



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80.**

**ACTITUD HACIA LA ALIMENTACION DE MUJERES ADOLESCENTES DE LA
U.M.F. 80**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
SERGIO TALAVERA RIVAS
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO.**

**ASESOR:
DRA. LETICIA DUARTE PEDRAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**CO-ASESOR:
DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**CO-ASESOR ESTADISTICO
MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO
ANALISTA COORDINADOR “A”**

MORELIA, MICHOACÁN, MARZO DE 2009

Índice.

Contenido	Páginas
I Resumen.....	2
II Abstract.....	3
III Abreviaturas.....	4
IV Glosario.....	5
V Relación de figuras y cuadros.....	7
VI Introducción.....	9
VII Antecedentes.....	12
Anorexia Nerviosa.....	12
Bulimia Nerviosa.....	14
Trastorno de la conducta alimentaría no especificado.....	16
VIII Justificación.....	26
IX Planteamiento del problema.....	28
X Objetivos.....	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específico.....	29
XI Material y métodos.....	29
Tipo de estudio.....	29
Diseño de estudio.....	29
Población de estudio.....	29
Tamaño de la muestra.....	29
XII Criterios de selección.....	30
Criterios de inclusión.....	30
Criterios de no inclusión.....	30
Criterios de exclusión.....	30
XIII Descripción de variables.....	31
Variables del estudio.....	31
Operacionalización de las variables.....	31
XIV Metodología.....	32
XV Análisis estadístico.....	34
XVI Consideraciones éticas.....	35
XVII Resultados.....	36
XIX Discusión.....	48
XX Conclusiones.....	51
XXI Sugerencias.....	52
XXII Referencias bibliográficas.....	53
XXIII Relación de anexos.....	56
Anexo 1.	
Anexo 2.	

I. Resumen

Objetivo general. Investigar la actitud hacia la alimentación en adolescentes del sexo femenino de 12 a 19 años de edad adscritas a la UMF No 80.

Material y Métodos: Se aplicó en adolescentes que reunían los criterios de inclusión el Eating Attitudes Test, EAT-26, al cual previamente se le realizó análisis de consistencia interna a través del alfa de Cronbach con un punto establecido mayor de 0.7. Se utilizó estadística descriptiva no paramétrica.

La información fue procesada con el software estadístico para las ciencias sociales SPSS.

Resultados: De un total de 164 adolescentes encuestados 139 (84.8%), que puntuaron por debajo de 20, considerándose sin actitud de riesgo para desarrollar trastorno alimentario, mientras que 25 participantes (15.2%), que puntuaron arriba de 20, quienes se consideran dentro del grupo con actitud de riesgo alimentario. La frecuencia de actitud de riesgo alimentario es mayor en las edades de 14 y 15 años de edad, encima de la media nacional e internacional.

Conclusiones: Los datos estadísticos encontrados coinciden con las encuestas epidemiológicas a nivel nacional. Es preocupante que existan casos de trastornos de conducta alimentaria que se presentan a más temprana edad.

Palabras clave: Trastornos de la alimentación, anorexia, bulimia, factor dieta y control oral.

II. Abstract

Objectives. To investigate the attitude toward the feeding in adolescents of the feminine sex from 12 to 19 years of age attributed the UMF 80.

Material and Methods: You applies in adolescents that gathered the inclusion approaches the Eating Attitudes Test, EAT-26, to the one which previously was carried out analysis of internal consistency through the alpha of Cronbach with an established point bigger than 0.7. Descriptive statistic was not used parametric. The information was processed with the statistical software for the social sciences SPSS.

Results: Of to total of 164 interviewed adolescents 139 (84.8%) that punctuated below 20, being considered without attitude of risk to develop alimentary dysfunction, while 25 participants (15.2%) that punctuated up of 20 who you considering inside the group with attitude of alimentary risk. The frequency of attitude of alimentary risk is bigger in the ages of 14 and 15 years of age, above the national and international stocking.

Conclusions: The opposing statistical data coincide with the epidemic surveys at national level. It is preoccupant that cases of behavior dysfunctions exist it would feed that they are presented to but early age.

Key Words: Dysfunctions of the feeding, anorexy, bulimia, factor diet and oral control.

III. Abreviaturas

TCA: Trastornos del Comportamiento Alimentario.

ANR: Anorexia Nervosa Restrictiva.

ANCP: Anorexia Nervosa Compulsivo-Purgativa.

BNP: Bulimia Nervosa Purgativa.

BNNP: Bulimia Nervosa No Purgativa.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

IMC: Índice De Masa Corporal.

EDI: Inventario de Enfermedades de la Alimentación.

EAT: Test de Actitudes Alimentarías.

BITE: Test de Bulimia de Edimburgo.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

UMF 80: Unidad de Medicina Familiar No. 80.

EAT-26: Test de Actitudes hacia la Alimentación

CARA: Centro de Atención Rural al Adolescente.

IV. Glosario

Anorexia proviene del griego *a-/an-* (negación) + *orégo* (tender, apetecer). Es un síntoma frecuente en multitud de enfermedades y situaciones fisiológicas consistente en la disminución del apetito, lo que puede conducir a una disminución de la ingesta de alimentos. La causa más común de anorexia es la propia saciedad tras la ingesta de alimentos. A esta situación fisiológica se la denomina anorexia postprandial

Atracón. Un atracón consiste en ingerir en un tiempo inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían.

Bulimia: La bulimia o bulimia nerviosa. "Bulimia" proviene del latín *būlīmia*, que esto a su vez proviene del griego *βουλῖμια* (*boulīmia*), que a su vez se compone de *βους* (*bous*), buey + *λίμος* (*līmos*), hambre.¹ . Significa *hambre en exceso* o *hambre de buey* es un trastorno mental relacionado con la comida. Se caracteriza por episodios de sobre ingesta, la pérdida de control sobre la ingesta y las conductas compensatorias.

Conducta alimentaría; incluye el tipo de alimentos que se ingieren y cuáles no, los métodos para evitar la subida de peso (inducción al vómito, uso y abuso de laxantes y/o diuréticos, realizar ejercicio extenuante, frecuencia con que ingiere, si se da atracones, si ayuna. Para obtener estos datos se recurre a la entrevista, observación, cuestionarios o autoregistros.

Control oral: Restricción excesiva de los hábitos alimenticios y calóricos que el individuo consume.

Dieta o restricción alimentaría: Régimen alimentario con características menores a los requerimientos calóricos/nutricias mínimos necesarias.

Trastornos de la Alimentación: Alteración grave de la conducta alimentaria. Los trastornos del comer son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez. Entre ellas anorexia nerviosa, atracones y bulimia

Actitud: (Del lat. **actitūdo*). La actitud es una disposición mental particular, hacia una práctica planteada. Puede ser positiva, neutra o negativa. Las actitudes positivas, se manifiestan en predisposiciones efectivas acordes a las circunstancias, las negativas en relación a un desacuerdo con las experiencias y las neutras, con una especie de indiferencia. Es decir, la actitud es relacional y no objetiva. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, lo congénito, el ambiente (recordemos que somos una unidad bio-psico-social) y como aclaraba en el párrafo anterior, lo cultural.

La actitud, es la manera en que diseñamos las cosas en nuestra mente, siendo la forma en como nos presentamos en el mundo, la predisposición, la manifestación externa del psiquismo, que promueve a las conductas concretas, contando con la voluntad.

V. Relación de figuras y cuadros

figura	contenido	Páginas
Cuadro 1	Análisis de fiabilidad interna para los dominios del EAT-26.....	36
Cuadro 2	Asociación entre los dos grupos con riesgo y sin riesgo por grupos de edad.....	38
Cuadro 3.	Estadístico de contraste no paramétrico U de Mann-Whitney.....	42
Cuadro 4	Correlaciones de los diferentes dominios del EAT-26 por grupo sobre presencia de riesgo de TCA.....	44
Figura 1	Distribución de la puntuación total media de la subescala dieta del EAT- 26 en el grupo con riesgo y sin riesgo.....	39
Figura 2	Distribución de la puntuación total media de la subescala bulimia del EAT- 26 en el grupo con riesgo y sin riesgo.....	40
Figura 3	Distribución de la puntuación total media de la subescala control oral del EAT- 26 en el grupo con riesgo y sin riesgo.....	41
Figura 4	Estadístico de contraste U de Mann-Whitney para los dos grupos con y sin riesgo.....	43
Figura 5	Correlación bivariada por subescalas de bulimia y control oral.....	45
Figura 6	Correlación bivariada por subescalas de dieta y control oral.....	46

Figura 7	Correlación bivariada por subescalas de dieta y bulimia.....	47
----------	--	----

VI. Introducción

Los trastornos de la alimentación han existido siempre y existen descripciones de ellos a lo largo de la historia. En el Corpus Hipocraticum (conjunto de enseñanzas y tradiciones médicas atribuidas a Hipócrates de Cos, 460-377ac) se recoge: "Los efectos de un régimen debilitante y prolongado son difíciles de reparar, y lo mismo sucede con los de una repleción extrema y continuada". Galeno en el año 155 a.c describe un cuadro de adelgazamiento morboso y la kynos orexia o hambre canina como sinónimo de la bulimia.

