



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

“Identificación de megarexia en población con obesidad de
la ciudad de Oaxaca.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Leydi del Rocío Santana Nadal

Director: Dr. Enrique Berra Ruíz
Dictaminador: Lic. Liliana Moreyra Jiménez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 21 de noviembre
de 2017.



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.

Deseo expresar mi agradecimiento:

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme cobijado y dado diferentes oportunidades durante los años que ha durado esta preciosa carrera.

A todos aquellos profesores que me acompañaron y me compartieron sus conocimientos en este feliz viaje hacia la conquista de una meta; pero principalmente expreso mi más profundo agradecimiento a mi Director de Manuscrito, al Doctor Enrique Berra Ruíz por ser mi guía, por su ayuda, paciencia y desvelos en la elaboración del presente, así como a la Licenciada Lilitiana Moreyra Jiménez por haber hecho la revisión del mismo y dar su aprobación.

A cada uno de los miembros de mi familia, que como siempre han sido un gran apoyo incondicional.

A mis amigas y amigos que no me dejaron claudicar y siempre han creído en mí.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
1. UN BREVE PANORAMA DE LOS TCA.....	6
1.1 Principales Trastornos de Conducta Alimentaria.....	7
1.1.1 Anorexia.....	7
1.1.2 Bulimia.....	8
1.1.3 Obesidad.....	8
1.1.4 Trastorno por atracón.....	9
1.1.5 Vigorexia.....	10
1.1.6 Megarexia.....	10
1.2 Prevalencia de los TCA.....	11
1.3 Factores culturales.....	16
1.4 Consecuencias de los TCA.....	17
1.5 El tratamiento para los TCA.....	21
1.6 Investigaciones sobre los TCA.....	23
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
2.1 Justificación.....	27
2.2 Pregunta de investigación.....	27
2.3 Objetivo de la investigación.....	27
3. MÉTODO.....	28
3.1 Participantes y selección de la muestra.....	28
3.1.1 Escenario.....	28
3.1.2 Tipo de investigación.....	28
3.1.3 Diseño de investigación.....	29
3.1.4 Variable e hipótesis.....	29
3.1.5 Instrumentos de evaluación.....	30
4. RESULTADOS.....	33
5. CONCLUSION Y DISCUSIÓN.....	43
6. REFERENCIAS.....	47
7. ANEXOS.....	53

RESUMEN

El presente estudio exploratorio tiene como objetivo identificar si el Trastorno de Conducta Alimentaria conocido como megarexia está presente en población con sobrepeso u obesidad; además de reconocer sus principales características y establecer si dicho trastorno está relacionado directamente con el incremento de peso en esta población. Para la realización de esta investigación los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario de 12 preguntas acerca de las posibles características de la megarexia; el Body Shape Questionnaire (BSQ), el cual consta de 34 ítems, algunos adaptados para la identificación de TCA y a distorsión e insatisfacción corporal, y la Escala de siluetas de Standard Figural Stimuli (SFS). Los resultados muestran que la mayoría de la población entrevistada no presenta altos niveles de insatisfacción corporal ni patológica en el BSQ. En tanto que, en la escala SFS no presentaron altos niveles de distorsión. En relación con el cuestionario para la identificación de características de megarexia, un 25% reportó la presencia de más de 8 de estas características, lo que significa que tienen un nivel severo de presentar este trastorno de conducta alimentaria.

Palabras clave: megarexia, distorsión corporal, insatisfacción corporal, obesidad.

ABSTRACT

The objective of this exploratory study was to identify if the Eating Disorder known as megarexia is present in the overweight or obese population; in addition to recognizing its main characteristics and establishing whether said disorder is directly related to weight gain in this population. For the realization of this investigation the instruments used were a questionnaire of 12 questions about the possible characteristics of megarexia; the Body Shape Questionnaire (BSQ), which consists of 34 items, some adapted for the identification of TCA and body distortion and dissatisfaction and the Standard Figural Stimuli Silhouettes Scale (SFS). The results show that the majority of the population interviewed does not present high levels of body or pathological dissatisfaction in the BSQ. While, on the SFS scale they did not present high levels of distortion. In relation to the questionnaire for the identification of megarexia characteristics, 25% reported the presence of more than 8 of these characteristics, which means that they have a severe level of presenting this eating disorder.

Keywords: megarexia, body distortion, body dissatisfaction, obesity

INTRODUCCIÓN

La megarexia es un trastorno relativamente nuevo que supone tiene las características contrarias de la anorexia, es decir; es un trastorno de la conducta alimentaria en donde la persona no se percibe con sobrepeso u obesidad, sino que se percibe delgada o normal, come en exceso comida que no tiene ningún aporte nutrimental, es decir comida chatarra. Más aún, no hacen ejercicio, se sienten llenos de vitalidad y se consideran sanos; pero la característica principal de estas personas son el sobrepeso y la obesidad (Burgos, 2012).

La realidad sobre el conocimiento que en nuestro país se tiene sobre la megarexia sobrepasa la carencia de investigaciones al respecto, haciendo complicado recolectar información, cifras de prevalencia y de acercamiento del concepto de megarexia.

Debido a lo anterior, se pretende difundir el trastorno de megarexia realizando una investigación, ya que es posible que este problema de salud mental esté afectando de manera importante la salud de los mexicanos.

En consecuencia, al incremento del índice de obesidad y sobrepeso que se tiene actualmente en México se puede suponer que un alto número de personas con las características anteriores pueden estar sufriendo este trastorno sin que ellos lo sepan.

De igual manera, la megarexia puede estar ligada a trastornos psicológicos; como algunos otros tipos de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) que surgen a raíz de la percepción que se tiene del cuerpo, o a aquellos pensamientos irracionales que la persona pueda tener de sí mismo, sin embargo, existen múltiples factores por los que una persona puede padecer algún tipo de trastorno.

Los constantes bombardeos de los medios de comunicación, de las redes sociales y de los amigos sobre el ideal de la figura es algo que empieza a preocupar a los adolescentes, ya que

muchas veces piensan que una figura delgada es socialmente mejor aceptada que alguien con sobrepeso; el trauma que les ocasiona tener este problema o creer que lo tienen los lleva a la práctica de algunas conductas alimentarias no saludables.

Con la finalidad de que en el futuro se pueda tener una perspectiva más amplia de este trastorno poco conocido y se espera que esta investigación sirva para el impulso de nuevas investigaciones, e igualmente se pueda dar seguimiento en las instituciones de salud pública, ya que se presentan datos relevantes que podrían ayudar a resolver algunos casos de obesidad y sobrepeso en el país.

MARCO TEÓRICO

Un breve panorama de los TCA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o alteración de alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (Asociación americana de Psiquiatría, 2013). Por su parte, Méndez, Vázquez, y García (2008), refieren que los trastornos de conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer, y que se caracterizan bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior es consecuencia de un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales; no se ha podido dar con las causas o el origen de estas alteraciones ya que pueden influir diferentes factores

como por ejemplo, ambientales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos, etc., la moda y las redes sociales últimamente son factores que pueden influir más para que éstos trastornos se presenten.

Entre los aspectos fisiopatológicos que se involucran en estos trastornos, el sistema nervioso central y específicamente el hipotálamo juega un papel muy importante ya que, según Johnson, Cohen, Kasen y Brook (2002), es en esta parte es donde se regula y se da el control de las sustancias que regulan la actividad hipotalámica y también se expresan en las regiones cerebrales involucradas en la recompensa, motivación, aprendizaje, emoción y estrés.

Ahora bien, existen diferentes tipos de trastornos alimenticios, entre los más conocidos son la bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y la obesidad; actualmente se habla de Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados (TANE) como el trastorno por atracón, asimismo; se han encontrado nuevos trastornos como son: la vigorexia, y la megarexia.

A continuación, se revisarán algunos de los principales trastornos de alimentación, causas y consecuencias los cuales afectan a diferentes sectores de la población y que pueden tener resultados negativos tanto físicos, como mentales.

1.1 Principales Trastornos de Conducta Alimentarios

1.1.1 Anorexia

La anorexia es caracterizada por el intenso deseo del paciente por pesar cada vez menos, presenta miedo al hecho de estar obeso y una peculiar distorsión en su esquema corporal, que hace que se vea más gordo de lo que en realidad se encuentra.

De acuerdo con los criterios del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) algunos criterios que se deben considerar para el diagnóstico de Anorexia nerviosa son: la restricción de

comida que sea energética, peso significativamente bajo, el constante miedo a engordar, la distorsión de la imagen corporal, la no aceptación de su situación, etc., acostumbran a hacer dietas constantes y además hacen ejercicio en exceso, su preocupación por la comida es excesiva; suelen no comer en público y evitan a la familia. Es un trastorno que puede presentarse a temprana edad y después de los 40 años, pero igual su manifestación se da en diferentes edades, tanto en hombres como en mujeres. Algunas de las características psicológicas que pueden tener las personas que padecen trastornos de conducta alimentaria como la anorexia son: una percepción distorsionada de su imagen, depresión, baja autoestima, pensamientos obsesivos, mal humor, conductas autodestructivas, dificultad para concentrarse, mínima comunicación, obsesión por la comida, etc. (Camarillo, Cabada, Gómez, & Munguía, 2013).

1.1.2 Bulimia

Las personas con este trastorno suelen comer en exceso en episodios recurrentes de atracones, no tienen un control de la cantidad ingerida durante el episodio, se provocan el vómito para compensar el haber comido en demasía, usan laxantes, diuréticos y otros medicamentos, hacen ayunos y ejercicio con exageración. Una característica de quien lo padece es la vergüenza que sienten ante los trastornos que padecen e intentan siempre ocultar su enfermedad. Al igual que en la anorexia la bulimia se asocia con la autopercepción de su imagen, el miedo a subir de peso y la autoestima, suele presentarse en hombres y en mujeres, pero éstas últimas en su mayoría son las más afectadas. En cuanto a las características psicológicas de la bulimia, pueden ser personas con poco ánimo, suelen sentirse frustrados, impulsivos, pueden sentir ansiedad, distimia, conductas autolesivas y callosidades en el dorso de la mano (signo de Russell) (Camarillo *et al.*, 2013).

1.1.3 Obesidad

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2017), la obesidad es una enfermedad sistémica crónica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación excesiva de grasa. En su etiología se involucran alteraciones en el gasto energético, desequilibrio en el balance entre aporte y utilización de las grasas, causas de carácter neuroendocrino, metabólicas, genéticas, factores de medio ambiente y psicógenas. La obesidad se clasifica fundamentalmente con base en el índice de masa corporal (IMC) o el índice de Quetelet que se define como el peso en kg dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado, en el adulto un $IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$ determina la obesidad.

Para Amancio, Ortigoza y Durante (2007) la obesidad se define como el exceso de grasa corporal, que induce a un aumento significativo de riesgo para la salud, debido a un desequilibrio prolongado entre la ingestión de calorías y el consumo de energía. Es una enfermedad crónica multifactorial donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuye al desarrollo del padecimiento.

