



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y FACTORES DE RIESGO
QUE LAS DETERMINAN EN UNA MUESTRA DE
ADOLESCENTES RESIDENTES EN EL DF.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ESTEFANI CAMACHO VELASCO

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Agradecimientos

*Se comienza a ver poco a poco más de cerca la meta en la cual trabaje estos años, donde estuve rodeada de alegrías, decepciones, angustias, trasnochadas, risas, cariño, amores, amistades, enseñanzas, aprendizaje, todo esto y muchas cosas más que todos en su momento lo vivimos de ciertas formas, ya que el ser estudiante y sobre todo pertenecer a la máxima casa de estudios que es la **Universidad Nacional Autónoma de México**, me llena de orgullo ser parte de su historia, pero sobre todo haber tenido el privilegio de tener un lugar para disfrutar de este aren de conocimientos que día a día nos cultiva para ser en todo ámbito una mejor persona, si bien dicen, es nuestra segunda casa, como lo fue la **Facultad de Odontología** estos años de carrera.*

Todo esto fue gracias a mis padres: Vicente Camacho Molina y mi madre Catalina Velasco Vargas, ya que sin su apoyo incondicional, no estaría aquí escribiendo estas dedicatorias, ellos me han enseñado que aunque existan obstáculos, siempre se puede salir adelante, siempre y cuando se tenga decisión y coraje, son los formadores de crear esperanzas para obtener mejores resultados, de dicha y amor en toda su extensión, de sacrificios, de regaños, de aprendizajes, de sermones, de entregarlo todo por sus hijas, de trabajo de sol a sol, de todo lo que engloba el ser padres, no me alcanzaría el papel ni las palabras, para decir que son los mejores padres y a ellos debo el estar aquí realizando un de triunfo más, pues es arduo el camino.

A mis hermanas Litza Hana y Yanmaritza, les agradezco haber sido mis conejillos de indias en su momento, sé que siempre están cuando mas las necesito, todos los años de vida que tengo encima han sido a su lado, con muchas alegrías y juegos desde niñas e incluso hoy en día aun como si lo fuéramos, nos divertimos más con la llegada de un ser que a pesar de ser pequeño me demuestra todos los días su



aprendizaje, siempre me saca una sonrisa y en ocasiones canas verdes, pero a pesar de ello Caleb perteneces a este corazón que los ama y seguirá haciéndolo hasta el último momento.

A mis amigas también nombradas las Calcio, les doy gracias por apoyarme y compartir los mejores años de mi vida, no fue en vano nuestros esfuerzos, saben lo mucho que las aprecio a cada una y esto solo es un matiz. Y aunque no perteneces al grupo Roldan Castro eres un tipo inigualable, tal vez en otra vida fuimos parientes.

Doy gracias por que en esta trayectoria encontré gente muy valiosa y capaz de salir adelante a pesar de tener todo en contra, con mucha admiración, han sido mis oídos y mis consejeras cuando más las necesite, gracias Aurora Canales, Claudia Vargas y Rosalía Santiago.

Gracias a la escuela secundaria # 27 Alfredo E. Uruchurtu, por dejarme realizar este trabajo, ya que si no hubiera contado con su gran apoyo y calidez, no hubiera podido realizar este trabajo

Mi tutora la Mtra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo, es admirable como puede con todo y contra todo, pues su papel es primordial en cualquier lugar donde pertenece, ejerce en toda su extensión el conocimiento que ha adquirido durante estos años, lo demuestra en cada enseñanza que recibí, fue un placer y estoy agradecida por haber trabajado con usted, pues saber que practica orgullosamente su profesión, hace alusión a la construcción de enseñanzas, no me queda ninguna duda de sus atribuciones a nuestra sociedad, ojalá muchos colegas tuvieran su visión y sus ganas por sacar adelante a la docencia, pues su forma de enseñanza es inigualable



ÍNDICE

Páginas

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2. ANTECEDENTES | 7 |
| 2.1 Conductas Alimentarias | 7 |
| 2.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria | 8 |
| 2.2.1 Anorexia | 9 |
| 2.2.2 Bulimia | 27 |
| 2.2.3 Trastorno Alimentario no Especificado | 32 |
| 2.2.4 Trastorno por atracones | 33 |
| 2.4 Repercusiones en la cavidad oral en px con Anorexia y Bulimia | 34 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 44 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 45 |
| 5. OBJETIVOS | 46 |
| 5.1 General | 46 |
| 5.2 Específicos | 46 |
| 6. METODOLOGÍA | 47 |
| 6.1 Material y método | 48 |
| 6.2 Tipo de estudio | 48 |
| 6.3 Población de estudio y muestra | 48 |
| 6.5 Criterios de inclusión | 48 |
| 6.7 Variables de estudio | 48 |
| 6.8 Variable independiente y variable dependiente | 48 |
| 6.9 Análisis de la información | 49 |
| 7. Resultados | 49 |
| 8. Conclusiones | 64 |
| 9. Referencias Bibliográficas | 65 |



1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las sociedades occidentales otorgan suma importancia al peso y figura corporal, esto se ve reflejado en los ideales de la belleza física, a las mujeres se les demanda un cuerpo cada vez más delgado, y a los hombres con mayor masa muscular. En este sentido la cultura a jugado y juega un papel muy importante en la asimilación de modelos estéticos corporales, ya que ésta acepta y promueve cambios en los cánones de belleza establecidos.

La asimilación de estos modelos estéticos en los individuos no es autónoma, más bien involucra la conformación de su propia historia y proceso de desarrollo, de ahí que algunos adolescentes sean más susceptibles a modificar su cuerpo, y más cuando por razones genéticas e historia alimentaria creen no poseer el cuerpo que han idealizado.²

Ya que comer es una actividad cotidiana, importante e imprescindible en la vida de todos los seres humanos. Puesto que si nos remontamos a los albores de la historia de la humanidad y también a lo largo de ella, podemos observar como los cuerpo corpulentos y con acumulación de grasa eran considerados como símbolos de riqueza, éxito y procreación, eran auténticos ideales culturales, incluso en nuestros días algunas culturas como la árabe mantienen como ideales de belleza y éxito la acumulación de grasa en la figura corporal y eso como símbolo de prosperidad y longevidad, de hecho, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son psicopatologías, caracterizadas por serios disturbios en la ingesta de alimentos, como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y el peso, son factores de riesgo para desarrollar alguna conducta alimentaria.^{2,39}



Se entiende como conducta compleja de etiología multicausal, producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Considerando al individuo, como una unidad funcional, es decir, desde una óptica biopsicosocial, en donde el bombardeo publicitario es constante, en consecuencia las mujeres desean poseer un cuerpo delgado y los hombres desean poseer un cuerpo grande y musculoso.^{1,38}



2. ANTECEDENTES

2.1 Conductas Alimentarias

Las conductas alimentarias se pueden considerar como “alteraciones de la conducta (ACA) relacionadas con la alimentación”, “prácticas erróneas de control de peso” y la “alteración de la percepción de la imagen corporal”, con una frecuencia o intensidad relativamente alta. Las conductas alimentarias no son indicadores patológicos, sino gradientes de la conducta alimentaria de un individuo que se presentan como un *continuum*, entre una alimentación normal y la presentación de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Entre las principales ACA tenemos aquellas alteraciones relacionadas con la alimentación, como son: eliminar tiempos de comida; atracarse; comer compulsivamente; preocupación excesiva por el contenido calórico de los alimentos; por la preparación de los alimentos; y por los tipos de alimentos; actitud errónea frente a la realización de comidas, evitar comer con miembros de la familia o amigos; esconder la comida; tirar los alimentos; alteraciones en la ingesta habitual de alimentos; cortar los alimentos en pedazos muy pequeños; y también los comedores nocturnos .

Otras ACA se relacionan con las prácticas erróneas de control de peso, como son: “estar a dieta”; llevar a cabo “dietas mágicas”; ser dietante compulsivo; ser dietante crónico; autoinducirse el vómito; usar medidas purgativas; ayunar; decir que no se tiene hambre; decir que ya se comió; tener miedo a la ganancia de peso; la frecuencia excesiva en la medición del peso corporal; y la realización de ejercicio de manera desmedida.



Otra ACA que se presenta con frecuencia es la alteración de la percepción de la imagen corporal que se expresan como: distorsión de la imagen corporal.¹⁵ Todo lo anterior ya mencionado son factores que predisponen el hecho de presentar una alteración de la conducta alimentaria que si se agrava se convierte en un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

2.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los TCA han sido definidos como aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad.

En su mayoría las adolescentes y adultas jóvenes están entre los grupos con mayor prevalencia de los TCA, ya que en estos tiempos modernos, la exigencia social por un cuerpo delgado generalmente asociado al género femenino y uno atlético en el masculino, se ha constituido como factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos.

La evidencia científica indica que los factores de riesgo causales de los TCA son multifactoriales. Estos trastornos resultan de la interacción compleja de factores psicológicos, físicos y socio-culturales que interfieren en el comportamiento del individuo, dificultando la comprensión de su etiología. Además de esta complejidad en la etiología de los TCA, debemos considerar la etapa de la adolescencia, un período caracterizado por grandes cambios biológicos y psicosociales que pueden verse comprometido por la aparición de estos trastornos, produciendo consecuencias potencialmente graves para la salud de los adolescentes.



De acuerdo con la clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana en su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado* (DSM-IV-TR, American Psychiatry Association (APA), 2000), dentro de los TCA se dividen en específicos e inespecíficos.

Los primeros se encuentran: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, los segundos son: el trastorno alimentario por atracones, que actualmente se encuentra en investigación, y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) también conocidos como síndromes parciales o trastornos subclínicos.^{13,25,39}

2.2.1 Anorexia

Proveniente del griego anoertous o asitous aludiendo a quienes carecen de apetito o restricción de alimento.

La anorexia nerviosa es definida como el dejar de comer de manera voluntaria, lo que origina una pérdida excesiva de peso (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2004). Esta enfermedad, se caracteriza por un temor mórbido a engordar y se acompaña de una distorsión de la imagen corporal. Entre los síntomas se encuentran, además de los ya mencionados, la preocupación excesiva por la imagen corporal, amenorreas, la motivación para adelgazar, el control de lo que se come y otras conductas compensatorias.¹⁹

Historia de la Anorexia

Esta enfermedad data del siglo V al siglo XVI, se encontraban mujeres que seguían un modelo de ascetismo comían muy poco, incluso al grado de llegar al total rechazo del alimento como un signo de divinidad. En el post-



medieval los casos de mujeres que sobrevivían sin comer, pasando mucho tiempo en cama y sufriendo parálisis histérica; sin embargo, la razón del ayuno se debía aparentemente al valor simbólico que esas mujeres le atribuían a la comida, al igualar al alimento y la comida con objetos sexuales “prohibidos”, de ahí que se hiciera alusión (desde una postura psicoanalítica) al temor a ser penetrada-alimentada por miedo a quedar embarazada-engordar.

En los años 1200 y 1500, coincidiendo con la aparición de las órdenes religiosas, un número creciente de mujeres se entregaba a la práctica del ayuno, como un medio de protección contra las fuerzas del mal, garantizando cierta pureza. Bordo en 1990 menciona que en la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual a la de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que al servicio del alma.

Los primeros reportes sobre anorexia nerviosa datan de 1684 en Inglaterra por Morton, que definió como un trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado consumición nerviosa.²⁰

Definición de la anorexia nerviosa según la OMS

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia.²⁰

Tipos de anorexia nerviosa



1. Tipo restrictivo (ANR): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

2. Tipo compulsivo/purgativo (ANCP): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).²⁰

Factores de Riesgo

- *El papel de la pubertad*
- *Los factores socio-culturales*
- *El sobrepeso y la obesidad*
- *La influencia de los medios de comunicación*
- *Las influencias de las relaciones interpersonales*
- *Los aspectos transculturales*
- *Factores psicológicos.*¹³

Todos los anteriores factores ya mencionados, se irán describiendo conforme al orden previsto, para poder analizarlos con detenimiento y caer en cuenta cómo es que afectan, a la conducta de los adolescentes, que son determinantes para la presencia de una alteración en la conducta alimentaria.

