil del Distrito Federal de 1997 (N=10,173), la muestra se conformó de hombres (47.9%) y mujeres (52.1%) con una media de edad de 14.5 años, se investigaron diferencias por sexo y edad en dos categorías de ocurrencia (Alguna vez y dos o más veces en una semana) de conductas alimentarias de riesgo, se utilizó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo. Se encontró que la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo mostro un incremento importante de la medición de 1997 a las mediciones 2000 y 2003, tanto en los varones como en las mujeres. El porcentaje de hombres que reportaron tres o más indicadores de riesgo en 1997 fue de 1.3% con diferencias significativas con respecto a la medición 2000 (4.3%), mientras que no hubo diferencia significativa entre las mediciones 2000 y 2003 (3.8%). En las mujeres se observó un incremento significativo de 1997 (3.4%) a las mediciones 2000 y 2003 (9.6%). En el análisis por tipo de conducta en los varones, la preocupación por engordar mostro un aumento importante, de 5.4% en 1997 a 11.5% en 2003, el uso de métodos purgativos aumento significativamente de 1.3% en 1997 a 6.1 en 2003, el de métodos restrictivos de 10.5% en 2000 a 11.9% en 2003; mientras que en la subestimación del peso corporal disminuyó de 18.2% en 1997 a 11% en 2003 con diferencias significativas.

En las mujeres, los datos señalaron que la preocupación por engordar se duplicó (15.3% en 1997 a 29.8% en 2003), el uso de métodos purgativos aumentó de 1.9% en 1997 a 8.0% en 2003, y la práctica de atracones de 3.3% en 1997 a 5.9% en 2003 ambos con diferencias significativas; mientras que el uso de métodos restrictivos se mantuvo estable en 14.7% y la sobreestimación de peso en un promedio de 24%.¹⁹

Durante el año 2010 se publicó en la Revista de Investigación Clínica, el Artículo Titulado: Conductas Alimentarias de riesgo: Prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años; En donde la Doctora Unikel Santoini, realizó una Investigación con el objetivo de estimar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en mujeres adolescentes de escuelas preparatorias públicas en 17 localidades urbanas de la República Mexicana por edad, localidad y región. En la muestra se incluyeron 4358 mujeres de 15 a 19 años de edad, para la estimación de las Conductas Alimentarias de riesgo se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. Se encontró una prevalencia total de las CAR- moderado de 14.2 y 6.8% de las CAR alto. El análisis por Estado mostro que las prevalencias más altas de las CAR- moderado lo ocuparon Tamaulipas (19.7%). Nuevo León (19.2%) y Aguascalientes (16.3%); mientras que las CAR-alto, las mayores prevalencias se registraron en el estado de México con 12.1%, Chihuahua con 11.3%, y Durango y Tamaulipas con 9.2%. Por el contrario Veracruz y Aguascalientes sólo alcanzaron 2.5 y 2.1%, respectivamente. El resultado de este análisis por edad, mostro una tendencia ascendente tanto para las CAR-moderado como para los CAR-alto, aunque en el grupo de las CAR-moderado disminuyó en el grupo de 19 años: ésta es de 12.5% a los 15 años y de 17.3% a los 18 años. En la categoría de las CAR-alto, se observó más claramente la tendencia al incremento con 6.1% en el grupo de 15 años y de 10.1% en el de 19 años.¹⁵

En el año 2011, Hugo Román Romero, en su Tesis Titulada: Conductas Alimentarias de Riesgo en estudiantes de la Facultad de Nutrición de la Universidad Veracruzana, estima la frecuencia de las Conductas Alimentarias de Riesgo en la población estudiantil de la generación 2009 de la facultad de Nutrición Campus Veracruz de la Universidad Veracruzana, la muestra se conformó por 74 sujetos, con un rango de edad entre los 17 y 21 años, inscritos a la Facultad de Nutrición en agosto 2009. Se utilizó un Cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo elaborado por Claudia Unikel y colaboradores, como resultado se afirma la existencia de CAR en la población de la generación 2009, siendo más frecuente la preocupación por engordar con un 45.94%, seguida por la pérdida del control para comer con un 10.81% y el vómito auto inducido con 2.7%; en cuanto a las prácticas de tipo restrictiva y las medidas

compensatorias son reportadas algunas veces en el caso de las mujeres y nulo en el caso de los hombres.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las conductas alimentarias de riesgo son desórdenes mentales que se encuentran sub-diagnosticados dentro del primer nivel de atención lo que conlleva al desarrollo de Trastornos de la conducta alimentaria como son la anorexia nervosa, bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados; por lo que es de suma importancia el realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33, no se cuenta con estadística referente a Conductas Alimentarias de Riesgo para desarrollar TAC; no se ha realizado investigaciones referentes a conductas alimentarias de riesgo, aspecto que es de suma importancia para otorgar un diagnóstico y tratamiento pronto a nuestro adolescente en esta etapa crucial del desarrollo humano.