La obesidad es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo por comer en exceso y no realizar ejercicio. (IMSS 2016)

1.1.4 Trastorno por atracón

Este trastorno se caracteriza por que el individuo consume grandes cantidades de alimento en corto tiempo, no puede parar de comer ni controlar lo que come, y come sin tener hambre, normalmente este trastorno empieza en la adolescencia o en una edad adulta temprana; está asociado con la obesidad y las características psicológicas pueden ser: baja autoestima, trastornos depresivos y ansiedad entre otros. Para tener un cuadro completo, los atracones deben ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses, y vivir con estrés e insatisfacción consigo mismo.

El diagnóstico también requiere que el trastorno no ocurra como una fase dentro del curso de otro trastorno del comportamiento alimentario (Baile, 2014).

1.1.5 Vigorexia

La principal característica de este trastorno es la obsesión enfermiza de un cuerpo perfecto y musculoso, se presenta en su mayoría en los hombres, esta obsesión los lleva a estar horas en el gimnasio, a tomar anabólicos para que sus músculos se marquen y dejan de comer variedades de alimentos, generalmente son personas con autoestima baja, y les cuesta mucho trabajo relacionarse con otras personas, una característica importante es que, al igual que la anorexia y la megarexia; sufren de una distorsión de su imagen corporal, pero las personas con vigorexia se ven desnutridos y flacos (Esquivel, Martínez, & Martínez, 2014).

Participan elementos como el desequilibrio de neurotransmisores del sistema nervioso central que están vinculados con la serotonina como resultado a la adicción al ejercicio, pero también hay motivos culturales, psicológicos, sociales y educativos (Álvarez, Escoffie, Rosado & Sosa, 2016).

1.1.6 Megarexia

Se puede considerar que la *megarexia* es el lado opuesto de la anorexia, es un trastorno alimenticio poco conocido; la persona con megarexia es aquella que come en demasía, ingiere comida que no nutre, es decir; comida llamada “chatarra” como puede ser: exceso de almidones, azúcares, grasas saturadas, harinas, frituras, etc., y en consecuencia sufre de obesidad sin darse cuenta; tiene una percepción distinta de su imagen corporal o no acepta como tal su sobrepeso, según Burgos (2012), la falta de nutrientes afecta el cerebro de manera que la persona percibe su imagen corporal con cierta distorsión creyéndose sana y bien alimentada, evita cualquier situación que le pueda recordar su obesidad, así mismo refiere que hay dos clases de personas con megarexia,

aquellos que no perciben que tienen sobrepeso y aquellos que saben que tienen sobrepeso pero que han tenido varios intentos infructuosos de bajar de peso y que ya dejan de intentarlo.

En este trastorno hay una distorsión de imagen corporal, esto quiere decir que se trata de un trastorno el cual tiene un origen psicológico, así mismo puede tener consecuencias graves para la salud del paciente, ya que pueden derivar en sobrepeso u obesidad y al mismo tiempo tener una escasez de nutrientes. Según Esquivel *et al.*, (2014); los individuos perciben que su peso y su talla es normal y que su salud no se verá afectada, llevan una vida sedentaria y tienen falta de energía debido a que no hay suficientes nutrientes en su cuerpo por consumir alimentos “vacíos”; todo esto conlleva al paciente a subir de peso y por lo tanto a sufrir de diversas enfermedades derivadas del sobrepeso.

Al igual que las otras conductas alimentarias y desórdenes mentales las personas con megarexia necesitan ayuda psicológica para aceptar su realidad, ya que en cuanto a la imagen corporal y de acuerdo con Rosen (1995), es la forma en que la persona siente, se comporta, se imagina, se conduce con respecto a su cuerpo, esto es; intervienen los aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales.

Casi todas las concepciones sobre la imagen corporal están dirigidas hacia la anorexia o hacia la bulimia, al igual que los criterios de evaluación en cuanto a la percepción de la imagen; en el caso de la megarexia, la imagen corporal es distorsionada de manera contraria a la anorexia, por tanto; los criterios que quizá se tendrían que utilizar para un correcto diagnóstico serían los contrarios a los de la anorexia.

1.2 Prevalencia de los TCA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), ha informado que en los últimos 50 años se ha dado un incremento en el número de casos de bulimia en adolescentes y en población de jóvenes con cifras que oscilan entre 0.9 y 4.1 %.

Los TCA no son exclusivos de una región, un país o de un grupo determinado, sin embargo en un estudio realizado en España por Portela, Costa, Mora y Raich (2012), se menciona que los adolescentes pueden ser los más vulnerables, ya que la prevalencia de vida de la anorexia que mostró la investigación en los adolescentes fue de 0.3% al 2.2% y puntual de 0.1% al 0.5%, en donde la mayor prevalencia apareció en las mujeres; datos de los servicios de salud indicaron que la incidencia de la Anorexia Nerviosa (AN) según los criterios del DSM-IV, las tasas se han mantenido estables en el tiempo.

En los países bajos la tabla de incidencia se mantuvo estable cuando se evaluó en los años 80 y 90 (7,4/100.000/año para 1985-1989 y 7,7/100.000/año para 1995-1999), sin embargo, cuando se evaluó la incidencia donde se tomó en cuenta la edad se registró en el período 1995 a 1999, un aumento significativo del 94% de AN en el grupo de niñas con edades comprendidas entre 15 y 19 años (56,4/100.000 personas/año para 109/100.000 personas/año). En este contexto, se encontraron valores aún más significativos en el estudio poblacional realizado con gemelos finlandeses, arrojando la cifra de 270/100.000 personas/año (Portela, et al., 2012).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), los trastornos alimentarios aumentaron un 300 % en México durante los últimos 20 años. Se precisó que el 95 % de casos de anorexia se desarrolla a partir de una dieta estricta y 90% de personas con estos padecimientos son mujeres; destacó que las adolescentes entre 14 y 19 años presentan una mayor prevalencia a todos los trastornos del comportamiento alimenticio (TCA).

En el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG, 2016) se informó que cada año se registran 20 mil de estos casos entre adolescentes. Las conductas alimentarias de riesgo en esta población son: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se ingiere, en la población universitaria, entre el 19 y 30 % de las mujeres presentan un tipo de TCA, por su obsesión sobre su imagen corporal, sin presentar la totalidad de síntomas; además, el 62% de deportistas como gimnastas olímpicas, bailarinas de ballet o patinaje a nivel profesional, padecen un desorden alimenticio.

Así mismo, 57% de los adolescentes enfermos pueden llegar a tener una vida normal con tratamiento médico; 40% tiene una cura total y el 3% fallece. Igualmente, se indicó que el 25% de las mujeres encuestadas entre 15 y 18 años han dejado de comer por miedo a engordar. Uno de cada diez alumnos varones de bachillerato, recurre al ayuno como método contra la obesidad o sobrepeso. También el 28% de las mujeres encuestadas y el 18.6% de los hombres, han tomado pastillas para bajar de peso, el 24% lo hizo en los últimos tres meses. Además, una de cada diez personas ha vomitado para bajar de peso. El 11.3% de las mujeres y el 6.2% de los hombres han tomado diuréticos para bajar de peso, mientras que el 13.5% de la población femenina y el 7% de los varones confesaron tener prácticas bulímicas para bajar de peso (ENSANUT, 2012).

En cuanto a las estadísticas del 2016 en la Unidad de Salud Mental del Hospital Juárez de México; se señaló que los trastornos más comunes son la anorexia y la bulimia, que se presentan cada vez a edades tempranas entre los 12 y 20 años siendo éstos últimos los más afectados. Se dice que en los pasados 5 años la prevalencia de estos males aumentó de entre 10 y 15 por ciento en las consultas del nosocomio y que aproximadamente son atendidas más de 130 pacientes al mes con estos trastornos de la alimentación, incluida la obesidad; además se comenta que son trastornos que no solo afecta a las mujeres ya que de cada 5 mujeres hay 2 hombres con el mismo problema; sin

embargo, se especificó que no hay estadísticas precisas sobre la cantidad de individuos afectados, pero que se estima que a escala internacional la frecuencia de la anorexia y la bulimia oscila entre 0.5 y 0.9 por ciento de la población, que como ya se mencionó; es más común entre mujeres (2.8 por ciento). Se calcula que 0.9 por ciento de los hombres padece alguno de estos males (Cruz, 2016).

Por otro lado, ENSANUT (2016), evaluó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños adolescentes y adultos; estos resultados variaron según sexo (masculino y femenino) y lugar de residencia, zona rural y urbana.

En edades de entre 5 a 11 años de edad, tres de cada diez menores sufren sobrepeso u obesidad (prevalencia combinada de 33.2%), en 2012 la prevalencia de este grupo de edad era de 34.4%, pero en esta última evaluación se observa una disminución de peso significativa en niños varones; igualmente se observa un incremento progresivo en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en zonas rurales en ambos sexos.

En cuanto a los adolescentes de 12 a 19 años de edad: casi 4 de cada 10 adolescentes presenta sobrepeso u obesidad (prevalencia combinada de 36.3%), pero en 2012, esta cifra era de 34.9%. En tanto que, en mujeres adolescentes, se observó un aumento del 2.7 puntos porcentuales en sobrepeso, alcanzando un nivel de 26.4%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes fue de 39.2% y en hombres adolescentes se presenta una reducción, de 34.1% a 33.5% en prevalencia combinada.

En cuanto a los adultos mayores de 20 años de edad, siete de cada 10 adultos (prevalencia combinada de 72.5%) continúa padeciendo exceso de peso (sobrepeso u obesidad) respecto a la cifra de 2012 de 71.2%.

Se observa un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (prevalencia combinada de 75.6%). Este incremento es mayor en zonas rurales (aumento de 8.4%) que en zonas urbanas (aumento de 1.6%). En hombres adultos (prevalencia combinada de 69.4%) se observa un incremento continuo en zonas rurales, en el que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (67.5%) aumentó 10.5% respecto a 2012.

Particularmente la obesidad en el estado de Oaxaca, muestra una preocupación global dada la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce en la población. El sobrepeso y la obesidad duplican o triplican el riesgo de padecer Enfermedades Crónicas Relacionadas con la Nutrición (ECRN) como son la diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, dislipidemia, así como algunos tipos de cáncer. La obesidad y el sobrepeso se convierten en un problema de salud pública para el Estado de Oaxaca (ENSANUT, 2012).

- En el año 2006 según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el 20 por ciento de niños de cinco a 11 años de edad padecía sobrepeso y obesidad.
- En el año 2011 alcanzaron cifras del 30 por ciento. En el año 2009, los adolescentes de 12 a 19 años el porcentaje de sobrepeso y obesidad fue del 23.7%, y mayores de 20 años fue del 64.6%.
- En el 2013 estas cifras se elevaron en los adolescentes y jóvenes del 40 y 70% por ciento respectivamente.
- En el año 2011, 45,000 personas fueron detectadas con obesidad en las unidades de primer nivel de atención, de los Servicios de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro social.
- En Oaxaca el 30 por ciento de muertes en adultos menores de 65 años, están relacionadas con la obesidad, enfermedades cerebro vasculares, hipertensión y diabetes.

- En el Estado, el primer lugar en obesidad femenina lo tenemos en Juchitán donde las mujeres Juchitecas tienen el paradigma de que **“estar con sobrepeso es estar bella”**.
- La obesidad infantil en la zona del Papaloapan, Tuxtepec, ocupa el primer lugar, de cada 10 niños el 7.5 padece obesidad o sobrepeso y 6 de cada 10 en adultos.

