



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20



U.M.F. No. 20

CENTRO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

**FRECUENCIA DE RIESGO DE
TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA E INFORMACION SOBRE
ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES**

T E S I S

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

Presenta:
RESENDIZ MUÑOZ SANDRA

Tutora:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

Asesora metodológica

LAVIELLE SOTOMAYOR MARIA DEL PILAR DEYANIRA

Generación 2007-2010



MÉXICO D. F.

2009



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Gracias por darme la oportunidad de formar parte de este mundo, por darme vida para lograr cada uno de mis sueños.

A mi familia Mamá, Papá, Nancy por todo su apoyo y confianza incondicional, por estar siempre conmigo, los amo mucho.

Amor gracias por estar conmigo en todos los momentos buenos y malos, por todo tu apoyo, comprensión, por todo tu amor. Te amo nene.

A ti mi nena, Mariana, eres el regalo más hermoso que la vida me ha dado. Te amo.

Don Mariano, Sra. Paz, gracias por todo su apoyo y cariño, al resto de mi familia y a todos mis amigos, este logro también es de ustedes.

De manera muy especial a Miriam. Martha y Ame por todo su cariño, amistad y apoyo, las quiero mucho.

A mis profesoras Dra. Victoria, Carmen, Santa, por todos los conocimientos transmitidos, por formar parte de este proyecto, por toda su ayuda y tiempo.

A mi asesora Pilar por todo su apoyo, tiempo y dedicación.

Solo se, que si tuviera que decidir de nuevo una profesión, sin duda elegiría ser Médico Familiar.

INDICE**PÁGINA**

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| TITULO | |
| RESUMEN | |
| ANTECEDENTES | 1 |
| JUSTIFICACION | 8 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 9 |
| HIPOTESIS | 9 |
| OBJETIVOS | 10 |
| SUJETO MATERIAL Y METODOS | 10 |
| DISEÑO DEL ESTUDIO | 10 |
| CRITERIOS DE INCLUSION | 10 |
| CRITERIOS DE EXCLUSION | 10 |
| CRITERIOS DE ELIMINACION | 10 |
| TAMAÑO DE LA MUESTRA | 11 |
| VARIABLES | 11 |
| DESCRIPCION GENERAL | 12 |
| RESULTADOS | 14 |
| DISCUSION | 23 |
| CONCLUSIONES | 25 |
| REFERENCIAS | 26 |
| ANEXOS | |

FRECUENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA E INFORMACION SOBRE ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES

Resendiz- Muñoz Sandra¹, Aguirre-García María del Carmen², Lavielle Sotomayor María del Pilar Deyanira³

1. Medica residente alumna del curso de especialización en medicina familiar 2. Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar, 3. Doctora en investigación

Introducción: La nutrición juega un importante papel en el adolescente para su desarrollo.

Objetivo: Determinar la frecuencia de riesgo trastornos de la conducta alimentaria y la información sobre alimentación en adolescentes de primer ingreso del CCH Vallejo.

Material y métodos Estudio transversal en 256 adolescentes de primer ingreso del CCH Vallejo, durante el mes de noviembre del 2008. Previo consentimiento informado se aplicó el instrumento SCOFF para evaluar riesgo para la presencia de TCA y un cuestionario sobre conocimientos de alimentación, formado por 10 preguntas abiertas. Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados predominó el sexo femenino 62.5%, edad media de 15 años, solteros en su mayoría 97.3%. La presencia de riesgo de padecer TCA fue de 4.3%.

El conocimiento sobre alimentación que nos refirieron los adolescentes fue: la importancia de la alimentación es mantenernos sanos 44.9% (n=115); el objetivo es obtener energía 16% (n=41); son tres las comidas completas 78.5% (n=201), el cálculo de requerimientos energéticos es por las actividades físicas diarias 27.7% (n=71), la pirámide de alimentos son las cantidades de ellos que debemos consumir 47.2% (n=121), la base de la pirámide contiene cereales 70.7% (n=181),

Las complicaciones que se encuentran al padecer sobrepeso /obesidad son Hipertensión, Diabetes, 72% (n=184), baja autoestima 35.5% (n=91)

Los beneficios que encuentran al realizar una actividad física es estar saludable 44.5% (114), los motivaría para realizar ejercicio tener buena salud 34.2% (88).

Conclusión la presencia de riesgo para padecer un TCA en los adolescentes fue mínima, mientras que los conocimientos sobre alimentación fueron suficientes y adecuados.

PALABRAS CLAVES. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA, INFORMACION SOBRE ALIMENTACION, ADOLESCENTES

ANTECEDENTES

La adolescencia es considerada un periodo crítico así mismo un factor de riesgo, en la cual pueden darse las bases para la aparición de los síntomas y enfermedades así como también alteraciones de la personalidad. (1)

Es importante recordar que se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.(1)

El riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención a la salud. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna. (1)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 9 y 18 años de edad, en el que se presentan cambios físicos y emocionales, es un proceso de maduración psicosocial que conlleva una serie de cambios en la identidad del individuo, en esta etapa, el desarrollo emocional e intelectual es relativamente rápido (1)

La nutrición juega un papel importante en el desarrollo, ya que influye sobre el crecimiento mental y físico. Los hábitos alimentarios durante la infancia pueden afectar las preferencias y prácticas alrededor de la alimentación en etapas posteriores como la adolescencia (2,3).

La búsqueda de identidad en los adolescentes se acompaña de cambios en el estilo de vida y por ende modificaciones en los hábitos alimentarios, por lo que es común que en la adolescencia se afecten éstos últimos.(3)

Los estilos de vida influyen en el estado de salud de la población por lo cuál la educación integral del hombre, representa un componente determinante en su salud pues influye de forma directa en su calidad de vida.(2)

Un componente de los estilos de vida, son los hábitos alimentarios, que en gran parte han provocado algunos de los problemas actuales de salud en la población.(3)

En nuestro país el nivel de conocimientos sobre alimentación durante la adolescencia es preocupante, en algunos casos se cuenta con la información básica, que es impartida en la escuela sin embargo las causas por las que no se ponen en práctica son debidas a múltiples factores.(3)

En México, en el estado de Hidalgo en 1996 y 1997, se llevó a cabo un estudio descriptivo con estudiantes de entre 11 y 19 años de edad, de enseñanza media y media superior. Se encuentra que la tercera parte de ellos no acostumbra desayunar y el 26% come menos de tres veces al día, lo que podría relacionarse con su capacidad para poner atención y asimilar la información que se les brinda en la escuela. (3)

El estado nutricional de un individuo está determinado por el consumo de los alimentos, que a su vez está condicionado por factores como la disponibilidad de alimentos, la decisión de compra y por aspectos interactuantes relacionados con el aprovechamiento biológico de los alimentos, además de factores sociales, económicos, culturales y psicológicos. Todos estos elementos conforman las costumbres alimentarias de las personas que son parte importante de su conducta humana, conjuntamente con las creencias, tabúes, propagandas de radio, prensa y televisión, entre otros.(3)

Otros datos de interés que se encuentran en otros tipos de población, en este caso como la norteamericana, ha documentado la existencia en la disminución en el consumo de leche, verduras y frutas, así como un aumento en la ingestión de refrescos, cervezas y otras bebidas alcohólicas (2,3).