Para los Egipcios la comida era sinónimo de enfermedad por lo cual practicaban purgas regularmente. Los romanos, afectos a los banquetes y excesos alimentarios frecuentes, implementaron los vomitorios. Durante la Edad media, son modelos claros de la restricción alimenticia como práctica religiosa o expiatoria los ejemplos de Sta Catalina de Siena: (1347) – (1380); de Sta Wilgefortis ("Santa Barbuda") de quien se supone que dicha barba no era sino una exacerbación del lanugo propio de las anoréxicas; y la Princesa Margarita de Hungría (siglo XIII).

Fue hasta 1873 cuando se hizo la primera descripción clínica de la anorexia por Lasague quien la denomina Anorexia Histérica. Posteriormente Gull la denomina Anorexia Nerviosa y dice: "la pérdida de apetito se debe a un estado anímico patológico, su origen es central y no periférico y se debe a un estado mental mórbido"; Pero Gull se negaba a recetar medicinas, sugiriendo que el control moral del paciente y un cambio en las relaciones domésticas eran esenciales para la curación, y es hasta 1960 cuando Bruch dilucidó las manifestaciones psicológicas del trastorno y creó técnicas psicoterapéuticas efectivas.

Con respecto a la bulimia, era bien conocida desde la antigüedad como así también el vomitar luego de ingesta copiosas. En 1785 James describe tres tipos de bulimia:

- 1.- Bulimia del tipo hambre pura.
- 2.-Bulimia asociada con desvanecimientos.
- 3.-Bulimia que finaliza con vómitos.

Más adelante, en 1932, Wulff hace la primera descripción clínica de bulimia nerviosa, su asociación con otro tipo de adicciones y alteraciones cognitivas con relación al peso y esquema corporal. En 1979, Russell describió la bulimia nerviosa como un síndrome distinto y una variante grave de la anorexia nerviosa.

Es importante mencionar el concepto de imagen corporal ya que es crucial para explicar los trastornos de la conducta alimentaria y los aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el auto concepto.

Han existido numerosos psicólogos y psiquiatras que han hablado sobre esto, entre ellos tenemos a J.C. Rosen quien propone que el trastorno de la imagen corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.

Profundizando más en nuestra investigación encontramos a Thompson que en 1990, concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

1) Un componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). En la investigación sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha hablado de sobrestimación del tamaño corporal.

2) Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo): Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (Ej. satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.). Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado Insatisfacción Corporal. La mayoría de los instrumentos que se han construido para evaluar esta dimensión, evalúan la insatisfacción corporal.

3) Un componente conductual: Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (Ej. conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

Hoy día los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) constituyen uno de los problemas que inciden de manera importante en la salud pública, pues afectan directamente a las personas que los padecen y repercuten sensiblemente en familiares, amigos y personas que rodean al enfermo.

En los últimos años, por diferentes motivos, los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) han despertado gran interés en medios sanitarios y sociales. Se trata de complejas enfermedades psicosomáticas de origen multifactorial, influidas por determinantes socioculturales.

Los TCA son de gran importancia médica y social por la elevada mortalidad (alrededor del 10 % de pacientes con anorexia) y el incremento de la prevalencia. Han pasado en poco tiempo de ser desconocidos por muchos profesionales médicos a ser objeto de gran cantidad de estudios.

VII. ANTECEDENTES.

Los trastornos del comportamiento alimentario han existido siempre, pero la historia nos demuestra que su significado ha variado sustancialmente a lo largo del tiempo, son desviaciones en el comportamiento de la alimentación que conducen a enfermedad o incapacidad.¹ A grandes rasgos se clasifican con base en sus resultados terminales visibles, delgadez extrema o gordura y en las variaciones de los patrones de alimentación, ayuno, restricción de alimentos y compulsión al comer.²

En los últimos años se ha observado con mayor frecuencia en el mundo occidental y desarrollado, habiéndose producido un aumento de su prevalencia en las últimas décadas³

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) divide los trastornos de la conducta alimentaria en: anorexia nervosa restrictiva o anorexia nervosa compulsivo-purgativa; y bulimia nervosa purgativa o no purgativa. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. También incluye la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.⁴

ANOREXIA NERVIOSA

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.⁴

Criterios diagnósticos.

Criterio A. La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del

nivel normal mínimo para su edad y su talla. El peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla. De acuerdo al CIE-10 el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 Kg. /m. La mayoría de los individuos con este trastorno acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas o el ejercicio excesivo.

Criterio B. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas

Criterio C. Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales. Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas. El nivel de autoestima depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol.

Criterio D. Existe una disfunción fisiológica. Amenorrea, En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco.

Subtipos

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayuno o realizar ejercicio intenso.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. Se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo. En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente.

El hallazgo más evidente a la exploración física es la emaciación; aunque también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo. La mayoría de los individuos tienen bradicardia. Algunos muestran edemas periféricos. Excepcionalmente, se observan petequias. En algunas personas el color de la piel es amarillento y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas.

Patrón familiar

Existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los parientes de primer grado.

BULIMIA NERVIOSA

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y el uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

Criterios diagnósticos.

Criterio A1. Se define atracón como el consumo en un período corto de tiempo de una cantidad excesiva de comida a la que la mayoría de los individuos comerían. Generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico. Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas.

Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Criterio A2. Los atracones se acompañan de sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad.

Criterio B. Conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito con lo que disminuye el miedo a ganar peso. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones.

Criterio C. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

Criterio D. Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al auto valorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

Criterio E. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Subtipos

Tipo purgativo. Son cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Son cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio. Dentro de las características descriptivas y trastornos mentales asociados, los individuos se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal. La frecuencia de síntomas depresivos y de ansiedad es alta. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso.

En las mujeres con bulimia nerviosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; Otras complicaciones: desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas. Alteraciones de líquidos y electrolitos.

Patrón familiar

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado.⁴

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada (TCANE) se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.⁵

Epidemiología

Anorexia nerviosa: La prevalencia de este trastorno se ha calculado en 0.5 - 1% de la población femenina. Sin embargo, se considera que ha aumentado la incidencia en las últimas dos décadas. Es más frecuente en mujeres (90%), la relación mujer/hombre es de 10:1. En la mayoría de los casos inicia en la adolescencia entre 13-15 años. Tiene una distribución bimodal, con un pico a los 14.5 años y otro a los 18 años. Es más frecuente en mujeres con disciplinas como ballet, nado sincronizado y gimnastas y en hombres homosexuales. Otro dato de interés es que es más frecuente en países desarrollados y en familias con padres obesos. Se presenta de igual manera en todos los grupos étnicos y raciales. Se observa que, la mitad de las pacientes con anorexia hacen transición a bulimia y se ha reportado una mortalidad que oscila entre el 10-20% debido a las complicaciones.

Bulimia nerviosa: Es más frecuente que la anorexia con una prevalencia que va del 1-3% de la población femenina. La mayoría son mujeres adolescentes (90-95%). Más frecuente en pacientes que fueron obesas, con historia de abuso de sustancias o abuso sexual. Los hombres afectados tienen frecuentemente historia de deportes como la lucha en donde el peso es algo importante.⁶

La estimación de la incidencia o prevalencia de los TCA varía dependiendo del tamaño y edad de la muestra y de los métodos de evaluación. Estudios en Estados Unidos de América y Europa Occidental encontraron una tasa de prevalencia promedio de 0.3% para AN, de 1% para BN en mujeres jóvenes y 0.1% para BN en hombres jóvenes. En adolescentes españolas se ha reportado una prevalencia que fluctúa entre 0.3 y 0.45% para AN, 0.41 y 0.8% para BN, 3.1 y 4.71% para TANE. Hay un marcado aumento de la incidencia de estas patologías y debido a la complicada etiología y patogenia de estos trastornos, poseen tasas de mortalidad del orden del 8.2% al 18% de las pacientes afectadas y que incide mayoritariamente en la mujer (en una relación de 1 varón por cada 11 mujeres en el caso de la anorexia) (Garner y Garfinkel, 1985).⁷

En el mundo occidental, los estudios que se han realizado sobre prevalencia entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 1% para los cuadros clínicos de anorexia nerviosa que cumplen todos los criterios diagnósticos, mientras que esta prevalencia se ve aumentada en el caso de la bulimia nerviosa, llegando a ser de un 1-3% (Toro y Vilardell, 1987). Siguiendo con los estudios de población de adolescentes, muestran una incidencia de TCA del 4 al 10% en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 18 años, dentro de la población general (Gross y Rosen, 1988). Por su parte, Ledoux, Choquet y Flament (1991) realizaron un estudio con más de 3.000 estudiantes franceses con edades comprendidas entre 12 y 19 años, encontrando que el 28,2% de las mujeres y el 13,4% de los varones presentaban episodios bulímicos. Asimismo, encontraron que este trastorno aparecía generalmente tras la pubertad y que su incidencia aumentaba a partir de los 14 años.