1.3 Factores culturales

Por otra parte, en cuanto al sobrepeso y la obesidad en México hay algunos factores asociados al estilo de vida en donde hasta no hace mucho tiempo se había pensado (y en algunas regiones se sigue pensando) que el tener sobrepeso era sinónimo de estar sanos y llenos de vida, esto se sigue pensando sobre todo en regiones indígenas y marginales en donde la idea de la buena alimentación equilibrada, se convirtió en una estrategia de nutrición en el país (Pérez-Gil, 2009).

Martínez-Murguía y Navarro-Contreras (2014), argumentan que la obesidad y el sobrepeso están social y culturalmente modelados, debido a que la alimentación se encuentra ligada con diferentes fenómenos sociales y biológicos regidas por la cultura, en donde se hacen relevantes las creencias que se tengan acerca de la comida, es decir; en donde la comida puede tener mucha o poca importancia para el individuo. Por esta razón el ser humano aprende a asociar la alimentación con el placer, aprende a sentirse bien o a sentirse culpable por comer cosas que no tienen ningún nivel nutricional; en consecuencia, se puede decir que la elección de los alimentos es por cultura, tradición, festejo, sabor, preferencias, cualidades sensoriales y psicosociales.

Contrariamente a esto; en México la alimentación va cambiando paulatinamente, debido a la comercialización y al deseo de integrarse a una sociedad consumista; la dieta del mexicano alrededor de los años 50, era de maíz principalmente, lo que lo mantenía en un peso relativamente normal, ahora ese maíz se acompaña de alimentos altos en grasa y azúcares que son relativamente

baratos; lo que puede ser un factor importante en el incremento de sobrepeso y obesidad (Beltrán, 2010).

1.4 Consecuencias de los TCA

Las consecuencias que sufren las personas con trastornos de conducta alimentaria son el deterioro de su salud así como de su aspecto físico; en el caso de la **anorexia** pueden ser: reducción de su masa corporal, pérdida energética, pelo seco, quebradizo; complicaciones cardiovasculares como: bradicardia, hipotensión ortostática y arritmias; complicaciones gastrointestinales como: retraso del vaciamiento gástrico, disminución de la motilidad del intestino delgado y estreñimiento; aumento de las glándulas parótidas y el edema, pueden acompañarse de anemia, leucopenia, hipopotasemia, hipoalbuminemia, amenorrea, etc.; en el caso de la **bulimia** las complicaciones son: pancreatitis, crecimiento de parótidas, lesiones gastrointestinales, amenorrea, anemia, trastornos electrolíticos, cardiotoxicidad, arritmias, estreñimiento, diarrea con sangre, esófago de Barret y otras complicaciones del vómito, como la erosión del esmalte dental (Camarillo *et al.*, 2013).

Según Gómez (2014), otra de las consecuencias de la anorexia es la pérdida del interés sexual, alteraciones en los ciclos menstruales y en consecuencia dificultad para el embarazo debido a la desnutrición y a las pocas calorías que se ingieren; la amenorrea se hace presente y el cuerpo tarda un buen tiempo en recuperarse. Los trastornos alimenticios prolongados pueden tener consecuencias físicas severas, si son menores de edad pueden retrasar el crecimiento y en cualquier persona la baja ingesta de nutrientes (Ramos y Torres, 2013).

Por su parte López y Treasure (2011), argumentan que las complicaciones médicas de estos trastornos son:

1. Metabólicas: hipoglucemia

2. Médula ósea: anemia, leucopenia, trombocitopenia.
3. Fluidos y electrolitos: potasio, sodio, fosfato, calcio, cloro magnesio y zinc.
4. Cardiovascular: hipotensión, arritmias y taquicardias.
5. Pulmonar: neumotórax.
6. Gastrointestinal: hematemesis, úlcera gástrica y mortalidad intestinal.
7. Renal: urea y creatinina, oliguria y anuria.
8. Neurológicas o de función cognitiva: convulsiones metabólicas, encefalopatías metabólicas, disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) y disminución del volumen cerebral.
9. Musculo esqueléticas: disminución de la masa ósea, pérdida de fuerza muscular y miopía proximal.
10. Endócrinas: amenorrea, ovario poliquístico, hipotiroidismo, cortisol y secreción inapropiada de hormona antidiurética.
11. Otras secundarias a purgas: esofagitis, erosión de esmalte dental, síndrome de Malory-Weiss, ruptura esofágica o gástrica, neumonía aspirativa, ácidos metabólicos, deshidratación crónica, aumento de nitrógeno ureico sanguíneo, predisposición a nefrolitiasis e hiperuricemia.

Para las personas que padecen **vigorexia**, las consecuencias son negativas para la salud al igual que cualquier otro trastorno de alimentación, sufre de problemas metabólicos gracias a las proteínas y carbohidratos que dejan de ingerir, repercute en los huesos, en los tendones, ligamentos y músculos, entre otros, a causa del excesivo peso que cargan, y si al mismo tiempo, se realiza una

rutina de ejercicio exagerada; puede ocasionarse lesiones y tener problemas orgánicos (Enfermeros del Consorcio Sanitario de Tenerife, 2004).

La vigorexia es un trastorno que afecta principalmente a los hombres por alcanzar el estereotipo de belleza, perfeccionismo, sentimiento de seguridad y creer que tienen todo bajo control. Por otra parte, algunas personas pueden abusar del ejercicio para bajar de peso o mantener una musculatura que muchas veces no corresponde a su cuerpo, este abuso también puede causar fracturas, lastimaduras, lesiones en la espina dorsal, osteopenia, osteoporosis o muerte instantánea (Gerali, 2014). Este trastorno se relaciona con orígenes socioculturales, con carencias serotoninérgicas y la personalidad de tipo obsesiva, entre otros (Rodríguez & Rabito, 2011).

Sin embargo, la dependencia de hacer ejercicio trae consigo repercusiones en diferentes ámbitos de la vida de las personas, en lo familiar, laboral, en sus relaciones sociales, en su físico y en el ámbito psicológico; cuando no se puede realizar el ejercicio surgen síntomas de abstinencia, y una preocupación excesiva (Castro, 2013).

En cuanto, *al trastorno por atracón* está muy relacionado con el sobrepeso y la obesidad, ya que este trastorno fomenta el incremento de peso. “Las personas con obesidad, que además comórbidamente presentan el trastorno por atracón, suelen ser casos de peor pronóstico y con mayor alteración psicopatológica concomitante” (Baile, 2014, p. 128).

Este trastorno al estar vinculado directamente con la obesidad puede derivar en enfermedades asociadas con este problema, como pueden ser colesterol alto, diabetes, hipertensión, hiperlipidemias, trastornos cardiacos, ciertos tipos de cáncer, trastornos del sueño, depresión y baja autoestima, entre otros; estas personas se sienten responsables y se atormentan por sus acciones;

en algunos casos extremos dejan de ocuparse de su familia, pierden su trabajo o escuela y evitan situaciones sociales por causa de los atracones (Esquivel *et al.*, 2014).

De acuerdo con el DSM-5 (2014), este trastorno se encuentra relacionado a un gran número de consecuencias funcionales como: los problemas de adaptación a la sociedad, deterioro de la calidad de vida, aumento en la morbilidad médica y en la mortalidad por no encontrar satisfacción en la vida, además que están en riesgo de padecer obesidad.

Mientras tanto, la *megarexia* parece estar ligada directamente al sobrepeso y la obesidad, estas personas al tener una distorsión de su imagen corporal, no cuidan lo que comen ni cuanto comen, entonces puede ser que sean igual de susceptibles a contraer enfermedades derivadas del sobrepeso u obesidad.

Según la OMS (2016), las consecuencias más comunes de obesidad y sobrepeso, pueden derivar en: enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muerte en 2012, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (es especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones que deja un alto grado de incapacidad), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC. En tanto que, la obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta.

Por su parte Casado (2015), refiere que la obesidad aumenta el riesgo de morbimortalidad no solo de origen cardiovascular sino también por otras causas patológicas como:

- Diabetes mellitus tipo2
- Hipertensión arterial.

- Dislipemias: hipertrigliceridemia, aumento de colesterol LDL una disminución del colesterol HDL
- Cardiopatía isquémica
- Alteraciones osteoarticulares: coxofemoral, femorotibial, tobillo y columna.
- Insuficiencia venosa en extremidades inferiores.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Hiperuricemia y gota.
- Enfermedades digestivas: esteatosis hepática, hernia de hiato y litiasis biliar.
- Apnea de sueño.
- Insuficiencia respiratoria
- Afecciones cutáneas.
- Tumores malignos: colon, recto, próstata, ovarios, endometrio, mama y vesícula biliar.
- Trastornos psicológicos.

1.5 El Tratamiento para los TCA

En el tratamiento para los TCA se han utilizado diferentes, desde los fármacos, hasta tratamientos psicológicos, en donde los tratamientos cognitivos conductuales son los más utilizados. Según el National Institute for Clinical Excellence (2004), y Wilson (2005), la Terapia Cognitivo Conductual es la más eficaz en el tratamiento de los TCA. Uno de los primeros tratamientos cognitivos conductuales que ofreció resultados positivos fue el propuesto por Fairburn, (como se citó en Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) para la Bulimia Nerviosa, ya que tiene como finalidad reducir los atracones y las conductas compensatorias (como los vómitos, laxantes o purgas), cambiar la conducta de hacer dietas extremas y cambiar la actitud hacia el peso

y la figura; además de disminuir otros síntomas de depresión, autoestima y ayuda en la función social del individuo.

Con el fin de mejorar la Terapia Cognitiva Conductual para los Trastornos de Conducta Alimenticia (Fairburn, et al., 2003) hicieron una serie de modificaciones al modelo anterior, llamándolo Teoría Transdiagnóstica, el cual viene con las siguientes extensiones: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los cambios en el estado ánimo y las dificultades interpersonales.

El perfeccionismo clínico habla del miedo que tienen las personas al fracaso, a no llegar a sus objetivos, preocupación excesiva por su imagen corporal y una crítica negativa hacia la persona misma, la baja autoestima nos dice que la persona tiene una autoimagen negativa crónica; por otra parte, no son capaces de reconocer los cambios que tienen en sus estados de ánimo, y cuando esto sucede tratan de compensarlo con otras conductas desadaptativas. Para disminuir los problemas interpersonales se incluyeron en el modelo Transdiagnóstico algunos elementos de la terapia interpersonal que sirve para la Bulimia Nerviosa. De acuerdo, con Fairburn (2008), la Teoría Transdiagnóstica puede servir para los diferentes trastornos de conducta Alimentaria.

En la misma línea, Sandin, Chorot y Valiente (2012), la teoría Transdiagnóstica utilizada en las TCC ha adquirido mayor interés ya que puede ser una alternativa de tratamiento debido a que los síntomas de algunos malestares son variados o que de igual manera se pueden presentar un conjunto de varios trastornos, como, por ejemplo; la depresión, ansiedad y los TCA. Estos modelos han adquirido relevancia, aunque las técnicas de terapia cognitiva conductual tengan de por sí un tratamiento específico para determinado malestar o trastorno; “un enfoque Transdiagnóstico de la terapia puede tener ventajas ya que logra abordar factores psicopatológicos comunes que se dan simultáneamente en diferentes trastornos”.