Con base a lo anterior me permito hacer la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de riesgo en las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15-19 años de edad, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar N°33 “El Rosario”?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de riesgo de conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15-19 años de edad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de riesgo de la conducta alimentaria miedo a engordar para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15-19 años de edad.
- Identificar el grado de riesgo del Factor Atracción en las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15-19 años de edad.
- Identificar el grado de riesgo del Factor Restrictivo en las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15-19 años de edad.
- Identificar el grado de riesgo del factor Purgativo en las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 19 años de edad.
- Identificar la edad en donde se presentan principalmente conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentar en adolescentes de 15 a 19 años de edad
- Determinar el Género en el cual se presentan principalmente las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 19 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual es una unidad de primer nivel de atención, cuya afluencia es la población derechohabiente a dicho instituto. La Unidad de Medicina Familiar pertenece a la Delegación Norte del Distrito Federal del I.M.S.S., ubicada en la zona noreste del Distrito Federal entre las Avenida Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas y Avenida Renacimiento S/N, Colonia El Rosario, Azcapotzalco.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal y aleatorio simple.

Se incluyeron 135 adolescentes de entre 15 a 19 años de edad, de ambos sexos, derechohabientes a la unidad de medicina familiar N° 33 “El Rosario”, sin trastorno psiquiátrico diagnosticado, sin alteración metabólica diagnosticada, que no se encuentren bajo tratamiento farmacológico al momento del estudio, así como adolescentes no embarazadas y que aceptaron ingresar al estudio otorgando previamente su consentimiento informado ^(Anexo I).

Para estimar la frecuencia de CAR se utilizó el cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, que fue desarrollado en base a los criterios diagnósticos para Trastornos de la Conducta Alimentaria propuestos por el DSM-IV. Este instrumento ha sido validado en mujeres en el Distrito Federal, en el Estado de México y en el de Hidalgo, en el que se han obtenido valores de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.83, 0.72 y 0.80, respectivamente, con una estructura de tres factores con una varianza total explicada entre 64.7% y 56.1%. La escala consta de 10 preguntas que evalúa: la preocupación por engordar y las CAR en los últimos 3 meses previos a la aplicación de las encuestas. Se califica como 4 opciones de respuesta tipo Likert (nunca o casi nunca=0, algunas veces=1, frecuentemente-dos veces por semana=2, muy frecuentemente-más de dos veces en una semana=3).

Se sugieren dos puntos de corte para determinar grados de riesgo, el primero 7-10 puntos corresponde a un riesgo moderado (CAR-moderado) y el segundo >10 corresponde a un riesgo alto, mientras que las puntuaciones menores a 7 indican ausencia de riesgo.

El tiempo promedio en el que se aplicó el cuestionario fue de 5-10 min.

Para realizar el análisis de los datos, se concentraron en una tabla de Excel para ordenar y realizar el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional, se les informó a los pacientes sobre el objetivo de la investigación, solicitando su consentimiento previo a la aplicación de un cuestionario ya validado para identificar el nivel de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, así como identificar las principales conductas alimentarias de riesgo, procedimiento no relacionado con algún tipo de intervención farmacológica o invasiva, que impliquen riesgos sobre la salud del participante.

RESULTADOS

La información obtenida en el estudio se presenta en tres secciones, las características sociodemográficas de nuestra población con base a edad y género, las conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, así como el nivel de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

EDAD

El rango de edad se consideró en 5 grupos: de 15 años hombres 11 (8.14%), mujeres 15 (11.11%); 16 años hombres 12(8.88%), mujeres 22 (16.29%); 17 años hombres 17 (12.59%), mujeres 20 (14.81%); 18 años hombres 6 (4.44%), mujeres 20 (14.81%); 19 años hombres 6 (4.44%), mujeres 6 (4.44%); con una edad promedio de 16.73 años, siendo la mínima de 15 años y la mayor edad de la población de 19 años. (Gráfica 1)

GENERO

La población estudiada, representó un 61.48% al género femenino y 38.51% al género masculino, de acuerdo al grupo de edad (Tabla 1)

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)

El factor atracción se presentó en un 82.96%, tomando como la media a 112 pacientes, considerando el patrón nunca y a algunas veces.

Para el factor restrictivo el patrón algunas veces se presentó más frecuentemente con un total de 37 pacientes (27.40%).

Con respecto al factor purgativo el patrón más observado fue casi nunca con una media de 129 pacientes (95%).