El consumo de alimentos inadecuado, puede llevar consigo un estado de mal nutrición por deficiencia o exceso. En el caso de las deficiencias puede conducir a enfermedades tales como: anemias, anorexia y bulimia; en el caso de excesos, enfermedades como: obesidad, diabetes mellitus y las cardiovasculares, entre otras.(3)

Con respecto a los hábitos alimentarios y la adolescencia, las situaciones ambientales inadecuadas que existen alrededor de la comida pueden ayudar a desarrollar los llamados trastornos o desórdenes de la alimentación. (3)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías caracterizadas por serios disturbios en la ingesta, como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. (4)

Pensaríamos que este tipo de trastornos no tienen mucho tiempo de conocerse por el tipo de características y factores de riesgo propios para desencadenarlos, sin embargo ya se tienen referencias desde estos, desde muchos siglos atrás.(5)

Uno de los más comunes es la anorexia que por definición se caracteriza por que los individuos dejan de comer hasta la inanición, mantienen un rechazo a la conservación del peso mínimo normal para la edad y estatura, y muy frecuentemente tienen un temor intenso a aumentarlo (6).

Es importante señalar que la anorexia como otros trastornos de la alimentación puede dejar secuelas graves si no se atiende oportunamente (6).

Las referencias al hambre auto inducida (ayunos, etc.) datan de los tiempos bíblicos. En ellas se entremezclan la verdad y el mito; lo religioso y la exageración; el pietismo y, a veces, el fraude. La Medicina propiamente dicha inicia su atención hacia la Anorexia Nerviosa (AN) con la obra *A Treatise of Consumptions*, un texto del s. XVII original de R. Morton. (7)

El citado médico describía sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años y un chico de 16. En ambos casos resulta notable que

Morton descartase cualquier tipo de enfermedad física como la causa explicativa de la pérdida de peso de los enfermos.

En 1860, V. Marcé, de París, escribió la obra "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias", caracterizada principalmente por el rechazo de los alimentos. Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad - y después de un desarrollo físico precoz- sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. A este cuadro llamó en 1868 W. Gull apepsia histérica, por creer que se debía a un estado mental mórbido. Más tarde el propio Gull lo denominaría perversión del Yo y en 1873, CH. Rasqué acabaría acuñando la expresión anorexia histérica. Tanto Gull como Lasègue describieron los síntomas fundamentales del rechazo a la comida: pérdida extrema del peso, amenorrea, estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio. Ambos autores examinaron además la importancia de la familia, tanto en los comienzos de la enfermedad como durante su evolución.(7)

La literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) empezó a proliferar a partir de la década de los sesenta. En los primeros años de la década siguiente el enfoque se desplaza a la familia como factor crucial de la AN.(7)

Entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cynorexia*, *canine appetite*, *hambre patológica*, expresivos de los estados de voracidad que se acompañan de la ingesta excesiva de comida y emesis.(7)

Uno de los más comunes es la anorexia que por definición se caracteriza por que los individuos dejan de comer hasta la inanición, mantienen un rechazo a la conservación del peso mínimo normal para la edad y estatura, y muy frecuentemente tienen un temor intenso a aumentarlo (7). Es importante señalar que la anorexia como otros trastornos de la alimentación puede dejar secuelas graves si no se atiende oportunamente (7)

El síndrome de bulimia nerviosa (BN) fue definido por Russell ⁴. Los primeros casos de BN, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la Alemania de los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial. El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la BN como síndrome separado en la década de los sesenta. Los desórdenes alimentarios se dividen en tres categorías diagnósticas: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y los TCA no especificados (TCA-NOE). Los principales criterios diagnósticos para AN son la sobre-valoración de la figura y el peso, mantener un peso muy bajo (IMC <17.5 kg/m²), y además amenorrea en mujeres fértiles que no usan anticonceptivos, aunque esto último no siempre se presenta.(8)

En la BN también se cumplen la sobre-valoración de la figura y del peso, además de recurrentes episodios de atracones, extremo control de peso (dietas restrictivas, inducción de vómito frecuente, o el uso de laxantes).

Los TCA-NOE se definen por la presencia incompleta de los criterios diagnósticos de AN y BN en sus diferentes combinaciones (ausencia de uno o

de los dos). Estos desórdenes alimentarios están definidos en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). (9)

En Latinoamérica hay pocos datos sobre su prevalencia; algunos estudios que evalúan conductas alimentarias de riesgo o prevalencias en poblaciones en riesgo, así como la asistencia de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria a la consulta hacen pensar que el problema es similar. (10)

Los trastornos alimentarios ocurren en 1% y 4% de los adolescentes y mujeres adultas jóvenes, predominantemente de raza blanca, clase media y media-alta. Sólo de un 5 a 10% de los casos se ven involucrados hombres (11)

El DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que la prevalencia de AN oscila entre 0.5% y 1% en mujeres; la BN va del 1% al 3% en mujeres y de 0.3% en hombres; aunque se reconoce mayor presencia de los TCANES (Trastornos de Conducta Alimentaria no Especificados) aún no reporta datos de prevalencia.(11)

En México la ocurrencia de TCA en población comunitaria es de 0.2% y de 0.38% de AN, mientras que la BN se presenta entre el 0.14% y el 0.95%. Por su parte los TCANES registran entre el 0.91% y el 3.80% (Mateo, 2002; Vázquez, López, Álvarez, Franco & Mancilla, 2004; Vázquez *et al*, 2005). (12)

Algunos estudios en distintos países demuestra que la Anorexia Nerviosa se presenta entre 0.1% y 1.9% de la población en general, la Bulimia Nerviosa entre 1% y 5%.(12)

Es de interés reconocer el grado de riesgo que presenta la población para desarrollar un TCA, en este sentido Pérez Bolde (2005) señala que el riesgo de padecer BN en México aumentó de 1995 (34.76%) al año 2001 (37.94%). Es obvio que no todas las personas que están en riesgo presentarán un TCA, pero estos datos parecen señalar que en la población mexicana ha aumentado la vulnerabilidad para padecer estos trastornos, lo cual se confirma con el incremento en el número de personas que acuden a los servicios especializados como los ofrecidos por el Instituto Nacional de Psiquiatría (Saucedo, 2003). (12)

En estos los ingresos de primera vez a la Clínica de Atención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría pasaron de 1.9% a 67.9% en cinco años. (12)

Son considerados ya un problema de salud propio de países desarrollados, una verdadera epidemia con una incidencia y prevalencia en aumento.(4) los rasgos más frecuentes son clase social urbana media y alta, aunque en los últimos tiempos esta tendencia va cambiando ya que se ven casos en cualquier entorno.(12)

Se dice que dos de los rasgos más característicos de los pacientes con TCA son, por un lado la conducta alimentaria y por otro su excesiva preocupación por el peso y la imagen corporal, esa insatisfacción con su propio cuerpo en

particular consigo mismas en general, que suele asociarse con baja autoestima. (12)