Ya que se tiende a considerar que el riesgo para desarrollar patología alimentaria, es resultado de la interacción tanto de factores de riesgo específicos, como generales (Vandereycken y Noordenbos, 2000) y cuantos más factores de riesgo interactúan, mayor es la probabilidad para desarrollar TCA (Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997).¹⁴



El papel de la pubertad

El inicio de la pubertad se produce por la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipófisisogonadal, 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) del adolescente.

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 y en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en las niñas. Según Bearman y cols., esta nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, exponiéndolas a la presión por ser delgada en sus relaciones interpersonales, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal.

Otro evento importante es la pubertad temprana, que coloca al individuo en riesgo de padecer síntomas de TCA; ansiedad, actuar impulsivamente en respuesta a una situación de sufrimiento, preocupación por el control o la pérdida del peso, lo cual sugiere que los mecanismos físicos y psicosociales se ven afectados por la madurez sexual a temprana edad.

Es importante destacar que existe una fuerte evidencia de que la aparición de la obesidad infantil en niñas precede a la pubertad precoz, diferencialmente en los niños, el IMC alto está asociado con una madurez tardía. Rosenfield y cols., encontraron que las niñas que tienen sobrepeso,



en comparación con aquellas con un IMC adecuado, tuvieron una prevalencia de madurez sexual a temprana edad y aparición de la menarquia a una edad más precoz. Además, estas niñas están expuestas a una condición que les exige una madurez también anticipada de su identidad, lo que podría conducir a un conflicto y contribuir a una mayor insatisfacción y una imagen corporal pobre, con los consiguientes comportamientos alimentarios inapropiados y la posible aparición de TCA.¹³

Los factores socio-culturales

La literatura reciente indica que la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los TCA son influenciadas por presiones socioculturales, por ejemplo de los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales, centrados en un ideal de belleza inalcanzable para muchos adolescentes.



Sin embargo, pocos estudios han investigado los efectos de estas presiones en relación con la edad o la etapa de la vida. Los resultados indican que, sobre todo la familia ejerce influencia en los/las niños/niñas y en los/las adolescentes más jóvenes, por el contrario, los amigos y los medios de comunicación sobre aquellos que se encuentran en fases intermedias y finales de la adolescencia.¹³

Los factores socio-culturales como situación socioeconómica, estilo de vida, lugar de residencia entre otros, también son determinantes de las prácticas alimentaria. En este contexto, también se ha reconocido el papel de la publicidad dirigida hacia los niños. La constante exposición a la publicidad



de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos en todo lugar al que los niños concurren, ha inducido un cambio importante en el patrón de alimentación infantil.

Una revisión sistemática de 123 artículos científicos publicados sobre el tema concluye que existe una fuerte evidencia de la influencia de la publicidad sobre las preferencias, solicitudes de compra y la ingesta alimentaria de los niños de 2 a 11 años en el corto plazo.¹¹

El común denominador de todas estas influencias socioculturales es su poder de transmitir a los individuos, en especial a las mujeres, el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza, de control de sí mismo, de libertad y de éxito social. Es obvio que la difusión del cuerpo ideal delgado no se inició de manera súbita de un día para otro. Se trata de un valor estético vigente, es decir, de una moda.³⁹

El sobre peso y la obesidad

Otro aspecto que ha contribuido al afianzamiento del ideal de delgadez es el estigma a la obesidad. Ser obeso constituye, en nuestros días, un auténtico estigma social.

La presión social contra la obesidad es tan clara, que los niños son capaces de atribuir valores negativos, como perezoso o sucio, a las figuras endomorfas o robustas. Los niños y niñas (de 6-7 años) prefieren un ideal estético de delgadez y rechazan la robustez, independientemente del sexo, del peso y de la raza. Las investigaciones en estudiantes de bachillerato confirman esta progresiva descalificación del obeso, al que rechazan utilizando adjetivos semejantes, tanto para obesos como para prostitutas.



Preferían casarse con drogodependientes, con antiguos enfermos psiquiátricos o con divorciados, que con obesos.

Considerando los estudios anteriores, es fácil comprender la necesidad de estudiar el papel que desempeñan los factores socioculturales en la etiología, el mantenimiento y la cronicidad de los trastornos alimentarios. Además, se percibe la necesidad de contar con instrumentos que brinden información sobre la internalización de los actuales modelos estéticos corporales, con la finalidad de poder identificar el riesgo de que se presente una psicopatología alimentaria.⁴

La obesidad es un importante problema de salud en la infancia y la adolescencia, especialmente en los países desarrollados, sin embargo, no excluye a aquellos en vías de desarrollo. 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. 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.

Es importante destacar que, mientras que el sobrepeso y la obesidad suelen ser más frecuentes entre los chicos en comparación con las chicas, la insatisfacción con la imagen corporal, el comportamiento alimentario no saludable y los TCA, son más frecuentes entre las niñas. Además, los niños con bajo peso parecen estar más preocupados con el tono muscular,



mientras que la imagen corporal negativa en las niñas aumenta con el aumento en el IMC.

La obesidad en la adolescencia es una condición de alto riesgo de desarrollo de TCA, actitudes y comportamientos alimentarios inadecuados para la pérdida de peso, insatisfacción con la imagen corporal, ser víctima de “críticas/burlas” por la familia y/o sus compañeros, ansiedad, depresión y aún más preocupante es la posibilidad de que los adolescentes experimenten al mismo tiempo varios problemas relacionados con el peso, una condición que puede perpetuar la alteración.

Imagen 2. Adolescencia y obesidad.
<http://www.wscom.com.br/noticia/saude/>



En un estudio longitudinal se encontró que el 40% de las niñas y el 20% de los niños con sobrepeso, estaban involucrados en por lo menos un comportamiento alimentario alterado y respectivamente, un 13,4% y un 4,7% tenían más de un comportamiento relacionado.

Otra investigación sugiere que un IMC alto, la presión sociocultural para reducir el peso, y la comparación del cuerpo fueron factores de riesgo de realización de conductas de pérdida de peso. Sin embargo, es importante destacar que el exceso de peso en la pre-pubertad puede conducir a la aparición temprana de la maduración sexual y en conjunto probablemente, contribuyen a la aparición de la BN e insatisfacción con la imagen corporal. No estar satisfecho con el cuerpo predice el uso de estrategias extremas para controlar o favorecer la pérdida ponderal, lo que puede poner a los adolescentes en riesgo de aumento del peso, y otros daños para su salud.¹³



La influencia de los medios de comunicación

Los medios de comunicación son los principales exhibidores de la publicidad comercial. La economía de mercado occidental bombardea de manera continua y sistemática a toda persona con sus mensajes publicitarios, a veces explícitos, implícitos algunas otras. La creación de necesidades y la invitación a consumir están presentes en las sociedades desarrolladas en las que no lo son, que ya constituyen rutinas ambientales aceptadas sin crítica alguna.

Sin duda, la publicidad vende, entre otras cosas, cuerpos delgados y, una vez “vendidos” los utiliza para promover la venta de otros productos. Prensa, revistas, televisión, carteles, internet entre otros, todos los medios están impregnados de tales mensajes que, debe insistirse en ello, son creadores de necesidades.³⁹

En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para hombres y mujeres adolescentes, y por otra



parte estigmatizan la obesidad. <https://www.google.com.mx/search?q=trastornos+alimenticios+y+publicidad>

Paradójicamente, los medios de comunicación muestran mensajes de que ser delgado es hermoso, incentivan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido, y por otro lado, bombardean a los/las niños/niñas y adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres. En este contexto, desde muy temprano, niños y niñas que



aún están en proceso de formación de la imagen corporal, reciben informaciones opuestas de los medios de comunicación que pueden configurarse en condiciones muy desfavorables en el proceso de formación de la imagen corporal, del comportamiento alimentario y de la salud de los adolescentes.

El estudio desarrollado por Schooler y Trinh registró, entre las niñas, que el perfil de uso de la televisión (ver programas de televisión de 28 horas por semana) fue el predictor más fuerte de insatisfacción con la imagen corporal, en concreto, en el grupo de niñas que a menudo y de forma indiscriminada veían los programas de televisión.

En la otra investigación, Becker y cols. identificaron que sólo las redes sociales de exposición a los medios se asociaron con indicativos de TCA. En los Estados Unidos, las niñas que trataban de parecerse a las mujeres que se encontraban en los medios de comunicación y los niños y niñas que estuvieron expuestos a las revistas sobre pérdida de peso, presentaron mayor riesgo de atracón y uso de estrategias extremas para controlar el peso.

Fueron identificados en China hallazgos consistentes con los encontrados en los países occidentales. Además, los estudios muestran una asociación entre un mayor efecto de los medios de comunicación con la insatisfacción corporal y el ideal de desarrollo del tono muscular entre los varones adolescentes, sin embargo, los resultados son contradictorios, lo que indica que las relaciones interpersonales entre ellos son más importantes en la determinación de estas condiciones que los medios de comunicación.¹³

Becker y Hamburg (1996) señalan que algunas mujeres, ante el contacto con la publicidad de productos adelgazantes, suelen alcanzar un



grado lo suficientemente importante de insatisfacción con su cuerpo, por lo que manifiestan conductas poco saludables tendientes a reducir su peso y moldear una figura esbelta hasta el grado de mostrar síntomas o cuadros completos de TCA.

De manera particular, se ha indicado que la lectura de revistas de modas incrementa la interiorización del ideal de delgadez (Tiggemann, 2003) y la probabilidad de padecer síntomas de TCA (Martínez y cols., 2003), dado que en la televisión se difunden ideas, modelos e innumerables productos y servicios que no representan a la mujer común o con un peso corporal saludable. Recientemente, Clark y Tiggemann (2008) realizaron un estudio longitudinal con mujeres púberes, encontrando que una mayor exposición a los programas de televisión predice la interiorización de los ideales de apariencia un año después.³

Las influencias de las relaciones interpersonales

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 y las medidas y la figura del cuerpo, pero los resultados acerca de quién juega el papel principal en la determinación de estos problemas, son inconsistentes.

Mellor y cols. 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 Thompson 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 niñas. Por otro lado, Muris y cols, Jackson y Chen e Shomaker y Furman indicaron presiones similares en la apariencia de los adolescentes de ambos sexos.

Teniendo en cuenta estos resultados contradictorios, Blodgett, Salafia y Gondoli resaltan la necesidad de evaluar la importancia del papel de las presiones socioculturales en la determinación de los TCA durante el proceso de transición a la adolescencia, debido a las características específicas de este período de la vida, marcada por inestabilidades.

Estos investigadores siguieron por cuatro años a chicas de 10 años hasta los 12 años de edad y encontraron que en la evaluación por separado, los padres y amigos tienen un efecto importante en la insatisfacción con la imagen corporal y los síntomas bulímicos, sin embargo, al examinar el papel de los padres y amigos juntos, los amigos tienen más influencia que los padres.

Además, los estudios han encontrado que los individuos que mantienen relaciones proximales del mismo sexo que el adolescente, son importantes en la determinación de la ocurrencia de atracones y del uso de estrategias tanto para la pérdida de peso como para aumentar el tono muscular. 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.



Sin embargo, en relación con el tono muscular, los investigadores encontraron que los niños y las niñas no se diferenciaron en el informe de presión por ser musculoso en las relaciones con sus madres, padres o amigos, no obstante, los chicos eran más presionados por sus parejas románticas para que fueran musculosos y tuvieron puntuaciones más altas que las chicas en el deseo y preocupación por la musculatura.