En el factor miedo a engordar se encuentran 61 pacientes (45.18%) en el patrón algunas veces. (Gráfica 2)

Con base a lo anterior se puede afirmar que el factor purgativo presentó la mayor frecuencia, sin embargo de acuerdo al análisis de la categoría más alta de respuesta, se observó que la conducta alimentaria de riesgo práctica de ejercicio para bajar de peso se presentó en primer lugar con un 17.08% (n=23), perteneciente al factor restrictivo; En donde el sexo femenino predominó con un 65.21% y en el grupo de edad 16 años (30.43%). (Gráfica 3)

NIVEL DE RIESGO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

A continuación se procedió a analizar el nivel de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria de la población estudiada.

Encontrando un total de 97 pacientes (71.85%) que clasifican en un riesgo bajo, siendo predominante el sexo femenino con un 18.55%, en el grupo de 16 años.

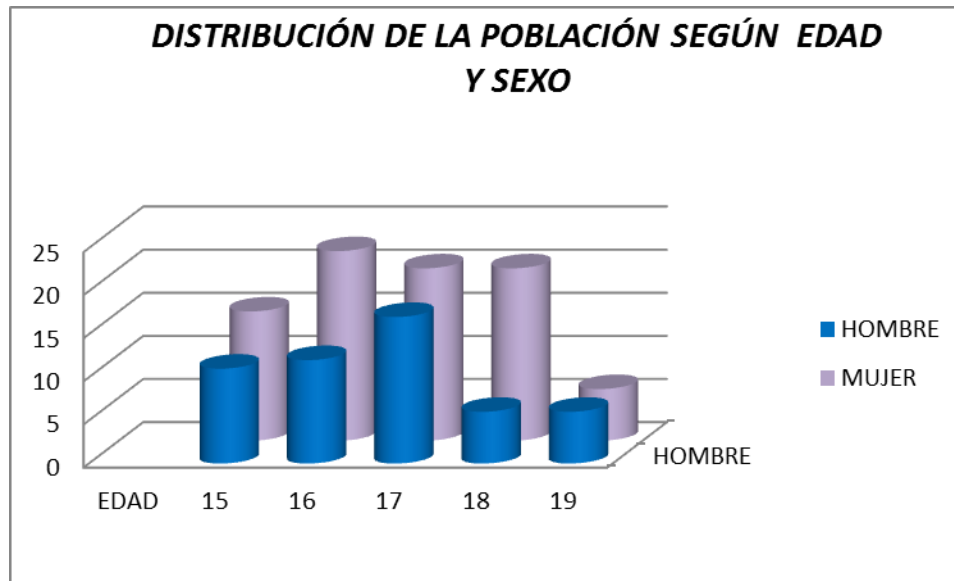
(Gráfica 4, Tabla 2)

Así mismo se evaluó el nivel moderado de riesgo en donde se observa un total de 24 pacientes (17.77%), presentándose principalmente en el sexo femenino en el grupo de 18 años (20.83%). (Gráfica 5, Tabla 3).

El total de pacientes que se encontraron en un nivel alto fueron 14 (10.37%), de los cuales predominó el sexo masculino a la edad de 17 años (21.42%), con un descenso a los 18 y 19 años; en las mujeres no hubo una diferencia significativa entre grupos de edad. (Gráfica 6, Tabla 4).

TABLAS Y GRÁFICAS

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN EDAD Y SEXO.