La TCC transdiagnóstica se ha distinguido por focalizarse en procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que son compartidos o comunes a través los diferentes trastornos; la ausencia de evaluación diagnóstica y la adopción de un enfoque científico convergente e integrativo (Clark, 2009; Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2009).

1.6 La investigación sobre los TCA

Las investigaciones realizadas sobre los trastornos de conducta alimentaria se centran en los trastornos más conocidos como la anorexia y la bulimia en donde de acuerdo con la investigación hecha por Moreno y Ortiz (2009), se establece que estos trastornos son una epidemia ya que resultan ser graves y se presentan en edades cada vez más tempranas. Algunos factores que intervienen en estos trastornos, como la idea de estar esbeltos, pero esta idea es distorsionada, en consecuencia; aparecen la bulimia y la anorexia que pueden provocar serios daños a la salud; en este contexto según Taylor (2007), el 6% que padecen estos trastornos pueden llegar a la muerte. Por otra parte, Bosque-Garza y Caballero-Romo (2009), nos señalan que la tasa cruda de mortalidad de la anorexia nervosa va de 5.9% según un meta análisis de 42 estudios publicados y de 0.3 en 88 estudios publicados de la bulimia nervosa.

En un estudio realizado por Ramos, Pérez de Eulate, Liberal y Latorre (2003) en jóvenes vascos sobre la imagen corporal y la relación con los TCA, nos muestran que al 47% les gustaría estar más delgados, el 16% considera que una talla menos de ropa estaría mejor, el 53% estaría dispuesto a adelgazar para mejorar su imagen física; el 79% dijo sentir algún tipo de presión familiar; siendo

en su mayoría un 63% mujeres las que se preocupan más por su imagen debido a las influencias socioculturales que idealizan el cuerpo perfecto.

Por su parte Camarillo et al., (2013) realizó un estudio para conocer la prevalencia de los trastornos de alimentación bulimia y anorexia en adolescentes en la Universidad Veracruzana en el que se usó el Eating Attitudes Test (EAT-40) y la escala de Gardner en jóvenes de 13 años, 8% de la población mostró riesgo de conducta alimentaria y 10% enfermedad ya manifestada. Los jóvenes oscilaron de entre 13 a 16 años, en los cuales se encontró que el 5% de la población estaba en riesgo y que 4% probablemente sufría una alteración; mientras tanto, en las mujeres se presentó el mayor porcentaje.

Por otro lado, investigaciones realizadas por Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002), mencionan que los hombres se preocupan por tener un cuerpo musculoso y al mismo tiempo comen en grandes cantidades y hacen ejercicio con exageración. Por otra parte, en una investigación realizada por Vázquez, López, Álvarez, Mancilla, y Oliva (2006), en una población de niños y adolescentes del sexo masculino y de instituciones educativas privadas, refieren que se observaron que más niños (20%) que jóvenes (2.2%) exhibieron sintomatología de TCA, habiendo un único caso de bulimia nerviosa entre los niños. De acuerdo con los datos los niños tienen mayor riesgo de TCA que los jóvenes, siendo factores asociados a estos, el estar motivados para adelgazar y evitar los alimentos que les pudieran engordar.

En otro estudio llevado a cabo con preadolescentes de edades que oscilaban de entre los 9 y los 13 años de edad, el 44% presento insatisfacción corporal y el 54% mostró una alteración de la imagen corporal, de las cuales, el 29% las sobreestimó, mientras que el grupo de 11 años de edad tuvo el mayor porcentaje de dietas dirigidas al control del peso y la aceptación más prominente del

estereotipo cultural delgadez/atracción siendo esto un probable riesgo de TCA (Bosque-Garza. & Caballero-Romo, 2009).

Ahora bien, en un estudio realizado en México por Bobadilla y López (2014), en donde se buscó la relación que existe entre la distorsión de la imagen corporal, el índice de masa corporal y sus diferencias entre edades y género, de un grupo de 290 mujeres y 289 hombres en edades de 15 a 69, se encontró que los hombres de los grupos etarios de 25 a 29 y de 35 a 39 años tienen una distorsión negativa generalizada, es decir se perciben más delgados de lo que realmente son; en cambio las mujeres según ésta investigación tienen distorsión positiva de su imagen, se preocupan más por su apariencia física y están menos satisfechas con su cuerpo, los hombres por su parte subestiman su peso y el hecho de que tengan una distorsión negativa tal vez podría ser un indicador de sobrepeso u obesidad y quizá alguno pueda padecer un trastorno de megarexia.

Sumado a esto, en otro estudio realizado acerca de la satisfacción de imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y la autopercepción corporal (Sámano *et al.*, 2015), los resultados fueron entre otros, se presentó en los adultos mayor insatisfacción con su Índice Corporal, por el hecho de estar conscientes de los riesgos que presenta tener sobrepeso u obesidad; en cambio los adolescentes se dijeron más satisfechos con su IC (aunque esto solo podría ser un mecanismo de defensa en la investigación,) por otra parte; también hubo casos de adultos que dijeron verse bien y satisfechos con su imagen. Los autores refieren que tal vez la aceptación de un exceso de peso se deba a tradiciones familiares en donde a una persona con sobrepeso se le puede considerar una persona normal, pero esto no quiere decir que sea una persona sana; o tal vez; la percepción sea errónea y confundan el estar con sobrepeso y el tener masa muscular. Al igual que, en la investigación realizada por Bobadilla *et al.*, (2014) los hombres son los que más subestiman su imagen aunque tengan sobrepeso u obesidad y dicen sentirse satisfechos.

Mientras tanto, desde la psicología clínica se han hecho varias investigaciones en cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, normalmente abordan aquellos trastornos más conocidos como el caso de la anorexia y bulimia; con respecto a la megarexia no se han hecho investigaciones que ayuden a comprender la gravedad del problema, puede ser que debido al aumento de personas con sobrepeso y obesidad, haya varios casos de megarexia no diagnosticados; en este tenor, el Instituto Mexicano del Seguro Social en un comunicado de prensa, abordó el tema e informó que brinda apoyo psicológico con terapias de conducta para las personas con megarexia, en donde se enfrenta al paciente con el peso que tiene en comparación con otra persona con obesidad para situarlo en la realidad que se niega así mismo, el objetivo es que la persona se dé cuenta y haga conciencia de que tiene un problema con su peso corporal, utilizan tablas de medidas en donde el paciente identifica que no está en su peso ideal; las terapias van de 12 a 16 sesiones o puede variar dependiendo de la evolución del paciente (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Justificación de la investigación

Ante la poca o casi nula investigación sobre este nuevo concepto de megarexia en donde las personas tienen una percepción equivocada de su cuerpo y no cuidan su alimentación, es necesario abrir brecha para identificar si las características de este trastorno se encuentran presentes en la población mexicana, por un lado por la presencia alta de obesidad que se reportan en la ENSANUT (2016), y por los resultados obtenidos en las investigaciones de Burgos (2012), y Esquivel et al., (2014), respecto a la presencia de TCA en hombre y mujeres de entre 20 y 50 años que viven en zonas urbanas.

El presente estudio busca identificar si las principales características del Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) conocido como Megarexia, se encuentran presentes en hombres y mujeres de entre 20 y 50 años con problemas con sobrepeso y obesidad.

2.2 Pregunta de investigación

¿Los hombres y mujeres de entre 20 y 50 años con problemas de obesidad pueden manifestar síntomas de Megarexia?

2.3 Objetivo de la investigación

Identificar si los hombres y mujeres con obesidad de entre 20 y 50 años presentan síntomas de Megarexia.

3. MÉTODO

3.1 Participantes y selección de la muestra

- Se invitaron a participar 50 hombres y 50 mujeres de entre 20 y 50 años de edad que viven en zonas urbanas de la Ciudad de Oaxaca, que presentaron durante la investigación sobrepeso u obesidad.
- *Se incluyeron* a hombre y mujeres que dijeron tener de entre 20 y 50 años de edad, que viven en zonas urbanas y que presentaron durante la investigación sobrepeso u obesidad.
- *Se excluyeron* a aquellas personas que mencionaron haber sido diagnosticados por problemas de tiroides, ya que durante mucho tiempo se ha asociado la obesidad con este padecimiento; aunque aún está a discusión el vínculo entre ambas; y no se sabe aún si la obesidad influye en la función tiroidea o si las alteraciones de la función tiroidea influyen en el aumento de peso (Montoya et al., 2015).
- *Se excluyeron* a personas que viven en zonas rurales.

3.1.1 Escenario

Los cuestionarios fueron aplicados por varios días del mes de octubre del presente año en el centro de la Ciudad de Oaxaca, los participantes fueron elegidos en base a las características requeridas; el centro de esta ciudad normalmente se encuentra muy concurrido por ser una zona turística; además de los paseantes, se encontraban Docentes haciendo una manifestación que duró por varios días, lo que permitió que se entrevistara a varios de ellos.

3.1.2 Tipo de investigación

El tipo de estudio que se utilizó fue exploratorio.

“Los estudios exploratorios se efectúan normalmente cuando el objetivo es examinar un tema o un problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

3.1.3 Diseño de Investigación

Investigación no experimental de corte transversal en la cual el investigador no tiene control sobre las variables independientes y no puede manipularlas, se obtuvo información en donde no se provocó nada intencionalmente. Los datos recolectados son en un solo momento y tiempo único, su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2014).

3.1.4 Variables e hipótesis

Megarexia

Definición conceptual: Es un Trastorno de la Conducta Alimentaria opuesto a la anorexia. Las personas que lo padecen suelen ser personas obesas que al mirarse al espejo se ven delgadas y no perciben su sobrepeso, ellos tienen una distorsión de la percepción de su imagen corporal y no suelen hacer dietas porque se creen sanos, pero son obesos y desnutridos y esta desnutrición afecta a su cerebro; la comida que comen carece de nutrientes (calorías vacías) Burgos, (2012).

Definición operacional: Trastorno de la Conducta Alimentaria en el cual las personas con obesidad o sobrepeso no cuidan su alimentación, comen comida que no nutre, se perciben delgados, no se perciben gordos, no hacen ejercicio, se consideran llenos de vitalidad y se consideran sanos.

Hombres

Definición Conceptual: Personas de sexo masculino.

Definición Operacional: Hombres con sobrepeso u obesidad

Mujeres

Definición conceptual: Personas del sexo femenino.

Definición Operacional: Mujeres con sobrepeso u obesidad

Hipótesis

H⁰ Los hombres y mujeres con obesidad entre 20 y 50 años no presentan síntomas de Megarexia.

H¹ Los hombres y mujeres con obesidad entre 20 y 50 años presentan síntomas de Megarexia.