En algunos estudios se confirma que los trastornos de alimentación conforman una patología propia de mujeres. La percepción del atractivo físico propio tiene, por ejemplo, un comportamiento diferente de un género a otro: no se correlaciona con los trastornos en el caso de los varones pero sí en el de las mujeres. (13)

De acuerdo a un análisis antropológico, social e histórico de los modelos corporales mostraría que siempre ha existido una profunda ambivalencia de las percepciones de la gordura y la delgadez; y mostraría también que éstas han influido, de una u otra forma, en los comportamientos alimentarios. (13)

Los cánones de belleza actuales y la sobre valoración a la delgadez, hacen que los adolescentes sientan un impulso irrefrenable de estar tan delgadas como los modelos que la publicidad y los medios de comunicación presentan a diario. (13)

Los mensajes publicitarios van a ayudar a que esta conducta errónea se considere como una obligación, la adolescente recibe el mensaje: "Debes estar delgada"; la delgadez tiene prestigio, lo propio, lo natural, lo redondo molesta, perjudica. El grado de insatisfacción con el esquema corporal se empieza a producir en la infancia, hay una condena y rechazo de los niños y niñas con algo de gordura, es el insulto más frecuente en la escuela. (13)

Rodríguez et al en el 2003 analizaron la corporalidad en 38 mujeres entre 13 y 45 años con diagnóstico de AN o BN, concluyendo que el grado de insatisfacción o distorsión de la imagen corporal se constituye en el principal problema psicopatológico e importante factor pronóstico. (4)

Es sabido que el comienzo de este tipo de patología suele ser insidioso y con frecuencia pasa desapercibido a la familia o al sistema escolar.

Para realizar el diagnóstico de un trastorno de conducta alimentaria se requiere un alto índice de sospecha por parte del clínico, lo que en conjunto con una anamnesis acuciosa, ayuda a evitar el retraso del diagnóstico.

Cuando se revisan las distintas cifras de prevalencia de TCA reportadas por otras publicaciones difieren, lo que es comprensible por cuanto tanto la metodología como el test de screening utilizadas y los puntos de corte definidos varían notoriamente). Esto es de esperarse ya que cada población cuenta con características diferentes.

Existen instrumentos que buscan evaluar características psicológicas en los Trastorno de la Conducta Alimentaria, con el fin de conseguir una evaluación integral de estos.(14)

Pero también se han ideado numerosas formas de cuestionario o auto-reportes como instrumentos de detección precoz de los TCA que permitan la valoración sistemática del comportamiento alimentario. (15)

Algunos de estos instrumentos son Eating Attitudes Test (EAT), Eating Disorders Inventory (EDI) , Encuesta SCOFF , Body shape questionnaire (BSQ) .(15)

Todos ellos incluyen preguntas sobre los hábitos personales de alimentación y dieta, peso, ejercicio, menstruación, percepción de la figura corporal, autoimagen, autoestima, uso de drogas, relación con la familia y con los demás, entre otras, ya que en la mayoría de las ocasiones los pacientes con un TCA incipiente acuden al médico por otra sintomatología, como pérdida de peso, amenorrea, depresión, irritabilidad, etc.; de ahí la importancia de interrogar sobre estos aspectos. (15)

Uno de los más utilizados es el cuestionario SCOFF que es fácil de aplicar debido a la reducida cantidad de preguntas. Éstas exploran los elementos mayores que definen la presencia de un TCA. (15)

Es importante saber que este instrumento es efectivo para detectar conductas de riesgo para TCA, pero no para dar diagnóstico.

Es sencillo, fácil de recordar, aplicar y evaluar, ya que consta únicamente de cinco preguntas. El SCOFF puede aplicarse de forma oral o escrita. Se considera un instrumento conciso, válido y confiable para detectar TCA.

Este cuestionario fue elaborado por Morgan y colaboradores, el cual fue desarrollado de acuerdo a los criterios del DSM-IV.(15)

Se da un punto para cada respuesta positiva en las cinco preguntas, una puntuación mayor de 2 indica un caso probable de algún TCA. Sus autores reportan una sensibilidad del 92 al 96% y una especificidad del 87.5%, con una probabilidad de falsos positivos del 12.5%. (14)

En la práctica clínica, tanto pública como privada, los profesionales de la salud hemos podido constatar que los trastornos de alimentación han llegado a constituir un problema de creciente importancia en poblaciones jóvenes. El número de casos que se diagnostica y trata es cada vez mayor (16)

Por lo que la atención primaria, el médico con su trabajo en el adolescente, debe tener como objetivos principales: lograr el desarrollo integral máximo de él, contribuir su correcta educación y detectar precozmente cualquier trastorno o enfermedad oculta. De ahí que consideremos importante que tenga un buen manejo sobre los factores predisponentes de riesgo que puedan estar presentes en esta etapa de la vida.(16)

Enseñar y educar desde la infancia, en la familia y en los centros escolares, a llevar una vida saludable inculcándoles hábitos de alimentación sana y de actividad física adecuadas a sus necesidades.

Ayudarles con comprensión y confianza a conocer su propia realidad biológica y psíquica, sus capacidades y limitaciones infundiéndoles seguridad en sus propios valores, de forma que puedan sentirse a gusto consigo misma y se

acepten como realmente son. Fomentar la autonomía y criterios capaces de evitar que los excesivos mensajes de los medios de comunicación y la publicidad sobre una imagen corporal falsamente perfecta, se convierta en una meta a conseguir y en un modelo que se olvida de los valores integrales de la persona. (16)

JUSTIFICACION

La adolescencia en el periodo de la vida en el cual se llevan a cabo grandes cambios en el área física, psíquica y social.

Dentro de la población en general, son un grupo de riesgo, pues en su condición biológica, social, económica, de su conducta o medio ambiente son más susceptibles a determinados y problemas de salud que el resto de la población.

En este caso los Trastorno de la Conducta Alimentaría (TCA), son un serio problema de salud pública que va en aumento con sustancial morbilidad y mortalidad.

A nivel mundial los trastornos alimentarios ocurren del 1 y 4% entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes, esto con predominio en raza blanca, clase media y media alta. En esto solo se ven involucrados hombres en un 5 a 10 %.

En México se tienen registro de una incidencia del 0.2% en población comunitaria, sin embargo el ingreso a la clínica de atención de los Trastornos de la conducta Alimentaria se a incrementado de un 1.9% a un 67.9% en 5 años, lo que nos habla de lo preocupante y urgente que resulta saber más a cerca de la incidencia, conocimiento que están llevando a los adolescentes a tener este tipo de conductos.

Es de manera importante contar con instrumentos validados que sean fácil de aplicar para poder detectar conductas de riesgo y de esta manera realizar intervenciones tempranas. (17)

Además de lo importante de contar con programas para la prevención y tratamiento en su caso de estos trastornos.

La insatisfacción corporal se incrementa formando parte de los factores de riesgo para padecer este tipo de trastornos en los cuales se ha evaluado que existe una fuerte asociación con el autoconcepto físico, lo que invita a buscar una forma viable de educar con respecto a los TCA, fomentando el desarrollo del autoconcepto físico por medio de programas de intervención adecuadas, que pueden ser objeto de atención preventiva.