Otra cuestión importante en la determinación de la existencia de insatisfacción con la imagen corporal y TCA son las burlas de familiares y amigos sobre el peso. Se ha identificado un mayor riesgo de compulsión alimentaria, comportamientos inadecuados para controlar el peso y sobrepeso entre los niños y de las dietas restrictivas, atracones y conductas extremas para pérdida de peso entre las niñas que han recibido provocaciones por su apariencia física, en comparación con sus compañeros.

También 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.

Algunos estudios han observado que la realización de dietas por compañeros del grupo de referencia fue un factor de riesgo de comportamientos relacionados con los TCA en los sexos masculino y femenino.^{5,36,40,13}

La influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos también ocupa un lugar destacado dentro de la influencia sociocultural. Algunos estudios muestran que las mujeres pueden sentirse presionadas por la simple presencia de otra compañera con la cual



comparan su figura (Wasilenko, Kulik y Wanick, 2007), o bien por la presión directa de amigos y familiares (Wilksch, Tiggemann y Wade, 2006). En este sentido, Pike y Rodin (1991) señalan que la influencia del estereotipo de delgadez proviene principalmente de las personas cercanas, y que es aún más aguda cuando proviene de personas o imágenes idealizadas o admiradas, como ciertos familiares y amigos.

Los hallazgos empíricos sugieren que los padres y compañeros y otras influencias sociales contribuyen a través de comentarios y críticas al desarrollo de percepciones de la figura corporal apropiadas y deseables (Goldfield y Chisler, 1995; Meno, Hannum, Espelage y Low, 2008; Stice, 2002), lo que es más común en el caso del sexo femenino (Smolak y Murnen, 2001). Tales estereotipos de belleza pueden difundirse entre los miembros de la familia desde edades muy tempranas; al respecto, McCabe, Ricciardeli, Stanford y cols. (2007), en un estudio con niñas en edad preescolar, encontraron que sus madres les transmitían mensajes acerca de la necesidad de perder peso, lo que podía llevarlas a desarrollar una preocupación excesiva por su apariencia y peso en la preadolescencia.

De manera particular, los padres pueden fomentar el aprecio por la delgadez a través de conversaciones sobre figuras femeninas delgadas que promueven esa imagen corporal ideal (Pike y Rodin, 1991). En consecuencia, la familia parece mediar a través de actitudes y conductas las influencias culturales sobre la imagen corporal que recibe el individuo (Haworth-Hoepfner, 2000), e inclusive algunos autores consideran que la aceptación del ideal de la delgadez por parte de los padres podría predecir la presencia de TCA (Stice, 2002).

No obstante, la escasez de estudios que evalúen directamente la percepción de los padres hace todavía difícil ofrecer conclusiones



consistentes en cuanto a su efecto predictor, Cooley, Toray, Wang y Valdez (2008), quienes señalan que las madres con mayor grado de interiorización de los mensajes publicitarios sobre la delgadez tienen mayor probabilidad de que sus hijas sufran patologías alimentarias.

Asimismo, dichos estudios se han llevado a cabo en la población general sin distinguir los diversos grados de afectación alimentaria, por lo que resulta recomendable evaluar la influencia del estereotipo de la delgadez no solamente en esa población sino también en las poblaciones de riesgo y en las clínicamente diagnosticadas.³

Los aspectos transculturales

Los trastornos del comportamiento alimentario no se dan uniformemente en todas las culturas y en algunos casos se manifiestan con características diferentes de la enfermedad. Aunque hay pocos estudios sobre los comportamientos de riesgo y TCA en otras culturas, existen evidencias de que la aparición de estos problemas no está restringida a los países occidentales, con tasas similares de TCA a las registradas en muestras caucásicas. Los inmigrantes que residen en los países occidentales del primer mundo y las minorías étnicas en esos países, parecen componer un grupo de riesgo para la aparición de TCA, de acuerdo con el proceso de aculturación.

Niñas indígenas americanas y latino-americanas y niños indígenas americanos, hispanos y negros tenían tasas más altas de comportamientos asociados con las prácticas inadecuadas para perder peso que sus compañeros blancos no hispanos. Situación similar fue observada por Jennings y cols, que identificaron en el grupo de Asiáticas puntuaciones significativamente más altas en psicopatología de los TCA, en comparación con las caucásicas.



Otro estudio con niñas adolescentes en Australia y Fiji se identificó que ambas adolescentes tenían insatisfacción con su imagen corporal, deseaban ser más delgadas que su peso actual y valorizaban la presencia del tono muscular, sin embargo, parece que las chicas australianas estaban menos preocupadas con la imagen que sus compañeras de Fiji. Los investigadores justifican estos resultados a la luz de la “modernización” que se ha producido en la cultura de Fiji.

Se debe dar énfasis a los casos de TCA descritos en muchas culturas, en las cuales el miedo mórbido a engordar y/o los trastornos de la imagen corporal o las conductas compensatorias, no están presentes como síntoma de la enfermedad, o casos en que la preocupación está centrada en el aparencia facial, tales como en China. Estos hallazgos sugieren que los TCA entre los adolescentes en las diferentes culturas pueden venir de una serie de condiciones no relacionadas con las conductas compensatorias o con el peso, pero con la forma del cuerpo o parte de lo mismo.¹³

Factores psicológicos

Preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez

La preocupación por el peso se refleja en el deseo de las niñas y niños de un cuerpo ideal, delgado y/o musculado. El miedo a engordar estuvo presente en el 71% de los niños y adolescentes, el 67% de ellos estaban preocupados por el peso y el 51% de la forma. Se sugiere que la internalización de los ideales de la belleza en las niñas y en los niños los pone en riesgo de insatisfacción corporal y de conductas de riesgo de TCA, cuando no se logra el peso deseado.

En un estudio de cinco años de seguimiento las adolescentes que querían estar más delgadas eran cuatro veces más propensas a desarrollar



actitudes alimentarias negativas en comparación con sus compañeras que no tenían este deseo. Contrariamente a estos resultados, Bearman y cols. no encontraron ninguna asociación significativa entre la internalización del ideal corporal y el aumento del nivel de la insatisfacción corporal.

Además, en una cohorte de nacimiento, aproximadamente el 19% de los niños y niñas que cumplían los criterios de definición de caso de TCA no mostraron preocupación por la forma del cuerpo o el peso, ni temor a la ganancia de peso. Merece ser destacada la amplificación de la discrepancia entre el cuerpo ideal y real que puede ocurrir en las niñas después de la pubertad, un período de gran vulnerabilidad en el que el aumento de la adiposidad dirige a las niñas a los ideales de atractivo interiorizados, por el contrario, a medida que se produce en los niños la maduración sexual, están más satisfechos con sus cuerpos.^{9,13, 34}

La importancia de la insatisfacción con la imagen corporal

La construcción de la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural. Los estudios demuestran que la insatisfacción con las partes del cuerpo es una preocupación común entre los adolescentes y se asocia el inicio de la pubertad en las niñas, probablemente como resultado de la dinámica de la ganancia de peso característica de esta fase para las mujeres, caracterizada por una mayor proporción de la ganancia de grasa que músculo. La insatisfacción corporal está presente en un 25% a un 81% de las adolescentes y en un 16% a un 55% de los niños y contribuye a la aparición de diversas condiciones físicas y psicológicas. Hay una fuerte evidencia de que el rechazo de la configuración del cuerpo es un factor de riesgo causal de los comportamientos y actitudes alimentarias negativas, y está relacionada con la obesidad, la baja autoestima y síntomas de depresión.



Una baja satisfacción corporal en adolescentes es un factor de motivación para la realización de dieta, la implicación en conductas no saludables de control del peso, que a su vez, pueden dar lugar a ingesta compulsiva de alimentos y ganancia de peso, con el consecuente sentimiento de fracaso por no alcanzar la reducción ponderal.

Los adolescentes que tienen exceso de peso parecen ser más propensos a mostrar insatisfacción con la imagen corporal que sus pares de peso saludable, aunque ninguna asociación entre IMC alto y una imagen negativa de sí mismo fueron observados por Bearman y cols. Se sugiere que la imposición de un estándar de belleza hace que las personas con exceso de peso que se alejan del ideal, sean vulnerables a la insatisfacción con la imagen corporal.

Por último, señalar que estas relaciones pueden ser recíprocas, es decir, tanto la insatisfacción con la imagen corporal contribuye a la aparición de las condiciones presentadas, como estos problemas pueden aumentar la diferencia entre el peso ideal y el actual, y aumentar la insatisfacción corporal imprimiendo más daño a la salud psicológica y física de los adolescentes.¹³

Pronóstico

Buen pronóstico:

1. Edad de inicio temprana.
2. Intervalo breve antes de la hospitalización.
3. Menor número de hospitalizaciones.

Mal pronóstico:

1. Peso muy bajo.
2. Duración prolongada de la enfermedad.



3. Anormalidades premórbidas clínicas o del desarrollo.
4. Presencia de conductas purgativas.
5. Disfunción familiar. ²⁵

Diagnostico

Según la clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en la última versión revisada (DSM-IV-TR), propone los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, a continuación se presentan:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal,(por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior a 85% del esperado).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal
- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. ²⁵

Tratamiento

Actualmente se concibe un enfoque terapéutico interdisciplinario para el tratamiento de los TCA; éste comprende la intervención de profesionales de diversas especialidades que trabajen en coordinación conjunta desde la evaluación inicial y durante el progreso del tratamiento. Es menester tomar en cuenta que los pacientes acuden a consulta, la mayor parte de las veces, en contra de su voluntad y sin conciencia de enfermedad.

Por lo tanto, el tratamiento debe incluir un programa de psicoeducación que les enseñe al paciente y a sus familiares los pormenores de la enfermedad, las consecuencias físicas y psicológicas de estos padecimientos y las recomendaciones de manejo en casa. El objetivo es



proveer información clara y detallada que favorezca tanto la conciencia de enfermedad como el involucro de la familia.²⁵

En la **anorexia restrictiva** y a nivel **hospitalario**: En caso de desnutrición severa (pérdida del 25-30% del peso) o rechazo a la alimentación normal se instaurará sonda nasogástrica con dietas de 1000 a 1500 calorías. El objetivo es ganar 200-400 g al día. En 10-12 días deben ingerir una dieta ya preparada por boca de 3000-4000 calorías bajo estrecha vigilancia para evitar los vómitos autoinducidos.³¹

Las estancias hospitalarias medias en los ingresos por anorexia nerviosa suelen ser más largas que las de otros trastornos y suelen oscilar entre 40 y 140 días (Mckensie y Joyce, 92), aunque en los últimos años se ha ido acortando siguiendo la tendencia general de los ingresos psiquiátricos en niños y adolescentes (Pottick et al., 2000). La recuperación del peso debe ser lenta y sostenida a pesar de la resistencia del paciente a ello, por ende además del control y tratamiento de las alteraciones biológicas, se debe incluir programas conductuales que llevan a la normalización de la conducta alimentaria y al aumento de peso. En la experiencia del HNN el rango de estancia hospitalaria es de 3 a 6 semanas.²²

2.2.2 Bulimia

La bulimia nervosa consiste en la presentación de episodios de ingestión voraz de una gran cantidad de alimentos, con sensación de pérdida de control, que se llevan a cabo en cuestión de minutos hasta en un lapso menor a dos horas.

Para el DSM-IV-TR, estas tres características son indispensables para identificar los atracones, los cuales son seguidos, en forma inmediata, por conductas compensatorias inadecuadas de tipo purgativo, tales como la provocación del vómito, el uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas; o de estrategias no purgativas como el ayuno



prolongado la práctica de ejercicio físico, el cual generalmente tiene características compulsivas.