3.1.5 Instrumentos

a) *Consentimiento informado:* datos sociodemográficos del participante haciendo hincapié de que los datos serían anónimos y confidenciales con el único propósito recopilar datos relacionados con los hábitos alimenticios. (Anexo 1)

b) *Cuestionario:* 12 preguntas con respuestas dicotómicas para identificar las características que pueden tener las personas con megarexia. Este cuestionario fue elaborado en base a las características que según Burgos (2012) tienen las personas que padecen dicho trastorno; entre más características presentan los participantes tienen más riesgo de padecer megarexia. (Anexo 2)

c) *Cuestionario de la Forma Corporal:* Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987)

Diseñado con el objetivo de medir la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, la autodesvalorización por la apariencia física. Mide la insatisfacción en trastornos alimentarios y discrimina a la población clínica de la población normal. En lo que se refiere al punto de corte más adecuado para la población mexicana en el BSQ se estimó la sensibilidad y especificidad del instrumento explorando 5 puntuaciones (110, 115, 117, 120 y 124), además del 105 determinado por Raich (2004).

Tiene un número de 34 ítems en los cuales se hizo una adaptación para la evaluación contraria a la anorexia y poder identificar a población con propensión a la megarexia. (Anexo 3)

d) Escala de siluetas: Standart Figural Stimuli (SFS), de: Stunkard, Sorenson y Schlusinger (1983)

Los autores desarrollaron una serie ampliamente usada de 9 figuras esquemáticas tanto masculinas como femeninas, ubicadas desde muy delgado hasta muy obeso.

La SFS es una escala formada por nueve figuras de 8 centímetros de altitud, que representan figuras humanas de hombres y mujeres, provistas de atributos como cabello, ropa definición muscular; que va desde siluetas delgadas hasta las obesas. Las siluetas fueron elaboradas realizando un patrón comparativo; se tomó en cuenta la apariencia de imagen corporal, para hacer las figuras lo más reales posibles para la raza blanca; a cada figura se le asigna un número.

Se le solicita al encuestado identificar su imagen corporal percibida y su imagen corporal ideal, mientras que el investigador señala la figura real percibida. La insatisfacción de imagen corporal (IIC) resulta de la diferencia entre el número asignado a la figura percibida y la ideal. La distorsión de la imagen corporal (DIC), resulta de la diferencia entre el número asignado a la figura percibida y la figura señalada por el investigador (Rueda, Camacho, Milena, & Rangel, 2012). (Anexo 4)

3.1.7 Procedimiento

Para la aplicación del cuestionario se abordó a cada uno de los participantes, saludando y pidiendo su autorización para la aplicación del mismo, se hizo hincapié en que los datos solicitados eran totalmente confidenciales, no hubo límite de tiempo y algunos tardaron más que otros en contestar, terminando la aplicación se agradeció la participación concluyendo así la aplicación. Posteriormente se llevó a cabo la interpretación de los instrumentos y se capturaron los datos obtenidos de cada uno de los participantes para realizar el análisis pertinente de los mismos, el cual fue elaborado en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 20, para después continuar con el análisis de resultados para la elaboración de la discusión y conclusión.

4. RESULTADOS

A continuación, se describen los datos recabados de la población en la que se evaluaron las variables seleccionadas para dar respuesta a la pregunta ¿Los hombres y mujeres de entre 20 y 50 años con problemas de obesidad pueden manifestar síntomas de Megarexia?

Del total de la muestra (100 participantes), tanto hombres como mujeres del ámbito urbano del grupo de edades de 20 a 50 se encontraron los siguientes datos, la media aritmética o edad promedio fue de 32.24, mientras que la mediana fue de 31.00 en tanto que la SD fue de 9.508.

En la figura 1 se puede apreciar que el sexo de los participantes fue de .50 la media aritmética al igual que la mediana fue de .50, en tanto que la desviación típica estándar fue de .503.

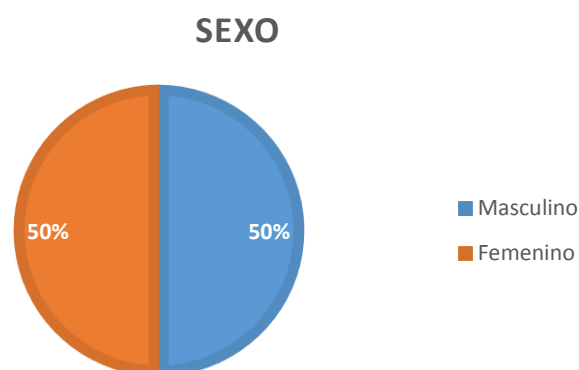


Figura 1. Frecuencia por sexo

En la figura 2 se observa que el porcentaje mayor de grado escolar de los participantes es de licenciatura con el 44%, mientras que el 2 % declararon no haber estudiado.

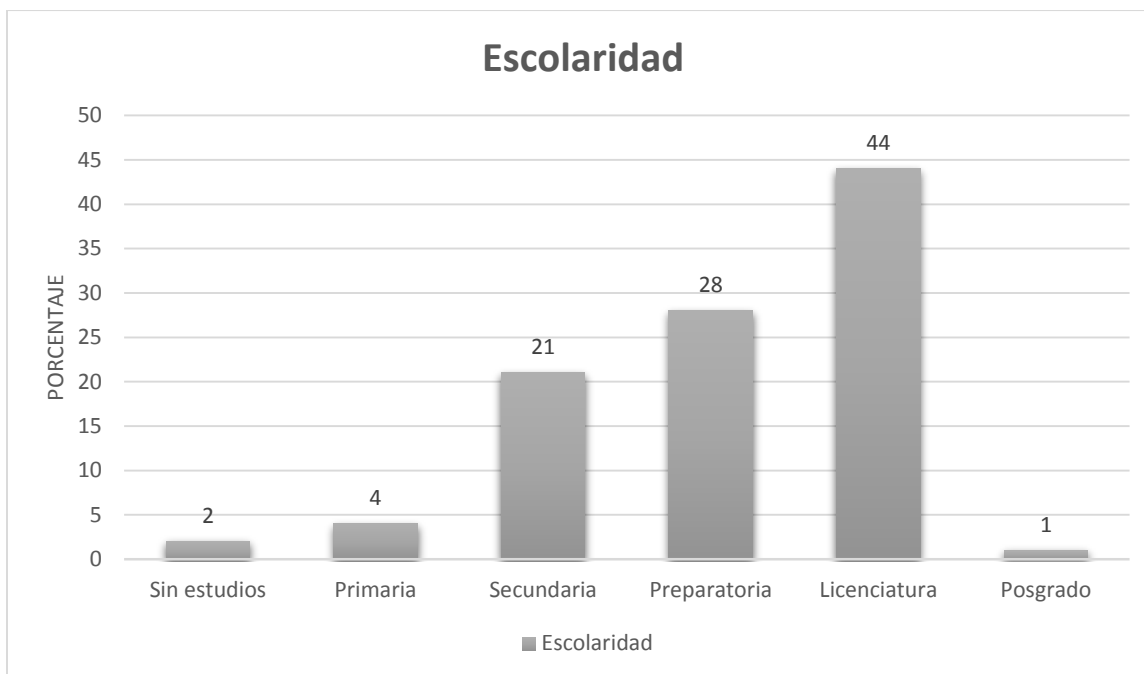


Figura 2. Grado de escolaridad

Con respecto al nivel socioeconómico la tabla 1 muestra la frecuencia y porcentajes de los niveles en los que se perciben los participantes, existiendo más del cincuenta por ciento que declararon tener un nivel socioeconómico medio, seguido de un nivel medio-bajo.

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje del nivel socioeconómico de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel Socioeconómico	Medio-Alto	5	5.0
	Medio	57	57.0
	Medio-bajo	17	17.0
	Bajo	21	21.0
	Total	100	100.0

En tanto que el estado civil de los participantes se observa en la figura 3 que aquellos con mayor porcentaje fueron los que declararon ser casados con el 46.0% y el 1 % declaró ser viudo.

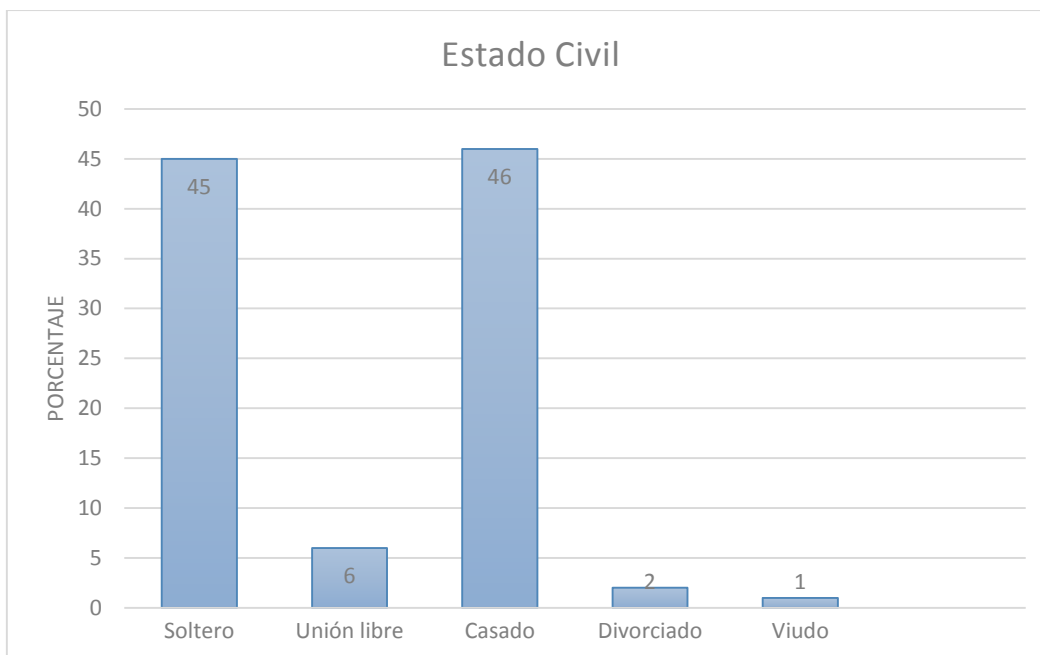


Figura 3. Estado civil de los participantes

En la tabla 2 se aprecia que de las 23 ocupaciones de los participantes, el 20 % de ellos fueron estudiantes, seguido de los vendedores, docentes y amas de casa.

Tabla 2. Ocupación de la muestra participante

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	14	14.0
Vendedor	19	19.0
Comerciante	11	11.0
Carpintero	1	1.0
Abogado	1	1.0
Docencia	16	16.0
Psicoterapeuta	1	1.0
Dentista	1	1.0
Secretaria	2	2.0
Analista	1	1.0
Cocinero	1	1.0
Contador	1	1.0
Electricista	1	1.0
Médico	1	1.0
Panadero	1	1.0
Taxista	1	1.0

Chofer	1	1.0
Asesor técnico	1	1.0
Trabajador social	2	2.0
Limpieza	1	1.0
Estudiante	20	20.0
niñera	1	1.0
Arquitecto	1	1.0
Total	100	100.0

En la tabla 3 se puede apreciar que solo 15% de los entrevistados declararon tener alguna enfermedad, conformados en la siguiente distribución, para alergias, asma, dolor de hueso, hernia, ansiedad, apnea, tinnitus se identifica un caso por cada una de estos padecimientos y que van de los 2 a 30 años de padecerlo, en tanto que para obesidad se reportan 3 casos con una media de 17 años de padecer este problema, para el caso de hipertensión también se identificaron 3 casos con un media de 10.3 años con la enfermedad, en tanto que para gastritis solo se reportan 2 casos con una media de 12 años de sobrellevar la enfermedad.