De manera que si se realiza una detección temprana, antes que el trastorno se instale con sus consecuentes complicaciones médicas, el inicio del tratamiento temprano mejora la respuesta y pronostico. Evitando así altos costos que se requieren para proporcionar una atención de manera multidisciplinaria.

Por medio de este estudio se pretende conocer la presencia de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria, así como el nivel de conocimientos a cerca de la importancia de la alimentación, ya que resulta preocupante pensar que en un grupo de jóvenes con educación media superior no cuente con la suficiente información, con el fin de facilitar la elección de una adecuada alimentación y la necesidad de actualizar y elaborar programas de orientación alimentaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad los estándares sociales y medios masivos de comunicación proyectan imágenes erróneas de un organismo saludable, mostrando cánones de belleza donde el valor que se le da a un cuerpo delgado es muy alto.

Los adolescentes por lo tanto adoptan conductas obsesivas por mantenerse delgados relacionándolo con valores como prestigio, lo propio, lo natural, la aceptación por los demás dando como resultado el rechazo hacia la concepción de lo redondo.

Además que la cultura del buen comer y los hábitos alimenticios en nuestra población son muy deficientes, lo extraño podría parecer que la mayoría tiene idea de lo saludable o no que puede ser lo que ingerimos, sin embargo esto pudiera ser algo sin importancia para muchos.

Hasta hace poco se pensaba que los TCA se presentaban solo en personas de nivel socioeconómico alto en países industrializados, sin embargo el panorama a cambiado ya que con mas frecuencia se están haciendo presentes en países en vías de desarrollo y grupos sociales de bajos recursos económicos.

Hasta la fecha por lo menos en México no se cuentan con estadísticas confiables sobre la presencia de este tipo de trastornos entre la población adolescente de nuestro medio, además se encuentra la necesidad de contar con instrumentos confiables de tamizaje para la detección de manera oportuna.

HIPOTESIS DE TRABAJO

La frecuencia de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria será menor a 1% y los conocimientos a cerca de alimentación serán pocos.

OBJETIVOS GENERALES

Determinar la frecuencia de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria y la información sobre alimentación en adolescentes de primer ingreso del CCH Vallejo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil) de los adolescentes de primer ingreso del CCH Vallejo
- Conocer la presencia de riesgo para padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes del CCH Vallejo.
- Identificar la información sobre alimentación con la que cuenta el adolescente.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio transversal, en el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo, con adolescentes que cursaron el primer semestre en el mes de noviembre 2008.

POBLACION DE ESTUDIO

Adolescentes que cursaron el primer semestre en el mes de noviembre 2008.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Adolescentes ambos sexos.
- Sean alumnos de primer ingreso de CCH Vallejo

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Que se encuentren ausentes en el periodo de captura de datos
- Bajo influencia de alguna sustancia adictiva que les impida contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Cuestionarios incompletos.
- Adolescentes que no hayan contestado los 3 cuestionarios.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de muestra para este estudio se calculo en EPI INFO 6 en cálculo de muestra para estudios poblacionales o descriptivos utilizando valores, el tamaño poblacional de 12000 alumnos matriculados durante el ciclo 2008-2009, con una prevalencia esperada del 0.04 de trastornos de la conducta alimentaria, con un nivel de confianza al 95%, dando un tamaño de muestra de 216 más 20% de perdidas esperadas las cuales son 42 nos da un total de muestra de 258.

VARIABLES DE ESTUDIO

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala medición |
|---|--|---|----------------------|
| Cuestionario Sobre conocimientos de alimentación. | Información que el adolescente tiene a cerca de alimentación. | Consta de 10 preguntas abiertas, las cuales exploran conocimientos sobre alimentación | Cualitativa ordinal |
| SCOFF | Instrumento efectivo para detectar conductas de riesgo para TCA, pero no para dar diagnóstico. | Se da un punto para cada respuesta positiva en las cinco preguntas, una puntuación mayor de 2 Indica un caso probable de algún TCA. | Cualitativa nominal. |

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición |
|-----------------------|--|--|--------------------------------|
| Edad | Tiempo que un persona ha vivido. Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana. | Se determina en años cumplidos | CUANTITATIVA CONTINUA |
| Sexo | Característica orgánica que diferencia al macho de la hembra. Sexo masculino femenino. | Será medido con la clasificación femenino masculino. | CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA |
| Estado civil | Estado legal de vivir o no con una pareja (soltero, casado, unión libre) | Será pregunta directa en el cuestionario. | CUALITATIVA NOMINAL |

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se eligió el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo para la realización de este estudio, donde la Maestra Martha Castillo, quien es la encargada de los grupos de primer ingreso organizó una reunión con los alumnos de primer ingreso, la cual se llevó en noviembre del 2008 el aula del plantel.

Se realizó la presentación del equipo de trabajo el cual se encontró formado por residentes de Medicina Familiar del primero y segundo año, la Jefa de enseñanza y coordinadoras de la Clínica 20.

De manera amena y logrando empatía con los asistentes se dio a conocer el motivo de nuestra presencia, además de los motivos que me llevaron a la realización del estudio y lo importante de su participación.

Se explicó que su función sería el contestar 2 cuestionarios los cuales eran autoaplicables, sin embargo estaríamos ahí para aclarar todas las dudas que se presentarán al respecto, los cuestionarios fueron contestados utilizando con lápiz y pluma según su preferencia, recordándoles en varias ocasiones lo importante de no dejar preguntas sin contestar.

Previo consentimiento informado se aplicó el cuestionario SCOFF consta de cinco preguntas que pretenden evaluar las características nucleares de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, lo cual se refleja en una aceptable consistencia interna según el alfa de Cronbach. Su nombre deriva del acrónimo de la palabra en inglés más representativa para evaluar con cada pregunta: *sick, control, one, fat, food*.

El cuestionario es fácil de aplicar dada la reducida cantidad de preguntas y que éstas se responden como sí o no, lo que facilita su respuesta cuando es autoaplicada, una puntuación > 2 indica un caso probable de algún TCA.

El segundo cuestionario consta de 10 preguntas abiertas, las cuales exploran conocimientos a cerca de la importancia y objetivos de la alimentación, comidas completas que se deben realizar al día, lo que indica una pirámide de alimentación, los alimentos que se encuentran en la base de esta, las complicaciones del sobrepeso y obesidad, manifestaciones psicológicas al presentar sobrepeso u obesidad, que se necesita para calcular los requerimientos energéticos que se requieren para realizar sus actividades diarias de cada persona, los beneficios y motivos que tendrían para realizar alguna actividad física, se les indicó que deberían contestar lo que supieran o conocieran al respecto y que podrían contestar con un no se cuando fuera necesario.

De manera frecuente se les indicaba la importancia de no dejar preguntas sin contestar.

Por último se dio las gracias por su participación, ya que para nuestro estudio era muy valiosa la información que nos proporcionaban por medio de los cuestionarios que habían contestado.

ANALISIS DE DATOS

Todos los datos que se recolectaron fueron analizados en el paquete estadístico de SPSS 16.