7

Ballester Ferrando, D. et al. Investigan a estudiantes de secundaria de la ciudad de Girona, España, encuentran que las adolescentes que manifiestan una mayor sintomatología propia de los trastornos de la alimentación, también presentan asociada una mayor insatisfacción y preocupación con la imagen corporal, sobre todo en aspectos relacionados con las dietas y con el control de la comida. Mencionan que los datos aportados por, Test de actitudes alimentarias, EAT, o el Inventario de Enfermedades de la Alimentación, EDI, evidencian que las

manifestaciones extremas de determinados síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaría son muy comunes en mujeres adolescentes. En especial, las dietas y el miedo a engordar se han convertido en los rasgos centrales de los Trastornos de Conducta Alimentaria, afectando a un porcentaje considerable de adolescentes.⁸

En España Rafael Ballester Arnal y Mari Carmen Guirado, realizaron un estudio en 819 niños, ambos sexos, de entre los 11 y 14 años, en valencia, sus resultados son preocupantes, ya que ellos refieren que tras analizar la globalidad de la muestra que ellos utilizaron, concluyen que a pesar de que la mayoría de las investigaciones realizadas han considerado que estos trastornos aparecen generalmente tras la pubertad y que su incidencia aumentaba a partir de los 14 años, en los niños de edades mucho más tempranas (11 años) ya se aprecian conductas alimentarias problemáticas que podrían reflejar una cierta gestación de trastornos más graves.⁹

En la Comunidad Autónoma de Navarra, España, Pérez-Gaspar et al. En el año 2000 realizaron una investigación epidemiológica, sobre una muestra de 2.862 mujeres con edades comprendidas entre 12 y 21 años. Se utilizó un procedimiento de dos fases, en la primera fase fue administrado el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) a todos los sujetos, y aquellos que puntuaron igual o por encima de 30 fueron entrevistados en una segunda fase mediante una entrevista semiestructurada, siguiendo criterios DSM-IV de Trastornos de Conducta Alimentaria, se consideró “caso” a toda adolescente que cumpliera criterios DSM IV de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastorno de Conducta Alimentaria no Especifica tras la entrevista. La prevalencia global encontrada fue del 4.1%, siendo del 3.1% para Trastorno de Conducta Alimentaria no Específica, del 0,8% para Bulimia Nerviosa y del 0,3% para Anorexia Nerviosa. En Valencia, España, Rojo et al. (2003) estimaron la prevalencia de Trastorno de Conducta Alimentaria en una muestra de 544 jóvenes de 12 a 18 años, siguiendo una metodología de identificación de caso en dos etapas. El cuestionario de barrido fue el EAT-40. Los autores entrevistaron a 58 estudiantes que superaron el punto de corte del instrumento (30), así como a otros 58 que

puntuaron por debajo. Cumplieron criterios DSM-IV de Trastornos de Conducta Alimentaria, el 5,17% de las mujeres (0,45% Anorexia Nerviosa; 0,41% Bulimia Nerviosa; 4,31% Trastorno de Conducta Alimentaria no Especifica) y el 0,77% de los varones.¹⁰

Palpan Jenny, et al. realizaron un estudio en adolescentes en la ciudad de Lima en la que concluyen que la relación de los trastornos de alimentación con la ansiedad y la depresión es débil pero significativa; así mismo esta variable dependiente se asocia de manera fuerte y significativa con la disfunción familiar. El trastorno de alimentación se relaciona en sentido inverso y fuerte con la autopercepción.¹¹

Hernán Darío Cortes Mejía, et al. realizaron un estudio en mujeres de primer y segundo año de licenciatura, en el instituto de ciencias de la salud, Colombia aplicaron un cuestionario con preguntas dirigidas a evaluar trastornos de la alimentación y factores de riesgo, y encuentran que existe una gran influencia de los medios de comunicación, el estrés académico y el sentimiento de presión familiar para adelgazar en las estudiantes con trastornos de alimentación.¹²

En el 2007 Andrés fandiño y colaboradores realizaron un estudio en 174 estudiantes de medicina de la universidad del valle (Cali, Colombia, en quienes aplicaron un cuestionario auto-diligenciado para evaluar el comportamiento alimenticio. Obtuvieron como resultado un 39.7% de estudiantes con puntajes positivos en la prueba, cifra que indica una alta probabilidad de desarrollar algún TCA. Con una relación mujer: hombre 2:1. Los factores asociados con un resultado positivo en la ECA fueron el género femenino, el querer disminuir de peso.¹³

EN 1999 Maritza Rodríguez y colaboradores realizaron un estudio descriptivo no comparativo en un grupo de 38 mujeres con trastornos de la alimentación, en Santa Fe de Bogota, Colombia, y en el cual se encontró que el Grado de insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal es el problema psicopatológicos principal y constituye un factor pronóstico importante, influenciado por la existencia de

comorbilidad y la presencia de experiencias traumáticas tempranas, relacionadas con sobrepeso real o percibido, abuso y vivencias de abandono.¹⁴

Liliana Bentacur en el 2007 publica un artículo, Universidad Pontificia Joveriana, Bogotá, Colombia, en el explica que existe un patrón de comportamiento anormal de las madres con hijos con trastornos de alimentación. Se expresan por la actitud frente al embarazo, la lactancia materna y la comida; ellos nos hablan de cómo las actitudes y comportamientos negativos son posibles factores de riesgo para que los hijos desarrollen este tipo de patología.¹⁵

Atienza en el 2006 realizó un estudio en el que utilizó el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), en una muestra de 1240 alumnos de sexo femenino de escuelas públicas y privadas de Córdoba (Argentina), en un grupo entre 11 y 19 años. Del total de encuestadas el 23.39% tiene patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa), el 11.45% posible bulimia nerviosa subclínica y el 8.39% tiene patrones alimentarios muy alterados (posible bulimia nerviosa), mientras que el 56.77% no presentan comportamientos compulsivos hacia la comida. De los resultados obtenidos los más significativos se hallaron en los grupos etarios de 18 y 19 años.¹⁶

Rodríguez Arce en el 2007, Facultad de Ciencias Médicas “ Mariana Grajales Coello, Holguín, publica un artículo en el que habla que la anorexia con frecuencia tiene su origen en un ambiente familiar lleno de tensiones y en inadecuados manejos de la alimentación desde la etapa de lactante, la cual se va complicando ante nuevas exigencias que surgen en el desarrollo del niño y que los adultos no saben enfrentar.¹⁷

Cano Correa en el 2007 realiza un estudio De 3,610 estudiantes regulares de la Universidad de Manizales, tomó una muestra de 165 estudiantes, quienes respondieron un cuestionario integrado compuesto por variables demográficas, las escalas de Zung para ansiedad o depresión, el *Eating Disorders Inventory* (EDI2); obtuvo que un 12.7% de la población presentó factor de riesgo positivo para

trastornos de la conducta alimentaria, 17.3% de la población femenina y el 3.8% de la población masculina; las personas con mayor factor de riesgo fueron las mujeres en la facultad de Comunicación Social y Periodismo (24.1%). Se determinó una relación significativa entre la variable impulso por la delgadez con la ansiedad o depresión. El mayor índice de masa corporal y de porcentaje de grasa está asociado con un aumento en la variable impulso por la delgadez.¹⁸

Álvarez Adarmes, et al; en el año 2006, en Caracas Venezuela, Realizó un estudio de corte transversal de tipo descriptivo, donde se aplicó un cuestionario cerrado, anónimo, a una muestra de 50 adolescentes para evaluar la presencia o ausencia de conductas psicológicas y nutricionales asociadas a dicho trastorno. Se obtuvo como resultando que un 70% de la muestra con bajo riesgo de presentar anorexia, 10 % con riesgo moderado y 4% con alto riesgo de desarrollar este trastorno, todos del sexo femenino. 94 % de los encuestados no presentó conductas nutricionales asociadas a la anorexia nerviosa. El estrato social que con mayor frecuencia se estableció en la población de estudio fue de de clase media baja.¹⁹