Existe insatisfacción corporal en la mayoría de los pacientes, y algunos desarrollan alteración de la imagen corporal idéntica a la que sucede en la anorexia nervosa. Existen dos tipos: el purgativo y el no purgativo, según el predominio de las conductas compensatorias utilizadas.²⁵

La bulimia es un desorden alimenticio que viene caracterizado por diferentes aspectos que interaccionan entre sí. El síntoma principal es la provocación del vomito siempre combinado con episodios de dietas estrictas y de grandes “atracones”. Tienen preocupación excesiva por el peso y la forma del propio cuerpo constituye una obsesión.²³

Tipos de bulimia

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.²⁵

Criterios de diagnóstico para la Bulimia nerviosa

a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las



personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

b) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son: provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.²⁵

Alteraciones en la salud

En la **bulimia** las más frecuentes son las alteraciones electrolíticas como la alcalosis hipopotasémica (por los vómitos) o acidosis (por los laxantes). En casos más severos podemos encontrar hipoglucemia, arritmias cardíacas (por alteraciones electrolíticas o intoxicación por ipecacuana), prolapso mitral, aumento de las glándulas parotídeas; aumento de amilasa (por los vómitos), datos analíticos que sugieran nefropatías, parestesias, disestesias, crisis cólicas, pancreatitis, dilatación aguda gástrica o rotura, erosiones o rotura esofágica, hernia de hiato, rotura diafragmática con entrada del contenido abdominal, edema crónico, neumomediastino, hipotensión, trastornos menstruales (no deben darse hormonas), alteraciones



del esmalte dental, esteatorrea, lesiones en el dorso de la mano, colon irritable, megacolon, etc.¹⁷

Pronóstico

Los predictores de buen pronóstico son:

1. Edad temprana de presentación.
2. Motivación al tratamiento.
3. Presencia de red de apoyo (amistades).

Los predictores de mal pronóstico son:

1. Severidad del trastorno alimentario y de la frecuencia basal de vómitos.
2. Fluctuaciones de peso acentuadas.
3. Impulsividad.
4. Baja autoestima.
5. Presencia de trastornos mórbidos.
6. Conductas suicidas.²⁵

Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento es la reducción de los atracones y de las conductas compensatorias (vómitos, uso de laxantes, de diuréticos o de enemas, así como de los períodos prolongados de ayuno o el ejercicio físico compulsivo). La terapia cognitivo-conductual enfocada a la bulimia nervosa es el manejo psicoterapéutico más apropiado.



El manejo psicofarmacológico puede ser de gran ayuda, reconociéndose la eficacia de los antidepresivos, en particular de los inhibidores de la recaptura de la serotonina, para la sintomatología bulímica, amén de que las pacientes frecuentemente presentan comorbilidad con depresión mayor o distimia.²⁵

2.2.3 Trastorno Alimentario no Especificado

Se han realizado muy pocas investigaciones a partir de muestras de TCANE, aunque se estima que presentan mayor incidencia respecto a las formas específicas (Fairburn y Harrison, 2003). Este estudio se centrará en la evaluación de pacientes con diagnóstico de BN-P, TA y TCANE. Se tiende a considerar que el riesgo para desarrollar patología alimentaria, es resultado de la interacción tanto de factores de riesgo específicos, como generales (Vandereycken y Noordenbos, 2000) y cuantos más factores de riesgo interactúan, mayor es la probabilidad para desarrollar TCA (Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997).

Ser mujer y vivir en una cultura occidental se han considerado dos de los factores de riesgo socioculturales de consistencia (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986). Por este motivo en el estudio nos centramos en el género femenino. Se han evaluado otros factores de riesgo de tipo más específico como el antecedente de obesidad (infancia-adolescencia), tanto en grupos diagnósticos de BN y TA (Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm y Fairburn, 2000) como en muestras análogas (Burrows y Cooper, 2002).

Resultan escasas las investigaciones que han tenido presente el inicio temprano de la menarquia como un factor de riesgo, a pesar de que contextualiza el primer cambio importante en la figura corporal de la mujer (Fahy y Russell, 1993) y podría promover la prematura insatisfacción corporal (Fairburn et al., 1997).



Además, la adolescencia se considera la etapa evolutiva de mayor riesgo para el desarrollo de la patología alimentaria debido a la diversidad de cambios que convergen (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Ben-Tovim, Walker, Gilchrist, Freeman, Kalucy y Esterman, 2001; Herzog, Dorer, Keel, Selwing, Ekeblad, Flores et al., 1999; Keel, Mitchell, Miller, Davis y Crow, 1999; Maddocks, Kaplan, Woodside, Langdon y Piran, 1992; Norring, 1989; Olmsted, Kaplan y Rockert, 1994; Sohlberg, Norring y Rosmark, 1992).^{14,38,40}

2.2.4 Trastorno por atracones

El trastorno por atracones se caracteriza por episodios recurrentes de atracones en los que no existe conducta compensatoria típica de la bulimia como el vómito y no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia o la bulimia. Un atracón se caracteriza por comer cantidades grandes de comida en un periodo discreto acompañado de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta.

Los episodios de atracones deberían de estar asociados con tres o más de los siguientes síntomas: comer más rápido de lo habitual, comer hasta sentirse demasiado lleno, continuar comiendo a pesar de no tener hambre, comer a solas por sentir vergüenza por todo lo que se come; sentir disgusto con uno mismo, culpabilidad o depresión después de los atracones y un marcado malestar por tal conducta.

Según los criterios señalados en el apéndice del DSM-IV los atracones deberían de ocurrir por lo menos dos veces a la semana durante seis meses, aunque para el DSM-V la propuesta actual es una vez a la semana durante tres meses. En un reporte reciente de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que utiliza los criterios propuestos en el apéndice del DSM-IV se estima que 1.6% de los adultos mexicanos ha



cumplido criterios para el trastorno de atracón alguna vez en su vida.¹⁷ Hasta ahora no hay datos epidemiológicos en México para estimar la prevalencia del trastorno por atracón en la población general de adolescentes.²⁴

Al menos debe presentar 3 de los siguientes hallazgos asociados: (1) comer más rápido de lo normal; (2) comer hasta sentirse discomfortablemente saciado; (3) ingesta de grandes cantidades sin hambre; (4) comer sólo por vergüenza (5) disgusto, depresión o culpa por los patrones alimentarios. Debe presentar una frecuencia de al menos 2 veces a la semana, por lo menos por 6 meses.³³

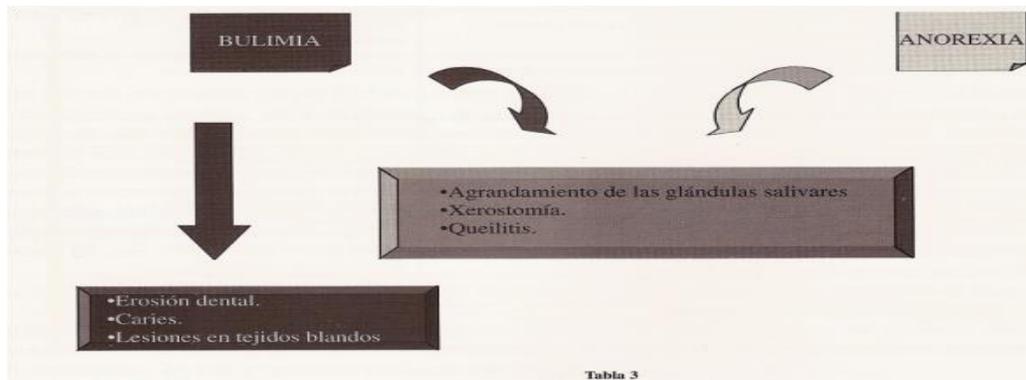
Repercusiones en la cavidad oral

Principales alteraciones bucodentales provocadas por la anorexia y bulimia nerviosa

Las manifestaciones orales de estos dos síndromes, son muchas y muy variadas. Algunas son comunes a ambas; otras son propias de cada enfermedad (Tabla 3).²³

Según Blinder, el efecto de la bulimia y la anorexia nerviosa sobre los dientes y estructuras bucales fueron reconocidos en los años 70 por Hellstrom. Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran:

- Erosión dental
- Enfermedad periodontal
- Sialoadenitis en glándulas salivales principalmente Parótida
- Xerostomía



Fuente: Jiménez M, Martínez S, Esparza G, Cerero R. *Anorexia y Bulimia ¿Qué ve el odontólogo?*. Av Odontostomatol 2011; 17: 89-97.

Erosión dental

La lesión dentaria de mayor prevalencia en los pacientes con trastornos de la alimentación, tanto anoréxicos como bulímicos, es la erosión dental provocada por el ácido del vómito suele tener un pH de 2.20.

Para definir la erosión en las superficies de los dientes superiores debida al vómito, reflujo gastroesofágico, y regurgitaciones, se recurre al término de perimilólisis, actualmente se describen lesiones erosivas localizadas en la cara palatina de los dientes superiores, siendo el primer signo que aparece a nivel dental en pacientes anoréxicos y bulímicos. Esta localización se debe a que la lengua dirige los contenidos gástricos hacia delante durante el vómito voluntario y a que la propia lengua en su adaptación lateral protege a los dientes mandibulares.

En pacientes que se auto inducen el vómito, puede aparecer un signo clínico denominado signo de Rusell, que consiste en una formación cálcica en el dorso de la mano y los dedos debido a la colocación de la mano en la boca para inducir el vómito.



El ácido del vómito produce una desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de los cristales de hidroxíapatita debido a la unión del ion H del ácido con el ion calcio del esmalte, lo cual conlleva la pérdida del esmalte en todas las zonas que están en contacto con el ácido. La gravedad de la afectación del esmalte depende de su grado de mineralización, de la duración, frecuencia y concentración del ácido (a menor pH del ácido, mayor descalcificación). Si el ácido es el factor iniciador de la erosión, el cepillado que tras el vómito suelen realizar los pacientes, para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca, es el causante directo, por la abrasión mecánica que el cepillado conlleva que arrastrará los prismas de esmalte debilitados por el ácido y durante el cepillado, favoreciendo esto la formación de caries.^{23, 26}

Alteraciones periodontales

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, debido a una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte, originando en el peor de los casos pérdida, tanto de densidad ósea, como de órganos dentales y afecciones en tejidos de soporte, entre ellos de los más afectados suele ser la encía, ya que la mayoría de los pacientes presentan xerostomía, afectando al ya no hidratar directamente a ésta, y al no haber la cantidad ni calidad suficiente para el arrastre de bacterias, por lo tanto la alteración más prevalente es la gingivitis.

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acúmulo de irritantes locales.



Liew, estudió los índices de placa en estos pacientes, encontrando que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia nerviosa; la recesión gingival no fue representativa, contrario a los resultados de Touyz y col, quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis. Liew y col apoyan lo anterior.^{23, 26}

Lesiones de tejidos blandos

Existe eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas, produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisuras. Hay descritos casos de lesiones bucales como queilitis angular, candidiasis, glositis y ulceraciones de la mucosa bucal en pacientes con trastornos de la alimentación; según Milosevic estas lesiones son secundarias posiblemente a las deficiencias nutricionales frecuentes en estos pacientes.

Queilitis

En los pacientes bulímicos se presentan queilitis provocadas por diferentes causas.

- a) Los vómitos auto inducidos. Por un lado el descenso del pH debido a la presencia del ácido clorhídrico que procede del vomito. Por otro lado los pacientes al provocarse el vómito, producen una excesiva apertura bucal consecuentemente las comisuras bucales se agrietan,



produciéndose así la queilitis. No son mecanismos independientes, puesto que es necesario la conjunción de ambos para que la queilitis se produzca.

- b) Las variaciones del equilibrio hidroelectrolítico producen deshidrataciones, que hacen que la epidermis de los labios se encuentre mas sensibilizada a las agresiones externas como pueden ser los ácidos de los vómitos.
- c) La queilitis aguda se caracteriza por la presencia de escamas, vesículas y costras. Los labios suelen aparecer edematizados y dolorosos. Este tipo de lesiones se localiza en la mucosa labial externa, especialmente en el labio inferior y en las comisuras labiales.