Se utilizó estadística descriptiva con distribución de frecuencias y proporciones para variables cualitativas además de media y DE en variables cuantitativas.

RESULTADOS

En el presente estudio se encuestaron a 256 adolescentes de primer ingreso del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Vallejo, encontrando los siguientes resultados: de acuerdo a las características sociodemográficas predominó sexo femenino con un 62.5% (n=160), media de edad fue de 15.33 \pm 1.08, correspondiendo a solteros en su mayoría 97.3% (n=249). Cuadro 1.

La presencia de riesgo para TCA estuvo presente en un 4.3% (n=11), de los cuales el 3.6% (n=9) fueron mujeres y hombres en un 0.8% (n=2). Cuadro 2.

De acuerdo al cuestionario aplicado para identificar conocimientos sobre alimentación la mayoría contestó lo siguiente: la importancia de la alimentación es mantenernos sanos en un 44.9% (n=115). Cuadro 3.

Uno de los objetivos de la alimentación es obtener energía 16% (n=41); las comidas completas que deben realizarse al día son tres en un 78.5% (n=201).

Lo que nos indica la pirámide de alimentos son las cantidades de alimentos que debemos consumir en un 47.2% (n= 121), respecto a los alimentos que encontramos en la base de la pirámide un 70.7% (n=181) menciono por lo menos uno de estos. Las complicaciones que se encuentran al padecer sobrepeso u obesidad fueron Hipertensión, Diabetes, Problemas del corazón, Problemas para respirar, Infartos, Paro cardiaco, Colesterol, Ataque al corazón, pie plano, enfermedades, depresión, Problemas de los huesos en un 72% (n=184).

Las manifestaciones psicológicas que consideran se presentan en las personas con sobrepeso u obesidad fueron baja autoestima 35.5% (n=91), seguido de depresión 18.45% (n=48)

Lo que consideraron se toma en cuenta para el cálculo de requerimientos energéticos en una persona fueron las actividades físicas que se realizan a diario 27.7% (n=71).

Los beneficios que encuentran al realizar una actividad física es estar saludable 44.5% (114).

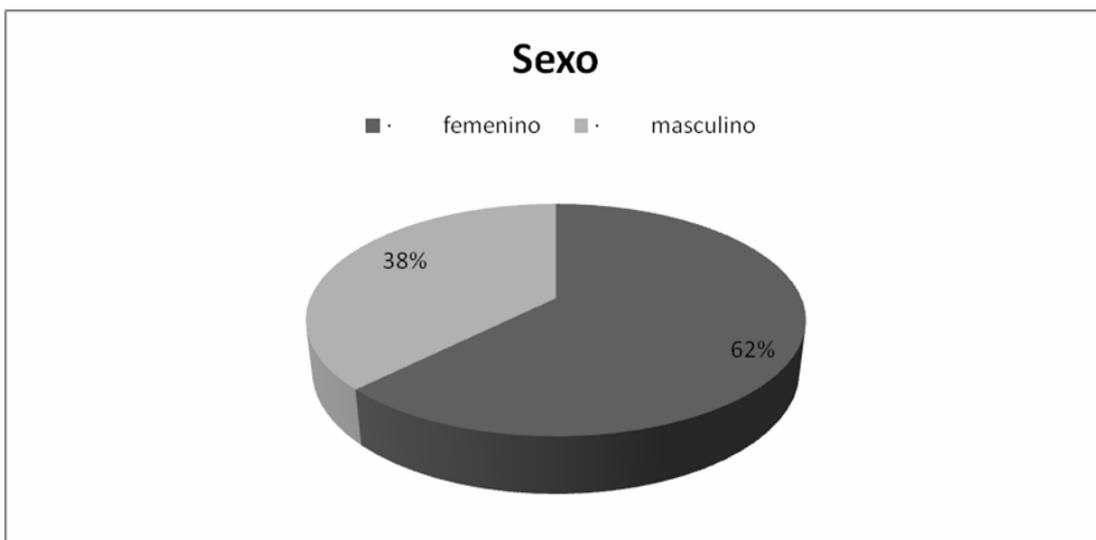
Consideraron que lo que les motivaría para realizar una actividad física es estar saludable, tener buena salud, estar sano 34.2% (88). Cuadro 3.5

CUADROS Y FIGURAS.

CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

| Variable | n | % |
|---------------------|-----|------|
| Edad | | |
| • 14 | 23 | 9.0 |
| • 15 | 168 | 65.6 |
| • 16 | 45 | 17.6 |
| • 17 | 12 | 4.7 |
| • 18 | 4 | 1.6 |
| • 19 | 4 | 1.6 |
| Genero | | |
| • femenino | 160 | 62.5 |
| • masculino | 96 | 37.5 |
| Estado civil | | |
| • soltero | 249 | 97.3 |
| • casado | 2 | 0.8 |
| • unión libre | 5 | 2.0 |

Figura 1.



CUADRO 2. RIESGO PARA PADECER TCA

| VARIABLE | n | % |
|-------------------|------------|-------------|
| Sin riesgo | 245 | 95.7 |
| • Femenino | 151 | 59 |
| • Masculino | 94 | 95.7 |
| Con riesgo | 11 | 4.3 |
| • Femenino | 9 | 3.5 |
| • Masculino | 2 | 0.8 |

FIGURA 2.



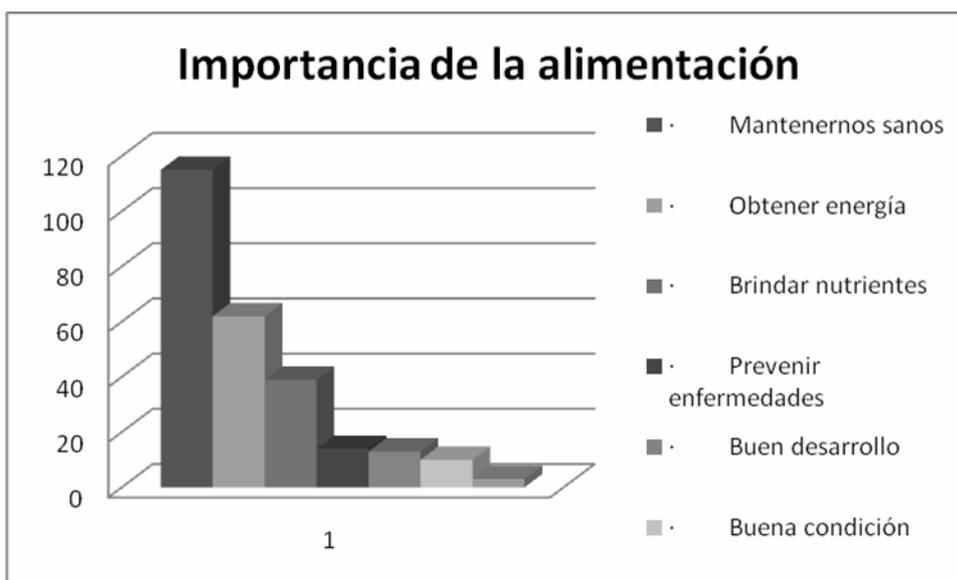
CUADRO 3. CUESTIONARIO ALIMENTACIÓN.

| IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION | n | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| • Mantenernos sanos | 115 | 44.9 |
| • Obtener energía | 62 | 24.2 |
| • Brindar nutrientes | 39 | 15.2 |
| • Prevenir enfermedades | 14 | 5.5 |
| • Buen desarrollo | 13 | 5.1 |
| • Buena condición | 10 | 3.9 |
| • No se | 3 | 1.2 |

| OBJETIVOS DE LA ALIMENTACIÓN | n | % |
|-------------------------------------|----------|----------|
| • Obtener energía | 41 | 16 |
| • Buena salud | 79 | 30.8 |
| • Nutrir | 89 | 34.7 |
| • Buena condición | 20 | 7.8 |
| • Prevenir enfermedades | 12 | 4.7 |
| • No se | 12 | 4.7 |
| • Buen desarrollo | 10 | 3.9 |
| • Buena condición | 9 | 3.5 |
| • Brindar lo que el cuerpo necesita | 7 | 2.7 |
| • Cuidarnos | 5 | 2 |
| • Quitar el hambre | 2 | 0.8 |

| COMIDAS COMPLETAS | n | % |
|--------------------------|----------|----------|
| • Tres | 201 | 78.5 |
| • Cinco | 36 | 14.1 |
| • Cuatro | 13 | 5.1 |
| • Dos | 3 | 1.2 |
| • No se | 2 | 0.8 |
| • Seis | 1 | 0.4 |

FIGURA 3.



CUADRO 3.1 CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN

| QUE NOS INDICA LA | n | % |
|--------------------------|----------|----------|
|--------------------------|----------|----------|

PIRAMIDE DE ALIMENTACIÓN

| | | |
|-----------------------------------|-----|------|
| • Cantidades que debemos consumir | 54 | 21.1 |
| • Alimentos que debemos consumir | 121 | 47.3 |
| • Como debemos alimentarnos | 25 | 9.8 |
| • Comer balanceado | 18 | 7 |
| • No se | 14 | 5.5 |
| • Importancia de los alimentos | 9 | 3.5 |
| • Nutrientes de cada alimento | 5 | 2 |
| • Clasificación de los alimentos | 4 | 1.6 |
| • Cereales y legumbres | 3 | 1.2 |
| • Consumir frutas y verduras | 3 | 1.2 |

ALIMENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA BASE DE LA PIRAMIDE DE ALIMENTACION

| | | |
|--------------------|-----|------|
| • Contestaron bien | 75 | 29.3 |
| • Contestaron mal | 181 | 70.7 |

COMPLICACIONES DE TENER SOBREPESO U OBESIDAD

| | | |
|---|-----|------|
| 1. Hipertensión, Diabetes, Problemas del corazón, Problemas para respirar, Infartos, Paro cardíaco, Colesterol, Ataque al corazón, pie plano, enfermedades, depresión, Problemas de los huesos. | 184 | 72 |
| 2. Tener enfermedades, sobrepeso, propenso a enfermedades | 24 | 9.3 |
| 3. No poder moverse, mala condición, cansancio. | 26 | 10.1 |
| 4. Burla, baja autoestima, enfermedades, Bulimia, depresión, Anorexia. | 10 | 3.9 |
| 5. No se | 6 | 2.3 |
| 6. Comer mas | 3 | 1.2 |
| 7. Alteraciones menstruales | 3 | 1.2 |

CUADRO 3.2 CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN.

| MANIFESTACIONES PSICOLOGICAS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON | n | % |
|--|----------|----------|
|--|----------|----------|

***SOBREPESO U
OBESIDAD***

| | | |
|--|----|-------|
| • Baja autoestima | 91 | 35.5 |
| • Depresión | 48 | 18.75 |
| • Rechazo social | 27 | 10.5 |
| • No se sienten bien | 19 | 7.4 |
| • Inseguridad | 19 | 7.4 |
| • Cansancio | 18 | 7 |
| • Anorexia , bulimia | 12 | 4.6 |
| • Tristeza | 9 | 3.5 |
| • Burlas | 8 | 3.1 |
| • Dificultad para realizar actividades | 8 | 3.1 |
| • No se aceptan, | 7 | 2.7 |
| • Discriminación | 7 | 2.7 |
| • Enfermedades | 7 | 2.7 |
| • Obsesión por bajar de peso | 6 | 2.3 |
| • Culpa | 5 | 1.9 |
| • Soledad | 4 | 1.5 |
| • Aislamiento | 4 | 1.5 |
| • Pena | 4 | 1.5 |
| • Trastornos psicológicos | 4 | 1.5 |
| • Se aceptan como son | 4 | 1.5 |
| • Ansiedad | 3 | 1.1 |
| • Inútil | 3 | 1.1 |
| • Timidez | 3 | 1.1 |
| • Nadie lo quiere | 3 | 1.1 |
| • Frustración | 3 | 1.1 |
| • Miedo | 3 | 1.1 |
| • Desesperación | 3 | 1.1 |
| • Se ven mal | 3 | 1.1 |
| • Se siente feo | 3 | 1.1 |
| • Asco por si mismo | 2 | 0.7 |
| • Depende cada persona | 2 | 0.7 |
| • Les dicen gordas | 2 | 0.7 |
| • No se | 2 | 0.7 |
| • Poco sociables | 2 | 0.7 |
| • Algunos están a gusto así | 1 | 0.3 |
| • Alteraciones menstruales | 1 | 0.3 |
| • Las chavas no lo pelan | 1 | 0.3 |
| • Estrés | 1 | 0.3 |
| • Necesitan ayuda | 1 | 0.3 |

CUADRO 3.3 CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN.

| <i>QUE TOMAMOS EN CUENTA PARA CALCULAR REQUERIMIENTOS CALORICOS</i> | n | % |
|--|----------|----------|
|--|----------|----------|

| | | |
|---|----|------|
| • Actividades físicas que se hacen | 46 | 17.9 |
| • Actividad física se realiza al día | 25 | 9.7 |
| • Alimentación | 23 | 8.9 |
| • No se | 19 | 7.4 |
| • Estatura, peso | 17 | 6.6 |
| • Estatura, edad, peso | 13 | 5 |
| • Ejercicio que se realice | 12 | 4.6 |
| • Peso | 9 | 3.5 |
| • Edad | 9 | 3.5 |
| • Edad, estatura | 8 | 3.1 |
| • Edad, peso , actividades físicas | 7 | 2.7 |
| • Edad, sexo | 7 | 2.7 |
| • Comidas | 6 | 2.3 |
| • Actividades físicas , edad | 6 | 2.3 |
| • Actividad física, talla, peso, edad, sexo | 5 | 1.9 |
| • Talla | 5 | 1.9 |
| • Condición física | 4 | 1.5 |
| • Sexo edad talla | 4 | 1.5 |
| • Calorías | 3 | 1.1 |
| • Alimentos , actividades | 3 | 1.1 |
| • Edad, peso, sexo | 3 | 1.1 |
| • Glucosa | 3 | 1.1 |
| • Metabolismo | 3 | 1.1 |
| • Presión | 3 | 1.1 |
| • Edad , peso | 3 | 1.1 |
| • Masa corporal | 3 | 1.1 |
| • Sexo, edad, peso, estatura | 2 | 0.7 |
| • Hambre que tengamos | 1 | 0.3 |
| • Medidas | 1 | 0.3 |
| • Necesidades de cada quien | 1 | 0.3 |
| • Ritmo de vida | 1 | 0.3 |
| • Forma | 1 | 0.3 |