En México en años de 1992 a 2003 se observó un incremento en el número de ingresos por trastornos de la conducta alimentaria, de primera vez en el Instituto Nacional de Psiquiatría de Ramón de la Fuente Muñiz, a su vez se ha observado en este mismo instituto que el porcentaje de casos de anorexia compulsivo purgativa y bulimia es mayor en el sexo femenino, y que los casos de anorexia restrictiva y trastorno de la conducta alimenticia no especificado es mayor en el sexo masculino.²⁰

Durante los meses de octubre de 2000 a enero de 2001, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de la Ciudad de México, Eduardo García-García, y colaboradores, realizaron un estudio en 22 mujeres, estudiantes de preparatoria, solteras, con trastornos de la alimentación, en el que se observó que la anorexia nervosa se encuentra relacionada con el miedo a madurez, con impulsos a la delgadez, en menor nivel a de depresión y ansiedad. Ellos demuestran que el Inventario de enfermedades de la alimentación (EDI) puede servir como un primer

paso en el proceso de tamizaje. También puede utilizarse para identificar individuos altamente preocupados con su peso; esta población puede ser adecuada para estudiar los posibles factores de riesgo de los trastornos de alimentación.²¹

Sara Robles Rodríguez y Ada Aranzazú Hernández Cuevas realizaron un estudio, en mujeres, estudiantes de la Universidad de Guadalajara, con el objetivo de implantar un programa de información, prevención y atención dirigidos a atender los trastornos de la alimentación en la población estudiantil. Ellos demuestran que en su población estudiada la bulimia es más común entre estas estudiantes que la anorexia.²²

Méndez Villalobos en 2004 realiza una investigación en alumnos de secundaria del municipio de Yuriria Gto. En el cual concluye que la existencia de anorexia y bulimia entre los adolescentes escolares en el municipio de Yuriria, ha quedado plenamente demostrada. La influencia que los medios de comunicación ejercen sobre los jóvenes, es real y debe ser valorada en su justa dimensión. Los datos del estudio indican que la falta de comunicación entre padres e hijos, es una de las principales causas para que así suceda.²³

Para el grupo de mujeres de 15 a 24 años de edad la incidencia se ha incrementado en el último siglo desde 1970. La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, en población mayor de 18 años, destacó una prevalencia de bulimia de 0.6% en hombres y 1.8% en mujeres.²⁴

En México se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años), presentan alto riesgo de padecer un Trastorno de Conducta Alimentaria.²⁵

En el 2007 Alberto Salazar Zúñiga publica el reporte de un caso clínico de una paciente con ataque de ansiedad y anorexia nerviosa del Hospital Central Militar de la Ciudad de México, en sus conclusiones el explica sobre los diversos factores que influyen en los trastornos de la alimentación, factores culturales, factores dietéticos,

etc, son influidos y mediados por genes. Refieren que los análisis de genética molecular han probado la asociación del receptor de serotonina 5HT con el gen HTR localizado en el cromosoma 13.²⁶

En el 2007 Ochoa Madrigal, Centro Medico Nacional, 20 de Noviembre, México, habla de que la prevalencia de anorexia nerviosa varía entre 0.3%- 3.7%, y 1%-4.2% en bulimia nervosa, con una distribución por sexo de 10:1, donde las mujeres adolescentes son la población más vulnerable. En los hombres se presenta en un porcentaje menor (0.2%).²⁷

Pike y Rodin mencionan que hacer dietas rara vez es una conducta autónoma. Las mujeres jóvenes se sienten presionadas para que sean delgadas y por lo general hacen dieta en respuesta a las demandas sociales y a los estándares propios de su sexo, de tal forma que alejarse de este patrón de conducta las pone en riesgo de recibir críticas negativas de los demás.²⁸

A todas las edades, las mujeres están menos satisfechas con su propio peso y con su figura corporal, siendo éste el factor en el que hay más discrepancia entre ambos sexos. La etapa de la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos y se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal. El “ideal de delgadez” tiene una especial influencia negativa en las personas jóvenes que buscan su identidad. Estas personas dependen en gran medida de la atención y el reconocimiento de los demás, por lo que si se desvían de la persecución del ideal de delgadez sobrevalorado por la cultura de los jóvenes, e incluso por su misma familia, puede traer consigo graves crisis y, en casos extremos, forzarlos a someter su cuerpo a condiciones anómalas para conseguir dicho ideal. El someterse a dietas y el deseo de ser delgada, las principales protagonistas de esta demanda contemporánea son las mujeres, hecho atribuible al importante papel de la apariencia física y la atracción sexual como condiciones para la autoestima y el éxito social de la mujer.

Los trastornos de la alimentación son la expresión más abierta, global y sintomática de la falta de habilidad de la mujer para regir su vida y para contrarrestar su curso traumático. La promesa de alcanzar la delgadez, invitan a someterse a dietas. Es importante señalar que la cultura de las dietas se encuentra al alcance de los niños y los preadolescentes; a las niñas, en particular, se les invita y se les recuerda continuamente el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez.²⁹

Para la evaluación de trastornos de la alimentación existen diversas escalas, entre ellas se encuentra Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-26). Este es un cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar síntomas y conductas comunes de los trastornos de la conducta alimentaria y consta de 26 preguntas, diseñado por Garner y cols (1982) a partir del análisis factorial de la versión original (EAT-40) (garner y garfinkel, 1979) validada en castellano (Castro y cols, 1991). Proponen un punto de corte de 20, arriba del cual informa sobre la presencia de riesgo de trastorno alimentario. Es útil para detectar poblaciones de riesgo e individuos con preocupación anormal por la dieta y el peso. Mide actitudes y conductas de riesgo para desarrollar TCA, analizando aspectos como, preocupación por la comida, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos, restricción alimentaria (dieta), comer lentamente, comer clandestinamente y presión social percibida para aumentar peso.³⁰

VIII. JUSTIFICACIÓN

Desde la perspectiva del médico familiar preservar la salud es a *priori*. En relación a los desórdenes alimenticios entendidos como una variedad de irregularidades en la conducta de las personas en su alimentación, y que puede o no ajustarse a un diagnóstico específico como; anorexia y/ bulimia.

En todo caso esta clase de patrones de desórdenes alimenticios nos dará la pauta para establecer si se asocian a otro causa de morbilidad y puede ser diagnosticado a partir de síntomas que comprende el desorden alimenticio no específico ("categoría de desórdenes alimenticios que no entran en los criterios de algún desorden alimenticio específico").

La anorexia como tal, aislada será el primer síntoma para averiguar si se trata de una enfermedad, reflejado en el peso corporal total y datos como tristeza, inseguridad y depresión deben llamar la atención del médico tratante para descartar trastornos en la conducta alimentaría y disminuir los riesgos que conducen a enfermedades que se compliquen y pongan en riesgo.

La gravedad de los TCA queda representada en los elevados índices de morbilidad, cronicidad del trastorno y la proliferación de casos subclínicos especialmente entre la población adolescente.

Esta situación lleva a una evaluación de los TCA, como "realidades clínicas de gran resonancia sociosanitaria", y obliga a preguntarnos por el papel del sistema sanitario y de otros actores sociales en la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Los trastornos de la conducta alimentaría han existido siempre. En los últimos años se ha observado con mayor frecuencia en el mundo occidental y desarrollado, provocando un aumento de su prevalencia en las últimas décadas.

Dado el carácter de problema de salud mental pública de los TCA y siendo una enfermedad poco reconocida a nivel de atención primaria, es prioritario la detección temprana de casos por parte del médico de atención primaria. Los TCA se asocian

con gran número de complicaciones fisiológicas en la adultez temprana, además de presentarse con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, principalmente con trastornos afectivos.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), y cuadros afines o no especificados (TCANE), han alcanzado una especial relevancia en las tres últimas décadas, tanto por su incidencia, como por la gravedad de la sintomatología asociada y resistencia al tratamiento; constituyendo hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente.

Este tema es relevante en nuestro medio, ya que durante las últimas dos décadas los trastornos de conducta alimentaria se ha incrementado su incidencia e impactan en la sociedad sin embargo existen pocos trabajos que intencionadamente busquen factores de riesgo para desarrollarla y por supuesto estructurar estrategias o programas de prevención.

Los trastornos de la conducta alimentaria, así como en otras enfermedades, además del tratamiento, las medidas de prevención pueden llegar a reducir la incidencia de la enfermedad o mejorar el pronóstico.

En nuestra unidad de acuerdo al CIE- 10, tendría un subregistro y dado que las principales enfermedades crónicas como son, obesidad, diabetes mellitus, tienen una antesala de desequilibrio entre la ingesta alimentaria(durante 24hrs; denominado dieta) y la termogénesis por la alimentación y ejercicio.