Para que evolucione de forma crónica, es necesario que se produzca un importante déficit de vitamina A y B, especialmente la riboflavina. El déficit inmunitario de este tipo de pacientes, produce una sobreinfección de estas queilitis por parte de microorganismo como *C. Albicans*.^{23, 27, 28}

Sialoadenitis

Definido como enfermedad inflamatoria bacteriana de las glándulas salivales, no se considera un signo patognomónico de la anorexia nerviosa aunque es frecuente encontrarlo. Ya que se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, como componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975.

La sialoadenitis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia nerviosa, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión, común en estos pacientes. La sialoadenitis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia nerviosa han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente.^{23, 27}



Xerostomía

La xerostomía se caracteriza por la disminución del flujo salival y la sensación de boca seca. Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis.²³

La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal, y por lo tanto la saliva no puede mantener el pH de 6.5, proteger al esmalte, favorecer la mineralización, neutralizar el medio ácido causado por los alimentos. La xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales. Esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente. Las principales causas son el consumo de diversos tipos de medicamento, la sialoadenitis auto-inmune (síndrome de Sjögren) y la radioterapia cervicofacial.^{20,29}

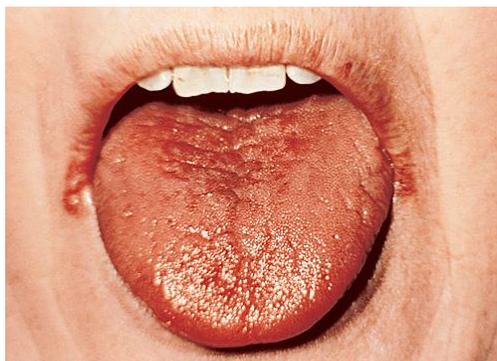


Imagen 4
Xerostomía

Fuente:<http://diseasespictures.com/xerostomia/>



Imagen 5
Sialodentitis

Fuente:<http://es.slideshare.net/tasho1998/inf/amacin-e-infecin-de-las-glndulas-salivales>



La influencia de los medios de comunicación

Los medios de comunicación parecen ser un factor influyente en los valores estéticos adoptados por la sociedad (Harrison y Cantor, 1997) y en el canon de belleza aceptado. Autores como Botta (1999) señalan que los jóvenes son más vulnerables a los mensajes de los medios que promueven o muestran la delgadez como un ideal, ya que a su edad están aún buscando información que les ayude a formar su propia identidad. Además, la mayoría de jóvenes no realiza la mínima visión crítica de lo que ve y cuando lo hacen el efecto es contrario al esperado.

Para muchos, cuestionar la perfección del cuerpo de los personajes de los medios no es un factor de protección, todo lo contrario, puede recordarles que deben vivir de acuerdo a este ideal de delgadez.

Aunque autores como Valkenburg y Cantor (2001) demuestran que la alfabetización mediática mitiga el efecto de la publicidad, Botta (2000) señala que los espectadores más experimentados se ven más afectados que los más noveles, siendo el esfuerzo mental una variable más importante que la cantidad de tiempo de exposición. En base a este planteamiento parece adecuado abundar en la investigación con jóvenes, los cuales parecen ser más influenciables, en el corto plazo, que los niños y adolescentes.

Por otra parte, sobre la influencia de la publicidad, debemos destacar su doble faceta de relación con en el modelo estético corporal. Por una parte, el papel de las imágenes que aparecen en los anuncios, y particularmente, el papel de la modelo de publicidad, y por otra parte, el papel de los productos de culto al cuerpo que son anunciados.



En relación a las imágenes publicitarias, muchas de las representaciones que se consideran cercanas al ideal de delgadez están vinculadas a la publicidad (Frith et al., 2005), de modo que, según Cattarin et al. (2000) las mujeres, animadas a compararse con estas modelos, terminan sintiéndose insatisfechas. En este punto, parece encajarse dentro del mismo patrón de influencia a las modelos de moda y a las de publicidad, siendo percibidas las primeras como más delgadas que las modelos de los anuncios (Carrillo Durán, 2004).

La persona que está en una situación de especial sensibilidad ante los estímulos relacionados con la imagen corporal puede hacer que el filtro establecido sea diferente. Así, se puede decir que el efecto de los mensajes transmitidos por los medios, sobre la propia imagen corporal, depende de la percepción y necesidades que los jóvenes presenten y, por tanto, de cómo procesan la información recibida y la vuelcan sobre su autoimagen corporal (Faber et al., 1979).³⁷

Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguirlas de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación. El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo. Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras.

Factores familiares: La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de protección deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando la falta de habilidades para tomar decisiones. Por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas



Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre-involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes.

Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general.

Factores de vulnerabilidad personal: No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno.

Factores temporales: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones, divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero); aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.²⁰

Instrumentos de apoyo diagnóstico: CIMEC

El Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), creado por Toro, Salamero y Martínez, con la finalidad de evaluar las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales. Fue elaborado y validado en una muestra española de 59 anoréxicas y 59 controles.

Dicho instrumento está compuesto de 35 preguntas directas que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la



influencia de las situaciones sociales. Las respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos: a) Sí siempre (2) b) Sí a veces (1) c) No nunca (0). Una puntuación mayor denota una mayor influencia de los modelos sociales. Su puntuación máxima es de 80 y la mínima de 0.

Incluye las preguntas: [4, 5, 11, 13, 16, 17, 25, 31], que muestran ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que proporcionan el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos. Este factor incluye la práctica de restringir los alimentos por el propio sujeto.

Factor I.- Influencia de la publicidad: Incluye ocho preguntas [6, 8, 9, 15, 21, 28, 33, 38], todas ellas relativas al interés que despierta la publicidad de productos adelgazantes.

Factor II.- Influencia de mensajes verbales: incluye las preguntas: [19, 23, 26], que se relacionan con el interés que suscitan los artículos, reportajes, libros y conversaciones sobre el adelgazamiento.

Factor III.- Influencia de los modelos sociales: incluye las preguntas: [1, 12, 27 y 37], relativas al interés que despiertan los cuerpos de las actrices, de los modelos publicitarios y de las transeúntes.

Factor IV.- Influencias de las situaciones sociales: las preguntas [40, 3 y 4], que forman parte de este factor, se refieren a la presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentaria, y a la aceptación social atribuida a la delgadez.

El CIMEC demostró ser útil para los investigadores en anteriores estudios sobre la influencia sociocultural respecto al modelo estético corporal en México.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La publicidad ha cobrado gran importancia en las últimas décadas pero debido a los estándares estéticos importados de sociedades anglosajonas se han incrementado los problemas de como son los trastornos de la alimentación, la adicción al ejercicio físico o ejercicio físico excesivo, vigorexia, dismorfofobia además del abuso de dietas y esteroides pero cuando la preocupación por poseer un cuerpo ideal se incrementa aumenta la discrepancia entre lo real y el ideal debido a la presión sociocultural hacia un modelo corporal delgado socialmente aceptado.

Poca es la información disponible en los grupos etáreos de 12 a 16 años que pongan en evidencia un diagnóstico de las conductas en riesgo y si tenemos en cuenta que los adolescentes son un grupo social en riesgo y que desde esta edad no se les informa sobre los efectos devastadores de tener sobrepeso, de copiar estándares estéticos y adoptar conductas poco saludables el problema aumentará exponencialmente con la edad adulta y esto dificulta en unos casos, e impide en otros, la coexistencia de otros valores de mayor urgencia y necesidad en la formación humana ya que tener un físico agradable se ha convertido en una "obligación", por lo que la pregunta que sustenta a la presente investigación se basa en:

¿cuáles son las conductas riesgosas sobre trastornos alimenticios que pueden ser diagnosticadas en una muestra de estudiantes de secundaria?



4. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa difícil, es caracterizada por grandes cambios biológicos y psicosociales que pueden verse comprometidos por estos tiempos modernos, ya que la exigencia social por un cuerpo delgado generalmente asociado al género femenino y uno atlético en el masculino, ha constituido un factor de riesgo para la aparición de estos trastornos, produciendo consecuencias potencialmente graves para la salud de los adolescentes.

Esto puede llevar a que algunos jóvenes realicen conductas nocivas para la salud como: dietas restrictivas, ejercicio físico excesivo, uso de laxantes, purgantes, etc (Ballester, Blanco, Masó, Guernés & Avellil, 2002; Mancilla et al., 2009; Sepúlveda, Carrobles & Gandarillas, 2008), ocasionándoles daño físico, social y emocional, y en los casos donde se agravan todos los daños ocasionados, la muerte.

Ya que por ello, es importante hacer conciencia y no dejar pasar por alto ninguna sospecha de alguna anomalía de conducta que presente el adolescente, tanto padres como sector salud de primera instancia, crear estrategias para poder brindar un diagnóstico precoz y un medio auxiliar para evaluar la conducta con apoyo del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal.



5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

- ✓ Determinar la actitud y práctica sobre trastornos alimenticios en una muestra de estudiantes de secundaria .

5.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar la proporción de alumnos que refieren respuestas positivas en términos del malestar por la figura corporal (Factor 1) por edad y sexo.
- ✓ Determinar la proporción de alumnos que refieren respuestas positivas en términos de la influencia de la publicidad (Factor 2) por edad y sexo.
- ✓ Determinar la proporción de alumnos que refieren respuestas positivas en términos del impacto de los mensajes verbales (Factor 3) por edad y sexo .
- ✓ Determinar la proporción de alumnos que refieren respuestas positivas en términos de l malestar por la figura corporal (Factor 1) por edad y sexo .
- ✓ Determinar la proporción de alumnos que refieren respuestas positivas respecto a la influencia de los modelos estéticos (Factor 4) por edad y sexo.
- ✓ Identificar por sexo la proporción de encuestados que refieren estar en contacto con personas a las que les impactan lo referente a dieta productos adelgazantes



6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se realizó con la participación de estudiantes de secundaria pública Alfredo E. Uruchutu # 27, se explicó ante las autoridades de dicho plantel el cuestionario que se realizaría y los fines de estudio, mostrándoles la encuesta que se realizaría y los consentimientos que se entregarían a cada estudiante.

Una vez que las autoridades analizaron la información de los documentos, se otorgó el permiso por parte de ellas, así se procedió a entregar consentimientos informados para que se llevaran a casa cada alumno para que los padres de familia estuvieran informados y lo regresaran firmados y/o aceptados o no según fuera el caso, en un tiempo límite de 5 días.

Se indicó a los participantes en dicho consentimiento, que los datos que iban a proporcionar eran confidenciales y que ninguna respuesta que se proporcionara iba a ser considerada como buena o mala. Y recalcando nuevamente lo anterior descrito cuando se estaba aplicando la encuesta. La aplicación se realizó de forma grupal en el salón de clases de cada grupo. Por cuestiones de tiempo se realizó en dos días la aplicación de dichas encuestas, ya que los grupos asignados tenían actividades en diferentes lapsos de tiempo. Una vez levantadas todas las encuestas, se vaciaron en un formato de Excel para realizar el análisis por factor y por cada pregunta del mismo.

A cada alumno se le solicitó de manera anónima respondieran un formato sobre aspectos diversos de trastorno alimenticio y se enfatizó que



de ninguna manera se trataba de sondear preferencias sexuales.

Para tal efecto, se solicitó asentaran edad y género y respondieran lo más veraz posible el cuestionario que se les suministró.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

Estudiantes de secundaria inscritos en la Escuela Secundaria Alfredo E. Uruchurtu # 27.

La muestra fue de 171 mujeres y 113 hombres, distribuidos en los 3 grados correspondientes a dicha instancia.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

✓ Encuestas llenadas en su totalidad de alumnos que aceptaron participar.

✓

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- edad
- género
- trastornos alimenticios
- influencia de la publicidad para.....

