



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

PRESENTADO POR

DRA. CLAUDIA ELIZABETH ALMOREJO RODRÍGUEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA DE TESIS

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

PRESENTA

DRA. CLAUDIA ELIZABETH ALMOREJO RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Centro de Salud TIII "Dr. José Castro Villagrana"
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ DE ARELLANO

Dirección de Formación, Actualización Médica e Investigación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

PRESENTA

DRA. CLAUDIA ELIZABETH ALMOREJO RODRÍGUEZ

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

Directora de Tesis

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Centro de Salud TIII "Dr. José Castro Villagrana"

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

DRA. MARÍA ELOISA DICKINSON BANNACK

Asesora de Tesis

Epidemiología y Salud Pública

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS
ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES**

PRESENTA

DRA. CLAUDIA ELIZABETH ALMOREJO RODRÍGUEZ

AUTORIDADES

DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

Coordinación de Investigación
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

Coordinación de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida, por la salud, por la familia. Por estar presente y alentarme en cada batalla, reto y aprendizaje de vida.

A mi familia por todo su apoyo y amor incondicional. No tengo palabras para expresar lo importante que son para mí y lo agradecida que estoy con cada uno de ustedes.

A la Dra. Consuelo González Salinas por su tiempo, apoyo, comprensión y escucha; por ser un ejemplo de vida, la quiero, admiro y respeto por ser mi maestra durante la especialidad y enseñarme tanto, más allá de la teoría y la práctica clínica.

A la Dra. María Eloisa Dickinson Bannack por cada momento que ha compartido conmigo, por escucharme y tener una palabra de aliento; por ser parte de este proyecto profesional y por formar parte de mi vida.

A María Ofelia Pedreguera Ramírez por su recibimiento, apoyo y cariño cada vez que nos encontramos en la unidad de posgrado de medicina familiar. Gracias por su calidez y muestras de afecto.

A Romana Silvia Platas Acevedo por crear junto con Gilda Gómez Pérez-Mitré el instrumento que utilicé para la realización de la tesis y explicarme el uso e interpretación de los resultados obtenidos.

A mi esposo por su apoyo incondicional y por ser ese pilar que me ha sostenido con amor todo mi amor y gratitud.

A cada una de las personas que han formado parte de este proyecto que hoy culmina y que abre las puertas para el inicio de otra etapa de mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Medicina por formar parte de ella desde el inicio de la licenciatura y hasta el final de la especialidad. Por siempre perteneceré a ella. Mi Alma Mater.

DEDICATORIAS

Con todo mi amor a mi padre por su apoyo incondicional, por estar presente en cada momento de mi vida, por creer en mí y compartir cada momento a mi lado, por la fortaleza, disciplina, puntualidad que me hacen admirarlo y estar orgullosa de él, por los principios y valores que me inculcó, pero más allá de todo por ser quien es, el mejor padre del mundo.

A mi madre por darme la vida y estar a mi lado, por escucharme y guiarme en el camino transcurrido, por mostrarme lo grande que es Dios y encaminarme a buscarlo en todo momento, por hacer mi vida más llevadera y lograr pintar una sonrisa en mi rostro, por la paciencia que ha tenido de ser madre y educarme.

A mi hermana por ser mi compañera de vida y amarme tal y como soy.

A la Dra. Consuelo González Salinas por representar para mí ese impulso que me motiva a seguir y creer que es posible lograr mis metas y objetivos. Para usted todo mi reconocimiento y admiración, por ser un ejemplo de enseñanza donde todo lo que aprendí durante la especialidad lo he llevado a cabo en mi actividad laboral, por compartir su experiencia y sus conocimientos, por su gran calidad como ser humano, por creer en mí y acompañarme a llevar este proyecto a su término.

A la Dra. María Eloisa Dickinson Bannack por su apoyo desde el inicio de la especialidad y en la realización de este proyecto, por enseñarme que para lograrlo son necesarios la dedicación y el esfuerzo, por mostrarme que no te puedes permitir que las circunstancias de la vida te quiten la fuerza para seguir adelante y conquistar tus sueños.

A mi esposo por su amor, paciencia y atenciones, por enseñarme que “dar el ejemplo no es la principal manera de influir sobre los demás; es la única manera”. Por demostrarme cada día con hechos el interés de seguir creciendo, construyendo y aprendiendo juntos pese a todo lo que enfrentemos en el camino de la vida.

ÍNDICE

<u>I. MARCO TEÓRICO</u>	1
<u>1.1 Antecedentes</u>	1
<u>1.2 Planteamiento del problema</u>	35
<u>1.3 Justificación</u>	35
<u>1.4 Objetivos</u>	36
<u>1.4.1 Objetivo general</u>	36
<u>1.4.2 Objetivos específicos</u>	36
<u>1.5 Hipótesis de trabajo</u>	36
<u>II. MATERIAL Y MÉTODOS</u>	36
<u>2.1 Tipo de estudio</u>	36
<u>2.2 Diseño de investigación del estudio</u>	37
<u>2.3 Población, lugar y tiempo</u>	37
<u>2.4 Muestra</u>	37
<u>2.5 Criterios de selección</u>	37
<u>2.5.1 Criterios de inclusión</u>	37
<u>2.5.2 Criterios de no inclusión</u>	37
<u>2.5.3 Criterios de eliminación</u>	37
<u>2.6 Variables (tipo y escala de medición)</u>	38
<u>2.6.1 Definición conceptual</u>	38
<u>2.6.2 Definición operacional</u>	38
<u>2.7 Diseño estadístico</u>	39
<u>2.8 Instrumento(s) de recolección de datos</u>	39
<u>2.9 Prueba piloto</u>	41
<u>2.10 Método de recolección de datos</u>	41
<u>2.11 Procedimientos estadísticos</u>	41
<u>2.11.1 Diseño y construcción de base de datos</u>	41
<u>2.11.2. Análisis estadístico</u>	41
<u>2.12 Cronograma</u>	42
<u>2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio</u>	42
<u>2.14 Consideraciones éticas</u>	42
<u>III. RESULTADOS</u>	43
<u>IV. DISCUSIÓN</u>	46
<u>V. CONCLUSIONES</u>	47
<u>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	49
<u>VII. ANEXOS</u>	54

Almorejo CE, González C, Dickinson ME. Percepción de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) fueron descritos como cuadros clínicos desde finales del siglo XIX y aparecen casos documentados desde el siglo XVII. Sin embargo, su expansión tanto numérica como territorial y su relación con rasgos de la cultura actual permiten caracterizarlos como patologías propias de la sociedad urbana contemporánea. La anorexia y la bulimia afectan a millones de personas en todo el mundo y pueden causar la muerte. Son difíciles de tratar y permanecen ocultos para los familiares y las amistades de quien los sufre. Estos son multicausales y aunque se padecen individualmente su aparición repercute directamente en el entorno familiar y social. El valorar la percepción de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo ayuda a establecer los factores de riesgo asociados que determinan el desarrollo de anorexia y bulimia. La expansión social de dichos trastornos, la adopción cada vez más frecuente de conductas alimentarias de riesgo y su inicio en edades más tempranas los ubica como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor.

OBJETIVO. Identificar la percepción de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo asociadas al desarrollo de anorexia y bulimia en adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se aplicó la escala visual de siluetas corporales (EVSC) y la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA-II) en 105 adolescentes mexicanos con edades comprendidas entre 10 a 13 años durante los meses de junio y julio de 2016. La muestra se determinó por conveniencia y de manera no probabilística.

RESULTADOS. Se entrevistaron a 105 alumnos. De la muestra total de alumnos el (52.2%) fueron mujeres y el (47.8%) hombres. El promedio de edad fue de 10 años con una desviación estándar de 1.3 y el rango de edad fue de 10 a 13 años. El (39%) de los alumnos estaba en 4° año, el (25%) en 6° año, el (24%) en 5° y el (12%) en 3° año. De los individuos estudiados el (53.2%) presentó alto riesgo de sobreingesta, el (71.7%) tuvo una tendencia hacia conducta alimentaria normal, el (55.3%) tuvo alto riesgo de llevar a cabo una dieta crónica restringida y el (57.5%) tuvo alto riesgo de presentar una conducta alimentaria compulsiva. En cuanto a la satisfacción de su imagen corporal la mayoría de los entrevistados se encontraron insatisfechos (70.4%). De acuerdo a la percepción de su imagen corporal, para la mayoría la imagen corporal ideal se ubicó en un peso normal (52.2%), el (26.1%) les gustaría verse muy delgados, el (21.7%) les gustaría que su cuerpo fuera más musculoso.

CONCLUSIÓN. Con base en los resultados es posible realizar un perfil de alumnos con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios; ya que la percepción de su imagen corporal se relaciona directamente con las conductas alimentarias de riesgo que adoptan, así como también tiene una relación directa con la insatisfacción de su imagen corporal. En cuanto al sexo se identificaron diferencias; a las mujeres les gustaría ser más delgadas porque se perciben obesas y a los hombres les gustaría ser más musculosos o tener un peso normal porque se perciben delgados. El mayor porcentaje de adolescentes que reúnen más conductas alimentarias de riesgo y están insatisfechos con su imagen corporal pertenece al sexo femenino, siendo más frecuente la aparición de bulimia y anorexia en mujeres y cada vez va en aumento la prevalencia en hombres, así como su presentación en edades más tempranas. Se propone continuar trabajando con los alumnos que se encontraron insatisfechos con su imagen corporal y que presentaron un alto riesgo para la adopción de conductas alimentarias de riesgo, con la finalidad de que no desarrollen trastornos como la anorexia y bulimia.

PALABRAS CLAVE: Percepción de la imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes.

Almorejo CE, González C, Dickinson ME. Perception of body image and its relation to risky eating behaviors in adolescents.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Eating disorders (anorexia and bulimia) were described as clinical pictures since the ends of XIX century and they appeared as documented cases since XVII century. However, their expansion, both numerically and territorial and their relationship with the actual culture features allows characterizing them as pathologies related to the urban contemporary society; affect millions of people around the world. They can cause malnutrition, heart diseases and even death. They are difficult to treat and remain in secret for friends and relatives. Although eating disorders are suffered individually and have psychological causes, culture and familiar environment can cause their appearance, so eating disorders are, thus, multicausal. Valuing the perception of body image and its relation to risky eating behaviors help to establish the risk factors associated to determine the anorexia and bulimia development in adolescents. Besides, their social expansion places them as a public health problem which needs to be studied and heeded in an increasingly urgent specific way.

OBJECTIVE. To identify the body image perception and its relation with risky eating behaviors associated to anorexia and bulimia development in adolescents.

MATERIAL AND METHODS. Observational, descriptive and transversal study. The body shape visual scale (EVSC) and risk factors scale associated with eating disorders (EFRATA-II) was applied in 105 Mexican adolescents from 10 to 13 years old during the months of June and July in 2016. The sample was determined by convenience and in a non-probabilistic way.

RESULTS. From the total sample of 105 students 52.2% were female and the 47.8% were male. The average age was 10 years old with a standard deviation of 1.3 and the range of age was 10 to 13. 39% were students from 4th.grade, 25% was in 6th.grade, 24% in 5th.grade and 12% in 3rd.grade. In the group of studied individuals, 53.2% presented a high risk of overeating, 71.7% has a tendency to a normal eating behavior and the 55.3% had a high risk to carry out a restricted chronic diet and the 57.5% had a high risk to develop a compulsive eating disorder. Related to their satisfaction with their body image, 70.4% of all interviewed were dissatisfied. According to the perception of their body image, the majority perceived the ideal body image with a normal weight 52.2%; the 26.1% would like to be thinner, 21.7% would like to have a stronger body.

CONCLUSION. Based on the results, it is possible to profile students who are in risk to develop eating disorders; as the perception of their body image is related directly with the risky eating behaviors they adopt, as well as they have a direct relation with the dissatisfaction with their body image. Related to the sex, we found differences, in so far as women would like to be thinner because they perceive themselves as fat ones, men would like to be stronger or have a normal weight because they consider they are thinner. Dissatisfaction towards their body image is more frequent in females, being more frequent the appearance of bulimia and anorexia in women and every time increasing prevalence in men, as well as its apparition in earlier ages. It is proposed to keep working with students who are not satisfied with their body image and presented a high risk to adopt risky eating behaviors, with the goal they do not develop disorders as anorexia and bulimia.

KEYWORDS. Body shape perception, risky eating behaviors, eating disorders, adolescents.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

ADOLESCENCIA

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad, terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento, desarrollo físico y la maduración psicosocial.^{1,2}

La organización mundial de la salud (OMS) considera adolescencia entre los 10 y 19 años. The Lancet Child and Adolescent Health propuso extender la definición de la adolescencia de 10 a 19 años a 10 a 24 años, observando los retrasos en la edad de transición a roles adultos (por ejemplo, matrimonio y paternidad) en muchas sociedades.^{3,4}

El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta.^{1,2,4}

El inicio de los cambios puberales viene determinado tanto por variables genéticas como ambientales (alimentación, condiciones de salud personal y ambiental, higiene, actividad deportiva, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales). Se considera inicio de la pubertad a la aparición de telarquia entre los 8-13 años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños.^{5,8}

Los cambios fisiológicos durante esta etapa son: el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, y la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular. Igualmente, se logran los objetivos psicosociales necesarios para incorporarse a la vida adulta.^{4,8}

Durante la pubertad se produce la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal caracterizándose esta fase por el desarrollo y la maduración de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, así como por el crecimiento lineal acelerado, la dinámica de aumento de peso y el desarrollo de la identidad (el deseo de aprender y desarrollarse).⁸

Es destacable la acción de las hormonas esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos, comportamentales y cambios físicos; estos cambios son: aceleración y desaceleración del crecimiento óseo y de órganos internos, cambios de la composición corporal y maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios).^{4,8}

Existe una desaceleración del crecimiento que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las mujeres y entre los 14 y 15 años en los hombres. El crecimiento puberal supone del 20 al 25% de la talla adulta definitiva.⁸

Cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, cuanto más precoz es la edad de comienzo de la pubertad la ganancia de talla durante la pubertad es mayor.⁸

Este crecimiento puberal no es armónico, sino que se crece por segmentos, con crecimiento inicial del segmento inferior (extremidades inferiores). La talla definitiva se alcanza entre los 16-17 años en las mujeres, puede retrasarse hasta los 21 años en los hombres.⁸

Las mujeres acumulan más grasa que los hombres, y en estos predomina el crecimiento óseo y muscular, produciendo al final del crecimiento un cuerpo más musculoso en los hombres y un cuerpo más desarrollado en las mujeres respecto a los caracteres sexuales secundarios.^{4,8}

Como señalan Bearman y cols.⁸, esta nueva estructura corporal en las mujeres se opone a lo establecido como un ideal de belleza debido a la presión social y de los medios de comunicación por ser delgada, lo que contribuye a una insatisfacción con la imagen corporal.⁸

Dentro de los cambios hormonales, se va incrementando la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), la cual actúa sobre la hipófisis estimulando la secreción de gonadotropinas hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), las cuales a su vez estimulan la gónada, con el consiguiente incremento en la producción de andrógenos y estrógenos.⁸

Respecto al crecimiento, la maduración física y desarrollo, el comienzo y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro; la edad media de inicio del desarrollo mamario es de 10.6 ± 10 años, la edad media de inicio del desarrollo testicular de 12.3 ± 11 años, y la edad media en la cual se presenta la menarquia entre 12.7 ± 9 años.^{4,8}

En cuanto a la maduración sexual; el primer signo de la pubertad en las mujeres es el botón mamario, suele coincidir con una edad de 11 años. El tiempo en el que completan la pubertad las mujeres es de unos 4 años, pero puede variar de 1.5 a 8 años. La primera manifestación de desarrollo puberal en los hombres es el aumento del tamaño testicular y de la bolsa escrotal; esto acontece a una edad de 13 años.⁸

Los adolescentes no forman un grupo homogéneo, existe una amplia variabilidad en los diferentes aspectos de su desarrollo; además los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico. Por otro lado, la adolescencia no es un proceso continuo y uniforme; los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés.^{1,4}

Se experimentan cambios en el desarrollo psicomotor, cognoscitivo, afectivo y social. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.^{6,7}

Para la organización mundial de la salud (OMS) existen dos etapas en este periodo de transición, la adolescencia temprana y la tardía.⁷

La adolescencia temprana abarca de los 10 a los 14 años de edad y comienzan a manifestarse algunos cambios físicos como aceleración del crecimiento, desarrollo de los órganos sexuales y aparición de las características sexuales secundarias; estos cambios pueden generar tanto ansiedad, como entusiasmo en los adolescentes.⁷

Se caracteriza por preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad, las mujeres y los hombres cobran mayor conciencia de su género y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que observan.⁷

La adolescencia tardía comprende entre los 15 y los 19 años de edad; para entonces han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose; el cambio físico involucra el incremento del índice de masa corporal (IMC) como expresión de la madurez biológica. En esta etapa se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad.⁷

Mientras que la sociedad americana de salud y medicina de la adolescencia (SAHM) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años).¹