IX. Planteamiento del problema

En la Unidad de Medicina Familiar No 80, en el último año se detectaron 3 casos de trastornos de la alimentación. Por lo que suponemos un subregistro y de acuerdo a la literatura, los trastornos de alimentación son más frecuentes de lo que parecen, esto es importante ya que el tratamiento de estas enfermedades debe ser integral y de esta manera interactuar en su propio contexto por todo el grupo de atención a la salud y mejorar el pronóstico. Por lo que el médico de primer nivel de atención debe ser capaz de integrar el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria

Es por esto que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de actitud de riesgo hacia la alimentación en adolescentes del sexo femenino en la UMF 80?

X. OBJETIVOS

Objetivo general.

- Identificar actitudes o conductas hacia la alimentación que supongan un riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria en adolescentes mujeres de la U.M.F. No 80.

Objetivos específicos.

- Conocer el control de los hábitos alimenticios y calóricos de las adolescentes.
- Identificar la presencia de restricción de la alimentación.
- Identificar frecuencia en el riesgo de presentar trastornos de la alimentación.

• XI. Material y métodos

Tipo de estudio:

Descriptivo, observacional y transversal

Diseño:

Tipo encuesta

Población de estudio:

Adolescentes femeninos adscritos a la UMF No. 80 de la Ciudad de Morelia Michoacán México

Tamaño de la muestra:

Es una muestra por conveniencia.

XII. Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Adolescentes Mujeres de 12 a 19 años de edad usuarias de la unidad de medicina familiar No.80
- Que sepan leer y escribir
- Solteras
- Sin hijos

Criterios de no inclusión.

- Mujeres menores de 12 años o mayores de 19.
- Adolescentes en unión libre, embarazadas
- Que no deseen participar en el estudio.
- Que cursen con una patología crónica

Criterios de exclusión.

- Pacientes con diagnostico de enfermedades psiquiátricas
- Que no completen el llenado del instrumento de este estudio.

XIII. Descripción de variables

Variables de estudio:

Trastornos de la conducta alimentaría

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala de medición
Trastorno alimenticio	Cualitativa	Alteración de la conducta alimentaría.	Nominal
Dieta o restricción alimentaría	Cualitativa	Nutrientes prescritos, regulados o restringidos en tipo o cantidad. Régimen alimentario con características menores a los requerimientos calóricos/nutricias mínimos necesarias.	Nominal
Bulimia	Cualitativa	Enfermedad que se caracteriza por episodios de sobre ingesta, la perdida de control sobre la ingesta y las conductas compensatorias.	Nominal
Control oral	Cualitativa	Control excesivo de los hábitos alimenticios y calóricos que el individuo consume.	Nominal

XIV. Metodología.

Este estudio se realizó durante los meses de octubre y noviembre del año 2008, se acudió a la sala de espera de la consulta externa de la U.M.F. No 80, se buscaron en la sala de espera de ambos turnos, pacientes adolescentes femeninos, una vez identificados se les informo sobre el objetivo principal del estudio y de los adolescentes entrevistados, únicamente desearon participar un total de 164 y a quienes cumplían con los criterios de selección se les pidió su participación voluntaria para la realización del trabajo de investigación y se les informo ampliamente sobre el estudio, una vez que aceptaron participar, firmaron la carta de consentimiento informado (anexo No 1), posteriormente se trasladaron a un consultorio, en donde se les aplicó el Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-26). (Anexo numero 2), personalizado sin influencia sobre las respuestas en adolescentes.

El Test es un Inventario autoadministrado, fue diseñado por Garner y cols (1982) apartir del análisis factorial de la versión original (EAT-40) (garner y garfinkel, 1979), validado en castellano por Castro y cols, en 1991. Proponen un punto de corte de 20, arriba del cual informa sobre la presencia de actitud de riesgo para trastorno alimentario. Es útil para detectar poblaciones de riesgo e individuos con preocupación anormal por la dieta y el peso. Mide actitudes y conductas de riesgo para desarrollar TCA.

Contiene 26 preguntas, con 6 posibilidades de respuesta puntuables de las que se debe escoger una sola y las cuales se evalúan de la siguiente manera:

Las preguntas del 1 a 24 y 26

Siempre corresponde a 3 puntos, Casi siempre 2 puntos, Bastantes veces 1 punto, Algunas veces, Casi nunca y Nunca 0 puntos.

La pregunta 25

Siempre corresponde a 0 puntos, Casi siempre 0 puntos, Bastantes veces 0 puntos, Algunas veces 1 punto, Casi nunca 2 puntos, Nunca 3 puntos

El test consta de 3 subescalas que se obtienen por agrupaciones de las preguntas:

1. La Subescala Dieta, o restricción alimentaría, le corresponden las preguntas 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25.
2. La subescala Bulimia o preocupación por la comida las preguntas 3, 4, 9,18, 21 y 26.
3. La subescala control oral las preguntas 2, 5, 8, 13,15, 19 y 20.

Todas las encuestas fueron vaciadas a una base de datos conforme se tenían para posteriormente ser analizados y validados estadísticamente.

A las adolescentes que presentaron puntuaciones por arriba de 20, que equivale a la presencia de actitud de riesgo para trastorno alimentario, fueron canalizadas oportunamente con su medico familiar para su atención y manejo integral.

XV. Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva no paramétrica. Los resultados se expresaron en totales y porcentajes.

Con la finalidad de analizar la distribución del puntaje de los diferentes dominios se utilizó el criterio de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significancia de Lilliefors, para correlacionar se utilizó el coeficiente de correlación rho de Spearman. Este mismo criterio se utilizó para elegir la estadística de contraste U de Mann-Whitney y representar su gráfico en diagramas de caja, y para el estudio de la asociación de actitud de riesgo de padecer un trastorno alimentario en el adolescente, se realizó un estadístico de prueba Chi cuadrado también no paramétrica, se presentan tablas de contingencia.

Para analizar la puntuación total media del EAT-26 por edades se aplicó la prueba de análisis de varianza de una vía por edad para cada una de las subescalas en cada grupo conformado por su actitud de riesgo y no riesgo.

Para el análisis estadístico se han realizado las siguientes definiciones

Riesgo: Puntuación en EAT-26 igual o mayor de 20.

Normalidad: No riesgo de TCA objetivado por EAT-26 (EAT-26 menor de 20).

La información se procesó con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 15.0 para Windows). Las cifras estadísticamente significativas fueron los *P* valor <0.05. .

XVI. Consideraciones Éticas

En la presente investigación se aludió a las declaraciones de la asociación médica mundial de Helsinki (1964), con las modificaciones de Tokio (1975), Venecia (1983, Hong Kong (1989), Somerset West (1996) y de acuerdo a las normas internacionales para la investigación Biomédica en Sujetos Humanos de la OMS. Por lo que apegado a los documentos previos se mantuvo y mantendrá total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo así como durante todo el tiempo de la investigación. Se contemplaron las normas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.- Título primero, capítulo único, artículo 3. Título segundo, capítulo I, artículos 13 y 14. Título quinto, capítulo único, artículos 98-100,102.

Por lo que ningún participante hasta el término del estudio sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación. Y en caso de ser publicados los resultados se mantendrá el anonimato.

XVII. Resultados

A los que se les ofreció participar en el estudio, aceptaron participar 164 mujeres adolescentes y firmaron consentimiento informado y que cumplieron los criterios de inclusión. Las edades en rango de 12 a 19 años, con una moda de 14 años y la media de 14.35 ± 1.53 años.

De acuerdo a la base de datos se realizó un análisis de fiabilidad interna al EAT-26 en sus 26 reactivos, dándonos una fiabilidad interna de 0.744 mediante Alfa de Cronbach, así como también se realizó para reconfirmar su fiabilidad interna de cada una de las subescalas que se evalúan en la encuesta, mediante el método de mitades de Spearman – Brown. Cuadro No I.

Cuadro No I. Análisis de fiabilidad interna para los dominios del EAT-26

SUBESCALA	ALFA DE CRONBACH	SPEARMAN BROWN
DIETA	0.674	0.654
BULIMIA	0.486	0.516
CONTROL ORAL	0.531	0.472
TOTAL	0.744	0.718

Para dicho inventario autoadministrado (EAT-26) los autores proponen el punto de corte de 20, arriba del cual informa sobre la presencia de riesgo de trastorno

alimentario. La utilidad es detectar poblaciones de riesgos o individuos con preocupación anormal por la dieta y el peso. Mide actitudes de conductas de riesgo para desarrollar trastorno de conducta alimentaria (TCA). Motivo por el cual se definieron dos grupos aquellos que puntuaron igual o mayor de 20 puntos se denominó grupo de riesgo los cuales fueron 15.2% (25 casos) y 84.8% (139 casos) aportaron un valor menor de 20 puntos situándose en un grupo de condición sin riesgo.