Tabla 3. Enfermedades generales presentadas por los entrevistados y años de padecimiento

Válidos		Frecuencia	Porcentaje	Tiempo de padecer enfermedad
	No presente	85	85.0	
	Obesidad	3	3.0	31 años
				10 años
				10 años
	Alergias	1	1.0	5 años
	Asma	1	1.0	30 años
	Dolor de huesos	1	1.0	7 años
				10 años
	Hipertensión	3	3.0	3 años
				18 años
	Hernia	1	1.0	3 años
	Ansiedad	1	1.0	12 años
	Gastritis	2	2.0	18 años
				6 años
	Apnea	1	1.0	15 años
	Tinnitus	1	1.0	2 años
		100	100.0	

Dentro de la evaluación se indagó sobre las principales características de la megarexia que se reportan como sintomatología, el cuestionario evalúa la presencia o ausencia de la sintomatología y en el que nos indica que a mayor puntaje mayor sería la probabilidad de presentar megarexia, para establecer un punto de corte para considerar la presencia de la megarexia en los participantes se obtuvieron los cuartiles respecto a los datos obtenidos, el 25% de los participantes se encuentran con un puntaje menor a 5 características lo que podría considerar con un nivel leve de presentar dicho trastorno, en tanto que el 50% de los participantes se encuentran entre 5 a 8 características y que puede catalogarse como un nivel moderado de manifestar la presencia de megarexia, mientras que el otro 25% de los participantes reportan la presencia de más de 8 características de la sintomatología lo que podría considerarse con un nivel severo de presentar este trastorno, la tabla 4 muestra los puntajes totales de las respuestas y se puede identificar que al menos 32 reportan más de 8 puntos afirmativos de las características de la megarexia.

Tabla 4 Puntaje de sintomatología

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntaje	3.00	7	7.0	7.0
	4.00	11	11.0	18.0
	5.00	14	14.0	32.0
	6.00	18	18.0	50.0
	7.00	13	13.0	63.0
	8.00	20	20.0	83.0
	9.00	15	15.0	98.0
	10.00	2	2.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0

Aunado a los datos obtenidos sobre la presencia de los síntomas de la megarexia se realizó un análisis por la variable sexo para identificar las respuestas afirmativas y negativas obtenidas de acuerdo al total de los participantes, la tabla 5 identifica que la mayoría de las mujeres respondieron

de forma positiva para la primer características a diferencia de los hombres que sólo el 29% contesto de afirmativa, en cuanto a la segunda característica se puede observar que la mayoría contesto de forma negativa prevaleciendo el mayor porcentaje en los hombres (32%) con respecto a no cuidar su alimentación, para la tercer característica podemos identificar la misma tendencia en donde la mayoría de los hombres (40%) reportan comer comida que no nutre, pero que a diferencia del aspecto anterior el porcentaje de las mujeres incrementa en esta característica, en tanto para la característica cuatro podemos ubicar que ambos no se perciben delgados y con respecto a percibirse gordos como quinta característica observamos una diferencia considerable en donde la gran mayoría de las mujeres si se percibe gordas mientras que solo la mitad de los hombres afirma percibirse gordo, en tanto que para la sexta y séptima característica predomina en no comer ni mucho ni poco, para la característica de desgano la gran mayoría tanto de hombres como mujeres reporta no presentarlo y por el contrario la gran mayoría menciona realizar ejercicio, con respecto a la percepción del peso con la musculatura podemos observar que son más los hombres en comparación a las mujeres los que consideran proporcional su peso a sus musculatura, sin embargo debe considerarse la existencia de la distorsión física dado que estamos considerando una muestra con niveles de sobrepeso y obesidad, finalmente la gran mayoría tanto hombres y mujeres se consideran sanos y llenos de vitalidad.

Tabla 5. Frecuencias de Características Principales en la Megarexia

	Femenino		Masculino	
	SI	NO	SI	NO
1 ¿Ha sido diagnosticada con sobrepeso u obesidad?	44	6	29	21
2 ¿Cuida su alimentación?	22	28	18	32
3 ¿Come comida que no nutre?	34	16	40	10
4 ¿Se percibe usted delgado(a)?	7	43	9	41
5 ¿Se percibe usted gordo(a)?	40	10	24	26
6 ¿Come mucho?	12	38	18	32
7 ¿Come poco?	25	25	20	30
8 ¿Se siente desgano (a)?	15	35	19	31
9 ¿Hace ejercicio?	26	24	30	20

10	¿Su peso corresponde a su musculatura?	8	42	15	35
11	¿Usted se considera sano?	27	23	34	16
12	¿Se considera lleno de vitalidad?	29	21	40	10

Con respecto al grado de sobrepeso y obesidad se calculó mediante la fórmula para obtener el IMC (peso /la estatura) y los indicadores propuestos por la OMS, la tabla 6 muestra que un 48% de los participantes se encuentran en un nivel de sobrepeso correspondiente a un 24% en mujeres como un 24% en hombres, mientras que el 40% corresponde para obesidad grado I en donde el 19% son mujeres y el 21% hombres, para obesidad grado II se identificó al 8% en donde el 5% son mujeres y el 3% son hombres, para obesidad grado III se identificó al 4% en donde 2% son mujeres al igual que en hombres.

Tabla 6. de Grado de obesidad por Sexo

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Grado de obesidad	Sobrepeso	24	24	48
	Obesidad grado I	19	21	40
	Obesidad grado II	5	3	8
	Obesidad grado III	2	2	4
Total		50	50	100

En cuanto al nivel de insatisfacción corporal se evaluó con la adaptación del Body Shape Questionnaire (BSQ), que identifica el malestar corporal normativo y patológico los datos obtenidos de los participantes que se pueden observar en la tabla 7 se muestra que para el puntaje total presenta una media de 76.57 (SD 23.89) en un rango que va de 16 a 137 puntos siendo el punto de corte en 110 para considerar insatisfacción corporal, en cuanto al factor 1 que identifica un malestar corporal normativo podemos ubicar que la media se encuentra en 24.14 (SD 6.88), lo que indica que la gran mayoría no reporta desagrado por su imagen corporal sobre aspectos comunes, en tanto el factor 2 con una media de 20.11 (SD 6.84) que localiza factores de riesgo de

un malestar corporal patológico tampoco muestra niveles elevados. Con respecto a los puntajes superiores a 110 se identificaron 11 casos que se analizarán más adelante.

Tabla 7. Puntajes obtenidos en el BQS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total de todos los factores	100	16	137	76.57	23.893
Factor1	100	13	42	24.14	6.884
Factor2	100	10	40	20.11	6.847

La escala de siluetas Standart Figural Stimuli (SFS) permite identificar la percepción de su imagen corporal, su imagen corporal ideal, mientras que el evaluador señala la figura real percibida, con el fin de obtener la distorsión en su imagen corporal. Los datos obtenidos de los participantes se muestran en la tabla 8, en donde se observa que el 76% de los participantes no cuenta con distorsión, mientras que el 18% mostraron distorsión 1 de su imagen corporal, es decir, se percibieron solo un número más en la escala; en tanto que, el 6% manifestaron distorsión 2.

Tabla 8. Distorsión de imagen corporal obtenida con la escala Standart Figural Stimuli (SFS)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin distorsión	76	76.0	76.0	76.0
Casos distorsión 1	18	18.0	18.0	94.0
distorsión 2	6	6.0	6.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Con respecto a los datos anteriores podemos identificar que existen al menos 11 casos con posible riesgo de presentar megarexia y a continuación se análisis dichos casos:

Caso 1 Femenina de 44 años con obesidad grado I. En relación con las características de propensión para la megarexia, 1. No cuida su alimentación, 2. No come poco, 3. No se siente desganada, 4. Hace ejercicio, 5. No come mucho, 6. Se considera sana y 7. Se considera llena de

vitalidad; puntúa en 7 de las 12 características; en relación con la percepción de la imagen corporal, en la SFS cuenta con distorsión 1, y obtuvo un puntaje en el cuestionario BSQ de 137.

Caso 2 Femenina de 41 años con sobrepeso. En cuanto a las características de propensión para la megarexia; 1. No ha sido diagnosticada con obesidad o sobrepeso, 2. No cuida su alimentación, 3. Se percibe delgada, 4. No come mucho, 5. No se siente desganada, 6. Se considera sana; con lo cual puntúa en 6 de las 12 características. No cuenta con distorsión de la imagen corporal y obtuvo 124 puntos en el BSQ.

Caso 3 Femenina de 38 años con obesidad grado I. En cuanto a las características de propensión para la megarexia: 1. No cuida su a alimentación y 2. Come comida que no nutre: solo puntúa en 2 de las 12 características. No cuenta con distorsión de la imagen corporal y sin embargo obtuvo un puntaje de 115 en el BSQ.

Caso 4 Femenina de 49 años con sobrepeso. En relación con las características de propensión de la megarexia: 1. No cuida su alimentación, 2. Se percibe delgada, 3. No se percibe gorda, 4. Se siente desganada y 5. Se considera sana; esto nos indica que puntúa en 5 de las 12 características de propensión; tiene distorsión 1 en su imagen corporal obtenido de la SFS y obtuvo un puntaje de 119 en el BSQ.

Caso 5 Femenina de 42 años con obesidad grado I. Con respecto a las características de propensión de la megarexia; 1. Come poco, 2. No cuida su alimentación, 3. Come comida que no nutre, 4. No come mucho; puntúa en 4 de las 12 características; cuenta con distorsión 1 de su imagen corporal 2 de acuerdo con el SFS y el puntaje obtenido en el BSQ fue de 137.

Caso 6 Femenina de 29 años con obesidad grado II. En relación a las características de propensión para la megarexia, 1. No cuida su alimentación y 2. Hace ejercicio; con lo cual puntúa en 2 de las 12 características; no tiene nivel de distorsión de la imagen corporal y obtuvo un puntaje de 122 en el BSQ.

Caso 7 Femenina de 35 años con obesidad grado I. De acuerdo con las características de propensión a la megarexia, 1. Come poco, 2. Come comida que no nutre, 3. No come mucho, 4. No se siente desganada y 5. Hace ejercicio, puntúa en 5 de las 12 características; no tiene distorsión de su imagen corporal y el puntaje que obtuvo del BSQ fue de 120.

Caso 8 Femenina de 40 años con obesidad grado III. En cuanto a las características de propensión para la megarexia, 1. No cuida su alimentación, 2. Come comida que no nutre, 3. No come mucho, 4. Come poco; con lo cual observamos que puntúa en 4 de las 12 características; no cuenta con distorsión de su imagen corporal y el puntaje que obtuvo en el BSQ fue de 110.

Caso 9 Femenina de 21 años con obesidad grado I. En las características de la propensión para la megarexia, 1. No cuida su alimentación, 2. No come mucho, 3. Come poco, 4. Se considera llena de vitalidad; esto nos indica que puntúa en 4 de las 12 características; no tiene distorsión de su imagen corporal y en el BSQ obtuvo un puntaje de 117.