Durante la adolescencia inicial existe menor interés en actividades paternas y recelo para aceptar sus consejos; se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento y disminución del rendimiento escolar, surge la búsqueda de otras personas para relacionarse, el comportamiento y el humor son inestables. Existe gran interés por amigos del propio sexo adquiriendo gran influencia sus opiniones y relegando a los padres; lo cual puede suponer un estímulo positivo hacia la práctica de deporte, lectura, socialización o negativo consumo de alcohol, drogas, tabaco. Debido a los cambios puberales que se experimentan, hay una gran inseguridad sobre sí mismo, preocupación por su apariencia, se comparan con otros y existe creciente interés sobre la anatomía y la sexualidad. Empieza a mejorar la capacidad cognitiva: evolución del pensamiento concreto al pensamiento abstracto flexible, con creciente autointerés y fantasías. Se establecen objetivos vocacionales, mayor necesidad de intimidad, emergen sentimientos sexuales, existe falta de control de impulsos que puede derivar en desafío a la autoridad y comportamiento arriesgado.^{8,10,11}

En la adolescencia media aumentan los conflictos con los padres y se enfocan a socializar con su grupo de amigos; la integración con ellos a través de la convivencia, la conformidad con valores, reglas y forma de comportarse, genera que se separen de la familia, buscando pertenecer a un determinado grupo social, adoptando así, sus ideas e implementando el uso de objetos que para el grupo es aceptado como piercings, tatuajes, vestimenta, etc. Paulatinamente van aceptando su cuerpo e intentando hacerlo más atractivo, surge también una integración creciente en el establecimiento de relaciones heterosexuales. Hay mayor capacidad intelectual, creatividad, sentimientos y empatía. Aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad que pueden llevarle a adoptar conductas riesgo (accidentes, drogadicción, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, etc).^{8,10,11}

En la adolescencia tardía se integra con la familia y es capaz de apreciar sus consejos y valores. Algunos dudan en aceptar responsabilidades, tienen dificultad para conseguir independencia económica y continúan dependiendo de su familia. En esta etapa se han completado el crecimiento y desarrollo puberal; es cuando generalmente se establecen relaciones íntimas de pareja.^{8,10,11}

El pensamiento ya es abstracto con proyección de futuro, se establecen los objetivos vocacionales prácticos y realistas. Se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, estableciendo la capacidad para comprometerse y establecer límites.^{8,10,11}

Piaget⁹ ha hecho referencia que durante la adolescencia tardía se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez; aproximadamente a los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, entre los 15 a 16 años el desarrollo moral, (percepción de lo que está bien y mal).⁹

La adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, pero a la vez el más problemático y de más alto riesgo psicosocial. Actualmente, se han producido grandes cambios socioculturales: jóvenes consumidores de moda y tecnología, la cultura del ocio ha sustituido al esfuerzo personal, más facilidad para acceder a sustancias adictivas, desintegración de la familia, etc., todo ello conlleva importantes repercusiones para el desarrollo y la salud integral del adolescente.^{8,10,11}

La adolescencia es una etapa vulnerable para padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA), debido a los cambios biológicos puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional, preferencia hacia determinadas imágenes corporales impuestas por la sociedad y los medios de comunicación, conflictos en la identidad personal relacionados con la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado y al deber integrar adecuadamente en la construcción de su ser una nueva imagen corporal, la que muchas veces se aprecia diferente con los modelos impuestos por la sociedad, es percibida como obesa lo cual genera insatisfacción con la misma.⁶

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales utiliza el término "trastornos alimentarios" para referirse en general a trastornos psiquiátricos que afectan la vida de la persona que los padece en todas las esferas (biológica, psicológica, social).¹³

Caracterizados por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial^{12,13,14}

Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida. Los trastornos alimentarios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etc.^{13,14}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los trastornos alimentarios como enfermedades mentales que se caracterizan por la excesiva pérdida de peso de manera deliberada por parte de una persona, arriesgando su propia salud llevando a cabo ayunos continuos y prolongados, aplicando técnicas poco favorables para lograr el objetivo principal el cual consiste en no engordar.^{13,14}

La Guía de Práctica Clínica prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención define la anorexia nerviosa como un trastorno de la conducta alimentaria en la cual una persona presenta una aversión al alimento que ocasiona inanición y una incapacidad para permanecer en un peso corporal mínimo, considerado normal para su edad y estatura. La bulimia es una enfermedad que se caracteriza por comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento, acompañados por una sensación de pérdida de control; luego, el paciente utiliza diversos métodos para prevenir el aumento del peso corporal.⁵⁷

Los trastornos de la conducta alimentaria generalmente aparecen durante la adolescencia o la edad adulta, pero también se pueden presentar durante la infancia. Estos representan en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un problema de salud importante, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona. Se trata de enfermedades que requieren un tratamiento largo, que pueden convertirse en enfermedades crónicas y llevar a la muerte.^{13,14}

Con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad. Se enmarcan entre aquellos fenómenos sociales y culturales que trascienden más allá del campo médico y científico, a la sociedad. Estos trastornos se ven afectados por el ideal de belleza que propugnan los medios de comunicación de extrema delgadez, una idea de belleza representada por modelos, mujeres y hombres cuyas proporciones, peso y estatura son una auténtica excepción estadística. Nos enfrentamos a ideales que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional.^{12,13,14}

Constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso, cuya base y fundamento se encuentra en una alteración psicológica. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial.^{12,13,14}

Son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los principales representantes de éste grupo son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN). Las nuevas tendencias en la moda y los nuevos estándares en el aspecto físico y los patrones de alimentación se señalan como los posibles generadores del aumento en la frecuencia de dichos trastornos.^{12,13,14}

ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia Nervosa (AN) fue descrita como un problema médico hacia finales del siglo XVII por Richard Morton, quien describió casos de personas, principalmente mujeres, que sufrían una pérdida de peso importante no asociada a causas físicas.⁴⁹

Dos siglos más tarde, Lasegue en 1873 y Gull en 1874, ilustraron detalladamente dos casos que presentaban características similares a lo que actualmente se entiende por AN.⁴⁹

La AN es un trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por la mantención voluntaria de un peso bajo el rango saludable para la edad y talla de quien lo sufre, lo cual es logrado a través de medios extremos para controlar el peso tales como ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas. Estos síntomas se acompañan por un intenso temor a ganar peso o la negación de estar en un peso bajo.⁴⁹

La etiología de la AN aún no se conoce con certeza, pero se piensa que es multifactorial, existiendo componentes de tipo genético, sociales, metabólicos, de personalidad, hormonales, sexuales, de modo de expresar las emociones, de aprendizaje, de historia de abuso, maltrato o perfeccionismo y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, como el componente depresivo, obsesivo-compulsivo, los trastornos de ansiedad y la pérdida del control del impulso.⁴⁹

La quinta edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V), define a esta entidad como un trastorno caracterizado por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción en la forma o tamaño del cuerpo.¹³

Los criterios actuales según el DSMV de la anorexia nerviosa son:

- A.** Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.

Estos pacientes ponen en práctica voluntariamente diferentes medidas para conseguir la pérdida de peso deseada, como una dieta restrictiva muy estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.).^{48,49}

A pesar de la progresiva e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal y se ven gordas, por lo que persisten con las conductas de evitación de la comida junto con acciones compensatorias para contrarrestar el aporte calórico de la que ingieren (actividad física intensa, conductas de purga, etc.).^{48,49}

Habitualmente no tienen conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren con su conducta. Todo su interés está centrado en perder peso, y para conseguirlo no les importa caer en estados nutricionales carenciales que pueden acarrear un serio riesgo vital. Con frecuencia estas personas tienen una personalidad con excesiva necesidad de aprobación, alto sentido de la responsabilidad, perfeccionismo y sentimiento de ineficacia personal. Es una enfermedad típica de las mujeres que se presenta principalmente en la adolescencia. En los últimos años se ha observado que la incidencia tiende a aumentar en los varones.^{48,49}

BULIMIA NERVIOSA

Etimológicamente el término “bulimia” significa tener un “apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”. Esto alude a una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados “atracones”. La BN fue reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria en sí misma a fines del siglo XX, luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russel en el Reino Unido, seguido por su inclusión en el DSM-III.⁴⁹

Sin embargo, las descripciones más tempranas se remontan a tres casos de BN descritas Otto Dörr-Zegers, psiquiatra chileno, en 1972, y luego la sistemática descripción de Hilda Bruch, en 1973. Lo común a todas estas observaciones es la presencia de un síndrome alimentario caracterizado por episodios regulares de “hiperfagia” seguidos por purgas u otras conductas compensatorias.⁴⁹

A diferencia de quienes sufren de AN, las adolescentes que presentan BN frecuentemente mantienen su peso sin cambios, dada la inefectividad de los métodos purgativos. Esta es una de las principales diferencias con AN. Además, la mayoría de las pacientes con BN está muy afectada y avergonzada por la pérdida de control sobre su ingesta, haciendo más fácil que se motiven a recibir ayuda. Sin embargo, el tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta es largo debido, especialmente, a la posibilidad de mantener el trastorno en secreto y no provocar signos visibles para los otros.⁴⁹

La quinta edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V), define a esta entidad como un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de atracones seguidos por comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio.¹³

Los criterios actuales que establece el DSMV de la bulimia nerviosa son:

- A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1)** Ingestión en un período determinado (p. ej. dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

- 2)** Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej. sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B.** Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
 - C.** Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
 - D.** La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
 - E.** La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

En la BN no se producen necesariamente alteraciones en el peso, pueden tener peso normal, bajo o sobrepeso, por lo que pasa fácilmente desapercibido.⁴⁹

El diagnóstico más frecuente durante la adolescencia es el de TCA no especificado, seguido por el de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Todos estos trastornos comparten síntomas cardinales tales como la preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal. Los TCA muchas veces se acompañan de complicaciones médicas, así como psicológicas que potencialmente pueden dejar secuelas irreversibles para el desarrollo del adolescente con complicaciones físicas que ponen en riesgo la vida; que pueden abarcar desde la comorbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio.⁴⁹

Son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial, que solo pueden entenderse por la interacción de diversos factores psicológicos y fisiológicos que interactúan entre sí.^{12,13,14}

La adolescencia es un período crucial para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental. Algunos de estos son: la adopción de patrones de sueño saludables; hacer ejercicio regularmente; desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales; hacer frente a situaciones difíciles y resolver problemas, y aprender a gestionar las emociones. Es importante contar con un entorno favorable y de protección en la familia, la escuela y la comunidad en general.⁵⁶

Son muchos los factores que afectan a la salud mental. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes, mayores serán los efectos que puedan tener para su salud mental. Algunos de estos factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia son la exposición a la adversidad, la presión social de sus compañeros y la exploración de su propia identidad. La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género pueden exacerbar la discrepancia entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones de cara al futuro.⁵⁶

Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida doméstica y las relaciones con sus compañeros. La violencia (en particular la violencia sexual y la intimidación), una educación muy severa por parte de los padres y problemas socioeconómicos y problemas graves de otra índole constituyen riesgos reconocidos para la salud mental.⁵⁶

Algunos adolescentes corren mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental a causa de sus condiciones de vida o de una situación de estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Entre ellos se encuentran los adolescentes que viven en lugares donde hay inestabilidad o se presta ayuda humanitaria; los que padecen enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual u otras afecciones neurológicas; las embarazadas y los padres adolescentes o en matrimonios precoces o forzados; los huérfanos, y los que forman parte de minorías de perfil étnico o sexual, o de otros grupos discriminados.⁵⁶

Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, suelen aparecer durante la adolescencia y la juventud. Este tipo de trastornos se presentan con comportamientos alimentarios anormales y preocupación por la comida y, en la mayoría de los casos, por el peso y la figura corporales. La anorexia nerviosa puede producir la muerte prematura, a menudo debido a complicaciones médicas o al suicidio, y tiene asociada una mortalidad superior a la de cualquier otro trastorno mental.⁵⁶

FACTORES DE RIESGO

Otro aspecto importante para el desarrollo de este tipo de trastornos son los factores de riesgo que pueden estar presentes definidos como aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, incrementan la probabilidad de enfermar y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma.⁹

Dentro de estos factores de riesgo encontramos: embarazo no planeado ni deseado, presencia de drogadicción, contagio de enfermedades de transmisión sexual, consumo de alcohol, marihuana y tabaco, riesgo de suicidio, depresión, ansiedad, desintegración familiar, muerte de algún familiar, ruptura de una relación de pareja, relaciones sexuales sin protección, accidentes, abuso sexual, nivel de escolaridad, conductas delictuales, inicio a temprana edad de vida sexual activa, entre otros.⁹

Con fines de este trabajo, solamente se abordarán las conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de anorexia y bulimia en la adolescencia, dichas conductas se definen como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingestión de alimentos.⁹

Los factores de riesgo que determinan la aparición de este tipo de conductas y la consecuente generación en algunas ocasiones de trastornos de la conducta alimentaria son biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales se describen a continuación.^{15,23,24}

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

La genética: Los factores genéticos son fundamentales en el desarrollo de estas entidades, principalmente la anorexia nerviosa (AN). En este aspecto existen antecedentes familiares de trastornos afectivos, adicciones y obesidad. Se estima que, durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo. Klump y cols.²⁷, afirman que con la activación de las hormonas ováricas (estradiol principalmente, ya que regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo).²⁴

El papel de la pubertad: Es destacable la acción de las hormonas esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y comportamentales, así como en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en las mujeres y masa muscular en los hombres. Bearman y cols.²⁴, señalan que esta nueva estructura corporal en las mujeres se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mismas, exponiéndolas a la presión por ser delgada, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal.²⁴

El sobrepeso y la obesidad: La obesidad es un importante problema de salud en la infancia y la adolescencia, es una condición de alto riesgo para la generación de actitudes y comportamientos alimentarios inadecuados para la pérdida de peso, insatisfacción con la imagen corporal, ser víctima de (críticas o burlas) por la familia y/o sus compañeros, ansiedad, depresión, etc. En el mundo contemporáneo en el que vivimos en un ambiente que promueve el desarrollo de la obesidad, caracterizado por muchos factores, tales como el fácil acceso a los alimentos de bajo costo, altos en calorías y agradables al paladar, la presión de los medios de comunicación mediante la imposición de una imagen corporal ideal, y por otro lado, el consumo de alimentos poco saludables.²⁴

Es importante destacar que, mientras que el sobrepeso y la obesidad suelen ser más frecuentes entre los hombres, la insatisfacción con la imagen corporal y la adopción de conductas alimentarias de riesgo son más frecuentes en las mujeres; además, los hombres con bajo peso parecen estar más preocupados con el tono muscular, mientras que la imagen corporal negativa en las mujeres aumenta con el incremento en el índice de masa corporal (IMC).²⁴

FACTORES PSICOLÓGICOS

Los adolescentes suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso, suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza. Se describen 3 áreas afectadas.^{15,21,25}

- 1) La percepción de la imagen corporal que no se asemeja con la realidad.
- 2) La interpretación cognoscitiva inadecuada y confusa de sentimientos y emociones.

- 3) Una sensación de inseguridad que produce la convicción de que actúa solamente en respuesta a las demandas de los otros y no por su propia iniciativa.