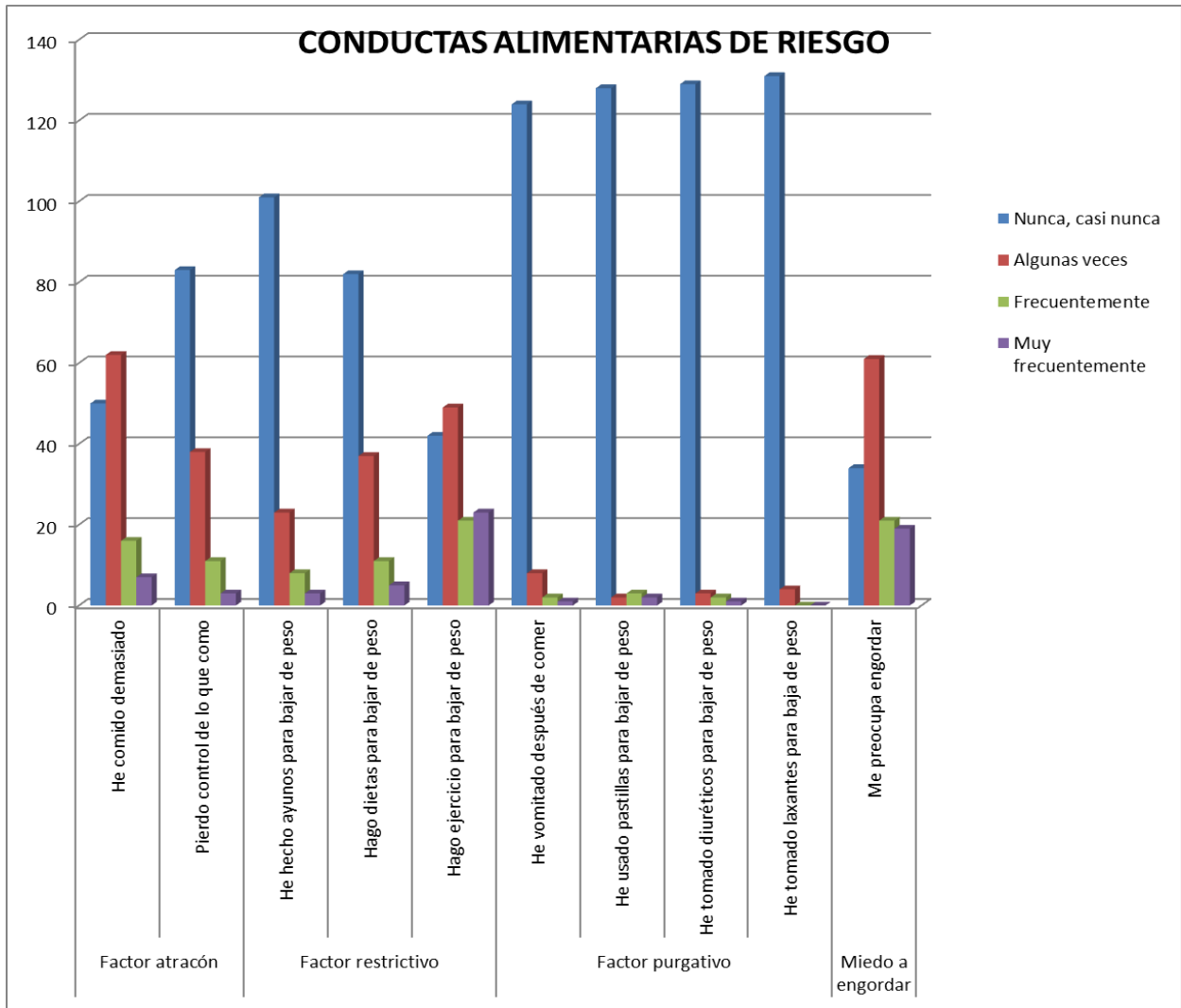
FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GÉNERO Y EDAD

EDAD	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
15	11 (8.14%)	15 (11.11%)
16	12 (8.88%)	22 (16.29%)
17	17 (12.59%)	20 (14.81%)
18	6 (4.44%)	20 (14.81%)
19	6 (4.44%)	6 (4.44%)
TOTAL	52 (38.51%)	83 (61.48%)

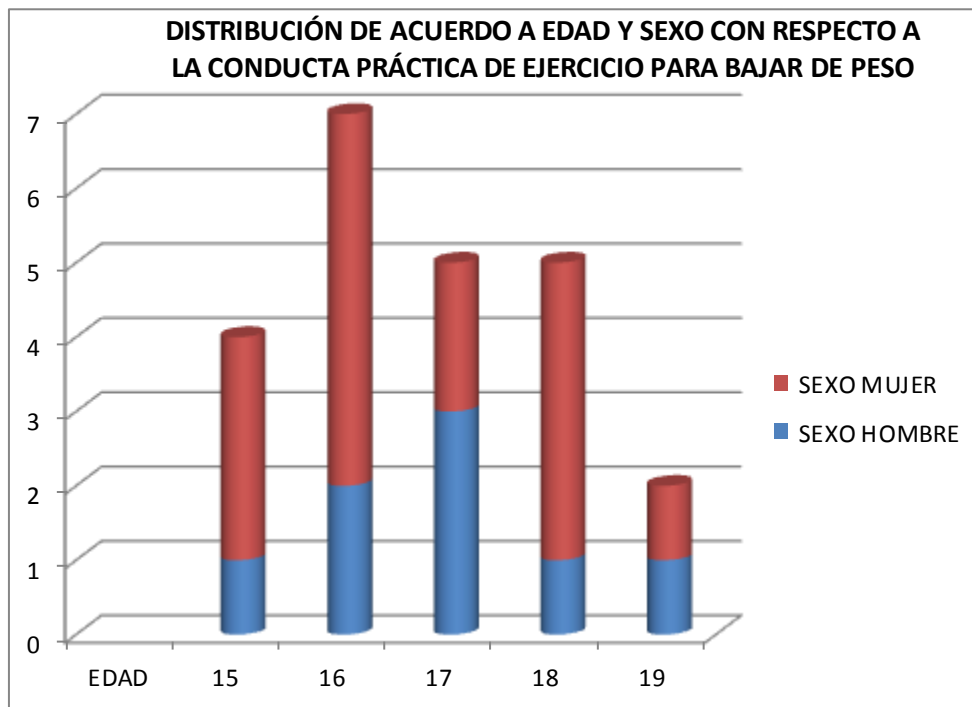
FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