6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

- publicidad
- trastornos alimenticios

6.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

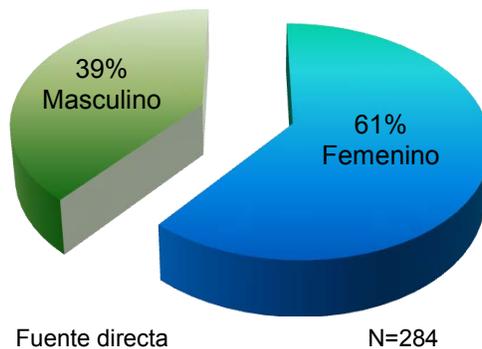
La información se presenta en proporciones y se corrió el coeficiente de correlación (Pearson r^2) y se graficó



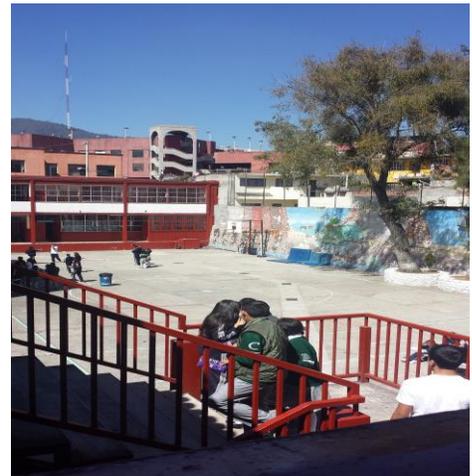
7. RESULTADOS

En la investigación se encuestaron a 171 mujeres (61%) y 113 hombres (39%), los encuestados presentaron edades entre 12 a 16 años, inscritos en la escuela secundaria # 27 Alfredo E. Uruchurtu de la Delegación Magdalena Contreras, perteneciendo al turno matutino.

Gráfica 1
Distribución porcentual por género



Escuela Secundaria# 27 Alfredo E. Uruchurtu. Del.



FACTOR I. INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD

Se observó que el mayor porcentaje de respuestas correspondieron a las respuestas **No nunca** sobre todo en el sexo femenino: el 78% de las mujeres respondieron que nunca llamo atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes en contraste con los varones ya que en menor proporción pero tampoco a ellos les llamó la atención. Cuando se cuestionó acerca de si les interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías, el 54% de las mujeres contestaron que a veces ocurría. (Cuadro 1)



| Cuadro 1 Factor I Influencia de la publicidad | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| Ítem | Item | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| 1 | ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes? | 0 | 13 | 22 | 30 | 78 | 57 |
| 2 | ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas? | 2 | 11 | 14 | 38 | 84 | 51 |
| 3 | ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes? | 0 | 11 | 13 | 41 | 87 | 49 |
| 4 | ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a estos productos? | 2 | 3 | 9 | 40 | 89 | 62 |
| 5 | ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando oyes o miras anuncios dedicados a esos productos? | 4 | 16 | 5 | 35 | 54 | 46 |
| 6 | ¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías? | 9 | 27 | 54 | 46 | 36 | 27 |
| 7 | ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes? | 0 | 8 | 14 | 38 | 85 | 54 |

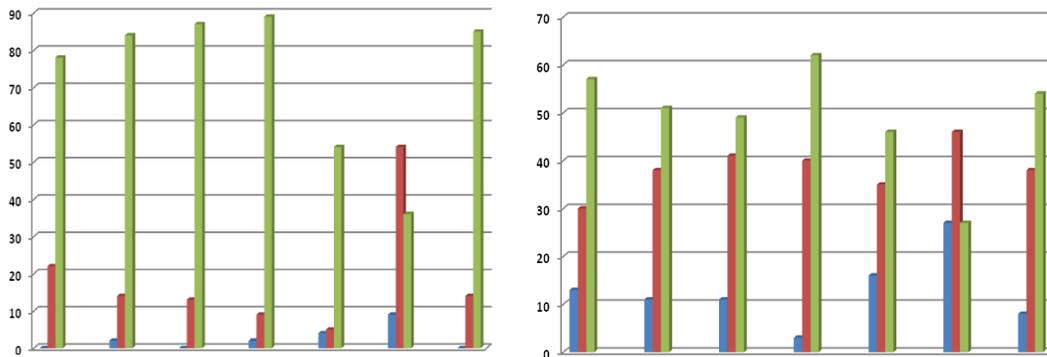
El ítem 6 ¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?, el 36 % de las mujeres responde que **No nunca**, en contraste con el 54% de mujeres que respondieron **A veces** le han interesado.

Al cuestionarles sobre la promoción de productos laxantes la mayoría de los hombres (54%), menciono que **No nunca**, pero es de llamar la atención que el 38% de ellos, mencionaron **A veces** y el 8% menciono que siempre, cuando ninguna mujer contesto afirmativamente.



Observe en la gráfica 1 que la mayoría de las respuestas para hombres como para mujeres correspondía a la opción **No, nunca** pero llama la atención que hay un mayor porcentaje de hombres que seleccionaron la opción **A veces**. (Gráfica 1)

Gráfica 1
Distribución porcentual de respuestas 1 al 7 del Factor I





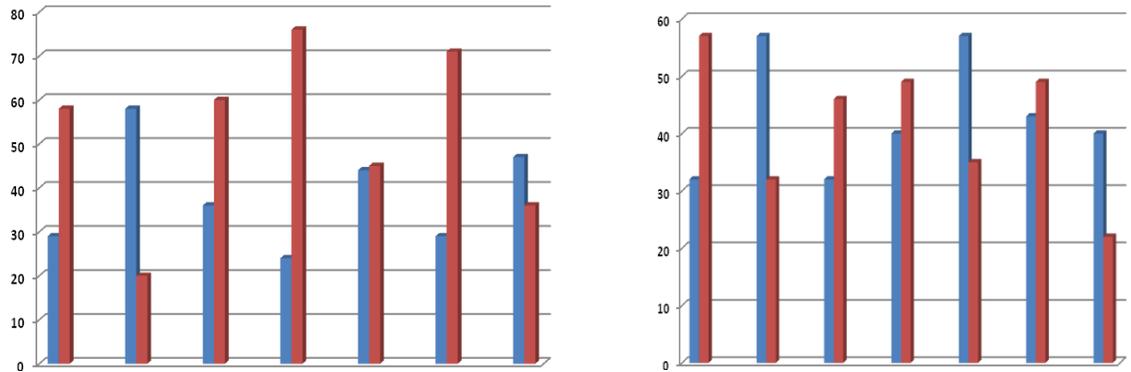
En el ítem 9 ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad ?.el ítem 14 ¿Recuerdas frases, imágenes, o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?. Tienen el mayor porcentaje de respuestas **A veces**, tanto en mujeres como hombres. Cabe señalar que solo el ítem 12 ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc?, apareció como respuesta **A veces** para el sexo masculino con 13% mayor que las mujeres. (Cuadro 2

| Cuadro 2 Factor I. Influencia de la publicidad | | | | | | | |
|---|--|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| Ítem | ITEM | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| 8 | ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar? | 13 | 11 | 29 | 32 | 58 | 57 |
| 9 | ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad? | 22 | 11 | 58 | 57 | 20 | 32 |
| 10 | ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o miras un anuncio dedicado a ellas? | 4 | 19 | 36 | 32 | 60 | 46 |
| 11 | ¿Hablas con tus amigas (o amigos) acerca de productos o actividades adelgazantes? | 0 | 11 | 24 | 40 | 76 | 49 |
| 12 | ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta.etc? | 11 | 11 | 44 | 57 | 45 | 35 |
| 13 | ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar? | 0 | 8 | 29 | 43 | 71 | 49 |
| 14 | ¿Recuerdas frases, imágenes, o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes? | 16 | 35 | 47 | 40 | 36 | 22 |



Obsérvese en la gráfica 2 que el sexo masculino es el que tiene más respuestas **A veces** en comparación con el sexo femenino.

Grafica 2
Distribución porcentual de respuestas 8 a 14 del Factor I





| Cuadro 3 Factor II. Influencia de mensajes verbales | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| Ítem | | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| 1 | ¿Te atrae y a la vez te angustia contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador etcétera por verte “gordito o gordita”? | 9 | 3 | 43 | 13 | 47 | 35 |
| 2 | ¿Te angustia ver pantalones, u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas? | 7 | 51 | 38 | 11 | 54 | 41 |
| 3 | ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida? | 5 | 46 | 36 | 21 | 58 | 32 |
| 4 | ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera (o ligero) de ropa o tener que usar traje de baño? | 3 | 51 | 34 | 13 | 62 | 46 |
| 5 | ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos seas mujer o seas hombre? | 3 | 35 | 33 | 1 | 63 | 48 |

Los hombres se inclinaron mas a responder por **Si siempre** en los ítems 2 ¿Te angustia ver pantalones, u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?, 3 ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?, 4 ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera (o ligero) de ropa o tener que usar traje de baño?. Ya que si se observa el cuadro 3, tienen mayor porcentaje los hombres con respecto a las mujeres.



Cuadro 4
Factor II. Influencia de mensajes verbales

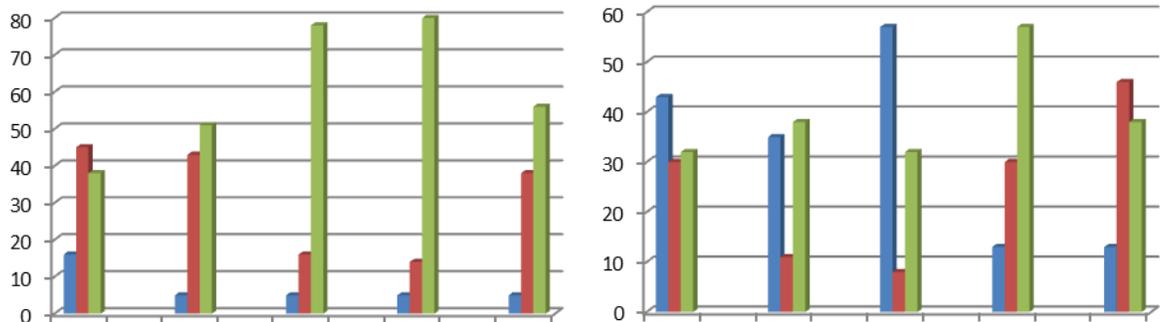
| Ítem | | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
|------|---|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| 6 | ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada? | 16 | 43 | 45 | 30 | 38 | 32 |
| 7 | ¿Te angustia que te digan que estas “llenita o llenito”, “gordita o gordito ”, “redondita o redondito” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?. | 5 | 35 | 43 | 11 | 51 | 38 |
| 8 | ¿Envidias la delgadez de las o los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir? | 5 | 57 | 16 | 8 | 78 | 32 |
| 9 | ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante? | 5 | 13 | 14 | 30 | 80 | 57 |
| 10 | ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes? | 5 | 13 | 38 | 46 | 56 | 38 |

Los hombres se inclinaron más a responder por **Si siempre** en los ítems 6 ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada? Y 8 ¿Envidias la delgadez de las o los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir? En comparación con las mujeres que respondieron **No nunca**, resultando los hombres con una mayor preocupación por su imagen corporal y el disgusto por el aumento de peso.



Se observa en la grafica 3, que el sexo masculino es el que tiene mayor numero de respuestas **Si siempre** con respecto a las mujeres, que en la mayoría de sus respuestas son **No nunca**, presentando un factor de riesgo de la conducta alimentaria que presentan los hombres, gracias a los ítems.