Son muchos los autores, dentro de ellos Chatoor, Harrison y Sullivan²⁵, los que afirman que las personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria tienen claras dificultades con el mundo emocional, tienen problemas tanto para enfrentarse a sus propias emociones como para expresarlas verbalmente; el estado emocional de estas personas influye directamente en la ingesta de comida que realizan.^{25,57}

Así, la persona con anorexia nerviosa es incapaz de ingerir bocado cuando se siente emocionalmente disfórica (triste, ansiosa o irritada), mientras que la persona con bulimia nerviosa suele realizar atracones de comida ante este mismo tipo de emociones.^{25,57}

La dieta crónica restrictiva representa uno de los factores de riesgo de mayor peso y precede al desarrollo de los trastornos alimentarios, es una de las estrategias más utilizadas y efectivas para perder peso. El riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos es ocho veces mayor que el de los no dietantes.²⁶

En países en desarrollo, como en el caso de México, el seguimiento de dichas prácticas es cada vez más popular, se observa que los patrones alimentarios restrictivos también se han convertido en una conducta (normal) ampliamente aceptada. Además, se ha documentado un punto crítico de riesgo en adolescentes mujeres de 11 años, quienes presentan los más altos porcentajes de factores de riesgo asociados con imagen corporal y seguimiento de dieta restringida.²⁶

Existen diferentes causas que han provocado la creciente popularidad de las dietas, entre ellas destaca el poder de los estereotipos sociales sobre la delgadez, que está asociada erróneamente con la belleza, salud y el autocontrol. Cabe destacar que son las mujeres quienes se ven más afectadas por la presión social y consecuentemente se involucran en dietas para bajar de peso, desarrollan trastornos alimentarios y se someten a intervenciones quirúrgicas que ponen en riesgo su salud.²⁶

Dentro de los factores de índole cognitivo-conductual, en particular (la preocupación por el peso y la comida), que hace referencia a los sentimientos de culpa que surgen debido a la forma de comer, a la lucha que se sostiene por no comer, así como a las conductas que se siguen para no subir de peso y que contribuyen a exacerbar la conducta dietaria.²⁷

Muchas adolescentes anhelan ser más delgadas mientras que los hombres aspiran a ganar peso o reducirlo, pero en menor medida que las mujeres. Para lograr la apariencia ideal, los adolescentes a menudo realizan ayuno, se inducen el vómito, consumen laxantes y diuréticos, medicamentos para bajar de peso, realizan dietas, ejercicio intenso, etc.²⁷

Neumark-Sztainer y cols.²⁷, encontraron que el 55.4% y 24.8% de las mujeres y los hombres, respectivamente, informaron hacer dieta, poniéndose en una posición de mayor vulnerabilidad a la adopción de hábitos alimenticios inadecuados. La internalización de los ideales de belleza y de un ideal de delgadez los pone en riesgo de insatisfacción corporal y de realización de conductas alimentarias de riesgo con el deseo de un cuerpo ideal, delgado y/o musculoso, generando ansiedad, depresión, sentimientos de tristeza, incapacidad de autocontrol cuando no se logra el peso deseado.^{27,30}

Para Álvarez, Nieto y cols.³⁰, en la actualidad la delgadez se ha establecido como un valor altamente positivo, una meta a alcanzar, un modelo corporal a imitar y un criterio central de la evaluación estética del propio cuerpo. Mientras que, para Villagrán, Ruiz y Rodríguez³⁰, la preocupación corporal ocurre si un individuo internaliza el cuerpo ideal, determinado por la cultura y mediante comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal.³⁰

La interiorización del ideal delgado representa el primer momento en el cual un individuo adopta cognitivamente los ideales de belleza definidos socialmente y puede realizar comportamientos dirigidos a alcanzar estos ideales, aunque estos dañen gravemente su salud; esta internalización juega un papel causal en la insatisfacción corporal y en la alimentación restrictiva.³⁰

Se ha reportado que la interiorización del modelo de imagen corporal dominante de delgadez, comienza y se manifiesta en la adolescencia, debido a los cambios psicológicos y fisiológicos, específicamente el aumento de tejido adiposo y un correspondiente aumento en la insatisfacción corporal y es una variable predictiva, reguladora y mantenedora de dichos trastornos.³⁰

Rivarola y Penna³⁰ afirman que los indicadores psicológicos observados en los adolescentes están relacionados con la influencia de los compañeros, ya que juegan una parte integral en la formación de las creencias, actitudes y expectativas del peso y la apariencia física, así como los padres, porque son importantes agentes de la socialización, influyen en la elección del ideal corporal, ya sea por moldeamiento, retroalimentación o instrucción; y los medios de comunicación ya que existe una correlación entre estos y los altos niveles de insatisfacción con la imagen corporal.³⁰

En lo que respecta a la imagen corporal esta se define como una configuración global, conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo y que se ve modificada a lo largo de su vida, como consecuencia de cambios físicos y biológicos.²⁶

La construcción de la misma es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural. La insatisfacción corporal está presente en un 25% a un 81% de las mujeres y en un 16% a un 55% de los hombres y contribuye a la aparición de diversas condiciones físicas y psicológicas.³⁰

Hay una fuerte evidencia de que el rechazo de la configuración del cuerpo es un factor de riesgo causal de la iniciación de conductas alimentarias de riesgo y está relacionada con la obesidad, la baja autoestima y síntomas de depresión.³⁰

La insatisfacción corporal es un rasgo común en una sociedad que exalta la belleza, la juventud y la salud. La imagen corporal que cada persona tiene de sí es subjetiva y no siempre es el reflejo de la realidad del sujeto, esta cuenta con las siguientes características: es asumida como un concepto multifacético que se interrelaciona con los llamados sentimientos de autoconciencia, está determinada social y culturalmente, es un constructo siempre en movimiento (varía durante la vida en función de las experiencias personales e influencias sociales y culturales), influye en los procesos de información, interviene definitivamente en la conducta.³¹

De acuerdo a Thompson³¹, la imagen corporal no es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de la vida, teniendo una mayor relevancia durante la infancia y adolescencia, siendo un constructo multidimensional que se compone de los siguientes elementos.³¹

- El perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes).
- El cognitivo-afectivo (relacionado con sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo como objeto de percepción).
- El conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción del cuerpo).

Igualmente, la percepción de la imagen corporal que tiene un sujeto es influida por las normas de belleza establecidas y por el rol que desempeña, de tal manera que suele ser una representación evaluativa.³¹

Una de las dimensiones de la imagen corporal más investigadas es el grado de satisfacción/insatisfacción que se tiene con respecto a ella, y para valorarla se han utilizado diferentes escalas, dentro de ellas la que emplearé en este trabajo es la escala visual de siluetas corporales; la cual consta de 6 siluetas ordenadas al azar, que van desde una figura muy delgada hasta una con obesidad mórbida.³¹

El desarrollo cognitivo en el adolescente está ligado a la percepción del peso y de la imagen corporal; esta percepción es uno de los factores motivadores para iniciar conductas alimentarias de riesgo con el consecuente desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. La preocupación excesiva por el peso, junto con una percepción distorsionada del mismo, puede asociarse a otras conductas que también comprometen la salud (abuso de sustancias, ideación suicida o intentos, depresión, crisis de angustia, entre otros).³¹

El estudio realizado por Baile y Garrido³² sobre insatisfacción corporal en adolescentes, puso de manifiesto que la insatisfacción corporal se va adquiriendo en el periodo que va desde los 12 a los 16 años, edad en la que se alcanza un determinado grado de insatisfacción corporal que se mantiene posteriormente

significativamente más en el sexo femenino. Las mujeres tienen una mayor presión social hacia una determinada imagen corporal, y quizás menos recursos personales de crítica y autoaceptación, lo que genera una mayor insatisfacción corporal que en los hombres.³²

La insatisfacción con el cuerpo puede deberse a un deseo de mejorar en la escala social, tales como la de utilizar la belleza como estrategia para conseguir una mayor aceptación en la sociedad, conseguir trabajo y mejorar las relaciones interpersonales. Así, las mujeres se perciben con sobrepeso con más frecuencia que los hombres, mientras que éstos refieren, en mayor porcentaje, tener un peso por debajo de la normalidad. Por último, señalar que estas relaciones pueden ser recíprocas, es decir, tanto la insatisfacción con la imagen corporal contribuye a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, como estos problemas pueden aumentar la diferencia entre el peso ideal y el actual, generando más daño a la salud psicológica y física de los adolescentes.³²

La autoimagen es la representación interna de nuestra apariencia externa que determina en lo que nos convertimos, un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. El esquema corporal negativo tiene un papel preponderante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de conducta alimentaria, ya que este esquema contiene la información y procesa información concordante con las experiencias relacionadas con el ideal de belleza.^{30,31}

En lo que respecta a la autoestima una baja autoestima genera una percepción negativa de las emociones (concretamente, percibir las como algo negativo y peligroso), un estado de ánimo excesivamente influido por la alimentación, el peso y la figura corporal y una excesiva necesidad de tener todo bajo control; si esto no se logra, el individuo se culpa y se siente inseguro por lo cual vuelve a repetir las mismas conductas de una manera compensatoria. Los adolescentes en ocasiones comparan su cuerpo con el estereotipo que aparece en los medios de comunicación o con aquella persona que representa su ideal de delgadez.³³

De hecho, la baja autoestima es un problema común entre los adolescentes y se sabe que se asocia fuertemente con la imagen negativa del cuerpo; algunos investigadores sugieren que las mujeres son más susceptibles a las influencias de sus pares en presencia de perfeccionismo (siendo un rasgo que se encuentra presente aún antes de la aparición de algún trastorno de conducta alimentaria) y baja autoestima; la tendencia a comparar su cuerpo con otros y la insatisfacción con la imagen corporal se asociaron significativamente con baja autoestima, mientras que, una autoestima alta se constituyó en un factor de protección para los problemas relacionados con el peso y la realización de conductas alimentarias sanas.^{30,33}

La depresión aumenta el riesgo de insatisfacción corporal y de preocupaciones sobre la alimentación y se asocia con dejar de comer, debido a la insatisfacción que produce el hacerlo o a la ausencia de ganas o motivación por consumir alimentos y realizar actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.^{30,33}

Por otro lado, los estudios realizados Beato, Rodríguez, Belmonte y cols.³⁴, mencionan que el papel de la alexitimia (la falta o dificultad para expresar e identificar emociones) en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria se asocia a un mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos.³⁴

Davey y Chapman³² han concluido que la ansiedad es un rasgo permanente en las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, ya que se ha encontrado que persiste después de que la persona se ha recuperado del trastorno. Asimismo, Buckner, Silgado y Lewinsohn³⁴ concluyen que la ansiedad es uno de los factores de riesgo de estos trastornos.^{32,34}

Puede ser tal la susceptibilidad de la persona, que el mismo estrés cotidiano desencadene las conductas propias del trastorno. Otra forma en que la ansiedad se relaciona con los trastornos de la conducta alimentaria, es que pone en relieve la intolerancia a los cambios del estado de ánimo, lo que puede evitar el control de las emociones e involucramiento en conductas disfuncionales, como comer compulsivamente, realizar purgas y ejercicio excesivo, como intentos de modular el afecto negativo.^{32,34}

En hombres el acoso verbal y físico provoca insatisfacción corporal; en mujeres las críticas y burlas tienen el mismo efecto generando en ambos sexos ansiedad y estrés. También se han manifestado altos niveles de timidez, soledad y sentimientos de inferioridad durante la etapa adolescente previa al desarrollo de algunos de los tipos de trastornos de conducta alimentaria.³⁵

En los últimos años se han llevado a cabo diversas investigaciones que muestran una relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y una amplia gama de alteraciones neuropsicológicas. En términos generales, se reporta que las funciones neuropsicológicas afectadas son la habilidad visoconstructiva y visoespacial; la atención selectiva, la memoria visual, la capacidad de aprendizaje y las funciones ejecutivas.^{34,35}

En lo que respecta a las funciones ejecutivas, diversos autores como Gillberg y cols.³⁴, han observado en las personas con trastornos alimentarios dificultades en la habilidad para planear y solucionar problemas, en la capacidad de abstracción, en la flexibilidad de pensamiento, en la memoria de trabajo y en las respuestas de inhibición; dificultades que incluso parecen reflejarse en su comportamiento diario (por ejemplo: en el conteo exacto de calorías, en el ejercicio excesivo, en los hábitos rígidos alrededor de la rutina diaria como arreglarse o ir a trabajar, en la revisión del etiquetado de los productos, etc.^{34,35}

De manera más específica, las personas con estos padecimientos tienen una incapacidad para cambiar los patrones de pensamiento, manteniendo una conducta repetitiva a pesar de la retroalimentación, mientras que en la capacidad para planificar, las fallas se encuentran en la anticipación, organización e integración de la información para resolver problemas complejos.^{34,35}

Algunos estudios sugieren que las dificultades en el funcionamiento ejecutivo son diferentes entre la anorexia y la bulimia nerviosa debido a la impulsividad que presentan las personas con este último trastorno. No obstante, otros mencionan que no existen diferencias en la alteración de las funciones; es claro que hay diferencias en la impulsividad, pero no en la habilidad cognitiva.^{34,35}

FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para la aparición de los mismos.^{12,13,14}

Las influencias socioculturales y el “anhelo de delgadez”, constituyen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de estos trastornos. El común denominador de todas las influencias socioculturales es su poder de transmitir a los individuos el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de éxito, de control, de perfección y de belleza.^{36,37}

Las presiones socio-culturales por tener un cuerpo “ideal” promueven una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar en el adolescente, sobre todo aquellos con obesidad, una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos.^{36,37}

Los estereotipos culturales, especialmente el ideal de delgadez transmitido a través de los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales, centrados en un ideal de belleza inalcanzable para muchos adolescentes. Una vez establecido y compartido socialmente este ideal de delgadez ejerce una presión sobre los miembros de la comunidad y hace que los sujetos que se adaptan a ese modelo se sientan valorados y los que no poseen esas características vean mermada su autoestima.^{36,37}

El sexo femenino es más susceptible de padecer anorexia (entre un 90 y un 95% de los casos) pues la presión social, fundamentalmente a través del mundo de la moda, lleva a valorar a la mujer sobre la base de su apariencia física y en nuestra cultura el ser delgada es visto como un signo de éxito y control sobre una misma.^{36,37}

La adolescencia, un momento clave del desarrollo en el que estas influencias sociales poseen un valor importante pues en ese momento el cambio corporal va unido al pasaje de la infancia a la edad adulta y la aprobación de su cuerpo va unida a la de su propia persona. La familia ejerce influencia en los adolescentes que se encuentran en la fase inicial, por el contrario, los amigos y los medios de comunicación sobre aquellos que se encuentran en fase media y tardía.^{36,37}

La influencia de los medios de comunicación es un aspecto principal en la aparición de dichos trastornos; los mensajes acerca de la delgadez como un ideal sociocultural y los métodos para conseguirlo no surgieron de un día para otro, comenzaron en la clase alta de la sociedad, en grupos minoritarios de las sociedades francesa e inglesa, y como afirma Toro³⁵ se fueron extendiendo a todos los estratos sociales por la gran velocidad de difusión de los medios de comunicación del siglo XX.^{35,36,37}

Dentro de estos, principalmente aquellos que son transmitidos por la televisión, desempeñan un papel importante en la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual influye en la elección de compra de productos enfocados en la apariencia física y una imagen corporal ideal, en donde las personas que los padecen pasan más horas al día viendo televisión y sus compras están más influidas por los anuncios comerciales que en las mujeres sin trastornos alimenticios.^{35,36,37}

La relación entre la influencia de los medios masivos de comunicación y algunas variables de riesgo asociadas a los trastornos ha sido ampliamente estudiada, encontrándose una relación positiva entre la frecuencia de lectura de revistas de moda y/o programas televisivos y la presencia de malestar o insatisfacción con la figura y peso corporal. Otras investigaciones también mencionan que existe una fuerte asociación entre conceder gran importancia a la apariencia física y/o el peso corporal con el uso de medios de comunicación (televisión, revistas, videos, acceso a internet).^{35,36,37}

En un estudio realizado en México sobre publicidad televisiva, Sauri³⁶ observó que la población adolescente femenina estuvo más influenciada por programas y anuncios comerciales relacionados con la belleza y la delgadez, los cuales se refieren principalmente a la promoción del consumo de un alimento que contribuye a conseguir un cuerpo “perfecto”, mientras que la población masculina estuvo más influenciada por los alimentos chatarra y en segundo lugar por la belleza y la delgadez.^{35,36,37}

Respecto a los medios de comunicación impresa, Martínez y cols.³⁷, mencionan que al menos el 65% de la población adolescente compra revistas debido a su interés por los reportajes sobre dietas, adelgazamiento y belleza, y un 42% se interesa por las kilocalorías de los alimentos y la información relacionada con ellos.^{35,36,37}

Field y cols.³⁷, encontraron que en el 69% de mujeres las fotografías de modelos que aparecen en revistas de moda han influido en su concepto de figura corporal femenina, además el 47% manifiesta deseos de perder peso debido a la exposición de dichas imágenes.^{35,36,37}

FACTORES FAMILIARES

El ámbito familiar contribuye al modo de alimentarse, y a establecer las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, que sobre todo influyen en la persona durante la infancia, ya que es la etapa en la que se instauran la mayor parte de los hábitos alimentarios. En este periodo de la vida, la madre se convierte en la participante fundamental en la alimentación del niño, transmitiendo pautas alimentarias que pueden potenciar o no el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en la adolescencia o edad adulta.⁴⁶

La familia es el entorno social más próximo que rodea a las personas en su niñez y de la que se adquieren los hábitos y conductas que nos acompañarán durante toda la vida. Para la mayoría de los niños, los padres son los ejemplos a seguir y tienden

a imitar lo que ellos hacen ya que creen que es lo correcto, por tanto, la relación con la comida está muy influenciada por las ideas y creencias. Los niños a través de ellos aprenderán toda la información referente a la alimentación, los gustos y aversiones por los alimentos, la preocupación por la apariencia física, etc.⁴⁶

La influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación, las medidas y la figura corporal.^{36,37}

Mellor y cols.³⁷, destacan la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande de insatisfacción con el cuerpo y de pérdida de peso entre adolescentes de ambos sexos, sugiriendo que la familia desarrolla un papel mucho más importante entre los adolescentes, que los amigos y los medios de comunicación. Por el contrario, Shroff y Thompson³¹ indicaron que las influencias de los compañeros, pero no de los padres, se asociaron con la internalización del ideal de delgadez y con comparación social entre las mujeres.^{36,37}

También, el comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de los padres y amigos para que sean delgados, contribuye al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo y las consecuentes conductas posteriores de riesgo para la salud. Se sugiere que el comportamiento de los amigos puede influir en el nivel de satisfacción con la imagen corporal y comportamientos relacionados con la dieta, ya que estos aspectos se comparten dentro de la relación del grupo.³⁹