Caso 10 Masculino de 33 años con sobrepeso. En relación a las características de propensión para la megarexia; 1. Come comida que no nutre, 2. No come mucho, 3. Come poco, 4. No se siente desganado, 5. Hace ejercicio, 6. Se considera sano y 7. Se considera lleno de vitalidad, esto quiere decir, que puntúa en 7 de las 12 características, no tiene distorsión en cuanto a su imagen corporal y obtuvo un puntaje de 110 en el BSQ.

Caso 11 Masculino de 41 años con obesidad grado I, en cuanto a las características para la propensión de megarexia, 1. No cuida su alimentación, 2. Come comida que no nutre, 3. No come mucho, 4. Come poco, 5. Hace ejercicio, 6. Se considera sano y 7. Se considera lleno de vitalidad, lo que nos indica que puntúa en 7 de las 12 características; no tiene distorsión corporal y obtuvo un puntaje en el BSQ de 124.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

De acuerdo con el objetivo de la investigación que fue Identificar si los hombres y mujeres con obesidad o sobrepeso de entre 20 y 50 años presentan síntomas de Megarexia, podemos mencionar que los resultados obtenidos en los participantes de la ciudad de Oaxaca, sobre la propensión de la megarexia se puede establecer que sólo el 11% de los participantes obtuvieron las puntuaciones requeridas en el Body Shape Questionnaire (BSQ), y una distorsión de su imagen corporal, de este 11%, 3 de los participantes obtuvieron puntajes altos que indica propensión para la megarexia, 2 de ellos de 137 y el otro de 119 cada uno cuenta con una distorsión 1, pero no cumplen con los puntajes mínimos necesarios del cuestionario elaborado para identificar las características de dicha problemática, por esto y dado que no hubo una relación directa en el análisis de los resultados obtenidos de los instrumento en cada uno de los casos, no se puede asegurar sí hay o no presencia o síntomas de megarexia, pero quizá, podrían estar en riesgo de padecer este trastorno.

Con respecto a las características de la megarexia que se evaluaron mediante un cuestionario, en donde el nivel mínimo de puntos afirmativos para considerar la presencia o propensión de megarexia era de 5, se encontró que el 25% de los participantes obtuvieron un puntaje mayor a 8, lo cual indica presencia de sintomatología a un nivel alto para la propensión de la megarexia.

En cuanto a la percepción de su imagen en la pregunta ¿usted se percibe gordo (a)?, la gran mayoría de las mujeres contestó que sí; mientras que solo la mitad de los hombres contestaron negativamente, lo cual coincide con el estudio antes mencionado realizado por Bobadilla y López (2014), en donde se buscó la relación que existe entre la distorsión de la imagen corporal, el índice de masa corporal y sus diferencias entre edades y género, de un grupo de 290 mujeres y 289 hombres en edades de 15 a 69, se encontró que los hombres de los grupos etarios de 25 a 29 y de 35 a 39 años tienen una distorsión negativa generalizada, es decir se perciben más delgados de lo

que realmente son; en cambio las mujeres según ésta investigación, tienen distorsión positiva de su imagen, mientras que los hombres subestiman su peso. Mientras tanto, otro estudio que coincide con éstos los resultados obtenidos, es el realizado por Sámano, et al., (2015) en donde el objetivo fue la relación de la autopercepción corporal, el índice de masa corporal real y la satisfacción de la imagen corporal en 556 participantes 330 adolescentes y 217 adultos mexicanos en su mayoría mujeres en ambos grupos; se encontró que un mayor porcentaje de jóvenes y adultos varones que participaron en el estudio dijeron tener satisfacción con su imagen corporal y sentirse bien, aunque presentaron sobrepeso, esto en contraste con las mujeres con sobrepeso quienes dijeron sentirse insatisfechas con su imagen corporal, lo que las alienta a tomar medidas preventivas al respecto; en contraste los hombres que subestiman su índice de masa corporal pueden estar confundiendo el sobrepeso con el incremento de masa muscular, lo que los lleva a una condición de riesgo. En este contexto Manogha (2007), afirma que los varones creen no tener problemas de sobrepeso ya que prevalece una tendencia a tener un cuerpo más corpulento y a tener conductas alimentarias de riesgo, aunque en todos los medios de comunicación, instituciones sanitarias, etc., se exprese que la obesidad es un grave problema de salud en el cual se deben tomar las medidas necesarias para su control.

Por otra parte y debido a que en el factor 1 del BSQ la media fue de 24.14 (SD 688), para el malestar corporal normativo, lo cual indica que la mayoría de los participantes no presentan desagrado con su imagen corporal se puede pensar que sentirse a gusto con su cuerpo aunque se tenga obesidad o sobrepeso, es por cuestiones culturales; como se observa en la encuesta realizada por ENSANUT (2012), en Oaxaca, en donde en el municipio de Juchitán tienen el primer lugar en obesidad femenina, con el paradigma de que estar con sobrepeso es estar bella, pero igualmente se

puede considerar que para muchas personas el estar con sobrepeso es algo normal, lo que no quiere decir, que no se pueda presentar dicho trastorno.

Sin embargo, muchas mujeres desearían tener un cuerpo más delgado ya que de acuerdo a esta investigación 40 % de las encuestadas que van de 20 a 50 años de edad se consideraron gordas, lo que coincide con las Estadísticas de la Unidad de Salud Mental del Hospital Juárez de México (2016), en donde la prevalencia de anorexia y bulimia se presentan entre los 12 y 20 años de edad siendo éstas últimas las más afectadas.

Los resultados del presente estudio en cuanto a la propensión de la megarexia no han podido ser comparados con investigaciones anteriores, debido a la ausencia de estudios similares, si bien es verdad que existen estudios que relacionan los trastornos alimenticios y la insatisfacción de imagen corporal, no hay uno que muestre resultados válidos dirigidos hacia la megarexia. De manera que, aunque las características que se han presentado permiten detectar cuestiones de riesgo no existe un instrumento que pueda validar los datos obtenidos, de modo que; en estudios posteriores se tendría que trabajar en ello para empezar a resolver esta problemática.

Así mismo, unas de las limitantes para la realización del presente estudio fue el nulo apoyo por parte de las instituciones públicas de salud, (Hospital General de México y la Unidad de Medicina Familiar no 10) en donde si bien, tenían poca información sobre este trastorno de alimentación, no pudieron compartirla por protocolos o falta de convenios con nuestra unidad educativa.

Por último, otra limitante para la realización de esta investigación, fue la renuencia o falta de cooperación por parte de algunas personas abordadas del sexo masculino con problemas muy visibles de peso, que al saber que se trataba de un cuestionario relacionado con los hábitos alimenticios se negaron a participar. Por lo tanto, propondría que se buscará otra manera de abordar

como, por ejemplo; en instituciones de salud pública en las áreas de nutrición y sin que haya limitantes de tiempo.

6. REFERENCIAS

- Álvarez, S., Escoffie, E., Rosado, M. y Sosa, M. (2106). *Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio terapéutico*. México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=RPN3CwAAQBAJ&pg=PT165&dq=consecuencias+de+lavigorexia&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwj6ppXXoJzXAhVDyWMKHQRPBiw4ChDoAQgmMAA#v=onepage&q=consecuencias%20de%20lavigorexia&f=false>
- Amancio, O., Ortigoza., J y Durante, I. (2007). Ejercicio Actual de la Medicina. *Obesidad*. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta Ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishig.
- Baile, J. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142 (1), 128-129 Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000100022&script=sci_arttext
- Beltrán, M, (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis: Salud colectiva*, 20(2), 387-407. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200004
- Bobadilla, S. y López, A., (2014) Distorsión de Imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobre peso en los mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4) 408-414 Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144m.pdf>
- Bosque-Garza. Y Caballero-Romo. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66(5), 398-409. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000500002
- Burgos, J. (2012) *Adelgazar sin matarse*. México: Editorial Booket.
- Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. & Munguía E. (2013). Prevalencia de Trastornos de la Alimentación en Adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326333008.pdf>
- Casado, M. (2015). *Obesidad y trastorno por atracón: Ensayo para tratar y comprender la obesidad*. Madrid: Editorial Grupo 5. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=0iGrCQAAQBAJ&pg=PT49&lpg=PT49&dq=consecuencias+del+s%C3%ADndrome+de+atracon&source=bl&ots=phRKlSeR2X&sig=NccU8VHsICcPCa3y9Y8EMjqPWD0&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiThoDZvLDXAhUB3mMKHRegCRc4HhDoAQhEMAk#v=onepage&q=consecuencias%20del%20s%C3%ADndrome%20de%20atracon&f=false>
- Castro, L., (2013). Diferencias de personalidad autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación de deportistas de musculación patrones psicológicos asociados a la vigorexia. (Tesis doctoral, Universidad de Jean). Recuperado de <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/530/1/9788484395157.pdf>

- Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (2016)). En los últimos 20 años aumentaron en 300 por ciento los trastornos alimentarios *Boletín* N° 1548. Recuperado de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Mayo/17/1548-En-los-ultimos-20-anos-aumentaron-en-300-por-ciento-los-trastornos-alimentarios-CEAMEG>
- Clark A. (2009). Cognitive behavior therapy for anxiety and depression: Possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 29-34. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/230795459_Cognitive_Behavioral_Therapy_for_Anxiety_and_Depression_Possibilities_and_Limitations_of_a_Transdiagnostic_Perspective
- Cruz, A. (16 de agosto de 2016). Alarmante aumento de Anorexia y Bulimia entre niños y adolescentes. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2016/08/16/sociedad/032n1soc#texto>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Estrategia estatal para la prevención y del control de peso, la obesidad y la diabetes del Estado de Oaxaca. Recuperado de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSO DOaxaca.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016). Cifras de Sobrepeso y Obesidad en México. Recuperado de <http://oment.uanl.mx/cifras-de-sobrepeso-y-obesidad-en-mexico-ensanut-mc-2016/>
- Enfermeros del Consorcio Sanitario de Tenerife. Temario Volumen II. (2004). Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=vGx76TwVTSoC&pg=PA163&lpg=PA163&dq=consecuencias+de+la+vigorexia&source=bl&ots=0gizMj3k8S&sig=PGCVajW2O6ENJdOMH7SWWBXpWNE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj9lsG9qu7VAhXD7CYKHWG6CPc4FBD0AQgzMAI#v=onepage&q=consecuencias%20de%20la%20vigorexia&f=false>
- Esquivel, R. I., Martínez, S. M. & Martínez, J. L. (2014). *Nutrición y Salud*. México: Manual Moderno. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=8bL-CAAQAQBAJ&pg=PT119&lpg=PT119&dq=la+megarexia&source=bl&ots=6bHoUqwHit&sig=6dmT8hCnvX_mjdAWv9VIhngwzK0&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiAxO2ojebVAhXGPIYKHW4DyA4ZBD0AQg4MAI#v=onepage&q=la%20megarexia&f=false
- Evans, C. y Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: Derivation form shortened “alternate forms”. *Internaciotional Journal of Eating Disorders*, 13(3), 315-321. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477304>
- Fairburn, C. (2008) Cognitive Behavior Therapy an Eating Disorders. Recuperado de https://books.google.com.mx/books/about/Cognitive_Behavior_Therapy_and_Eating_Di.html?id=KRvAlB3l8-MC&redir_esc=y