GRÁFICA 2. CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, CON DISTRIBUCIÓN POR FACTOR E ITEMS, EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No33 “EL ROSARIO”



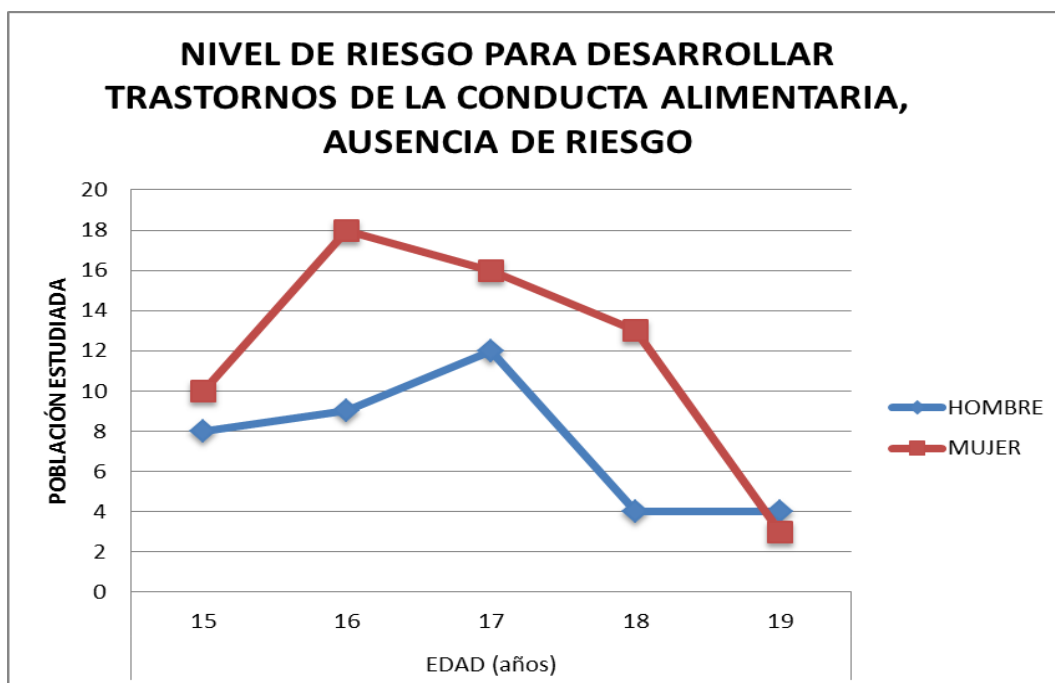
FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 “El Rosario”

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE ACUERDO AL FACTOR RESTRICTIVO, EN EL ÍTEM PRÁCTICA DE EJERCICIO PARA BAJAR DE PESO.



FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

GRÁFICA 4. AUSENCIA DE RIESGO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO".



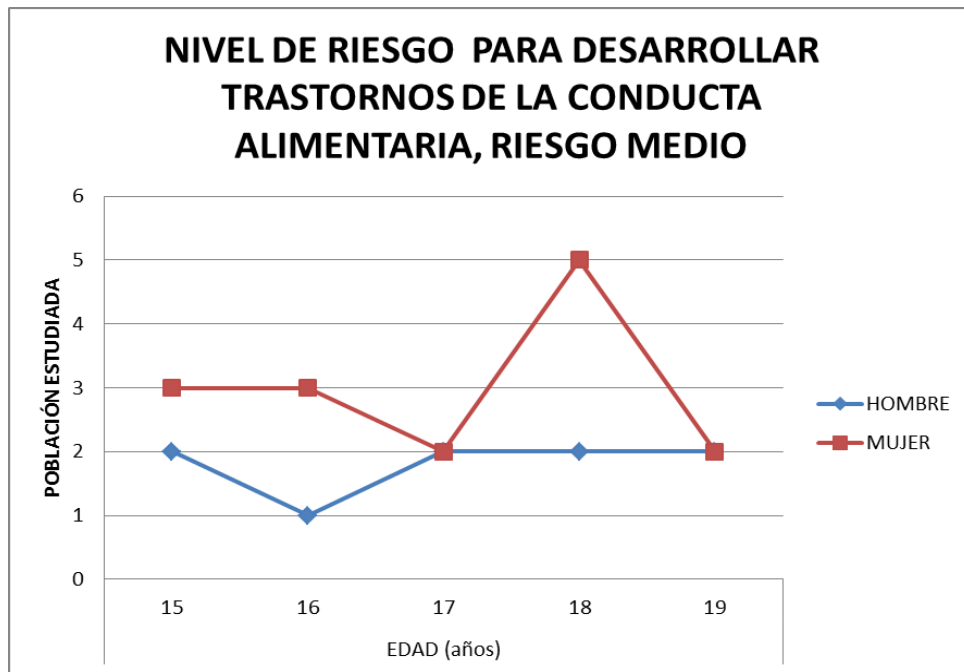
FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

TABLA 2. AUSENCIA DE RIESGO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO".