Las familias de las pacientes con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa presentan un alto nivel de disfunción familiar el cual se relaciona con la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente los síntomas bulímicos y la baja autoestima. Estos trastornos han venido a formar parte de una transición epidemiológica. Diversos autores¹³, han encontrado que la familia de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tiende a diferenciarse de las familias controles principalmente por presentar mayores conflictos, mayor desorganización familiar, deficientes cuidados de los padres hacia los hijos, presencia de sobreprotección de uno de los padres, menor orientación hacia las actividades recreativas y menor apoyo emocional.⁴¹

Minuchin⁴¹ describió la interacción típica de las familias de pacientes con anorexia en quienes encontró la presencia de límites poco definidos entre sus miembros, tendencia a la negación y a evitar la resolución de conflictos (evitar tener que abordar el verdadero conflicto subyacente). Esta familia "psicosomática" se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y que evita conflictos. Bruch⁴² afirma que aunque se manifieste de diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres.^{41,42,43}

Kinzl et al.⁴¹ estudiaron a 202 mujeres de la población general a quienes se aplicó el Eating Disorder Inventory (EDI) y el Biographic Inventory for Diagnosis of Behavioral Disturbances. Tras analizar los resultados, los autores sugirieron que un ambiente familiar adverso podría representar un importante factor etiológico para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. El grupo con disfunción familiar a comparación del grupo sin disfunción familiar presentó una mayor tendencia a cursar con episodio depresivo mayor y fobia social, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05\%$).⁴¹

Tras aplicar el Family Adaptability and Cohesion Scales y el Parent-Adolescent Communication Form, Vidovic et al.⁴¹ encontraron que las pacientes con trastornos alimentarios consideraban a sus familias con menor cohesión y menor adaptabilidad que la percepción que tenían de sus familias un grupo de controles. Además, las pacientes percibieron la comunicación con sus madres como alterada. Las madres de las pacientes percibieron también menor cohesión y flexibilidad en su familia con respecto a las madres de los controles. Es importante tomar en cuenta que los padres de adolescentes que sufren un trastorno de la conducta alimentaria generalmente presentan mayores dificultades en su relación conyugal y un mayor grado de insatisfacción que los padres de adolescentes sin estos trastornos.⁴¹

Podría suponerse que mientras más alto es el nivel de disfunción familiar mayor tendencia tendrá un adolescente a presentar atracones y vómitos. Desde esta perspectiva podría parecer que los hallazgos de este estudio apoyan la interpretación psicodinámica de la bulimia nerviosa, donde los atracones simbolizan la marcada dependencia hacia figuras significativas y los vómitos el deseo de expulsar un objeto malo introyectado. Sin embargo, dada la imposibilidad de hacer inferencias más allá de una simple asociación entre variables, cabría la posibilidad de que por algunos periodos el bajo funcionamiento familiar propiciara los síntomas bulímicos y que en otros periodos dichos síntomas impactaran el funcionamiento familiar creando así un círculo vicioso.^{41,45}

En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación afirman Domínguez, Moens et al.⁴⁶ Los trastornos de la conducta alimentaria son resultado de conductas aprendidas, la importancia del papel de la madre es fundamental en el desarrollo de actitudes y conductas alimentarias de riesgo, así como de la obesidad y la insatisfacción corporal en sus hijos. Las actitudes y comportamientos de la madre frente a la comida contribuyen a que los hijos manifiesten sus conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera, ya sea mediante conductas propias de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o la obesidad. La psicopatología alimentaria en la madre se asocia con el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en sus hijos. Las madres pueden influir en sus hijos no solo a través del modelamiento de conductas y actitudes, sino asimismo mediante la retroalimentación que les dan o la internalización de los estándares de belleza.⁴²

Las familias en las cuales se presentan trastornos de la alimentación se han percibido a sí mismas como menos “apoyadoras” y más vulnerables a las relaciones conflictivas, así como con menor disposición a la expresión de emociones. En cuanto a la relación padre-hija Fitzgerald y Lane⁴⁴ reconocen al perfeccionismo y a las altas expectativas como influencias en la psicopatología alimentaria.⁴³

Leung, Schwartzman y Steiger⁴⁴, proponen un modelo que explica la influencia familiar a través de 2 vías sobre la sintomatología de los trastornos: 1) la preocupación de peso y figura en la familia puede contribuir a la insatisfacción corporal de las hijas y ésta a su vez en los síntomas, 2) la disfunción familiar puede seguir una vía indirecta donde sus efectos se suman a la baja autoestima y la insatisfacción corporal generando la presencia de síntomas.⁴⁴

Las personas con anorexia nerviosa consideran que sus familias tienden a ser rígidas, sobreprotectoras, presentan dificultades en la comunicación y en la solución de problemas; mientras que aquellas con bulimia nerviosa perciben que sus familias son menos cohesivas, menos adaptables y tienen menor comunicación, enfatizando carencias en expresividad, apoyo emocional y social.^{44,45}

No se tiene que dejar a un lado que la familia reviste singular importancia no solo en la generación y mantenimiento de dichos trastornos, sino, también en la recuperación de los mismos.

FACTORES PROFESIONALES

En cuanto a los grupos vulnerables de acuerdo con la profesión que desempeñan se encuentran los estudiantes de nutrición, estudiantes de carreras biomédicas^{33,35}, gimnasia, patinaje, ballet, deportistas, modelos, artistas, la población asiática.^{39,57}

En estos casos estos grupos tienden a tener rasgos de perfeccionismo en la personalidad³¹, realizar ejercicio compulsivo o el desempeño de algunas actividades de alta exigencia en la figura corporal y la apariencia física.^{33,35}

En la población asiática es aún más marcada la metáfora de que el éxito profesional se relaciona con el modelo de delgadez, emblema esencial para ser aceptado socialmente y triunfar en la vida, en contraste, el engordar representa fracaso. En el campo laboral, este modelo, es un requerimiento irrefutable, que cataloga al individuo en el entorno de competente o no en algunas actividades o profesiones como las geishas (consideradas artistas japonesas que son educadas desde la infancia para adquirir fama, talento y respeto en base a su apariencia física, modo de vestir, caminar, comportarse).²⁶

En la actualidad, el licenciado en nutrición, en su desempeño profesional se enfrenta al reclutamiento de las instituciones, en las que se le exige mostrar el conocimiento y la habilidad en el área, pero de igual manera, el contexto social le está solicitando cumplir con imposiciones relacionadas con la tésitura de imagen corporal, presentando una figura delgada, bajo el supuesto que simbolicen lo que promueven, pero desde una configuración social, formada por el paradigma: imagen corporal

delgada igual a éxito y no a manera de un factor apreciable en el contexto de la salud. Desde esta óptica, los futuros profesionales de la nutrición, se enfrentarán al cumplimiento de ambas exigencias; condicionándolos a personificar la imagen, a partir de la perspectiva social e introyectando el paradigma de la relación delgadez-éxito, que, al no conseguirla, puede generar mayor preocupación por el peso, la imagen corporal y la alimentación. Circunstancia que en algunos de ellos, los puede inducir a conductas y comportamientos de riesgo si no consigue equiparar la exigencia social con su realidad e incrementando la ansiedad y traspasando los límites “normales” de la salud, convirtiéndose en ideas obsesivas que evolucionen en sintomatología característica de los trastornos alimentarios.³⁵

En estudiantes de áreas biomédicas, los síntomas de trastornos alimentarios se asociaron con estudiar ginecología y obstetricia (por predominancia femenina), actividades académicas extracurriculares (por estrés asociado a carga académica, perfeccionismo, debido a la exigencia durante el estudio de cada licenciatura y a la competitividad escolar, vocación de servicio y a la responsabilidad que implica el tratar con vidas humanas), uso de redes sociales (al generar presión social o discriminación) y acoso escolar (por presión de grupo e insatisfacción corporal). El acoso verbal y físico provocaría insatisfacción corporal en hombres; por otro lado, en mujeres las críticas y burlas tendrían el mismo efecto; en ellas la ansiedad y la depresión jugarían un rol importante. Bajo el modelo de Garner el factor predisponente es el sexo femenino, mientras que factores precipitantes son la insatisfacción con el peso o silueta corporal y los ideales impuestos por el grupo.³³

Los factores antes mencionados son los que pueden llevar al adolescente a adoptar conductas alimentarias de riesgo, entendidas como aquellas manifestaciones que no cumplen con los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pero que son conductas características de los mismos, tales como dietas, atracones, conductas purgativas y miedo a engordar.⁷

La conducta alimentaria se instaura en la infancia, donde el entorno familiar contribuye al modo de alimentarse, siendo la madre la principal responsable en transmitir estas conductas a sus hijos, instaurándose las preferencias y rechazos a determinados alimentos, creándose en este periodo patrones de alimentación que pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria durante la adolescencia.

Las conductas alimentarias de riesgo que tomaré en cuenta para este estudio son sobreingesta por compensación psicológica, dieta crónica restringida, conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria normal; las cuales se asocian al desarrollo de trastornos alimentarios.¹³ En lo referente a este estudio abordaré anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que los trastornos de la conducta alimentaria representan un problema de salud pública importante y que va en aumento incrementándose la incidencia, tanto por el número de personas afectadas como por las muertes que ocasiona.¹⁵

Los datos epidemiológicos fundamentan que los adolescentes son el segmento de la población más vulnerable, sin embargo, actualmente se presentan a edades más tempranas. Dentro de ellos las mujeres entre el 90-95% presentan un mayor riesgo a padecerlos en una proporción 9:10, mientras que en los hombres la proporción es 1:10.¹⁵

La prevalencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en mujeres jóvenes se sitúa entre 0.5% para la anorexia nerviosa y de 1-3 % para la bulimia nerviosa de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría.^{13,15}

Con respecto a la población general la prevalencia de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa está situada entre el 0.5% y el 1%. En población adolescente las cifras aumentan, con una prevalencia de anorexia nerviosa en mujeres de entre el 0.1-2% y entre 0.1-0.9% en hombres.¹⁵

El Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) reveló que los trastornos alimentarios aumentaron en México durante los últimos 20 años. Precisó que 95% de los casos de anorexia y bulimia se desarrolla a partir de hacer una dieta estricta y 90% de las personas con estos padecimientos son mujeres; también destacó que las adolescentes entre 14 y 19 años presentan una mayor prevalencia de trastornos alimentarios; siendo la prevalencia máxima entre los 15 a 25 años.¹⁶

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) cada año se registran 20 mil casos entre adolescentes. El 57% de los adolescentes enfermos puede llegar a tener una vida normal con tratamiento médico; 40% tiene una cura total, y el 3% fallece.¹⁷

En la Guía de Trastornos Alimenticios¹² se señala que las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17 años. La expansión de los padecimientos ha implicado también su aparición en edades cada vez más tempranas. Los trastornos alimenticios se presentan tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante.^{12,18}

Las conductas alimentarias de riesgo identificadas con mayor frecuencia en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. La principal conducta de riesgo en mujeres fue la preocupación por engordar (19.7%). En hombres, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%).^{17,18}

Estos resultados permiten conocer la magnitud y tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes mexicanos. Esta información podría ser útil para diseñar estrategias de salud pública que prevengan la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en los grupos poblacionales de mayor riesgo.^{17,18,19}

La bulimia nerviosa es la presentación más común de los trastornos de conducta alimentaria considerando todos los grupos etarios, su prevalencia se ha estimado entre 1 y 2% en mujeres jóvenes y su edad de aparición suele ser entre 15.7 y 18.1 años.^{17,19}

Los trastornos de la alimentación son alteraciones de la conducta alimentaria que afectan tanto a la esfera biológica como a la psicosocial. Actualmente, la clasificación de los tipos de TCA y sus características para el diagnóstico quedan definidas en los criterios del DSM-5. Los estudios de prevalencia indican amplias diferencias en función del grupo de edad y sexo, siendo muy superior en las mujeres jóvenes (AN del 0,1 al 2 %; BN del 0,37 al 2,98 %; TA del 0,62 al 4,45 %). La prevalencia de los TCA por continentes es del 2,2 % (0,2-13,1 %) en Europa, del 3,5 % (0,6-7,8 %) en Asia y del 4,6 % (2,0-13,5 %) en América. La comorbilidad de los TCA es elevada con problemas psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, y también con el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, con el trastorno obsesivo compulsivo y con los trastornos de la personalidad.⁵⁵

La mayoría de las personas que cursan con un TCA tienen comorbilidades como depresión o enfermedades de ansiedad. La prevalencia es tan elevada como 83%.²¹ Otros padecimientos psiquiátricos asociados son el trastorno obsesivo compulsivo, ataques de pánico, déficit de atención e hiperactividad, desorden bipolar, abuso de sustancias y síndrome de estrés postraumático. Mortalidad Los TCA tienen la tasa más alta de mortalidad de todas las enfermedades psiquiátricas,²² con un riesgo 6-12 veces mayor de presentar muerte prematura, en comparación con la población general.⁵⁴

DETECCIÓN OPORTUNA

Son patologías mentales graves biológicamente influenciadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos trastornos se presentan con comportamientos alimentarios anormales, acompañados por una distorsión en la percepción de la imagen corporal, una preocupación excesiva por el peso y por la comida. Estos comportamientos alimentarios persistentes pueden afectar y deteriorar significativamente la salud física, mental y el funcionamiento psicosocial de quienes los padecen y, en casos extremos, pueden llegar a provocar la muerte, siendo las causas más frecuentes el suicidio o la desnutrición.⁵⁶

La mejor forma de prevenir los TCA es con la difusión de los síntomas de la enfermedad para que cada uno/a pueda detectarlos tempranamente en su entorno y lograr un diagnóstico oportuno.⁵⁶

Algunas recomendaciones emitidas por la OMS para identificarlos son: presencia de una visible pérdida de peso por evitar el consumo de alimentos calóricos, los vómitos autoprovocados luego de grandes ingestas de comida, la distorsión del aspecto corporal, realizar ejercicio en exceso, consumo de fármacos para lograr purgas intestinales cuando no son necesarias.⁵⁶

El diagnóstico y el tratamiento oportuno son fundamentales y éste último debe ser interdisciplinario, es decir, con la intervención de un equipo de profesionales médicos, enfermeros, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, profesores de educación física, acompañantes terapéuticos, según los requerimientos de cada paciente y el abordaje particular de cada caso según los síntomas presentes. Además, no sólo el paciente necesita orientación y seguimiento sino también su entorno familiar, el cual se ve gravemente afectado.⁵⁶

La cultura de la extrema delgadez, los ideales de belleza, junto con las alteraciones en los vínculos familiares y una predisposición genética del individuo, constituyen factores de riesgo importantes para los TCA.⁵⁶

La GPC menciona como criterios de referencia: Los pacientes con sospecha de diagnóstico de algún trastorno alimentario, deberán ser referidos a tercer nivel de atención, al servicio de psiquiatría, para recibir un tratamiento especializado y los pacientes con ideación suicida o esquizofrenia, deberán ser referidos al servicio de urgencias del hospital psiquiátrico.⁵⁷

DIAGNÓSTICO

SEÑALES FÍSICAS

Algunos indicios de los trastornos alimenticios son detectables a simple vista. En el caso de la anorexia, el primero y el más visible es la continua y prolongada reducción de peso, que puede conducir a la delgadez extrema y a la desnutrición; ésta se refleja en la piel reseca y con color grisáceo o amarillento, las uñas quebradizas, el debilitamiento o la caída del cabello, la intolerancia al frío y la persistencia de bajas temperaturas en pies y manos, que adquieren un color morado.^{49,50,51}

La bulimia es más difícil de detectar porque los atracones y las compensaciones se hacen en secreto y no derivan necesariamente en una continua pérdida de peso. En el caso de quienes vomitan es necesario buscar signos físicos acompañantes como lesiones o pérdida del esmalte dentario, escoriaciones en las articulaciones interfalángicas de aquellos dedos utilizados para provocar el vómito.^{49,50,51}

SEÑALES PSICOSOCIALES

Las personas con trastornos alimenticios se aíslan socialmente, se vuelven irritables, se sienten culpables o están malhumoradas. La ansiedad, la impulsividad y la inestabilidad emocional son rasgos predominantes en quienes padecen bulimia. A veces estas sensaciones se exacerban cerca de las horas de comida.^{49,50,51}

La permanente preocupación por el peso y la delgadez de quienes sufren estos padecimientos, por un lado, se extiende al entorno social, de tal modo que critican incisivamente la gordura y, por otro, preguntan constantemente a los demás cómo se ven y se comparan insistentemente con otras personas. Como la percepción de sí mismos es distorsionada, recurren a los otros en busca de aseguramiento y corroboración. Las personas con trastornos alimentarios no pueden experimentarse a sí mismas como individuos unificados o autocontrolados, capaces de dirigir su vida. Al mismo tiempo, las personas con trastornos alimentarios presentan, tanto alto rendimiento estudiantil como desempeño escolar o profesional, en contraposición con desajustes en lo social, sexual y, en su caso, marital.^{49,50,51}

En conjunto con lo anteriormente mencionado es importante la realización de una entrevista clínica (historia clínica completa), que se integra con la exploración física, la psicológica, conductual y las exploraciones complementarias con el objetivo de valorar la existencia de alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y cognitivas. La actitud del clínico hacia el paciente es fundamental para conseguir información fiable y garantizar la continuidad del proceso terapéutico.^{50,51}