- Fairburn, C., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*. 41 pp. 509-528
Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/a744/205f2acdd6acb1b198aa4eb08bb2e73e31cd.pdf>
- Gerali, S. (2014). *Qué hacer cuando los jóvenes luchan con desórdenes alimenticios*. Miami Florida: Editorial Vida. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=6UnRAwAAQBAJ&pg=PT14&dq=consecuencias+de+los+trastornos+alimenticios&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiChoqa9pvXAhWoh1QKHbfgB7YQ6AEIMzAD#v=onepage&q=consecuencias%20de%20los%20trastornos%20alimenticios&f=false>
- Gómez, S. (2014). Anorexia y sexualidad: trayectoria de una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa en el Distrito Federal. *Revista de estudios de antropología sexual*, 1(5), 67-82.
Recuperado de <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/10828/11597>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (2017). Atiende IMSS Trastorno de Imagen Corporal. *Comunicados*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201706/178>
- Instituto Mexicano del Seguro social. (2011) Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Guía práctica clínica*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_GRR.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012) Encuesta Nacional de Salud. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). Cifras de Sobre peso y Obesidad en México. *ENSANUT Encuesta Nacional de salud y Nutrición*. Recuperado de: <http://oment.uanl.mx/cifras-de-sobrepeso-y-obesidad-en-mexico-ensanut-mc-2016/>
- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J (2002). Eating Disorders During Adolescence and the Risk for Physical and Mental Disorders during Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 59(6), 542-545 Recuperado de: <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/206433>
- Kerlinger, F.N. (1983), *Investigaciones del comportamiento*, Ciudad de México, Mcgraw-Hill/Interamericana.
- López, C. y Treasure, J., (2011). Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica*, 22(1), 85-97. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0716864011703960/1-s2.0-S0716864011703960-main.pdf?tid=390ddc8c-c4ed-11e7-aa8f-00000aacb360&acdnat=1510191060_ed0710bea2a6140d88c6d6fa8eb6ad09
- Monaghan F., Lee. 2007. Mass Index, Masculinities and Moral Worth: Men's Critical Understandings of 'Appropriate' Weight for-height. *Sociology of Health & Illness* (29) 4: 584-609.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 6-19. Recuperado de [https://www.research.manchester.ac.uk/portal/en/publications/conceptual-foundations-of-the-transdiagnostic-approach-to-cbt\(b53cdc47-9c17-4b38-a5a5-63cd983d7b18\).html](https://www.research.manchester.ac.uk/portal/en/publications/conceptual-foundations-of-the-transdiagnostic-approach-to-cbt(b53cdc47-9c17-4b38-a5a5-63cd983d7b18).html)
- Martínez-Murguía, C. & Navarro-Contreras, G. (2014). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 94-101. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims141p.pdf>
- Méndez, J., Vázquez, V. & García, E. (2008). Los trastornos de la Conducta Alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 65(6), 579-592. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014
- Montoya, D., Tapia, M., Alamilla, L., Sosa, A., Muñoz, A. & Jiménez, M. (2015). Alteraciones de la función tiroidea en pacientes con obesidad mórbida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 518-522. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims151c.pdf>
- Moreno, M. & Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art04.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence. *Eating Disorders-core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE Clinical Guideline (9)*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49318/>
- Ochoa, S., Villarreal, L., Molina, N. & Bayle, J. (2009). Validación del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima. *Revista Científica Electrónica de Psicología* (4), 204-216.
- Organización Mundial de la Salud, (2007). Tabla de índice de Masa Corporal. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/calculaimc?sexo=Femenino&edad=41&peso=44.5&altura=145>
- Organización Mundial de la Salud (2007). Patrones de crecimiento infantil. *Métodos y Desarrollo*. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Pérez-Gil, S. (2009). Cultura alimentaria y obesidad. *Gaceta Médica*, 145(5), 392-395, Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm095f.pdf>
- Portela de Santana, M., da Costa, H, Mora, M. y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*. 27(2), 391-401. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000200008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Raich, M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en la Psicología Latinoamericana*, 2 15 -27. Recuperado de

file:///C:/Users/leydi%20santana/Downloads/DialnetUnaPerspectivaDesdeLaPsicologiaDeLaSaludDeLaImagen-2741880.pdf

- Raich, M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I y Zapater, L. (1996) Adaptación de un Instrumento de Evaluación de la Insatisfacción Corporal. *Clínica y Salud*. 7(1), 51-56. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1999-13362-003>
- Ramos, P., Pérez de Eulate, L., Liberal, S. y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista Psicodidáctica*, 16, 1-9. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17501602.pdf>
- Ramos-Paúl, R. y Torres, L. (2013). *Mi hijo no come. El método para enseñar a comer*. Grupo editorial España. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=fEzS2l4rvf4C&pg=PT40&dq=consecuencias+biologicas+de+los+trastornos+alimentarios&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKewiV_NC995vXAhXI5IQKHcJFBjkQ6AEIPDAE#v=onepage&q=consecuencias%20biologicas%20de%20los%20trastornos%20alimentarios&f=false
- Rodríguez, J. y Rabito, M. (2011). Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Salud y drogas*, 11 (1), 95-114. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/839/83918877006/>
- Rosen, J. (1995). The nature of body dysmorphic and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 143-166. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722905800082>
- Rueda, G. Camacho, P., Milena, S. & Rangel, A. (2012). Validez y Confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 101-110. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n1/v41n1a08.pdf>
- Sámamo, R., Rodríguez, A., Sánchez, B., Godinez, E., Noriega, A., Zelonka, R., Garza, M. & Nieto J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescents y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición hospitalaria* 31(3), 1082-1088. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3092/309235369011/>
- Sandin, B., Chorot, P. y Valiente, R. (2012) Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 185-203 Recuperado de http://www.aepcp.net/arc/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf
- Taylor, E. (2007). Conductas que mejoran la salud. *Psicología de la Salud*, 27(2), 181-190 Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J. Fleiz C. (2002). Conductas alimentarias de Riesgo y Distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*. 25(2), 49-57. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58222507.pdf>
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J. & Oliva, A. (2006) Insatisfacción Corporal e Influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e*

Investigación Psicológica, 11(1), 185-197. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/292/29211113.pdf>

Wilson, G. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 435-435
<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144250>

7. ANEXOS

Anexo 1



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Consentimiento informado
HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Folio: _____

Edad _____ Sexo M ___ F ___ Grado escolar _____

Ciudad, Delegación o Municipio _____ Nivel socioeconómico _____

Estado Civil _____ Ocupación _____

Estatura _____ Peso _____ Circunferencia _____

¿Padece algún problema de salud? ¿Cuál y desde cuándo?

Estimado participante través de estos cuestionarios se está llevando a cabo una investigación cuyo propósito a recopilar datos relacionados a los hábitos alimenticios que pueden desencadenar los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La información que se derive de estos cuestionarios será manejada de forma **anónima y confidencial**, de igual forma su participación **es libre y voluntaria**.

Si está de acuerdo con participar en el estudio firme esta hoja en el lugar provisto, luego de leer la siguiente información:

La participación en este estudio no conlleva beneficios ni incentivos personales, la información nos permitirá identificar aspectos en beneficio de las personas que padecen algún problema de salud relacionado con la alimentación.

“He leído el contenido de esta carta de consentimiento y he escuchado la información brindada por el o la entrevistador(a); se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación y me han sido aclaradas satisfactoriamente. Mi firma en este documento manifiesta mi participación libre y voluntaria, así como mi consentimiento para utilizar la información de manera anónima”.

Ciudad de México a _____ de _____ del 2017

 Firma

Anexo 2

Cuestionario

CARACTERÍSTICAS	Si/No
¿Ha sido diagnosticada con sobre peso u obesidad?	
¿Cuida su alimentación?	
¿Come comida que no nutre?	
¿Se percibe usted delgado(a)?	
¿Se percibe usted gordo(a)?	
¿Come mucho?	
¿Come poco?	
¿Se siente desganado (a)?	
¿Hace ejercicio?	
¿Su peso corresponde a su musculatura?	
¿Usted se considera sano?	
¿Se considera lleno de vitalidad?	

Anexo 3

Body Shape Questionnaire (BSQ) Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987)

¿Cómo te has sentido con respecto a tu figura las últimas cuatro semanas?

Instrucciones: Ponga el número correspondiente en el espacio al lado de la pregunta

1 Nunca **2** Raramente **3** Alguna vez **4** A menudo **5** Muy a menudo **6** Siempre

	Respuesta
1.-Cuando te has aburrido ¿te has preocupado por tu figura?	
2. ¿No te preocupa tanto tu figura qué no has pensado en ponerte a dieta?	
3. ¿Has pensado que tienes los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes pero que van bien con el resto de tu cuerpo?	
4. ¿Has tenido miedo a enflacar?	
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	
6. Sentirte llena (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir que te estas alimentando bien?	
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	
8. ¿Evitas correr, aunque tu carne bote?	
9. Estar con personas con sobrepeso ¿te ha hecho fijar en tu figura?	
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos disminuyan por caminar?	
11. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentirte flaco (a)?	

12. Al fijarte en la figura de otras personas con obesidad, ¿las has comparado con la tuya desfavorablemente?	
13. pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (¿cuándo miras la T. V, lees o mantienes una conversación?	
14. Estar desnudo(a) cuando te duchas ¿te ha hecho sentir flaco (a), o que te hace falta más musculo?	
15. ¿Procuras llevar ropa que marque tu figura?	
16. ¿Te has imaginado que aumentas un poco más tu masa muscular en ciertas partes de tu cuerpo?	
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir que te estas alimentando sanamente?	
18. Has evitado ir a eventos sociales (por ejemplo, una fiesta), ¿Por qué te has sentido mal con tu figura?	
19. ¿Te has sentido excesivamente flaco (a) o escuálido (a)?	
20. ¿Te has sentido acomplejado (a) por tu cuerpo?	
21. Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho comer más?	
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago está lleno (por ejemplo, por la tarde)?	
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a que lo tienes todo controlado?	
24. ¿Te ha preocupado que otra gente te vea escurrido (a) y demacrado (a)?	
25. ¿Has pensado que no es justo que otras personas estén más sanas y llenas de vitalidad por comer mejor que tú?	
26. ¿Has comido de más para sentirte más sano (a)?	
27. Cuando estás con otras personas, ¿te has preocupado por ocupar menos espacio, (por ejemplo, sentado en el sofá o en el autobús)?	
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?	
29. Verte reflejado en un espejo, o en un escaparate, ¿Te ha hecho sentir mal por tu figura?	
30. ¿Te has tocado parte del cuerpo para ver si te hace falta más musculo?	
31. ¿Has evitado situaciones en la que la gente pudiese ver tu cuerpo (¿por ejemplo, en vestuarios comunes, piscinas o duchas?	
32. ¿Has tomado vitaminas para sentirte más musculoso y fornido(a)?	
33. ¿Te has fijado más en tu figura en compañía de otras personas?	
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que no deberías hacer ejercicio porque bajarías demasiado?	

Anexo 4

ESCALA DE EVALUACIÓN DE IMAGEN CORPORAL Standart Figural Stimuli (SFS), (Stunkard, Sorenson y Schlusinger (1983)

Instrucciones:

Señalar con una "P" la silueta que representa su imagen corporal

Señalar con una "D" la silueta deseada