En seguida se procedió hacer un contraste no paramétrico mediante la U de Mann-Whitney para grupos independientes.

La muestra entrevistada contó con una edad promedio de 14.35 ± 1.53 , y una moda de 14 años que representan 60 participantes (36.6%), la edad mínima es de 12 años y la máxima de 19 años. En la población estudiada y con actitudes de riesgo de desarrollar TCA la edad de 15 años fue la más frecuente con 6.1% (10 casos), seguida de 14 años 5.5% (9 casos), en los 13 años de edad el riesgo disminuye a 1.8% (3 casos) y de 16 a 18 años, solo se encuentra el 0.6% (1 caso).

La frecuencia global de riesgo para TCA fue de 15.2 % (25 casos). Las actitudes de riesgo y no riesgo se asociaron a la edad mediante el estadístico de prueba no paramétrico Chi Cuadrada, el cual no presenta discrepancia entre los diferentes grupos etarios y la condición de la actitud de riesgo (Chi 11.535, gl= 7 , sig= .117).

Cuadro No 2.

Cuadro 2. Asociación entre los dos grupos con riesgo y sin riesgo, por grupos de edad.

EDAD	Actitud alimentaría sin riesgo	Actitud alimentaría con riesgo	Total
12	9	0	9
% del total	5.5%	0%	5.5%
13	35	3	38
% del total	21.3%	1.8%	23.2%
14	51	9	60
% del total	31.1%	5.5%	36.6%
15	21	10	31
% del total	12.8%	6.1%	18.9%
16	9	2	11
% del total	5.5%	1.2%	6.7%
17	3	0	3
% del total	1.8%	0%	1.8%
18	7	1	8
% del total	4.3%	.6%	4.9%
19	4	0	4
% del total	2.4%	0%	2.4%
Total	139	25	164
% del total	84.8%	15.2%	100%

Fuente primaria. Test de actitudes alimentarias (EAT-26)

Se aplicó la prueba de análisis de varianza de una vía para cada uno de los grupos que determinó la actitud de riesgo y no riesgo para cada una de las subescalas, para analizar la puntuación total media del EAT-26 por edades. Al estudiarlas, en el grupo con riesgo, en la subescala dieta o restricción alimentaría el promedio mas alto se encuentra en la edad de los 15 años, con un valor de 14.70 ± 1.54 para diez participantes y una significancia para la subescala dieta de .732. En el grupo sin actitud de riesgo pasó algo similar, habiendo homogeneidad de puntaje para cada grupo de edad, con un promedio de 7.00 ± 1.73 que correspondió a la edad de 19 años. Fig. No 1

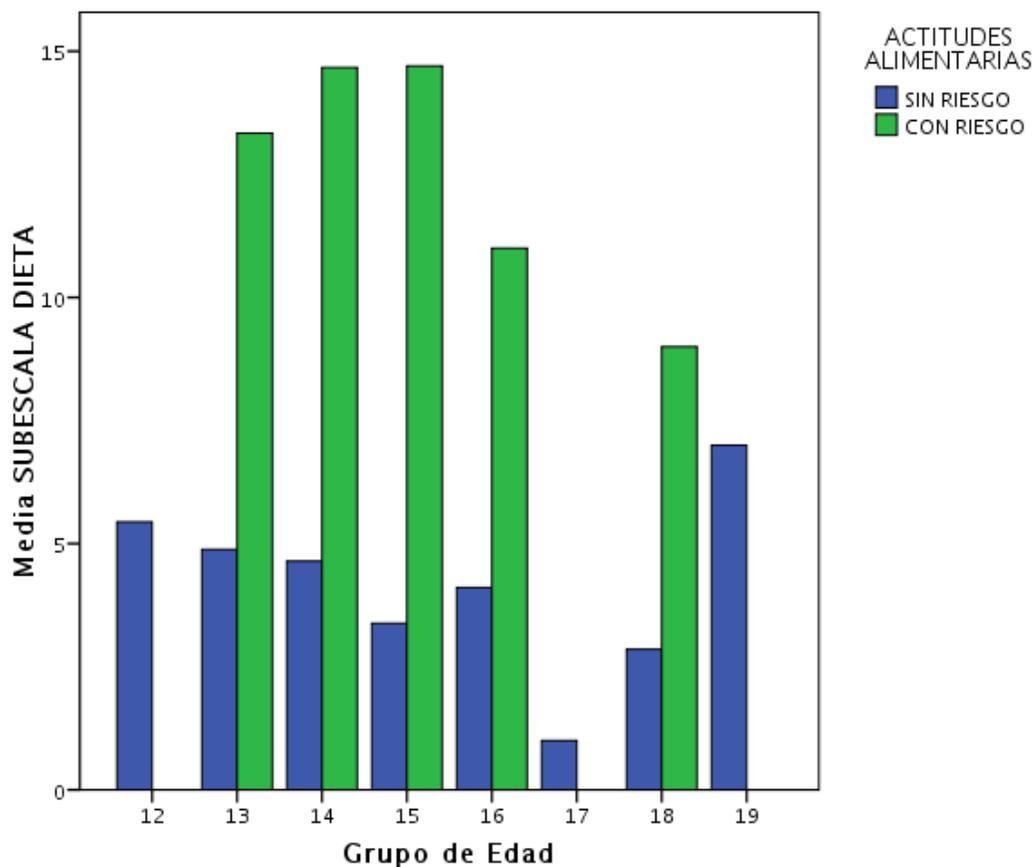


Fig. 1 Distribución de la puntuación total media de la subescala dieta del EAT- 26 en el grupo con riesgo y sin riesgo.

En la subescala bulimia y en el grupo con actitud de riesgo alimentario, el promedio mas alto fue de 3.67 ± 1.85 representado en la edad de 13 años, con una significancia de .791, y en el grupo sin actitud de riesgo con un promedio de $1.33 \pm .667$, correspondiendo a la edad de 17 años. Fig. 2.

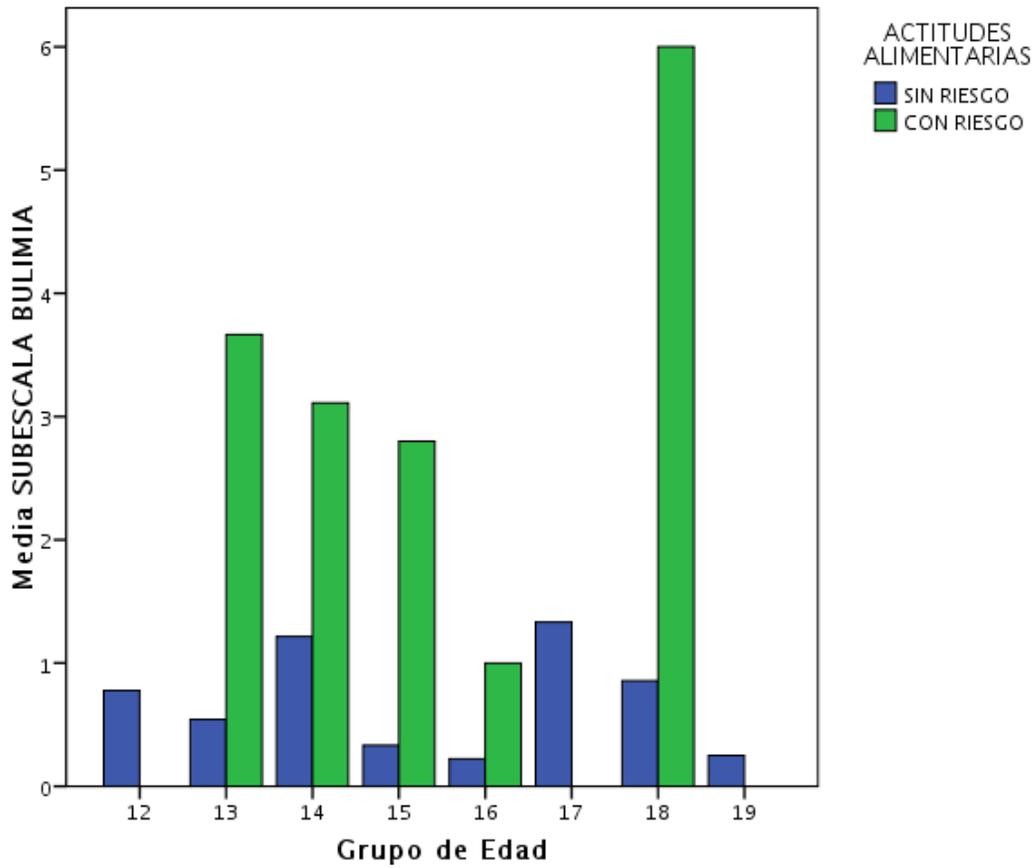


Fig. 2 Distribución de la puntuación total media de la subescala bulimia del EAT- 26 en el grupo con riesgo y sin riesgo.