**Grafica 3. Distribución porcentual de repuestas 6 a 10 del Factor II
Influencia de mensajes verbales**



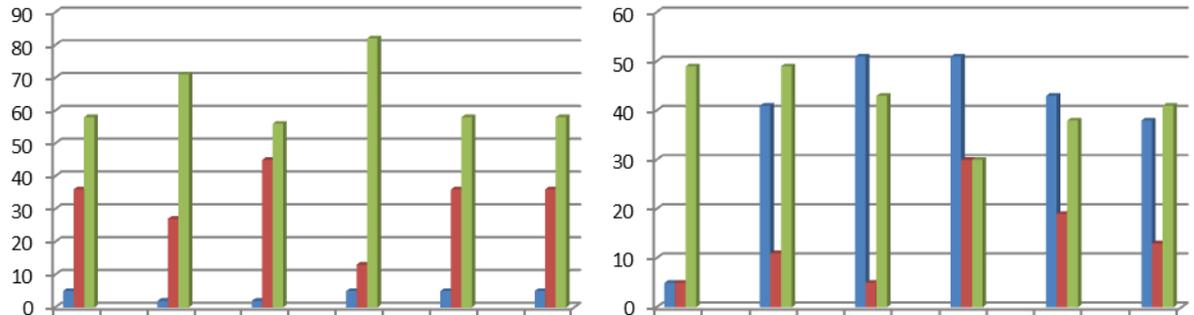
**Cuadro 5
Factor III. Influencia de los modelos sociales**

| Ítem | Item | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
|------|--|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| | | | | | | | |
| 1 | Quando estás viendo una película, ¿miras a las actrices (o actores) fijándote especialmente en si son gordos o delgados? | 5 | 5 | 36 | 5 | 58 | 49 |
| 2 | ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas o bailarines de ballet o de las personas que practican gimnasia rítmica? | 2 | 41 | 27 | 11 | 71 | 49 |
| 3 | ¿Cuándo vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas? | 2 | 51 | 45 | 5 | 56 | 43 |
| 4 | Te atraen las fotografías y anuncios de personas en traje de baño o ropa interior? | 5 | 51 | 13 | 30 | 82 | 30 |
| 5 | ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son? | 5 | 43 | 36 | 19 | 58 | 38 |
| 6 | ¿Cuándo comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingieren cada una de ellas? | 5 | 38 | 36 | 13 | 58 | 41 |



Se observa en el cuadro 5, como los hombres contestaron **Si siempre** en cuanto a la apariencia física y fotografías de personas que están delgadas, en conjunto con anuncios de personas en trajes de baño o ropa interior, resultante de la simpatía hacia las personas delgadas.

**Gráfica 4. Distribución porcentual de respuestas del Factor III.
Influencia de los modelos sociales**



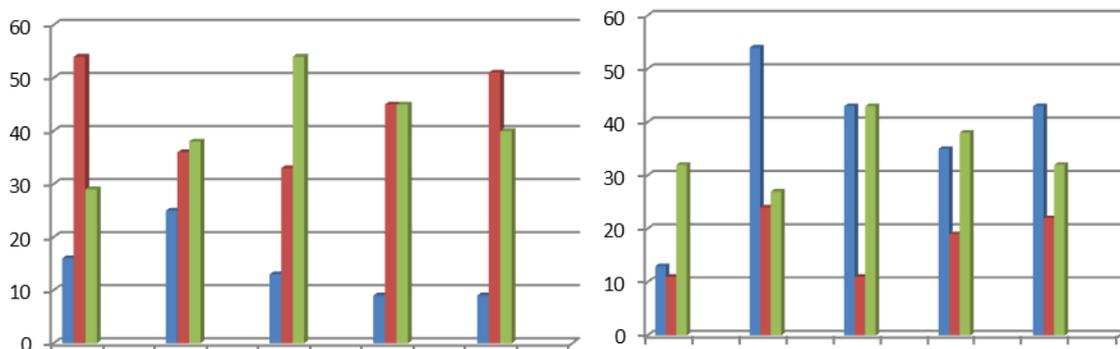
En la gráfica 4, se puede apreciar como los porcentajes de las respuestas **Si siempre** en los hombres, se hacen evidentes comparadas con las mujeres.

| Cuadro 6 Factor IV Influencia de las situaciones sociales | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| Ítem | | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| 1 | ¿Tienes alguna amiga(o) o compañera(o) angustiada(o) o muy preocupada(o) por su peso o por la forma de su cuerpo? | 16 | 13 | 54 | 11 | 29 | 32 |
| 2 | ¿Tienes alguna amiga(o), hermana(o) o compañera(o) que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar? | 25 | 54 | 36 | 24 | 38 | 27 |
| 3 | ¿Tienes alguna amiga(o) o compañera(o) que haya seguido alguna dieta adelgazante? | 13 | 43 | 33 | 11 | 54 | 43 |
| 4 | ¿Crees que tus amigas(o) y compañeras(o) están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos? | 9 | 35 | 45 | 19 | 45 | 38 |
| 5 | ¿Crees que tus amigas(os) y compañeras están preocupadas(os) por el excesivo tamaño de su pecho? | 9 | 43 | 51 | 22 | 40 | 32 |



De acuerdo con el Factor IV donde se recibe la influencia de las situaciones sociales en sus ítems 2, ¿Tienes alguna amiga(o), hermana(o) o compañera(o) que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?, 3 ¿Tienes alguna amiga(o) o compañera(o) que haya seguido alguna dieta adelgazante?, 4 ¿Crees que tus amigas(o) y compañeras(o) están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos? Y 5 ¿Crees que tus amigas(os) y compañeras están preocupadas(os) por el excesivo tamaño de su pecho?, en donde estas preguntas realizadas en los hombres fueron **Si siempre** señalando que su entorno o las personas que lo conforman tienen riesgo de tener una conducta alimentaria inadecuada, la cual puede ser agravada, dependiendo los factores a los que estén susceptibles.

Gráfica 5. Distribución porcentual del Factor IV Influencia de las situaciones sociales



Obsérvese en la gráfica 4, que los hombres conocen a alguien que realiza algún tipo de ejercicio con el fin de adelgazar, ya que también están rodeados de amigas o amigos que en algún momento realizaron una dieta para adelgazar y por ello es que están preocupados por el excesivo tamaño de su pecho.



GRUPO DE 3 AÑO

| Cuadro 7 Factor I. Influencia de la publicidad | | | | | | | |
|---|--|----------------|----------|----------|----------|--------------|----------|
| Ítem | Item | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| 1 | ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes? | 5 | 0 | 37 | 6 | 57 | 94 |
| 2 | ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas? | 3 | 3 | 27 | 3 | 69 | 94 |
| 3 | ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes? | 5 | 0 | 34 | 12 | 61 | 88 |
| 4 | ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a estos productos? | 7 | 0 | 19 | 6 | 74 | 94 |
| 5 | ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando oyes o miras anuncios dedicados a esos productos? | 15 | 3 | 34 | 15 | 51 | 82 |
| 6 | ¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías? | 7 | 3 | 46 | 26 | 47 | 70 |
| 7 | ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes? | 3 | 0 | 15 | 6 | 81 | 94 |

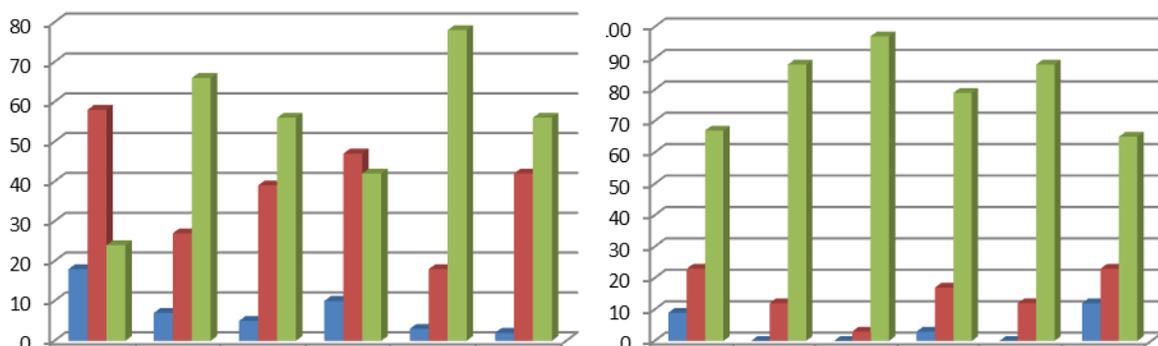
En el cuadro 7, se aprecia las respuestas **No nunca** de ambos sexos con mayores porcentajes en los ítems 1 al 7 del Factor I Influencia de la publicidad.



| Cuadro 8 Factor I. Influencia de la publicidad | | | | | | | |
|---|--|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| Ítem | | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| 8 | ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar? | 3 | 3 | 37 | 15 | 59 | 82 |
| 9 | ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad? | 18 | 9 | 58 | 23 | 24 | 67 |
| 10 | ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o miras un anuncio dedicado a ellas? | 7 | 0 | 27 | 12 | 66 | 88 |
| 11 | ¿Habras con tus amigas (o amigos) acerca de productos o actividades adelgazantes? | 5 | 0 | 39 | 3 | 56 | 97 |
| 12 | ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta.etc? | 10 | 3 | 47 | 17 | 42 | 79 |
| 13 | ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar? | 3 | 0 | 18 | 12 | 78 | 88 |
| 14 | ¿Recuerdas frases, imágenes, o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes? | 2 | 12 | 42 | 23 | 56 | 65 |

A las mujeres les despierta mayor interés por alguna revista o reportaje relacionado con el peso corporal, calorías, silueta, etc. Ya que se hace evidente en la gráfica 6, su respuesta **A veces** en los ítems 9 y 12. Y para mayor representación se muestra en la grafica 6.

Gráfica 6 Distribución porcentual de los ítems 8 a 14 del Factor I Influencia de los mensajes verbales.





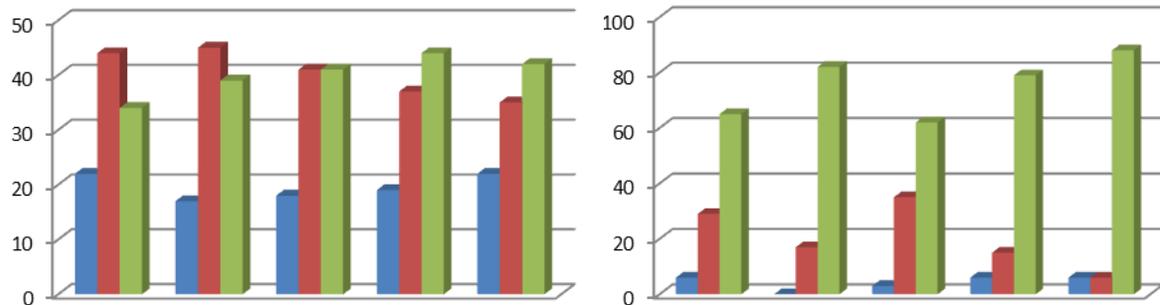
Cuadro 9
Factor II. Influencia de los mensajes verbales

| Ítem | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
|------|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| | 1 | 22 | 6 | 44 | 29 | 34 |
| 2 | 17 | 0 | 45 | 17 | 39 | 82 |
| 3 | 18 | 3 | 41 | 35 | 41 | 62 |
| 4 | 19 | 6 | 37 | 15 | 44 | 79 |
| 5 | 22 | 6 | 35 | 6 | 42 | 88 |

Se observa que las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres, al estar influenciadas por la angustia que les causa su cuerpo frente al espejo y mirarse “gorditas”, probándose prendas que le han quedado pequeñas, teniendo eso en cuenta han contestado que han hecho dietas para adelgazar. Estos ítems de los que anteriormente describimos son 1, 2, y 3 que fueron contestados con una respuesta **A veces**, poniendo en evidencia el factor verbal ante las mujeres.



Gráfica 7. Distribución porcentual de los ítems 1 a 5 del Factor II Influencia de los mensajes verbales.



Se observa en la gráfica 7, la incidencia de las respuestas **A veces** de las mujeres con respecto de los hombres, considerando como factor de riesgo para desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria.