CUADRO 3.4 CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN

| BENEFICIOS DE HACER EJERCICIO | <i>n</i> | % |
|--------------------------------------|-----------------|----------|
|--------------------------------------|-----------------|----------|

| | | |
|--|-----|------|
| • Saludable | 114 | 44.5 |
| • Condición física (mejora el rendimiento, mejora la resistencia, flexibilidad) | 95 | 37.1 |
| • Mejor funcionamiento del organismo (mejora la circulación, fortalece músculos, mejora el metabolismo, corazón, digestión, fuerte, mejora la memoria, oxigena el cerebro) | 40 | 15.6 |
| • Control de peso | 35 | 13.6 |
| • Bienestar (bien contigo mismo, equilibrio, mejora la autoestima, te da seguridad) | 30 | 11.7 |
| • Buen cuerpo | 27 | 10.5 |
| • Quema grasa (quema calorías) | 23 | 8.9 |
| • Mejora estado de ánimo (mente sana, alivia el estrés, buen humor) | 22 | 8.5 |
| • Disminución de la vulnerabilidad a enfermedades | 11 | 4.2 |
| • Estar más activo (da más energía) | 7 | 2.7 |
| • No se | 2 | 0.7 |
| • Larga vida | 2 | 0.7 |
| • Desintoxica | 1 | 0.3 |
| • Duermes mejor | 1 | 0.3 |
| • Ninguno | 1 | 0.3 |
| • Disciplina | 1 | 0.3 |
| • Mejor desempeño | 1 | 0.3 |
| • Mejora el sexo | 1 | 0.3 |
| • Entretenimiento | 1 | 0.3 |

CUADRO 3.5 CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN

| MOTIVOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA | n | % |
|--|----------|----------|
| • Estar saludable (buena salud, estar sano, estar saludable, | 88 | 34.3 |
| • Bienestar (tener mayor autoestima, sentirme bien conmigo, estar bien conmigo, satisfacción personal, te sientes mejor, estar feliz, desestresarme, eliminar el estrés. | 48 | 18.7 |
| • Buen cuerpo (ser un chavo súper guapo, bizcochito, estar bien guapo, tener mejor figura, cuerpo bonito, mejor apariencia, ponerme sabrosito, ponerme cuadrado, mamado | 40 | 15.6 |
| • Que me guste (algo que me guste mucho, que me agrade la actividad, sentir atracción, | 37 | 14.4 |
| • Mejorar la condición física (adquirir condición física, estar en forma física, mantenerme en buena forma, ejercitarme | 35 | 13.6 |
| • Control de peso (bajar de peso, mantener el peso, estar delgada, no estar gordo, mantener el peso ideal, cuerpo esbelto | 30 | 11.7 |
| • Diversión (que sea divertido, que me divierta) | 18 | 7 |
| • Entretenimiento (salir de la rutina, matar el tiempo, tener algo que hacer, desaburrirme, distraerme | 13 | 5 |
| • Nada (no me gusta) | 8 | 3.1 |
| • Ser menos vulnerable a las enfermedad (evitar enfermedades, estar menos propensa | 6 | 2.3 |
| • Hacer el ejercicio acompañado (con amigos, con alguien, con otros que también lo hagan, | 5 | 1.9 |
| • Desarrollo (equilibrio, destreza, tener energía, cumplir metas, maratón, competencias | 5 | 1.9 |
| • Quemar grasa (quemar calorías) | 3 | 1.1 |
| • Destacar (sobresalir, ser bueno) | 3 | 1.1 |
| • No se | 3 | 1.1 |
| • Que se diera en la escuela | 2 | 0.7 |
| • Liberación | 2 | 0.7 |
| • Una actividad que me pagaran por hacerla | 2 | 0.7 |
| • Tener tiempo | 2 | 0.7 |
| • Fácil | 1 | 0.3 |
| • Fuerte | 1 | 0.3 |
| • Mi chica | 1 | 0.3 |
| • Que esté cerca | 1 | 0.3 |
| • Que sea dinámico | 1 | 0.3 |
| • Importante | 1 | 0.3 |
| • Aprender hacer deporte | 1 | 0.3 |
| • Artístico | 1 | 0.3 |
| • Burla | 1 | 0.3 |
| • Vivir más | 1 | 0.3 |

DISCUSION

El estudio muestra que existe riesgo en el 4.3% de los adolescentes para presentar un trastorno de conducta alimentaria.

De acuerdo al perfil sociodemográfico predominaron las mujeres, con edad promedio de 15 años, solteras.

Varios autores (Ballester 2006, Becerra 2008) refieren que los adolescentes son la población más susceptible a desarrollar este tipo de trastornos en la alimentación teniendo hasta una prevalencia del 1-4%. (21)

La cual resulta ser menor a la presentada en otros países como en España en un 5%, mientras que en Estados Unidos llega a ser hasta del 10.2%. (Becerra 2008). (23)

(Rueda 2005) refiere una prevalencia del 1 al 8%, siendo más frecuente la Bulimia nerviosa que la Anorexia. (23)

Rueda y colaboradores. En un estudio realizado en una población de Colombia en 385 mujeres con edades comprendidas entre los 17 y 35 años, a las que se les aplicó el SCOFF obtuvo un valor positivo en 149 de las participantes (21)

241 participantes del total de las participantes acudió a una entrevista clínica donde solo se diagnosticaron 21.2% de casos con trastornos del comportamiento alimentario, 17.8% correspondió a trastorno del comportamiento alimentario no especificado y el 3.3% a bulimia nerviosa, cabe mencionar que. No encontraron casos de anorexia nerviosa. (21)

Así mismo en otro estudio realizado en Barcelona, Benites aplicó el SCOFF en una población mixta donde de 207 sujetos con una edad media de 30.5 años de edad, de los cuales fueron positivos en un 16.3% de las mujeres mientras que en los hombres de 5,8%.

En este caso el porcentaje con riesgo obtenido no esta acorde con lo mencionado en la literatura posiblemente por la diversidad sociocultural, sin embargo la prevalencia estimada para la población mexicana esta alta.

En un estudio realizado en nivel medio superior en la ciudad de México con adolescentes sobre conocimientos de alimentación, hábitos alimenticios y riesgo para conductas anoréxicas, la mayoría de los participantes mostraron ser capaces de establecer equivalencias por tipo de alimentos, conocer el plato del buen comer, en lo que respecta al riesgo para anorexia no hubo diferencias por género. (16)

En contraste en el estado de Tabasco en un estudio sobre hábitos alimenticios, se encontró que los participantes cuentan con poca información a cerca de una alimentación sana y sobre los hábitos

alimenticios y que se ven influenciados por factores económicos y de oferta, que limita el consumo de alimentos variados, lo que puede conllevar al deterioro de su estado nutricional a al incremento de malos hábitos de vida (18)

Con respecto a la información con la que cuentan los adolescentes sobre aspectos de alimentación es interesante saber que la mayoría de estos posee información correcta y adecuada, de manera general, además que se encuentra informada sobre las consecuencias físicas como psicológicas de no llevarla a cabo, consecuencia de el nivel educativo con el que cuenta además de la accesibilidad de información y el énfasis de la educación al respecto como parte de la currícula escolar.