NIVEL DE RIESGO PARA DETECTAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, AUSENCIA DE RIESGO.					
GENERO	EDAD (años)				
	15	16	17	18	19
HOMBRE	8	9	12	4	4
MUJER	10	18	16	13	3
TOTAL	18	27	28	17	7

FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

GRÁFICA 5. RIESGO MEDIO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO.



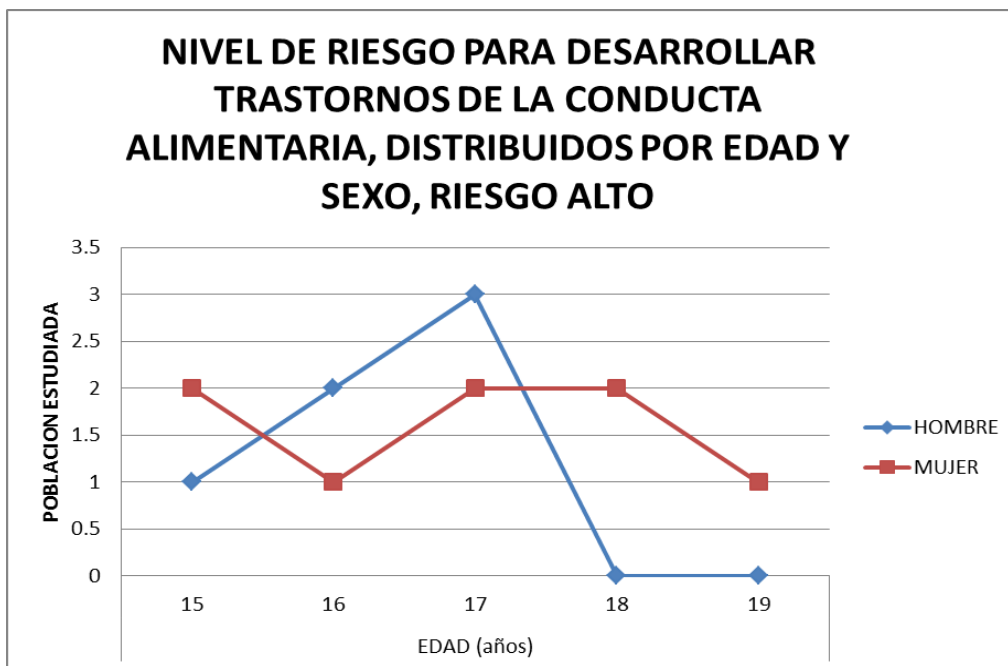
FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

TABLA 3. RIESGO MEDIO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DISTRIBUIDOS POR EDAD Y SEXO.

NIVEL DE RIESGO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, RIESGO MEDIO.					
	EDAD (años)				
	15	16	17	18	19
HOMBRE	2	1	2	2	2
MUJER	3	3	2	5	2
TOTAL	5	4	4	7	4

FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

GRÁFICA 6. RIESGO ALTO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DISTRIBUIDOS POR EDAD Y SEXO, EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO".



FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

TABLA 4. RIESGO ALTO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DISTRIBUIDOS POR EDAD Y SEXO.

NIVEL DE RIESGO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, RIESGO ALTO.					
SEXO	EDAD (años)				
	15	16	17	18	19
HOMBRE	1	2	3	0	0
MUJER	2	1	2	2	1
TOTAL	3	3	5	2	1

FUENTE: Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar no 33 "El Rosario"

DISCUSIÓN

En la presente investigación se aplicó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo el cual fue diseñado para detectar conductas alimentarias de riesgo para la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997.

En comparación con la ENSANUT 2012, en donde se utilizó el mismo instrumento para medir las CAR, la proporción de adolescentes que participó y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado), fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el sexo masculino⁽¹⁴⁾ nuestro estudio demostró que el porcentaje de adolescentes que se encuentran en riesgo alto para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria fue de un 10.37%; siendo el sexo masculino el más afectado encontrando predominio a la edad de 17 años (21.42%).