Cuadro 10
Factor II. Influencia de los mensajes verbales

| Ítem | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
|-----------|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| | 6 | 17 | 6 | 54 | 47 | 29 |
| 7 | 20 | 0 | 40 | 12 | 39 | 88 |
| 8 | 15 | 0 | 18 | 12 | 66 | 88 |
| 9 | 18 | 0 | 18 | 17 | 63 | 82 |
| 10 | 5 | 3 | 25 | 6 | 69 | 91 |

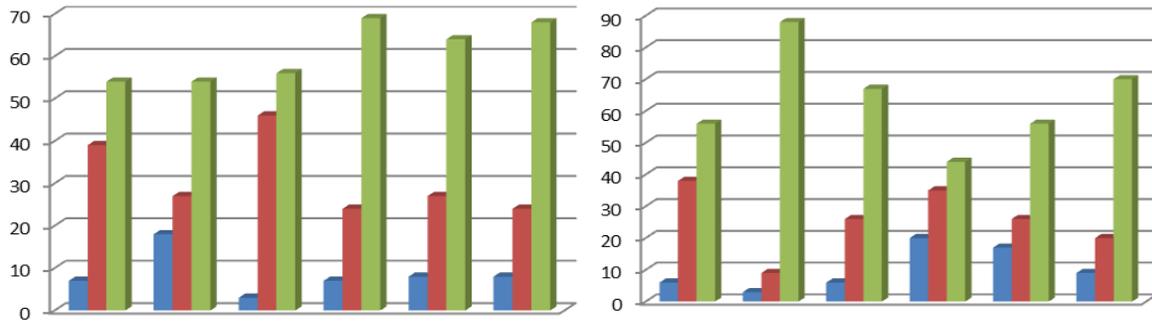


| Cuadro 11 | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| Factor III. Influencia de los modelos sociales | | | | | | | |
| Ítem | Item | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
| | | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| 1 | Quando estás viendo una película, ¿miras a las actrices (o actores) fijándote especialmente en si son gordos o delgados? | 7 | 6 | 39 | 38 | 54 | 56 |
| 2 | ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas o bailarines de ballet o de las personas que practican gimnasia rítmica? | 18 | 3 | 27 | 9 | 54 | 88 |
| 3 | ¿Cuándo vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas? | 3 | 6 | 46 | 26 | 56 | 67 |
| 4 | Te atraen las fotografías y anuncios de personas en traje de baño o ropa interior? | 7 | 20 | 24 | 35 | 69 | 44 |
| 5 | ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son? | 8 | 17 | 27 | 26 | 64 | 56 |
| 6 | ¿Cuándo comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingieren cada una de ellas? | 8 | 9 | 24 | 20 | 68 | 70 |

Se observa en el cuadro 11, el mayor porcentaje de las respuestas **No nunca** en todos los ítems del Factor III que nos hace referencia a la influencia de los modelos sociales.



Gráfica 8. Distribución porcentual del Factor III Influencia de los modelos sociales



Se observa en la gráfica 8 el mayor porcentaje de las respuestas **No nunca** en todos los ítems del Factor III que nos hace referencia a la influencia de los modelos sociales.

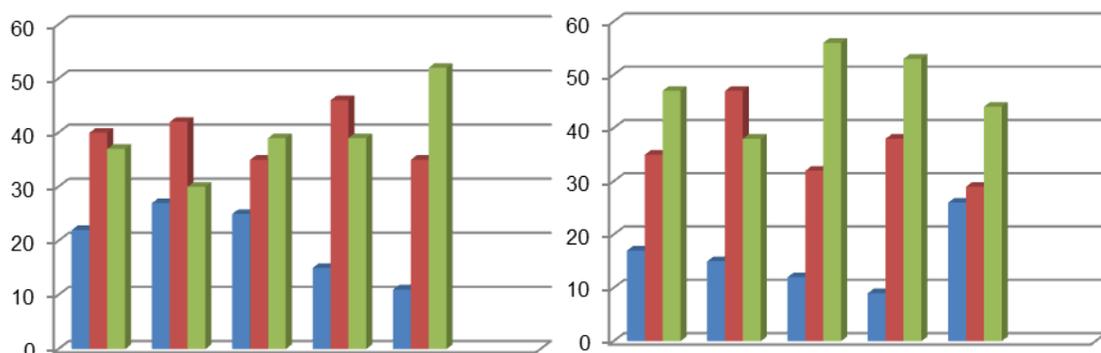


Cuadro 12
Factor IV. Influencia de las situaciones sociales

| Ítem | Si, siempre | | A veces | | No, nunca | |
|------|-------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) | F (%) | M (%) |
| | 1 | 22 | 17 | 40 | 35 | 37 |
| 2 | 27 | 15 | 42 | 47 | 30 | 38 |
| 3 | 25 | 12 | 35 | 32 | 39 | 56 |
| 4 | 15 | 9 | 46 | 38 | 39 | 53 |
| 5 | 11 | 26 | 35 | 29 | 52 | 44 |

En este factor contestaron **A veces** las mujeres en los ítems 1, 2 y 4 y los hombres solo en el ítem 2 con la misma contestación. Se presenta a continuación la gráfica 9 de la distribución porcentual del Factor IV.

Gráfica 9. Distribución porcentual del Factor IV. Influencia de las situaciones sociales





8. CONCLUSIONES

En base a la compilación de los datos recabados, tanto hombres como mujeres del primer grado de secundaria encontramos que están más expuestos a la influencia de la publicidad ya que si realizamos una comparación con los alumnos de tercer grado es un 10% los interesados.

En la influencia de los mensajes verbales se ven afectados en más del 45% los hombres de primer grado por tener un cuerpo atlético, y las mujeres del tercer año en igual magnitud están en riesgo de algún trastorno.

Las influencias de los modelos sociales afectan únicamente a los jóvenes de primer año que muestran ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que proporcionan el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos. Este factor incluye la práctica de restringir los alimentos por el propio sujeto. No hay comparación con los jóvenes del tercer grado ya que sus respuestas fueron negativas.

Cuanto a la influencia de las situaciones sociales los jóvenes de primer año responden positivamente en comparación con las jóvenes de tercer grado responden a veces.

Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones acerca de cómo la publicidad afecta la elección de alimentos y bebidas por los niños y jóvenes, y sobre la influencia bidireccional entre hijos y progenitores con respecto a las elecciones relacionadas con los alimentos.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mancilla DJ, Lameriras FM, Vázquez AR, Álvarez RG, Franco PK, López AX, et al. Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders* 1 (2010) 36-47.
2. Vázquez AR, Velázquez AG, López AX, Álvarez RG, Mancilla DJ, Franco PK. Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de Influencias del modelo estético corporal (CIMEC) en estudiantes mexicanos. *Psicología y Ciencia Social* 2010; 12 (1,2): 5-11.
3. Ruiz MA, Vázquez AR, Mancilla DJ, Trujillo CHV. Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 2: 169-177, julio-diciembre de 2010.
4. Vázquez R, Álvarez G, Mancilla DJ. Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, vol. 23, núm. 6, diciembre, 2000, pp. 18-24, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México.
5. Zaragoza CJ, Saucedo MT, Fernández CT. Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México.



Archivos Latinoamericanos de nutrición, Órgano Oficial de la
Sociedad Latinoamericana de Nutrición Vol. 61 N° 1, 2011.

6. Pérez-Gil, S. E., Paz, C. & Romero, G. Cuerpo, imagen y saberes alimentarios en infantes oaxaqueños, México: un primer acercamiento. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), pp. 847 - 868.
7. Franco K, Díaz F, López EA, Escoto M, Camacho E. Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia psicológica* 2013, Vol. 31, N° 2, 219-225.
8. Escoto PL, Camacho RE, Mancilla DJ. Factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología de trastornos alimentarios: estudio prospectivo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* vol 2 num 1 Pp. 7-15 5-10 / 10-10 DOI:10.5460/jbhsi.v2.i1.02.
9. Pascual A, Etxebarria I, Cruz M, Echeburúa E. Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1697-2600 2011, Vol. 11, No. 2, pp.229-247.
10. Gracia M, Marcó M, Trujano P. Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema* 2007. Vol. 19, nº 4, pp. 646-653.
11. Domínguez VP., Olivares S., Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Universidad de Chile, (internet).



12. Nuño GB, Celis RA, Unikel SC. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica* / Vol. 61, Núm. 4 / Julio-Agosto, 2009 / pp 286-293.
13. Portela SM, da Costa Ribeiro JH, Mora GM, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp.* 2012; 27: 391-401.
14. Carretero GA, Sánchez PL, Rusiñol EJ, Raich ER, Sánchez CD. Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. Vol. 20, n.º2, 2009 - Págs. 145-157 Copyright 2009 by the Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ISSN: 1130-5274.
15. Hunot C, Vizmanos B, Edgar M. Vázquez G, Celis A. Definición Conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista salud pública Volumen 9 No.1* Enero-Marzo 2008.
16. P.J. Ruiz Lázaro. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Atención Primaria* 2001; 27: 428-431.
17. Borrego HO. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* Vol. 24–N.o 2-2000.



18. Thomas J, Ibáñez E, Morales R, Gómez N, Vázquez I, Leguizamón P, et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y conocimiento frente a daños en cavidad oral en estudiantes de odontología, año 2010. *Rev Colomb Investing Odontol* 2011; 2 (6): 163-171.
19. Guadarrama R, Mendoza S. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 2011; 16 (1): 125-136.
20. García L, Dufoo S, de León C. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Rev. Odont. Mex.* 2008; 12 (1): 46-54.
21. Camarillo ON, Cabada RE, Gómez MA, Munguía AE. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev. Esp. Méd. Quir.* 2013; 18 (1): 51-55.
22. Morales A, Ramírez W, Ureña M, Sevilla A, Umaña P, Chaves R. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. *Act pediátr. Costarric* 2002; 16 (3): [internet].
23. Jiménez M, Martínez S, Esparza G, Cerero R. Anorexia y Bulimia ¿Qué ve el odontólogo?. *Av Odontoestomatol* 2011; 17: 89-97.
24. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina M. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Ment* 2012; 35 (6): [internet].



25. Del Bosque GJ, Caballero RA. Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2009; 66 (5): [internet].
26. Thomas Y, Ibáñez E, Serrano C, Teherán D. Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. *Rev CES Odont.* 2008; 21 (2): 33-38.
27. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: critical review. *Oral diseases* 2008; 14: 479-484.
28. Diaconescu S, Ciubara A, Gimiga N, Constantín A, Olaru C. Mental anorexia in a teenager. A case report. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation* 2013; 5 (1): 6-10.
29. Zuvirie HR, Rodríguez OM. Reacción psicofisiológica a la exposición de imágenes de mujeres delgadas en universitarias. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2011; [internet]: 33-41.
30. Garfinkel P, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, et al. Bulimia nervosa in Canadian Community Sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (7): 1052-1058.
31. León HR, Aizpuru PA. Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios.* [internet]: 119-124.



32. Manrique AF, Barrera SL, Ospina DJ. Prevalencia de bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados. *Avances en enfermería* 2006; 24 (2): 38-46. [internet]
33. Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev. Chil. Nutr.* 2002; 29 (2): [internet]
34. Acosta GV, Llopis MJ, Gómez PG, Pineda GG. Evaluación de la conducta alimentaria en riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *Intern. Jour. Psychol. Ther.* 2005; 5 (3): 223-232.
35. Benavente DM, Rodríguez MF, Martín LC, Hirueka BM. Factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atem Primaria* 2003; 32 (7): 403-409.
36. Barrientos N, Escoto C, Bosques L, Enríquez J, Juárez C. Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de un gimnasio. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2014; 5: 29-38.
37. Carrillo V, Del Moral A. Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas y no afectadas por anorexia y bulimia. *Saúde Soc. Sao Paulo*; 22 (2): 468-484.
38. Mancilla MA. *Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Editorial Masson 2003. Pág. 21-29, 281-288.



39. Mancilla DJ, Gómez PG. *Transtornos alimentarios en Hispanoamérica*. Editorial Manual moderno 2006. Pág. 123-157, 203-223, 229-240.

40. Parral J, Contreras M, Schust J, Bonsignoe A, Cerna M. *Bulimia y anorexia y otros trastornos alimentarios*. Editorial polemos 2007, Buenos Aires. Pág. 25-65.