Por todo lo anterior consideramos que los conocimientos acerca de alimentación, tomando aspectos como importancia, objetivos, complicaciones, beneficios y motivos para realizar alguna actividad física son adecuados y suficientes sin embargo faltaría indagar mayor numero de población de diversidad sociocultural y geográfica, exploración clínica u otros métodos de diagnostico para confirmarlo.

En conclusión los adolescentes de primer año del nivel medio superior explorado tienen baja prevalencia de riesgo para trastorno de conducta alimentaria e información sobre alimentación correcta.

CONCLUSIONES

De esta manera concluimos que en el presente estudio

- La frecuencia de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria fue de un 4.3%
- El perfil sociodemográficos de los participantes en este estudio fue sexo femenino, con edad promedio de 15 años y solteros.
- La información que los adolescentes poseen sobre alimentación es adecuada y correcta, no solo en cuanto a los objetivos y la importancia de la alimentación si no además para la identificación de las complicaciones y sentimientos de una persona que tiene problemas con sobrepeso u obesidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Madruga AD, Pedrón GC. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría.
2. Vega FL. La condición nutricia de los mexicanos 2006: sombríos presagios para el “mañana”. Rev Mex de Pediatría 2006, 73(5): 213-214.
3. Ballester AR, Guirado M. Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. Psicothema 2003, 15(4):556-562.
4. Betancourt ML, Rodríguez GM, Genpler RJ. Interacción madre – hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. Universidad Médica 2007, 48(3) 261-276.
5. Echebura E, Morañón I, Grijalva J. Trastornos de personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosa. Un estudio piloto. Rev. Psicopatología y Psicología Clínica 2002, 7(2):95-101.
6. Roncero IC, Ballesteros AM, Higuera GM. Análisis diferencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. Actas de Psiquiatría 2008, 36(2) 75-81.
7. Evelyn A; Timothy Walsh, B. Anorexia nerviosa. Am. J. Psychiatry 2008, 11(3):157-162.
8. Aguinaga M, Fernández JR. Trastornos de la conducta alimentaria revisión y actualización. Anales del sistema sanitario de navarra.2000 23(2): 279-292.
9. Cano CA, Castaño CJ, Corredor Z D, et al. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. Med. UNAB 2007, 10(3):197-194.
10. Unikel SC, Bojorquez CI, Carreño GS, Caballero GAI. Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastornos de la conducta alimenticia. Salud mental 2006, 29(2): 44-51.
11. Pelaéz FM, Labrador EF, Raich ER. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2005, 5(2): 135-148.
12. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Martínez C, Aux C, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali Colombia. Colom Med 2007 38(4):344-52

13. Casado MI, Helguera FM. Prevención de trastorno de alimentación. Un primer programa de intervención en dos fases. *Clínica y Salud (on line)*. 2008,19 (1): 5-26.
14. Goñi A, Rodríguez A. Variables associated with the risk of eating disorders in adolescence.. *Salud Mental*, 2007, 30(4):16-23.
15. Pérez GS, Vega GL, Romero JG. Practicas alimenticias de mujeres rurales. Una nueva percepción del cuerpo. *Salud Pública de México* 2007, 49(1):52-62.
16. Iñarritu PC, Cruz LV, Morán AI. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta. *Rev. Salud Pública y Nutrición* 2004, 5(2).
17. Becerra N, Alavarado R. Tamización de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Actas de Medicina Familiar*. 2008.
18. Samano R, Flores QM, Casanueva E. Conocimientos de nutrición hábitos alimenticios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes en la ciudad de México. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 2005, 6 (2).
19. Rivera BM. Hábitos alimenticios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Rev. Cubana salud Pública* 2006, 8(5):219-223.
20. Pratt BM, Woolfenden SR. Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. *Biblioteca Cochrane Plus*, N. 3, 2008, Oxford.
21. Rueda G, Alfonso DL, Campo A, Alfonso BJ, Ávila G, Orostegui L. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica* 2005, 25(2): 196-202.
22. Marin B. trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev. Chil. Nutr.* 2002, 23(2): 86-91.
23. Fernández CS. La salud de los adolescentes. *Rev. Med. Inst. Mex Seguro Social* 2008, 46(1): 91-100.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **“FRECUENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y NIVEL DE INFORMACION SOBRE ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC 3404

El objetivo del estudio es **determinar la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria y nivel de información sobre alimentación en adolescentes**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador, aplicarme una encuesta de trastorno de la conducta alimenticia y algunas preguntas sobre alimentación,.

Declaro que se me ha informado ampliamente y que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, o molestia alguna; y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Reconocer la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria y cual es la información que maneja el adolescente sobre alimentación. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que se otorga en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

Testigos

CLAVE 2810-003-002

ANEXOS 1

CUESTIONARIO SOBRE ALIMENTACIÓN.

FOLIO: _____

DATOS GENERALES

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Estado civil. Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Divorciado _____ Viudo _____

INSTRUCCIONES.

La mayoría de los adolescentes tienen diferente información acerca de la alimentación y nutrición. Para nosotros es muy importante saber que información tienes al respecto.

Lee atentamente las siguientes preguntas y contesta de acuerdo a tu experiencia personal.

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

1. ¿Por qué es importante la alimentación?
2. ¿Cuáles son los objetivos de la alimentación?
3. Para llevar a cabo una buena alimentación, cuántas comidas completas debes de realizar al día
4. ¿Qué nos indica la pirámide de alimentación?
5. ¿Qué alimentos encontramos en la base de la pirámide de alimentación?
6. Menciona algunas complicaciones, por presentar sobrepeso y obesidad
7. ¿Qué manifestaciones psicológicas se presentan cuando una persona tiene sobrepeso y obesidad?
8. ¿Qué tomamos en cuenta para calcular los requerimientos energéticos de una persona?
9. Menciona qué beneficios obtienes al realizar una actividad física.
10. A ti ¿Qué es lo que te motivaría para realizar alguna actividad física?

ANEXO 2

VALORACION DE SCOFF

FOLIO: _____

El cuestionario SCOFF es un instrumento de evaluación utilizado para detectar problemas de la conducta alimentaria.

INSTRUCCIONES. Contesta **SI** o **NO** de acuerdo a tu criterio.

Por favor no dejes alguna pregunta sin contestar.

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN.

1. ¿Vomitas porque te sientes llena y eso te hace sentir incómoda?
2. ¿Te preocupa haber perdido el control de lo que comes?
3. ¿Últimamente has perdido más de 6 kilos en un período de 3 meses?
4. ¿Te consideras gorda cuando otros te dicen que estas demasiado delgada?
5. ¿Dirías que la comida domina tu vida?