Algunos autores plantean ⁽²⁾, que el predominio del sexo femenino en investigaciones previas, pudiese estar explicado por la construcción de roles de género que inciden en la percepción de la imagen corporal, en donde a las mujeres se les invita y se les recuerda constantemente “el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez”; sin embargo en nuestra investigación se encontró que para riesgo alto de presentar TAC el sexo masculino se presentó más frecuentemente.

El resultado de este análisis por edad mostró para el sexo masculino una tendencia ascendente para riesgo alto, aunque disminuyó en el grupo de 18 y 19 años; ésta es de 7.14% a los 15 años, 21.42% a los 17 años y 0% a los 19 años, datos que difieren con el estudio realizado por Unikel- Santoncini en el año 2011⁽¹⁵⁾ en donde se reportó una clara tendencia al incremento con 6.1% en el grupo de 15 años y de 10.1% en el de 19 años.

Nuestro análisis mostró que el factor purgativo se muestra en primer lugar con respecto al patrón casi nunca, el cual represento el 95% de la población, dato que concuerda con un estudio realizado por Guzmán Romero en el año 2011⁽²⁰⁾, en donde se observa que de la muestra total el 100% de los hombres y 95.16% de mujeres respondieron no practicar enemas, consumo de pastillas y de laxantes.

Por el contrario si se analiza las prácticas de riesgo en relación a la categoría de respuesta más alta, se encuentra que la principal CAR es la práctica de ejercicio para bajar de peso (17.08%), seguida por preocupación por engordar (14%), mientras que en el estudio realizado en el 2011 ⁽²⁰⁾, la principal CAR fue el miedo a engordar con un 33.33% en hombres y un 48.39% en mujeres.

Estos resultados nos permiten conocer la tendencia de las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes, información que podría ser útil para futuras investigaciones, así como para la construcción de programas de intervención, promoción de la salud y prevención de actitudes alimentarias de riesgo a padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

CONCLUSIONES

Para la realización del presente trabajo de investigación se aplicó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CAR) a un total de 135 pacientes, adolescentes de entre 15 a 19 años de edad, con el fin de detectar conductas alimentarias de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Con base a los datos obtenidos se puede concluir que sí existen CAR en nuestra población, ocupando el primer sitio el factor purgativo con base al patrón casi nunca; con respecto a la categoría de respuesta más alta la práctica de ejercicio con la finalidad de bajar de peso se presentó en primer lugar, En donde el sexo femenino predominó con un 65.21% en un grupo de edad de 16 años.

El factor atracción se presentó en un 82.96%, considerando el patrón nunca y a algunas veces; bajo riesgo.

Para el factor restrictivo el patrón algunas veces (27.40%); riesgo bajo.

Con respecto al factor purgativo el patrón más observado fue casi nunca (95%); riesgo bajo.

En el factor miedo a engordar se encuentran 61 pacientes (45.18%) en el patrón algunas veces; riesgo bajo ^(Grafica 2)

Con respecto a nivel de riesgo alto para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria se observó que el sexo masculino es el más afectado en el grupo de edad de 17 años (21.42%), con un con un posterior descenso a los 18 y 19 años.

El cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo es una herramienta útil para el Medico Familiar, de fácil aplicación y en corto tiempo, que orienta sobre la presencia de conductas alimentarias de riesgo.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran el corto periodo de tiempo estudiado, así como la falta de confirmación diagnóstica de los sujetos en riesgo por lo que se considera prioritario continuar con investigaciones relacionadas con conductas alimenticias en nuestros adolescentes, así como el seguimiento de los mismos con el fin de detectar CAR, prevenir y rehabilitar Trastornos de la Conducta Alimentaria.

SUGERENCIAS

1. Capacitación constante al médico familiar sobre la prevención y detección de conductas alimentarias de riesgo para desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria principalmente en adolescentes por ser un grupo vulnerable.
2. Capacitación al médico de familia sobre la aplicación de instrumentos de tamizaje para detectar CAR como es el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, el cual se sugiere por ser de fácil aplicación, en corto tiempo y por ser validado en adolescentes mexicanos.
3. Con base a los datos obtenidos en esta investigación se puede afirmar que si existen CAR en la población adolescente derechohabiente a la UMF N°33, por lo que se sugiere dar seguimiento a este estudio con la finalidad de crear programas institucionales de prevención primaria sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria que impacten positivamente en la calidad de vida de los adolescentes y su familia.
4. Se sugiere continuar con el estudio con el fin de analizar el porque del aumento del sexo masculino como grupo de riesgo alto para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.
5. Se recomienda a los sujetos en estudio buscar asesoría profesional para tener conocimientos sobre las CAR y de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con un fin preventivo de estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2014, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años.
2. Urzúa MA, Aredaño HF, Díaz CS, Checure D. Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la pre adolescencia. Rev. Chil Nutr. 2010 septiembre; 37(3):282-292.
3. Videra GA, Reigal GR. Auto concepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. Anales de Psicología 2013 enero; 29(1):141-147
4. Andolfi M, Mascelloni A. Historias de la adolescencia terapia familiar. Buenos Aires (Argentina): Editorial Gedisa; 2012.
5. Chabral H. La anorexia y Bulimia en la adolescencia. Francia: Editorial Winihard Grafics SL; 2009.
6. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta. ed. Barcelona: Editorial Masson; 2002.
7. Guía de práctica clínica: Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer Nivel de Atención. Evidencias y recomendaciones. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: SS-113-08.
8. Crispo R, Figueroa E. Anorexia y bulimia. Un mapa para reconocer un territorio trastornado. 3era. Ed. Barcelona (España): Editorial Gedisa; 2011.
9. Altamirano MM, Vizmanos LB, Unikel SC. Continúo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. Rev. Panam. Salud Pública. 2011;30(5):401-407.