La exploración física completa es crucial, debe ir dirigida a valorar el estado nutricional del paciente y a detectar posibles complicaciones físicas secundarias a la restricción alimentaria y/o las conductas purgativas que determinarán la intervención o no de otros especialistas. Se deben registrar los datos correspondientes a las constantes vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura axilar y frecuencia respiratoria). En relación al peso y talla, se determinará el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso kg} / \text{talla m}^2$).^{50,51,57}

Se debe de llevar a cabo una exploración general por aparatos y sistemas con una atención especial a los signos de malnutrición y a la detección del crecimiento o del desarrollo sexual:

– Exploración de piel y mucosas y exploración dentaria. Estado de hidratación de la piel y mucosas (pliegue cutáneo), presencia de pigmentación caroténica, presencia de hipertrichosis, alopecia, uñas frágiles, lesiones dérmicas sospechosas de autoagresión (cortes, arañazos, quemaduras), presencia de petequias, púrpuras, hipertrofia parotídea y/o de glándulas submaxilares, heridas en el dorso de la mano o los dedos a causa de provocarse el vómito (signo de Russell), lesiones orodentales o faríngeas crónicas, erosiones dentales, desmineralizaciones del esmalte y caries.^{50,51}

– Exploración cardiocirculatoria. El electrocardiograma se debe realizar a las personas con AN y signos de desnutrición y también a las personas con BN con riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico. Ya que la hipopotasemia y la hipomagnesemia puede causar extrasístoles y arritmias ventriculares.^{50,51}

– Exploración respiratoria. Posibles infecciones oportunistas, posible neumotórax o, incluso, neumonía por aspiración.^{50,51}

– Exploración neurológica. Detección de posibles polineuropatías secundarias por déficits vitamínicos, detección de síntomas neurológicos secundarios a hipopotasemia.^{50,51}

La entrevista psicológica es de gran importancia para confirmar el diagnóstico de trastornos alimentarios, evaluar la situación de riesgo, indagar sobre factores desencadenantes de las conductas sintomáticas e iniciar los primeros pasos del proceso terapéutico. Resulta sumamente útil para conocer el estado emocional del o la paciente, explorar el funcionamiento mental y los rasgos de carácter, los conflictos básicos, las dificultades actuales, las relaciones con la familia y los pares y las actividades que lleva a cabo, entre otros aspectos. Preguntas referidas sobre la actividad física desarrollada y la percepción de su propio cuerpo son de gran utilidad para el establecimiento del diagnóstico diferencial; en los trastornos alimentarios se suelen negar la enfermedad, la pérdida de peso y las conductas patológicas.^{50,51}

En función de los resultados de la exploración física, se pueden realizar exploraciones complementarias que incluyen pruebas de laboratorio como: biometría hemática, química sanguínea, enzimas hepáticas, electrolitos séricos, proteínas totales, albúmina, creatinina, urea, perfil tiroideo y hormonal, pruebas de coagulación, examen general de orina. Lo cual permite descartar posibles causas orgánicas de la pérdida de peso y establecer diagnósticos diferenciales.^{50,51}

En relación con la AN, se ha de hacer el diagnóstico diferencial con aquellas patologías que puedan cursar con pérdida del apetito y pérdida de peso importante.⁵²

- Trastornos mentales: depresión, ansiedad, trastornos psicóticos y consumo de tóxicos.
- Diabetes mellitus.
- Tuberculosis.
- Hipertiroidismo.
- Neoplasias del sistema nervioso central.

Otras menos frecuentes: linfomas, sarcoidosis, enfermedad de Addison, enfermedad celíaca, SIDA, intolerancia a la lactosa, panhipopituitarismo, etc.⁵²

En la BN, el diagnóstico diferencial es más limitado que el de la AN e incluye entidades orgánicas que cursan con hiperfagia y aumento de peso:

- Diabetes mellitus.
- Hipotiroidismo.
- Síndrome de Kleine-Levin (trastorno idiopático que afecta sobre todo a hombres de 20-30 años y que cursa con hipersomnia e hiperfagia).
- Lesiones hipotalámicas.
- Tumores inductores de hiperfagia.
- Depresión mayor, depresión atípica, trastorno límite de la personalidad (TLP).

Las complicaciones médicas de los TCA pueden afectar a la mayoría de los órganos del cuerpo. Los signos y síntomas físicos durante la adolescencia se deben principalmente a la malnutrición y a las consecuencias de las conductas compensatorias. Estas complicaciones son más frecuentes en la AN y su aparición se correlaciona con la duración, severidad, número de episodios de TCA y momento del desarrollo en que este se presenta. Estas hacen de la AN una de las principales causas de incapacidad entre los adolescentes.^{52,53}

Algunas de las condiciones médicas asociadas a la AN son problemas cardiovasculares y gastrointestinales, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones músculo-esqueléticas tales como debilidad y pérdida de fuerza, osteopenia y osteoporosis.^{52,53}

La mayoría de las complicaciones de la AN remiten con la recuperación nutricional y/o el cese de las conductas purgativas, pero otras son irreversibles o incluso pueden conducir a la muerte. Entre aquellas que pueden ser irreversibles se encuentran el retardo del crecimiento en los casos en que el TCA se presenta antes del cierre de la epífisis, pérdida del esmalte dental, cambios en la estructura cerebral, retardo o detención en el desarrollo puberal y dificultad para la adquisición de masa ósea predisponiendo a osteopenia u osteoporosis.^{52,53}

Entre los trastornos médicos asociados a la BN se encuentran los trastornos electrolíticos, problemas gastrointestinales y del sistema reproductivo, hinchazón de las glándulas parótidas y daño del esmalte dental. Estos son consecuencia, principalmente, de las conductas purgativas.^{52,53}

En la esfera de la salud mental, existen problemas psicológicos y psiquiátricos que frecuentemente acompañan a los TCA. Estos pueden llegar a afectar el desarrollo psicosocial de los adolescentes en esta etapa crítica. Por esto, es de suma importancia su atención y tratamiento temprano.^{52,53}

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes ligados a la AN son la depresión, trastornos de ansiedad y, en particular, obsesivo-compulsivos. La depresión puede ser vista como una consecuencia de la desnutrición más que un desorden precedente o una enfermedad independiente, mientras que los trastornos obsesivo-compulsivos se tienden a presentar en forma independiente de la AN y muchas veces la preceden.^{52,53}

Conductas impulsivas tales como autoagresiones y abuso de sustancias también se han descrito frecuentemente asociadas a AN. En términos de rasgos de personalidad, los más comunes son los rasgos obsesivo-compulsivos y limítrofes. Finalmente, algunos desórdenes del desarrollo también se han encontrado presentes en adolescentes con AN, especialmente síndromes del espectro autista.^{52,53}

Las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con BN también son comunes. En los adolescentes principalmente se observan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, síndrome por déficit de atención con hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, conductas impulsivas, trastorno de personalidad límite, baja autoestima, autoagresiones e intentos de suicidio.^{52,53}

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Generales como hematemesis, anomalías intestinales, debilidad, letargia, desvanecimientos, intolerancia al frío y problemas dentales. Frecuentemente los pacientes con trastornos alimentarios pueden presentar ansiedad, depresión, síntomas gastrointestinales, síntomas menstruales o bien pueden ser pacientes diabéticos con poco control de su enfermedad. En pacientes con bajo peso, se debe buscar evidencia de velocidad baja del flujo sanguíneo, temperatura corporal baja y debilidad muscular. En jóvenes y niños puede encontrarse cualquier retraso en el desarrollo. El peso corporal por debajo del 15% del peso ideal (ya sea que lo haya perdido o que nunca lo haya alcanzado), o bien que el IMC se encuentre en 17.5 o menos. Pacientes que no logran obtener el incremento esperado de peso en el periodo de crecimiento.⁵⁷

EXPLORACIÓN FÍSICA

Debe realizarse en forma completa. Es recomendable propiciar un ambiente de confianza y respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Se debe incluir:

- Temperatura corporal
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Presión arterial
- Peso
- Estatura
- Índice de masa corporal
- Perímetro de cintura
- Examen de la boca (buscar alteraciones dentarias)
- Manos: callosidades provocadas por la acción de provocarse el vómito
- Exploración de glándula tiroides
- Soplos carotídeos y cardíacos
- Visceromegalias

La pérdida de peso en la anorexia nerviosa es autoinducida, evitando el consumo de comida “engordadora”; además, de una o más de los siguientes comportamientos: autoinducción del vómito; purga autoinducida; ejercicio en exceso; uso de supresores del apetito o de diuréticos.⁵⁷

Como complemento del diagnóstico se deben solicitar estudios de laboratorio y gabinete que son indispensables para valorar la gravedad de cualquiera de los desórdenes alimentarios y de utilidad cuando se refiere a segundo nivel. Se debe incluir: biometría hemática, glucosa sérica, urea, creatinina, electrolitos séricos, perfil de lípidos, pruebas de función hepática, examen general de orina, electrocardiograma, perfil tiroideo. Pruebas de laboratorio y gabinete opcionales: fosfato sérico (durante el proceso de realimentación en el caso de desnutrición). Densitometría ósea de cadera y columna lumbar (en el caso de anorexia nerviosa con amenorrea secundaria de más de 6 meses de evolución).⁵⁷

TRATAMIENTO

Una vez que se tiene un diagnóstico de TCA, la elección del tratamiento dependerá de las características de la persona que lo padece, su gravedad y tipo de enfermedad. El tratamiento para adolescentes con TCA debe contemplar la complejidad biopsicosocial de estas enfermedades junto con las características propias de esta etapa de la vida.^{52,53}

Los adolescentes suelen requerir tratamiento a largo plazo, con un promedio de 5-6 años. La intervención temprana es esencial, para evitar daños físicos permanentes causados por la enfermedad durante las etapas del crecimiento y desarrollo. El tratamiento óptimo implica, la participación de un equipo multidisciplinario que esté capacitado para abordar las múltiples facetas de estos trastornos. Este equipo idealmente debe estar comprendido por un médico especialista en el desarrollo adolescente, especialista en nutrición, especialistas en salud mental (psiquiatra y psicólogo) y, en los casos de hospitalización, enfermeras especialistas en el manejo de los TCA.^{52,53}

Las metas de mismo tratamiento son: ayudar al adolescente a lograr, alcanzar y mantener su salud física y psicológica, restaurar el peso apropiado de acuerdo al índice de masa corporal y el metabolismo del cuerpo, normalizar los patrones de alimentación, tratar cualquier complicación y eliminar conductas compensatorias. La motivación es el principal motor para la recuperación de cualquier trastorno y se ha demostrado que las terapias convencionales fallan cuando la motivación es baja.^{52,53}

En el caso de la AN, es altamente probable que el adolescente no reconozca que tiene un problema. Su presentación en una consulta, por lo tanto, implica frecuentemente un cierto grado de coerción por parte de la familia u otros profesionales de la salud que hayan detectado el problema. Por lo mismo, no están listos para modificar su conducta y, más aún, valoran su enfermedad incluso aunque ésta conlleve un riesgo de vida.^{52,53}

En el caso de la BN, puede existir una mayor motivación para el cambio de por lo menos algunas de las conductas ligadas a la enfermedad. Los adolescentes con BN por ejemplo, se muestran más motivados a disminuir los atracones y las conductas purgativas, pero menos motivadas a dejar la conducta de dieta o tolerar un peso normal. Así, resolver la ambivalencia para el cambio se mantiene como un desafío para el tratamiento.^{52,53}

En este contexto, el modelo de la Entrevista Motivacional (EM) ha sido utilizado en forma creciente en el campo de los TCA. Este modelo de entrevista tiene por objetivo lograr incrementar la motivación intrínseca del paciente. Implica un enfoque directivo pero no impositivo, donde se trabaja la resistencia al cambio y se reconocen y resuelven las ambivalencias que éste produce. La EM se sirve de ciertas estrategias fundamentales (uso de preguntas abiertas, reforzar al paciente, resumir lo que el paciente ha dicho durante la entrevista, fomentar la autoeficacia) para ayudar al paciente a reconocer su problema y sus consecuencias y, así, motivarse a cambiar.^{52,53}

Finalmente, el trabajo motivacional no sólo ha sido útil en el tratamiento con los adolescentes con TCA sino también en el trabajo con sus familias. Se ha desarrollado una forma de trabajo grupal con padres a quienes se les entrena en EM como una forma de acompañar efectivamente a sus hijos en el camino de la recuperación y, además, implica un trabajo personal de los cuidadores.^{52,53}

TRATAMIENTO

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

Las guías internacionales recomiendan, en el caso de la AN, que el tratamiento se realice en forma ambulatoria en primera instancia, usando la alternativa de hospitalización para aquellos casos que no respondan ambulatoriamente, presenten alto riesgo vital y escasos recursos psicosociales. La hospitalización en estos casos debe combinar la realimentación con las intervenciones psicológicas.^{52,53}

La recomendación que cuenta con mayor acuerdo entre los especialistas e investigadores, es que se utilicen intervenciones familiares que aborden directamente el trastorno alimentario. La evidencia apoya los tratamientos con base familiar particularmente a las terapias derivadas del Modelo Maudsley donde la familia es vista como el principal recurso para ayudar al adolescente a recuperarse.^{52,53}

Este modelo se conceptualiza como un tratamiento ambulatorio para los adolescentes no crónicos médicamente estables y se basa en el supuesto de que la familia es el recurso más importante para el adolescente para la restauración del peso y volver a patrones de alimentación saludables.^{52,53}

El tratamiento se divide en varias fases superpuestas. Durante la primera fase, las fortalezas parentales se centran principalmente en la rehabilitación del peso de sus hijos y la normalización de la alimentación. Los padres cuidan la ingesta de alimentos del adolescente, supervisan las comidas y restringen la actividad física y el comportamiento de purga.^{52,53}

En la segunda fase de tratamiento, después de haber alcanzado un peso más saludable, se anima al adolescente a recuperar la responsabilidad sobre la comida. A su vez, los padres se retiran del control de comer; su atención será solicitada por preguntas más generales sobre la vida y el funcionamiento de los adolescentes apropiados para la edad.^{52,53}

Durante la tercera fase, este aspecto será aún más enfatizado con un enfoque en el desarrollo normal del adolescente y el aumento de la autonomía y de cómo el trastorno alimentario ha perturbado este proceso. Por último, pero no menos importante durante esta última fase, se hará hincapié en la necesidad de estrategias de prevención de la recaída. La efectividad mejora notablemente en el caso de adolescentes con TCA de corta duración y donde el nivel de conflicto familiar no es muy alto.^{52,53}

En AN, los antipsicóticos atípicos (olanzapina) y los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (fluoxetina) son los fármacos más utilizados; de ser necesario ansiolíticos de la familia de las benzodiacepinas para tratar síntomas de ansiedad o como hipnótico. Así como también se pueden emplear estabilizadores del ánimo por su efecto ansiolítico y su eficacia en la impulsividad.^{52,55}

Según las pautas holandesas, si se inicia la medicación, la olanzapina es el fármaco de primera elección en el tratamiento de la AN en niños y adolescentes; la fluoxetina puede ser útil en disminuir el riesgo de recaídas en los pacientes.^{52,53}

La terapia individual focalizada en la adolescencia ha mostrado similar efectividad al final del tratamiento que la terapia basada en la familia. Otras terapias a ser consideradas incluyen la terapia cognitivo analítica, la terapia interpersonal y la terapia focal psicodinámica.^{52,53}

TRATAMIENTO

BULIMIA NERVIOSA (BN)

De acuerdo a la evidencia, el tratamiento más efectivo es la terapia cognitivo-conductual la cual se focaliza en las actitudes, pensamientos y conductas que mantienen el trastorno. Esta terapia tiene por duración entre 16 y 20 sesiones a lo largo de 4 -5 meses como mínimo.^{52,53}

La terapia interpersonal ha demostrado igualmente ser efectiva, pero de resultados más lentos que la terapia cognitivo-conductual. Los antidepresivos, como la fluoxetina, han demostrado tener un efecto positivo en la disminución de los atracones y purgas llevando a una disminución sintomática que varía entre un 50 y 70% dentro de las primeras semanas de tratamiento. Además, mejora notablemente la sintomatología de patologías psiquiátricas comórbidas tales como depresión o síntomas obsesivo-compulsivos. La farmacoterapia tiene una base de evidencia muy limitada y no debe usarse como la estrategia de tratamiento primaria o única.^{52,53}

La psicoterapia es indispensable en el tratamiento de los trastornos alimentarios, los conflictos personales tales como dificultades en la autoestima y la autopercepción, la vinculación con la familia y las amistades, el aislamiento, la falta de ánimo y la apatía son los que originan y sostienen el padecimiento.^{52,53}

La psicoterapia es el camino para encontrar otras vías de resolución de los mismos. El tratamiento psicológico también contribuye al buen desarrollo del proceso de recuperación en la medida en que influye en la toma de conciencia sobre la enfermedad y sus riesgos, así como en la aceptación de la participación de los otros en el proceso de curación, desde el equipo multidisciplinario hasta la familia.^{52,53}