Para la subescala control, en el grupo con actitud de riesgo, el promedio más alto es de 10.50 ± 1.50 el cual se presentó a la edad de 16 años, con una significancia de .840. En el grupo sin actitud de riesgo se presenta un promedio de 5.00 ± 2.64 , el cual representa a la edad de 17 años., igualmente sin hallazgos de cifras estadísticamente significativas. Fig. No 3

A pesar de todo esto no hay variabilidad que no responda al azar, sin hallazgo de cifras estadísticamente significativa.

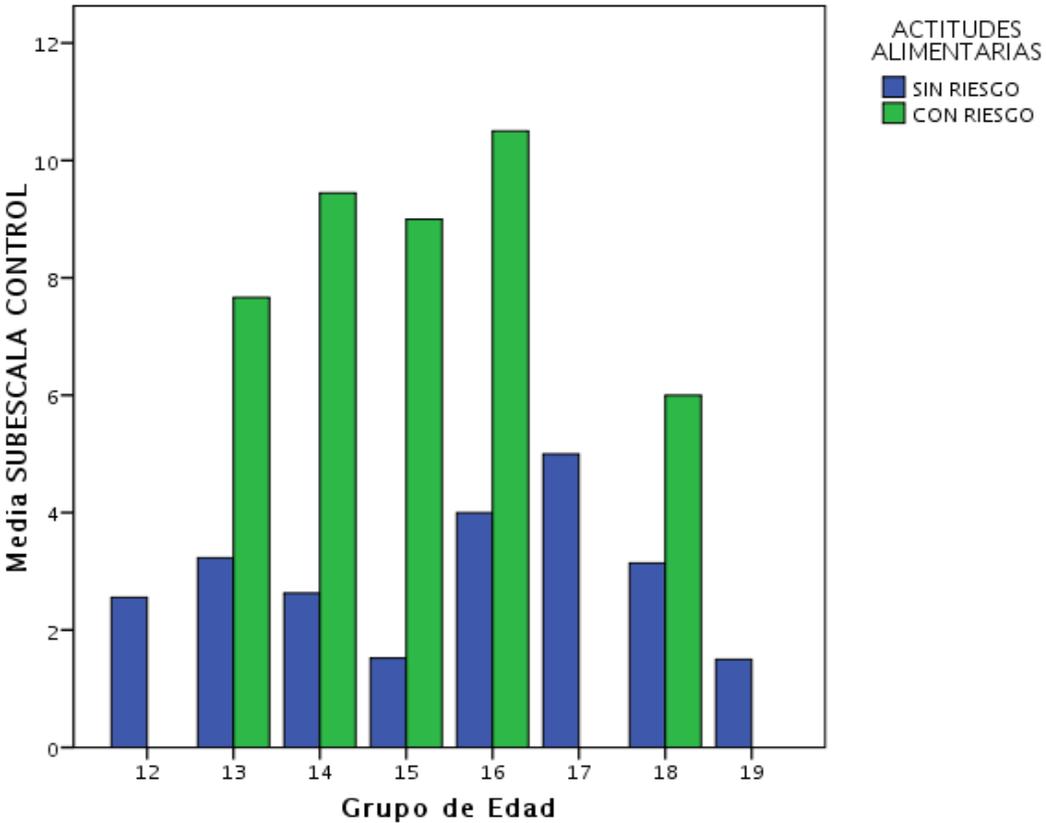


Fig. 3 Distribución de la puntuación total media de la subescala control oral del EAT-26 en ambos grupos con actitud y sin actitud de riesgo.

En seguida se procedió al estadístico de contraste U de Mann-Whitney, para muestras independientes para los 3 dominios, del instrumento EAT-26. En la subescala dieta para grupo de riesgo se observa un valor de mediana de 13.00, cuando en el grupo sin riesgo es de 4.00, en la subescala bulimia nuevamente el grupo con riesgo obtiene el valor de mediana mas alto 3.00 que el grupo sin riesgo 0.00, por ultimo en la subescala control nuevamente para el grupo de actitud de riesgo es de 9.00, cuando en el grupo sin riesgo es de tan solo 2.00. Como se puede observar en la cuadro 3, Fig. 4.

Los valores asociados al estadístico de prueba no parametrico fueron estadísticamente significativos. Se observa que a mayor puntaje mayor la actitud de riesgo alimentario, cosa que es evidente para la cohorte de la muestra.

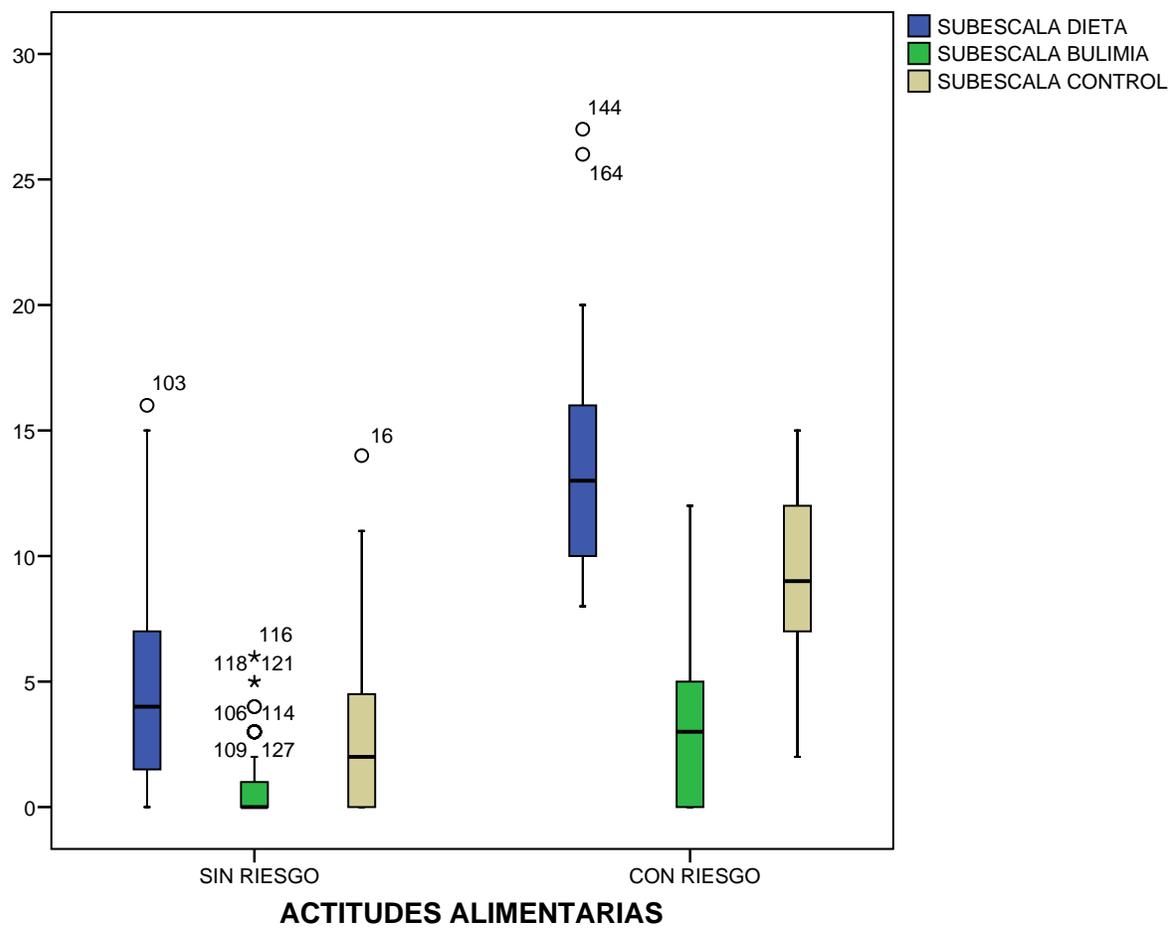
Cuadro No. III Estadístico de contraste no parametrico U de Mann-Whitney.

DOMINIO (EAT-26)	Con riesgo N=25 Rango promedio, mediana		Sin riesgo N=139 Rango promedio, mediana		U	Sig
Subescala dieta	145.48	13.00	71.17	4.00	163.00	.000*
Subescala bulimia	112.58	3.00	77.09	0.00	985.50	.000*
Subescala control	138.46	9.00	72.44	2.00	338.50	.000*

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05)

Fuente primaria. Test de actitudes alimentarias (EAT-26)

Fig. 4 Estadístico de contraste U de Mann Whitney para los dos grupos con y sin riesgo.