10. Bojórquez I, Saucedo MT, Juárez GF, Unikel SC. Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cad. Saude.* 2013 junio; 29 (1): 29-39.
11. Sánchez SJ. Un Modelo estructural de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados [Tesis]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología; 2009.
12. Saucedo MT, Unikel SC. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental* 2010 enero-febrero; 33 (1): 11-19.
13. Morán AI, Cruz LV, Iñarritu PM. Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Rev. Med Hospital Gen Méx.* 2009; 72 (2): 68-72.
14. Encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2012), Instituto nacional de salud pública; 2012, (citado octubre 2015). Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
15. Unikel SC, Nuño GB, Celis DA, et al. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Rev. Invest Clin.* 2010; 62 (5): 424-432.
16. López AP, Molina VZ, Rojas L, Angarita C. Conductas alimentarias a riesgo asociado a los trastornos de la alimentación y su relación con la imagen corporal percibida en adolescentes. *MedULA* 2009; 18 (2): 150-155.
17. Nuño BL, Celis DA, Unikel SC. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica.* Julio- agosto 2009; 61(4): 286-293.
18. Unikel SC, Bojórquez CI, Carreño GS. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Méx;* noviembre-diciembre 2004; 46 (6):509-515.

19. Unikel SC, Bojórquez- Chapela, Villatoro VJ, Fleiz BC, Medina IM. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del distrito federal: tendencias 1997-2003. Rev. Invest Clin 2006; 58(1): 15-27.
20. Guzmán R.H. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la facultad de nutrición de la universidad veracruzana [Tesis]. Veracruz: Universidad Veracruzana. Facultad de Nutrición; 2011.
21. Instituto Nacional de Estadística y Geográfica (INEGI). Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>
22. Keel P.K, McCormick L. Diagnosis, assessment, and treatment planning for anorexia nervosa. In: Grilo C.M, Mitchell J, E, editors. The treatment of eating disorders. New York: The Guilford Press; 2010. p.3.

ANEXOS.

Anexo I



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMAD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO PARA DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

Nombre del estudio:

AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 "EL ROSARIO"

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Las conductas alimentarias de riesgo pueden ser precursoras de los trastornos de la conducta alimentaria y son definidas como las manifestaciones similares en forma pero menores en frecuencia, duración e intensidad, que los trastornos de la conducta alimentaria, siendo la población más afectada los adolescentes, la detección temprana de estos trastornos mentales puede evitar complicaciones. Objetivo: : Determinar el grado de riesgo de CAR para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15-19 años de edad.

Procedimientos:

Se aplicará el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo

Posibles riesgos y molestias:

No se tienen riesgos, inconvenientes, ni molestias.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al detectar presencia de alguna conducta alimentaria de riesgo, se pueda brindar una atención integral con la finalidad de eliminar el factor de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Hay compromiso de proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacer cambiar de parecer respecto a la permanencia de en el mismo.

Participación o retiro:

El investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

Privacidad y confidencialidad:

No se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Concepción Vargas León
Matricula: 99374257
Profesora Adjunta al Curso de Especialización en Medicina Familiar
TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario"

Colaboradores:

Dra. García Reyes Aline
Residente de tercer año del curso de especialización medicina Familiar
Matricula: 98350548
TEL: 0445532119631

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Dra. Concepción Vargas León Medico Familiar
Dra. García Reyes Aline Residente 3° año de Medicina Familiar

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO II.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

SECCIÓN I. INSTRUCCIONES: Anota tu edad y Sexo correspondientes.

1. EDAD: _____

2. SEXO: _____

SECCIÓN II. INSTRUCCIONES: Marca una opción para cada inciso, considerando los 3 meses previos.

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