Cuando la situación no es de urgencia médica y la desnutrición o los desequilibrios no son graves, lo indicado es el inicio de una psicoterapia individual a la brevedad y su complemento con el apoyo de una terapia familiar idónea. Si la persona se resiste a aceptar que tiene un problema, a ser tratada, y la desesperanza frente a los síntomas o al propio tratamiento aumenta, la terapia de grupo es útil porque establece un encuentro con “iguales” que sufren las mismas dificultades.^{52,53}

Aunque no es suficiente, puede ser de gran apoyo cuando el trabajo en otros ámbitos (médico, individual, familiar) no ha podido iniciarse, se ha obstaculizado o no ha dado muestras de avance. El tiempo y la forma de recuperación es variable y depende de cada tipo de atención y en relación con la forma del trastorno alimentario. Cada caso es diferente, evoluciona o se modifica a su manera. Un alto grado de reincidencia es característico de estos trastornos. A veces el inicio de la restauración nutricional contribuye a superar los síntomas depresivos; en otras, aunque el grado de desnutrición no sea grave, se requiere apoyo terapéutico prolongado y constante para la mejoría.^{52,53}

A su vez, la recuperación ponderal no indica en sí misma la superación del padecimiento. Si bien es cierto que los trastornos alimenticios pueden tener efectos orgánicos graves, sus causas son psicológicas y familiares y están fuertemente marcadas por lo social, que se refleja en cada caso de manera específica. Lo que se arriesga en los trastornos alimenticios no es sólo el vivir social, laboral o familiar, sino la vida misma.^{52,53}

Dado el insatisfactorio escenario en términos de efectividad de los tratamientos actualmente disponibles para los TCA, se ha hecho un llamado a generar modelos de comprensión de la enfermedad que permitan sentar las bases para el desarrollo e implementación de nuevas tecnologías de tratamiento.^{52,53}

Uno de éstos, es el modelo interpersonal para AN, desarrollado por Schmidt y Treasure. Este modelo es innovador ya que se basa en evidencia científica sobre los factores que mantienen la enfermedad e incluye recientes hallazgos de la investigación en neuropsicología, cognición social y personalidad en AN.^{52,53}

El modelo describe factores intra e interpersonales que mantienen el TCA y las estrategias para abordarlos. Se basa en una formulación clínica de cada caso, está diseñado a la medida de las necesidades del paciente y con intervenciones modularizadas, con una clara jerarquía de los procedimientos empleados. Fue originalmente diseñado para AN, tiene utilidad teórica y clínica para pacientes con BN u otros TCA. Los factores de mantenimiento descritos en este modelo son:

- Factores cognitivos: rigidez cognitiva y estilo de pensamiento focalizado en los detalles. Estos factores están presentes antes del desarrollo de la enfermedad, se acentúan durante la fase aguda de la enfermedad y persisten en muchos pacientes, incluso después de recuperarse. Se ha demostrado que estos rasgos cognitivos están también presentes en hermanas sanas de las afectadas, lo cual presupone un componente genético en su origen.
- Estilo socioemocional: Las dificultades socioemocionales de las pacientes con TCA están presentes antes del desarrollo del desorden, aunque la desconexión emocional se agudiza durante la enfermedad. Se demuestra en niveles altos de evitación y sentimientos de anestesia emocional.
- Estudios en procesamiento emocional muestran que el reconocimiento de las emociones básicas está limitado en personas que desarrollan AN aún antes de presentar el desorden, y persiste después de la recuperación. Sin embargo, este rasgo no se presenta en personas con BN. La expresión emocional está también disminuida en pacientes con AN quienes, a su vez, presentarían dificultades en la capacidad para resolver problemas.^{52,53}
- Pensamientos a favor de TCA: Las creencias positivas sobre el TCA que se desarrollan posterior a su inicio (por ejemplo, la sensación de maestría y control sobre el peso). Se ha visto que las personas con TCA desarrollan una serie de creencias afirmativas que favorecen la identificación del trastorno consigo mismas. Estas creencias generan parte de las dificultades. Es fundamental la comprensión de estas creencias por parte del equipo tratante, así como su inclusión en el tratamiento, para evitar generar mayores resistencias al cambio.^{52,53}
- Factores interpersonales: Las reacciones emocionales de los familiares cercanos al adolescente con TCA, particularmente de sus padres, pueden contribuir reforzando inadvertidamente los síntomas de TCA. Esto se relaciona con la alta emoción expresada y la acomodación de la familia al trastorno.^{52,53}

PRONÓSTICO

Para evitar la cronicidad del trastorno se recomienda un tratamiento temprano lo cual requiere de un diagnóstico y derivación oportunos. En general, se ha demostrado que aproximadamente el 50% de las pacientes tienen una buena evolución, el 30% tiene síntomas residuales, y aproximadamente el 20% no mejora. Aquellas adolescentes que tienen una edad más temprana de inicio parecen tener un mejor pronóstico; otros factores de buen pronóstico son la duración más corta de los síntomas y una mejor relación padres – hijo.⁵³

Purgas, hiperactividad física, pérdida de peso significativa, y la cronicidad están asociadas a un peor pronóstico. El pronóstico es más favorable en esta etapa del desarrollo, en especial si existe un diagnóstico y tratamiento oportuno, multidisciplinario, intensivo y de seguimiento a largo plazo.⁵³

Las tasas de mortalidad para adolescentes con AN es de 1.8%. La mortalidad es atribuible a las complicaciones de la inanición y al suicidio. La tasa de mortalidad informada para BN es de 0.32%.⁵³

Si bien el pronóstico es variable de acuerdo con el momento del diagnóstico y el tipo de padecimiento, existen algunos factores asociados con mal pronóstico, tales como las conductas purgativas, trastornos de personalidad, conflictos familiares y edad de presentación temprana o tardía. Se estima que 20% de las personas con TCA pueden llegar a la cronicidad.⁴⁰ Se considera un estado crónico cuando pasados 10 años persisten las ideas restrictivas de la alimentación. Inclusive después de haber logrado una adecuada recuperación nutricional, los comportamientos alimentarios inadecuados como la restricción de grasas, baja variedad dietética, consumo de raciones pequeñas, entre otros, constituyen un factor de riesgo de recaídas y recidivas.⁵⁴

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud pública, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presentan en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta y en algunas ocasiones ocasionando la muerte de las personas que los padecen.

La insatisfacción con la imagen corporal y la alteración de la percepción de la misma se relaciona con la presencia de conductas alimentarias de riesgo, las cuales se asocian al desarrollo de dichos trastornos.

Así mismo el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria mejora significativamente si son diagnosticados y tratados en forma precoz. Sin embargo, con frecuencia ello se dificulta pues las y los preadolescentes que los sufren tienden a esconderlos por tener escasa conciencia de enfermedad y motivación al cambio.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria representan en la actualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el problema de salud

La prevalencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en mujeres jóvenes se sitúa entre 0.5% para la anorexia nerviosa y de 1-3 % para la bulimia nerviosa de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría.^{13,15}

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) cada año se registran 20 mil casos entre adolescentes. El 57% de los adolescentes enfermos puede llegar a tener una vida normal con tratamiento médico; 40% tiene una cura total, y el 3% fallece.¹⁷

A través de esta investigación se identificó la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), así como la detección oportuna a través de instrumentos fiables de fácil aplicación en el primer nivel de atención ya que no se han realizado estudios en la Institución con la consiguiente necesidad de realizar un abordaje oportuno en la población adolescente interviniendo antes de que los presenten, a través, de la identificación de conductas alimentarias de riesgo (CAR); analizar esta relación entre la percepción de la imagen corporal y la presencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la percepción de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar mediante la escala visual de siluetas corporales la percepción de la imagen corporal de los adolescentes.

Determinar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo con la aplicación de la escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria.

1.5. HIPÓTESIS DE TRABAJO

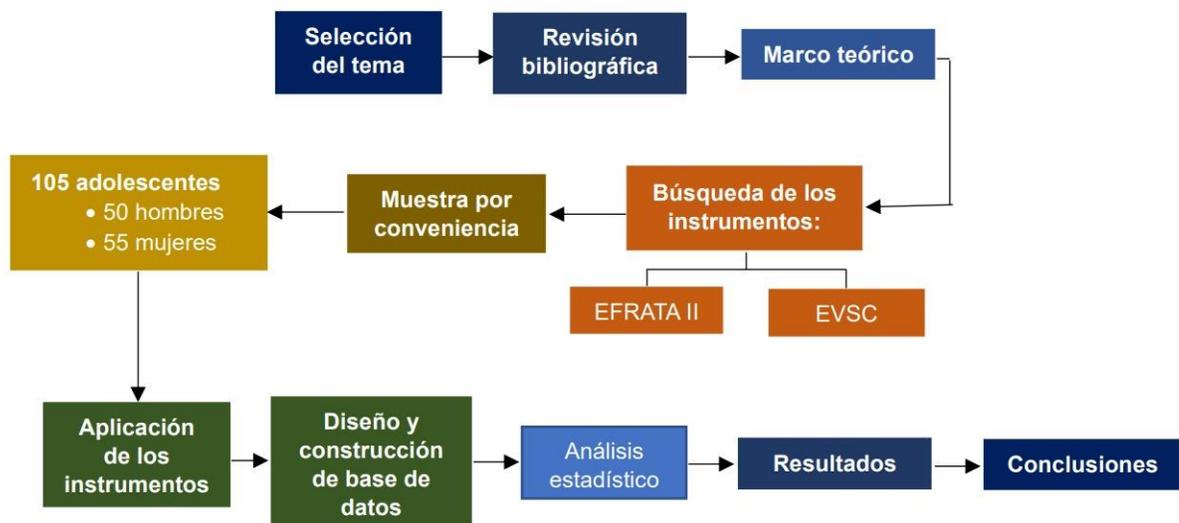
Por ser un estudio de tipo observacional, no se requiere. Sin embargo, se formula una hipótesis de trabajo:

La percepción de la imagen corporal que tienen los adolescentes se relaciona con la adopción de conductas alimentarias de riesgo; incrementado la probabilidad de que se presente un trastorno de conducta alimentaria.

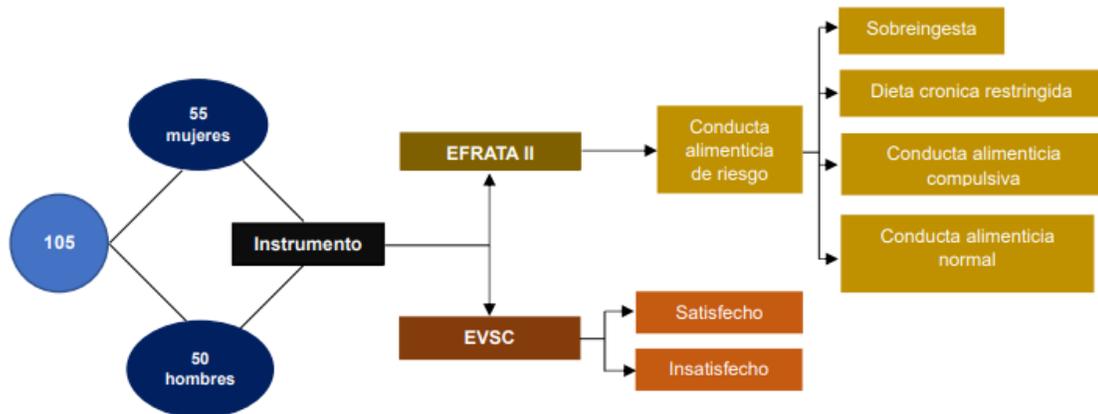
II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal.



2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO



- **EFRATA II:** Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria.
- **EVSC:** Escala visual de siluetas corporales.

2.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Adolescentes de 10 a 13 años inscritos en la Escuela Dominical La Iglesia del Señor, ciudad de México, Alcaldía Coyoacán del periodo junio a julio de 2016.

2.4. MUESTRA

No probabilística por conveniencia.

2.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adolescentes que asistieron a la Escuela Dominical La Iglesia del Señor durante el periodo en el que se realizó el estudio.

Alumnos de 10 a 13 años de edad que contaron con consentimiento informado.

2.5.2. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Alumnos menores de 10 años de edad.

Tener alguna deficiencia cognitiva incapacitante.

No contar autorización del padre o tutor.

2.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Cuestionarios, instrumentos y escalas visuales incompletos o mal requisitados.

2.6. VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

2.6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

2.6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE
EDAD	CUANTITATIVA	PERIODO DE TIEMPO DE EXISTENCIA DE UNA PERSONA QUE VA DESDE EL MOMENTO DE SU NACIMIENTO HASTA EL MOMENTO DE SU VIDA QUE SE CONSIDERE.	CUANTITATIVA NUMERICA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	Cédula de Datos
SEXO	CUALITATIVA	CONDICIÓN ORGÁNICA QUE DISTINGUE AL HOMBRE DE LA MUJER.	NOMINAL	1.MASCULINO 2.FEMENINO	Cédula de Datos
GRADO ESCOLAR	CUALITATIVA	AÑOS DE ESCUELA CURSADOS.	ORDINAL	1.TERCERO 2.CUARTO 3.QUINTO 4.SEXO	Cédula de Datos
PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL	CUALITATIVA	ES LA CONFIGURACIÓN GLOBAL, O CONJUNTO DE REPRESENTACIONES, SENTIMIENTOS Y ACTITUDES QUE EL INDIVIDUO ELABORA CON RESPECTO A SU CUERPO DURANTE SU EXISTENCIA, ATRAVÉS DE DIVERSAS EXPERIENCIAS.	NOMINAL	1.SATISFACCIÓN 2.INSATISFACCIÓN	Escala visual de siluetas corporales (EVSC)
CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO	CUALITATIVA	ES AQUELLA QUE CONSIDERA LOS PATRONES DE CONSUMO DE ALIMENTOS DISTORSIONADOS, TALES COMO ATRACONES O PERÍODOS DE INGESTA VORAZ, SEGUIMIENTO ANORMAL DE DIETAS, MASTICAR, PERO NO DEGLUTIR Y AYUNOS.	NOMINAL	1.SOBREINGESTA ALIMENTARIA POR COMPENSACIÓN 2.DIETA CRÓNICA RESTRINGIDA 3.CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria (EFRATA II)
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CUANTITATIVA	INDICADOR SIMPLE DE LA RELACIÓN ENTRE EL PESO Y LA TALLA QUE IDENTIFICA EL GRADO DE ADIPOSIDAD IDENTIFICANDO EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LA POBLACIÓN.	NOMINAL	1.BAJO PESO 2.PESO NORMAL 3.SOBREPESO 4.OBESIDAD I 5.OBESIDAD II 6.OBESIDAD III	Cédula de Datos

2.7. DISEÑO ESTADÍSTICO

El propósito de la investigación fue identificar la percepción de la imagen corporal que tienen los adolescentes mediante el uso de imágenes (Escala Visual de Siluetas Corporales) y su relación con conductas alimentarias de riesgo asociadas al desarrollo de anorexia y bulimia.

Con una muestra no aleatoria, seleccionada por conveniencia, en donde se realizó una sola medición, con variables cuantitativas y cualitativas. Los resultados obtenidos se analizaron a través de la estadística descriptiva como frecuencias: relativa, absoluta; porcentajes y medida de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

Para analizar la relación entre dos variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y para evaluar la relación entre la percepción de los alumnos se utilizará chi cuadrada (χ^2).

El procesamiento de la información se realizó en una base de datos en el programa Microsoft Office Excel, SPSS y Stata.

2.8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de la recolección de la información contaba con:

1. Cédula de datos sociodemográficos: Edad, sexo, grado escolar, índice de masa corporal.
2. Escala visual de siluetas corporales para adolescentes. (Ver anexo 4).

Se utilizó el método de siluetas corporales diseñado y validado por Stunkard, Sørensen y Schulsinger, en el que se muestran nueve figuras de siluetas corporales, tanto de hombres como de mujeres, que van desde muy delgado a muy obeso: Este instrumento permite medir la imagen corporal de manera fiable y sencilla. Para ello, los sujetos deben elegir la figura que más se aproxima a su silueta y también la silueta a la que les gustaría parecerse. Los resultados ofrecen tres medidas: la imagen actual, la imagen deseada y la discrepancia (deseada-actual), la cual es interpretada como una medida de insatisfacción con la imagen corporal. Si la discrepancia es igual a 0, el sujeto está satisfecho con su imagen corporal; si la discrepancia tiene valor positivo, el sujeto tiene un deseo de ser más grande; si la discrepancia tiene un valor negativo, el sujeto tiene un deseo de ser más delgado.

3. Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II). (Ver anexo 2 y 3).

La escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) es uno de los instrumentos desarrollados para población escolar adolescente mexicana, cuya utilidad reside en la estimación, detección y cribado de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria.

Es importante señalar que su estructura factorial abarca cuatro factores, tres de ellos miden conductas alimentarias de riesgo (sobreingesta por compensación psicológica, dieta crónica restringida y conducta alimentaria compulsiva) presentes durante el desarrollo de la etapa adolescente y uno de ellos, el cuarto factor mide conducta alimentaria normal, lo que da a la escala, una mayor amplitud en la estimación de la conducta alimentaria.

La Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios. Versiones adolescentes (EFRATA-II) (Platas & Gómez Peresmitré). Esta Escala mide Conductas Alimentarias de Riesgo: sobreingesta alimentaria por compensación psicológica (SACP), dieta crónica restringida (DCR), conducta alimentaria compulsiva (CAC) así como conducta alimentaria normal (CAN).

Dicha Escala consta de 31 ítems para mujeres y 32 ítems para hombres distribuidos en cuatro factores para hombres y cuatro para mujeres, que exploran conductas alimentarias normales y anómalas, con cinco opciones de respuesta que van de “nunca” (1) a “siempre” (5).

El valor más alto implica un mayor problema, para el caso de la conducta alimentaria normal las opciones nunca y a veces, indican un problema con dichas conductas. La consistencia interna de EFRATA- II es de $\alpha .87$ y explica el 38% de la varianza (mujeres) y de $\alpha .89$ y 34 % de varianza explicada (hombres).

DATOS DE IDENTIDAD PERSONAL

A los pacientes que aceptaron participar se les realizó una entrevista para recabar los siguientes datos: sexo, edad y grado escolar. Se realizó el cálculo del índice de masa corporal.

CRITERIOS UTILIZADOS PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO

Aplicación de la Escala de Factores de Riesgo asociados con trastornos de la alimentación en adolescentes (EFRATA II).

Para medir la satisfacción / insatisfacción corporal a través de la Escala Visual de Siluetas Corporales para adolescentes se utiliza la siguiente interpretación:

DIFERENCIAS NEGATIVAS	INSATISFACCIÓN	<1
DIFERENCIAS = 0	SATISFACCIÓN	0
DIFERENCIAS POSITIVAS	INSATISFACCIÓN	> 1

2.9. PRUEBA PILOTO

Se aplicó el cuestionario a 10 personas que acudieron al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, previo consentimiento informado.

En dicha prueba se obtuvieron datos acerca de los tiempos de aplicación (máximo y mínimo), dudas durante la resolución del cuestionario; así como la mecánica de la misma.

2.10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa solicitud de autoridades de la escuela para informar el propósito, características del estudio y sus posibles beneficios contando con su anuencia, se citó a los padres de familia y a los que aceptaron se les solicitó firmar la carta de consentimiento informado (ver anexo 6).

Durante los meses de junio y julio de 2016, se captaron a los adolescentes y a sus padres de familia o tutor que acudieron a la escuela, en el interior de las aulas (7 aulas en total), para iniciar la aplicación de los siguientes instrumentos:

Cédula de datos, cuestionario sobre las conductas alimentarias de riesgo que tomó un tiempo de 15 minutos, posteriormente se mostraron las imágenes corporales para determinar con qué imagen identificaban su silueta corporal a través del instrumento escala visual de siluetas corporales requiriendo 15 minutos más de tiempo. Se recibió apoyo de otro personal de la misma escuela capacitado para tal fin.

Para calcular el índice de masa corporal se utilizó estadímetro y báscula para medir peso y talla, estando presentes en todo momento sus padres de familia.

Al terminar se agradeció la participación de autoridades, padres de familia y alumnos, se les ofreció un refrigerio y se dio por terminada su aportación en este estudio.

2.11. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

2.11.1. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

Una vez realizadas las encuestas, se procedió a la creación de una base de datos mediante el uso del programa Epi Info, Microsoft Office Excel y Stata Software, para posteriormente realizar su análisis estadístico.

2.11.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes para analizar la relación entre dos variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y para evaluar la relación entre la percepción de los alumnos se utilizó chi cuadrada (X^2).

2.12. CRONOGRAMA

(Ver anexo 5).

2.13. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos Humanos

Investigador Principal: Médico residente de la Especialidad en Medicina Familiar.

Recursos Físicos

Instalaciones de la Escuela Dominical la Iglesia del Señor.

Recursos Materiales

Hojas blancas, copias, lápices, plumas, marcatextos, plumones para pizarrón, tijeras, cinta canela, báscula, estadímetro, cinta métrica, 2 cajas, celular, calculadora, 1 libreta, 2 tablas, 1 engrapadora, grapas, 1 sacapuntas, 1 goma, 1 mochila, 1 pinza quita grapas, 2 marca textos.

Financiamiento del Estudio

Autofinanciado.

2.14. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se apegará a la Declaración de Helsinki y al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, clasificando esta investigación sin riesgo para los sujetos de estudio conforme Art. 14, Fracción V, Art. 16 y Art. 17, Fracción I.

La investigación se basará en las disposiciones generales del reglamento de la Ley General en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud). Estipulado en el título segundo, capítulo I, en primer lugar, se utilizó el art. 13 porque en la investigación, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la 10 protección de sus derechos y bienestar del sujeto de estudio.

En segundo lugar, el Art. 15 en la investigación se incluyeron varios grupos de humanos, motivo por el cual se utilizó un método aleatorio de selección, por el cual se obtuvo una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y se tomaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación: manteniendo su anonimato, su participación voluntaria, así como la libertad de abandonar la investigación si así lo deseaba.

En tercer lugar, se aplicará el Art. 16 que menciona que en las investigaciones en seres humanos se debe proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación. En cuarto lugar, se aplicó el Art. 20 que refiere que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorizó su participación en la investigación, con pleno

conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

En cuarto lugar, el Art. 17 fracción I, en el estudio se implementaron técnicas y métodos, en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, como: cuestionarios, medición de peso y talla, entre otros. Por último, se utilizó el Art. 21 consideró existente el consentimiento informado cuando, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

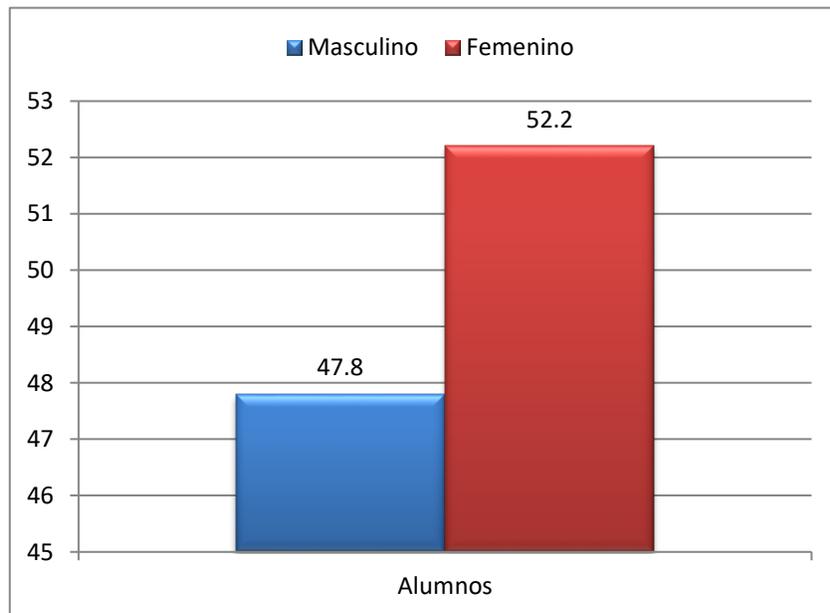
Se realizará un formato de consentimiento informado, basado en los puntos XX y XXI de la Declaración de Helsinki, así como en los artículos 13, 14, 16, 20 y 23 de la Ley General de Salud, a fin de salvaguardar, en todo momento, la dignidad de los pacientes y garantizar que su participación fuera completamente voluntaria.

Se realizó un formato de consentimiento de participación voluntaria, basado en los puntos XX y XXI de la Declaración de Helsinki, así como en los artículos 13, 14, 16, 20 y 23 de la Ley General de Salud, a fin de salvaguardar, en todo momento, la dignidad de los pacientes y garantizar que su participación fuera completamente voluntaria (Ver anexo 6).

III. RESULTADOS

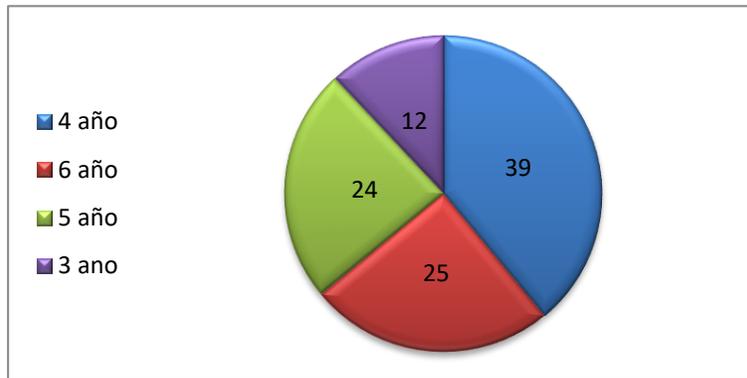
Se entrevistaron a 105 alumnos. La muestra total fue de 105 de los cuales el (52.2%) fueron mujeres y el (47.8%) hombres. (Ver Figura 1).

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES POR SEXO



El promedio de edad fue de 10 años con una DE de 1.3 y el rango de edad fue de 10 a 13 años. El (39%) de los alumnos estaba en 4° año, el (25%) en 6° año, el (24%) en 5° y el (12%) en 3° año. (Ver Figura 2).

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN POR GRADO ESCOLAR



En cuanto a los resultados del EFRATA II respecto a conductas alimentarias de riesgo se obtuvo lo siguiente:

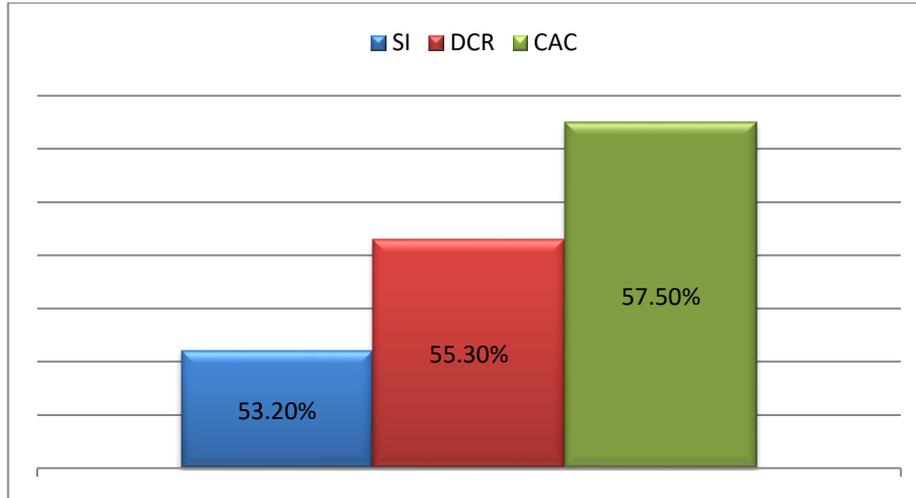
El (59.4%) de los individuos con bajo peso calificó con riesgo de sobreingesta, de los de sobrepeso el 25% y de los individuos con índice de masa corporal normal el (44.7%). El (48.6%) de los de bajo peso calificó con riesgo de dieta crónica restringida, de los de sobrepeso el (75%) y de los individuos con un índice de masa corporal normal el (49.9%).

De los de bajo peso el (64.8%) tuvo alto riesgo de conducta alimentaria compulsiva, de los de sobrepeso el (50%) y de los individuos con índice de masa corporal normal el (52.6%) (Ver Figura 3). Para obtener el IMC (índice de masa corporal) se utilizó la siguiente fórmula establecida por la Organización Mundial de la Salud: peso/estatura^2 .

FIGURA 3.

IMC	CLASIFICACIÓN
Por debajo de 18.5	Bajo peso
18.5-24.9	Peso normal
25.0-29.9	Sobrepeso
30.0-34.9	Obesidad I
35.0-39.9	Obesidad II
Por encima de 40	Obesidad III

DISTRIBUCIÓN DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO



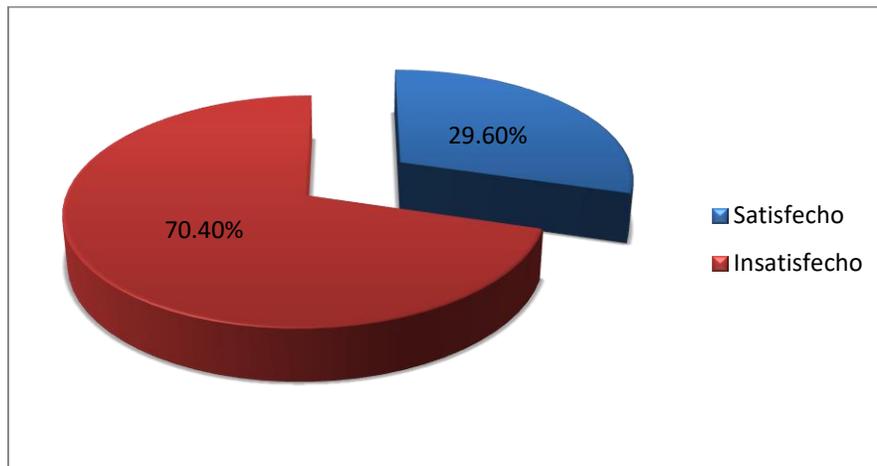
SI = SOBREINGESTA

DCR = DIETA CRÓNICA RESTRINGIDA

CAC = CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

En cuanto a la satisfacción de su imagen corporal la mayoría de los entrevistados se encontraron insatisfechos (70.4%) (Ver Figura 4).

FIGURA 4. SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN



De acuerdo a la percepción de su imagen corporal, para la mayoría la imagen corporal ideal se ubicó en un peso normal (52.2%), el (26.1%) les gustaría verse más delgados y el (21.7%) les gustaría que su cuerpo fuera más robusto.

IV. DISCUSIÓN

Se cumplió con el objetivo principal del estudio donde se dio a conocer la percepción de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo asociadas al desarrollo de anorexia y bulimia en adolescentes. Se recomienda el uso del instrumento EFRATA II debido a su utilidad en los programas de prevención.^{46,49}

Como mencionan varios autores (Pérez, Nieto, et al., 2002) son varios los factores predisponentes que generan en conjunto un incremento de la susceptibilidad individual de cada adolescente para presentar conductas alimentarias de riesgo.^{35,43,47}

Al evaluar la relación entre los trastornos alimentarios, la imagen corporal y la autoestima de los adolescentes, se comprobó que las mujeres tienen mayor tendencia hacia este tipo de trastornos que los hombres, no obstante, estos también presentan el riesgo. Tanto hombres como mujeres se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo en el que están constantemente evaluándose, presentan baja autoestima y se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, lo que los puede llevar a realizar conductas para bajar de peso como en este estudio en donde la conducta alimentaria de riesgo más frecuente fue la realización de dieta crónica restringida; dicho dato fue encontrado por (Chávez, 2001) en población mexicana, donde la adopción de la conducta alimentaria de riesgo más frecuente corresponde a dieta crónica restringida.^{42,46,49}

Al igual que en este estudio las mujeres obtuvieron mayor alteración de las conductas alimentarias que los hombres. (Ruiz, Vázquez, Mateo, Galdos, Alvarez y Mancilla, 2013) reportan también datos similares encontrándose mayor riesgo en mujeres que en hombres de desarrollar trastornos alimentarios.^{24,26,49}

En los datos encontrados por (Unikel, 2013) relativos a la insatisfacción con la imagen corporal, es posible observar que las mujeres presentan mayor preocupación por engordar y mayores porcentajes de riesgo de los trastornos alimentarios, quizá debido a que la presión social es más fuerte hacia ellas.^{36,43,44}

En los resultados que se obtuvieron durante la investigación se observó que las mujeres están más insatisfechas con su imagen corporal, que para ellas la imagen corporal ideal es la figura de delgadez, mientras que para los hombres la imagen corporal ideal es aquella que se aprecia más musculosa.^{10,17,24}

Se requieren más estudios que ayuden a comprender estos trastornos, sin embargo, reconocer que el grupo etario más afectado es el de adolescentes nos hace poner en discusión por qué son una población de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios y que dichos trastornos se encuentran estrechamente relacionados con la preocupación por su imagen corporal, ya que estos son elementos clave para el diseño de programas preventivos de trastornos alimentarios y de tamizaje de casos para su tratamiento oportuno.

V. CONCLUSIONES

Con base en los resultados es posible realizar un perfil de alumnos con riesgo de desarrollar trastornos alimenticios; ya que la percepción de su imagen corporal se relaciona directamente con las conductas alimentarias de riesgo que adoptan, así como también tiene una relación directa con la insatisfacción de su imagen corporal ya que el (70.4%). en cuanto al sexo se identificaron diferencias; a las mujeres les gustaría ser más delgadas porque se perciben más gruesas y a los hombres les gustaría ser más gruesos o tener un peso normal porque se perciben más delgados.

El mayor porcentaje de adolescentes que reúnen más conductas alimentarias de riesgo y están insatisfechas con su imagen corporal pertenece al sexo femenino. La insatisfacción hacia su imagen corporal se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino.

La conducta alimentaria de riesgo más frecuente corresponde a la realización de dieta crónica restringida, le sigue la conducta alimentaria compulsiva y al final la menos frecuente es la sobreingesta.

La identificación de la percepción de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo para desarrollar anorexia y bulimia en adolescentes establece el inicio de una intervención oportuna en el primer nivel de atención que favorece la prevención, ya que se puede establecer si los adolescentes están satisfechos o insatisfechos con su imagen corporal actual y cual ellos identifican como imagen corporal ideal, estableciendo así el riesgo de desarrollar bulimia o anorexia debido a la adopción de conductas alimentarias de riesgo.

El presente estudio es pionero en la identificación de la percepción de la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias de riesgo asociadas al desarrollo de bulimia y anorexia en adolescentes de la Escuela Dominical la Iglesia del señor.

Por tal motivo, considero que esto favorece la creación de estrategias orientadas a incidir en la prevención de dichos trastornos y en la orientación a través de pláticas educativas acerca del plato del buen comer, en donde desarrolle la atención primaria, continua e integral de ese grupo etario de la población.

El identificar la percepción de su imagen corporal se pueden asumir los tipos de conducta alimentaria y la probabilidad o riesgo de desarrollar anorexia y bulimia lo que permitiría establecer medidas preventivas.

En los resultados obtenidos no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas, sin embargo, podemos concluir que es importante la identificación de conductas alimentarias de riesgo para lograr incidir a tiempo a través del establecimiento de estrategias de afrontamiento y modificación de conductas alimentarias durante la adolescencia, de esa manera poder prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia).

Dada la importancia de la relación entre los TCA y la familia, es pertinente tomar en cuenta que la influencia familiar juega un papel tanto en la etiología como en la recuperación de dichos trastornos; por lo cual es necesario reconocer la contribución familiar en su desarrollo, mantenimiento o curación.

La salud familiar es un proceso único e irrepetible, está en continuo equilibrio y cambio, se construye a diario, no es la salud de la suma individual, su determinación es multicausal, se establece como resultante de la interacción tanto interna como externa y a través de la elaboración de un estudio de salud familiar podemos estudiar a la familia como unidad de análisis y la salud familiar como eje de atención, ya que estos trastornos no solo afectan al integrante de la familia que lo padece sino a toda su familia.

Además de tomar en cuenta el papel que tiene la familia para la recuperación o mantenimiento de dichos trastornos y la influencia que tiene en la percepción de la imagen corporal y la adquisición de conductas alimentarias de riesgo en este grupo etario.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Güemes M, González MJ, Hidalgo MI. Pubertad y Adolescencia. *Adolescere* 2017; 1: 7-22.
2. Sawyer S, Azzopardi P, Patton G. The age of adolescence 2018; 18:1-6.
3. Wickremarathne D, Sawyer SM, Azzopardi PS. Defining adolescence: priorities from a global health perspective 2018; 2: 223-228.
4. Patton G, Olsson C, Woldek M. Adolescence and the next generation 2018; 554: 458-467.
5. Altamirano N, Altamirano M. Adolescente. *Gaceta Médica de México* 2016; 1: 29-34.
6. Urzúa A, Avendaño F, Díaz S, et al. Quality of life and eating behaviors in preadolescence. *Chilean Nutrition Journal* 2013; 37: 282-292.
7. Oliva Y, Ordóñez M, Santana A, et al. Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Revista Biomédica* 2016; 27: 49-60.
8. Hidalgo MI, González MJ. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada* 2014; 12: 42-46.
9. Radilla C, Vega S, Gutiérrez T, et al. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria* 2015; 21: 15-21.
10. Barcelata EB, Granados MD, Armenta VJ. Psychosocial risk in adolescents: analysis of life events by Gender. *Scientific Journal Eureka* 2013; 2: 147-163.
11. Lorence LB, Hidalgo GM, Dekovic M. Adolescent adjustment in at-risk families: the role of psychosocial stress and parental socialization. *Psychiatric and Mental Health* 2013; 36: 49-57.
12. Weissberg K, Quesnel L, Unikel C. Guía de Trastornos Alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México: Uribe P; 2014; 1: 7-27.
13. Black DW, Grant JE. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición. Estados Unidos: Allen F; 2013; 5: 329-354.
14. Behar R, Arancibia M. DSM – V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neurología y Psiquiatría* 2014; 52: 22-33.

15. Vargas MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 2013; 607: 475-482.
16. Estrada M. Trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). México: Velasco MI; 2013; 3-26.
17. INEGI-INSP (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 Ensanut – Prevalencia e incidencia de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes. INEGI. En prensa
18. Camarillo N, Cabada E, Gómez AJ. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista Española Médica Quirúrgica* 2013; 18: 51-55.
19. Benjet C, Méndez E, Borges G, et al. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Revista de Salud Mental* 2012; 35: 483-490.
20. Pelaéz MA, Raich RM, Labrador J. Eating disorders in Spain: revision of empirical epidemiological studies. *Mexican Journal of eating disorders* 2012; 1: 62-75.
21. Rojo L, Plumed J, Conesa L, et al. Eating disorders: considerations on nosology, etiopathogenesis and treatment in the twenty first century. *Psychiatric and Mental Healthy* 2012; 5: 197-204.
22. Aitziber P, Itziar E, Cruz MS, et al. Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 2012; 11: 229-247.
23. Suella JA, Estefanero J, Velarde E, et al. Associated factors to eating disorders in first year students of biomedical careers. *Nutrition Clinical Diet Hospital* 2015; 35: 17-26.
24. Ochoa I. La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con trastornos de conducta alimentaria. *Revista de Estudios de Juventud* 2015; 9: 106-124.
25. Sucedo TJ, Escamilla TA, Portillo IE, et al. Distribution and relation of risk factors associated whit eating disorders in a simple of pubescents, males and females, to 11-15 years old from Hidalgo. *Revista de Investigación Clínica* 2012; 60: 231-240.
26. Chávez E, Camacho EJ, Maya M, et al. Eating behaviors and eating disorders symptomatology in nutrition students. *Mexican Journal of Eating Disorders* 2012; 3: 29-37.

27. Redondo CG, Carrasco M, Rivero LÁ, et al. Self image in the first two phases of adolescence and related factors. *Newsletter of the pediatric society* 2014; 54: 5-13.
28. González A, Betancourt D, Tavel D, et al. Risk eating behaviors in male and female students: a longitudinal study. *Eating Behaviors* 2014; 15: 252-254.
29. León RC, Gómez G, Platas S. Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista de Salud Mental* 2012; 31: 447-452.
30. Portela ML, Costa H, Mora M, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence; a review. *Journal of Hospital Nutrition* 2012; 27: 391-401.
31. Rutszein G, Scappatura M. Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2014; 5: 39-49.
32. Radilla C, Vega S, Gutiérrez R, et al. Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria* 2015; 2: 15-21.
33. Suclla JA, Estefanero J, Smedts C, et al. Associated factors to eating disorders in first year students of biomedical careers. *Nutrition Clinical Diet Hospital* 2015; 35: 17-26.
34. Alvarado N, Silva C. Funciones ejecutivas y sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2014; 46: 189-197.
35. Cruz RM, Ávila ML, Velázquez HJ, et al. Evaluation of risk factors for eating disorders in students of nutrition. *Mexican Journal of Eating Disorders* 2013; 4: 37-44.
36. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Perception of corporal image. *Osasunaz Journal* 2012; 8: 171-183.
37. Mariscal GL. Sociocultural influences associated with the body perception in children: a review and analysis of the literature. *Mexican Journal Eating Disorders* 2013; 4: 58-67.

38. Bojorquez I, Saucedo TJ, Juárez F, et al. Social environment and risky eating behaviors: an exploratory study in adolescent females in Mexico. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29: 29-39.
39. Unikel C, Caballero A. Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. México: Berezon S; 2011; 1: 3-39.
40. Esteva U, Toral R. Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2014; 5: 115-123.
41. Leija M, Saucedo JM, Ulloa RE. Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Revista de Salud Mental* 2013; 34: 203-210.
42. Vázquez V, Reidl LM. El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología y Salud* 2013; 23: 15-24.
43. Sainos DG, Sánchez MT, Vázquez E, et al. Family functionality in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Attention Family* 2015; 22: 54-57.
44. Ruíz AO, Vázquez R, Mancilla JM, et al. Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2013; 4: 45-57.
45. Fortesa K, Ajete K. Family influence on disordered eating behavior. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2014; 15: 314-318.
46. Tejeda R, Neyra MJ. The family diet. Influence on the development and maintenance of eating disorders behavior. *Eating Behaviors* 2015; 22: 2352-2381.
47. Dahlman B, Elburg A, Forniles J. Expert paper: new developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa a European perspective. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2015; 24: 1153-1167.
48. López C, Treasure J. Eating disorders in adolescents: description and management. *Journal Medical Condesa* 2012; 22: 85-97.
49. Arrufat F, Badía G, Benítez D, et al. Guía de práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Estrada M; 2013; 1: 7-272.
50. Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. *Revista Médica Clínica Condesa* 2012; 25: 566-578.

51. Córdova JA, Barriguete A, Radilla CC, et al. Prevención y detección de los trastornos de la conducta alimentaria desde el contexto escolar. México: Secretaría de Educación Pública; 2015; 1: 1-31.
52. Kakhi S, McCann J. Anorexia nervosa: diagnosis, risk factors and evidence-based treatments. *Progress in Neurology and Psychiatric* 2016; 7: 24-29.
53. Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Revista Médica Clínica Condesa* 2012; 23: 579-591.
54. Ayutzo NC, Covarrubias JD. Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría* 2019; 86: 80-86.
55. Arija V, Santi MJ, Novalbos JP. Caracterización, epidemiology and trends of eating disorders. In *hospital nutrition care* 2022; 39: 8-16.
56. Cuenca NE, Robladillo LM. Mental health in Latin America University Adolescents. *Therapeutic and pharmaceutic Venezuelan Archive* 2020; 39: 689-695.
57. Hernández MA, Domínguez MT, Miranda LD, et al. Guía de práctica clínica prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud, 2018; 1-35.
58. López GF, Díaz A. Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de psicología* 2018; 34: 167-172.

VII. ANEXOS

ANEXO I SOLICITUD DE APROBACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO



México, Ciudad de México, 15 de agosto del 2016

Oficio No.: SSCDMX/DGPCS/DEI/1714/2016

SOLICITUD DE APROBACION PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO "PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ANOREXIA Y BULIMIA EN PREADOLESCENTES"

ESCUELA DOMINICAL
"LA IGLESIA DEL SEÑOR"
P R E S E N T E :

De manera respetuosa me permito solicitarle su autorización para la realización del estudio de investigación por parte de su servidora **Claudia Elizabeth Almorejo Rodríguez**, dentro de las instalaciones de la Escuela Dominical "La Iglesia del Señor", mismo que lleva por título: **"Percepción de la imagen corporal y su relación con factores de riesgo para desarrollar anorexia y bulimia en preadolescentes"**, siendo asesor responsable la Dra. Consuelo González Salinas. Anexando los detalles del mismo para su conocimiento a fondo.

Dicho estudio con carácter de tesis y con registro 634-101-04-16 en el Centro de Salud Dr. Castro Villagrana, tiene por finalidad proporcionar a la población del Centro de Salud una atención de calidad que se refleje en un adecuado manejo de los pacientes incluidos en la investigación.

Cabe mencionar que dicho estudio no pone en riesgo, en ningún momento, la integridad y la salud de los participantes, de acuerdo con los lineamientos de la Ley General de Salud, además de contar con una participación voluntaria por parte de los mismos.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier asunto de interés.

ATENTAMENTE
DIRECTOR DE EDUCACION



FEDERICO MIGUEL LAZARANO RAMIREZ
SECRETARÍA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE PLANEACION Y COORDINACION SECTORIAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION

Altadena No. 23, 2º. Piso Ala Norte, Col. Narayana,
03810, Benito Juárez, Tel.: 5132-1200 Ext. 1030 y 1231
df.gob.mx
salud.df.gob.mx

ANEXO 2
ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS

EFRATA-II (XX)

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre				
Soy de las que se atiborran de comida.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que tengo más hambre cuando me enojo.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Cuando estoy triste me da por comer.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que podría comer sin parar.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Pienso constantemente en la comida.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Cuando estoy aburrida me da por comer.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
No como aunque tenga hambre.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Como sin control.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Creo que el que es gordo(a) seguirá siendo así.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que la comida me tranquiliza.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me avergüenza comer tanto.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Me la paso "muriéndome de hambre".	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me gusta sentir el estómago vacío.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me siento culpable cuando como.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Ingiero comidas o bebidas libres de azúcares.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Paso por periodos en los que como mucho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que no puedo parar de comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me sorprendo pensando en la comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Como lo que es bueno para mi salud.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Procuro mejorar mis hábitos de alimentación.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Procuro comer verduras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Respeto a los que comen con medida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ANEXO 3
ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS

EFRATA-II (XY)

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

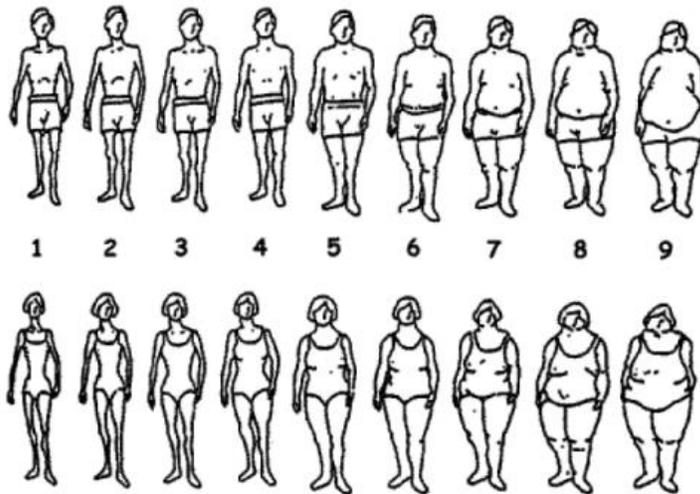
(1) Nunca	(2) A veces	(3) Frecuentemente	(4) Muy frecuentemente		(5) Siempre		
Siento que tengo más hambre cuando me enojo.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Pienso constantemente en la comida.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Cuando estoy aburrido me da por comer.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que la comida me tranquiliza.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que podría comer sin parar.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Soy de los que se atiborran de comida.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Creo que la comida ayuda a quitar la tristeza.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me sorprendo pensando en la comida.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que no controlo la forma de comer; la comida controla mi vida.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Creo que comer es como el comercial de "No puedes comer solo una".			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
No como aunque tenga hambre.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Creo que el que es gordo(a) seguirá siendo así.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Es muy difícil controlar los alimentos ya que todo lo que nos rodea nos provoca comer.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Como sin control.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que no puedo parar de comer.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno ni como, pero ceno mucho).			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me siento culpable cuando como.			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Prefiero la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me avergüenza comer tanto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Considero que saltarse algunas de las comidas es buena estrategia para bajar de peso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me la paso "muriéndome de hambre".	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Me gusta sentir le estómago vacío.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siempre que estoy a dieta la rompo y vuelvo a empezar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Paso por periodos en los que como mucho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Siento que como más que la mayoría de mis amigos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando comienzo nadie me detiene.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Procuro mejorar mis hábitos de alimentación.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Como lo que es bueno para mi salud.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Respeto a los que comen con medida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Procuro comer verduras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ANEXO 4

ESCALA VISUAL DE SILUETAS CORPORALES DE STUNKARD

1.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras. Escoge aquella figura o silueta que más te gustaría tener.



ANEXO 5

CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES

		2014		2015			2016							
MES		A	S	M	J	J	J	J	A	S	O	N	D	E
		PROGRAMADO	REALIZADO											
ACTIVIDAD	Título													
Conocimiento de la especialidad y elección del tema de investigación	Referencias													
	Marco Teórico													
	Planteamiento del problema													
	Justificación													
	Objetivos													
	Hipótesis													
	Material y Método													
	Población, Lugar y Tiempo													
	Diseño de la Investigación	Muestra												
Criterios de Selección														
Definición de Variables														
Diseño Estadístico														
Instrumento de Recolección de Datos														
Prueba Piloto														
Recolección de Datos														
Diseño de Campo	Procedimientos Estadísticos													
	Construcción de Base de Datos													
	Análisis de Datos													
Integración del Informe Final	Resultados													
	Discusión													
	Conclusión													

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

México, D.F. a _____ de _____ 2016

Por este medio se le invita a participar en un estudio de investigación, el cual tiene como finalidad identificar los factores de riesgo relacionados con problemas de la alimentación.

Siéntase con absoluta confianza para preguntar cualquier duda, la decisión de participar es voluntaria, no implica ningún riesgo para su hijo (a).

Mi participación consiste en autorizar que mi hijo (a) responda un cuestionario. Los datos proporcionados y la información recabada serán totalmente confidenciales.

La Dra. Claudia Elizabeth Almorejo Rodríguez, residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar me ha informado que es la responsable del estudio.

He leído y comprendido la información anterior y mis dudas han sido aclaradas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser difundidos con fines educativos para validar y enriquecer la literatura en dicho tema. Convengo en que mi hijo (a) participen en la resolución del cuestionario anteriormente mencionado, en pleno uso de mis facultades mentales y sin ningún tipo de presión.

Está usted de acuerdo en que su hijo (a) realice este cuestionario: SI _____ NO _____

Nombre de su hijo (a): _____

Nombre completo y firma de autorización: _____