Fuente primaria. Test de actitudes alimentarias (EAT-26)

Enseguida se tomo como variable independiente la subescala de control y como variable dependiente la subescala bulimia, se observa que el grupo de riesgo tiene una pendiente negativa además de que su coeficiente de correlación es de -0.297, sig=0.150 en comparación con el grupo sin riesgo 0.116, sig= 0.173. Cuando la subescala dieta es la variable dependiente se observa un coeficiente de correlación de -.262 sig= .206 para el grupo con riesgo, en comparación con el grupo sin riesgo el cual presenta un coeficiente de correlación de .064 sig= .453. Cuadro 4.

Cuadro No. 4. Correlaciones de los diferentes dominios del EAT-26 por grupo sobre presencia de riesgo de TCA.

BULIMIA		CONTROL ORAL		
	CON RIESGO N=25	SIN RIESGO N=139	CON RIESGO N=25	SIN RIESGO N=139
DIETA	.020 .925	.081 .342	-.262 .206	.064 .453
BULIMIA			-.297 .150	.116 .173

Fuente; primaria. Test de actitudes alimentarias (EAT-26).

En estos resultados observamos que la correlación de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria es entre la bulimia y dieta, con $r = .925$

Como se puede observar en el gráfico el coeficiente de determinación es mucho mayor para el grupo de riesgo 0.041 y de 0.011 para el grupo sin riesgo. En el grupo de riesgo el 4.1% de la subescala bulimia depende de la subescala control, observándose que a mayor control alimentario menor tendencia a la sintomatología bulímica y a la inversa a menor control se observa cierta tendencia a presentar sintomatología bulímica cosa que en el grupo sin riesgo sin hallazgos relevantes siendo de tan solo 1.1%. Fig. 5.

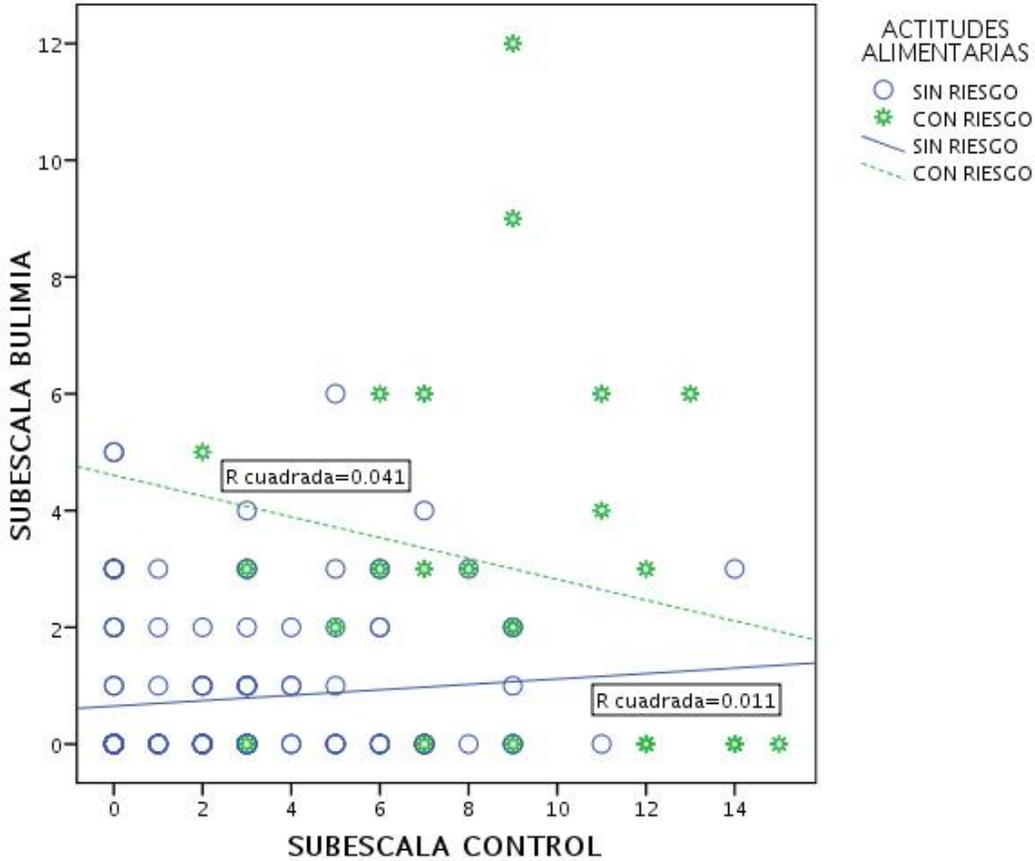


Fig. No 5. Correlación bivariada por subescalas de bulimia y control.

Cuando la subescala dieta es la variable dependiente se observa una tendencia similar a la subescala anterior solo que la magnitud de varianza compartida es mayor para el grupo de riesgo, la cual fue de 5.3%, lo que significa que al llevar un control de los hábitos alimenticios y calóricos, existe tendencia a realizar régimen alimentario con requerimientos calóricos/ nutricias mínimos necesarios, cuando en el grupo de actitud sin riesgo es de apenas 0.05%. Lo cual nos indica que el grupo de riesgo nuevamente es el más afectado. Ver Fig. 6.

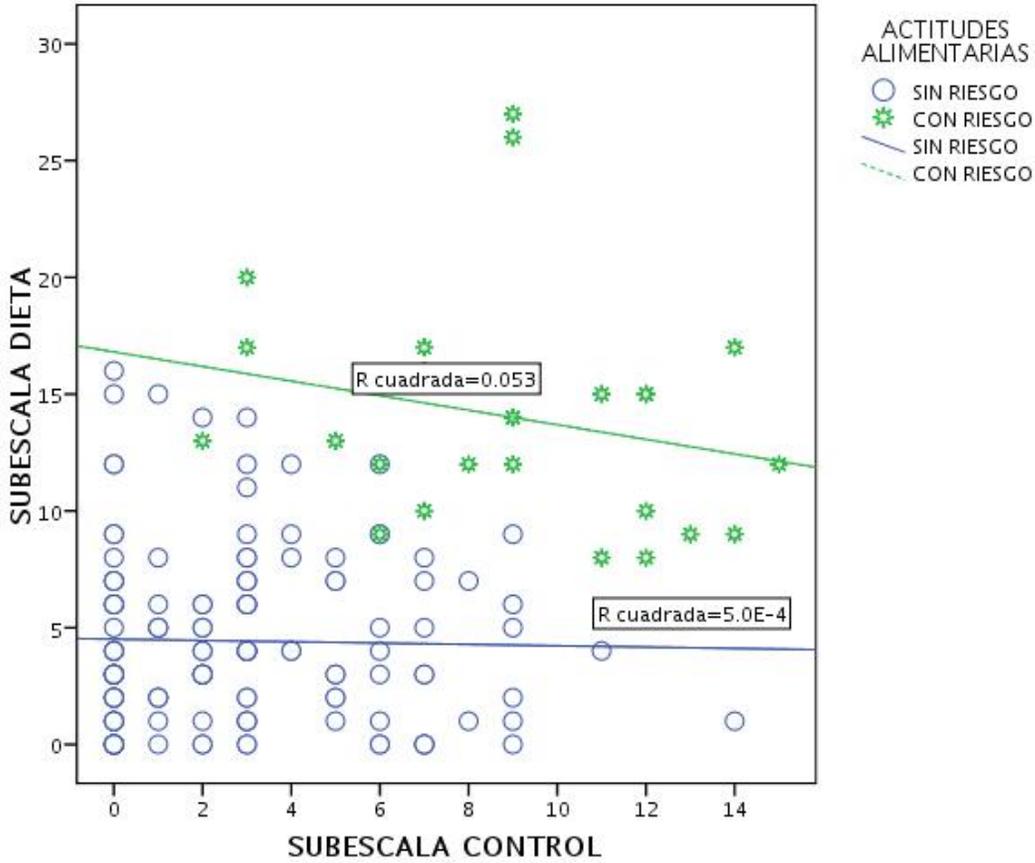


Figura No 6. Correlación bivariada por subescalas de dieta y control.

Por último se correlacionaron la subescala bulimia y subescala dieta, aquí el grupo de riesgo tiene una varianza compartida de 15.4%, donde a mayor dieta o restricción alimentaría, mayor es la tendencia a presentar sintomatología bulímica, cuando en el grupo sin riesgo es de tan solo 0.6%. Cabe hacer la aclaración que ninguna grafica tuvo factor de cambio significativo. Fig. 7.

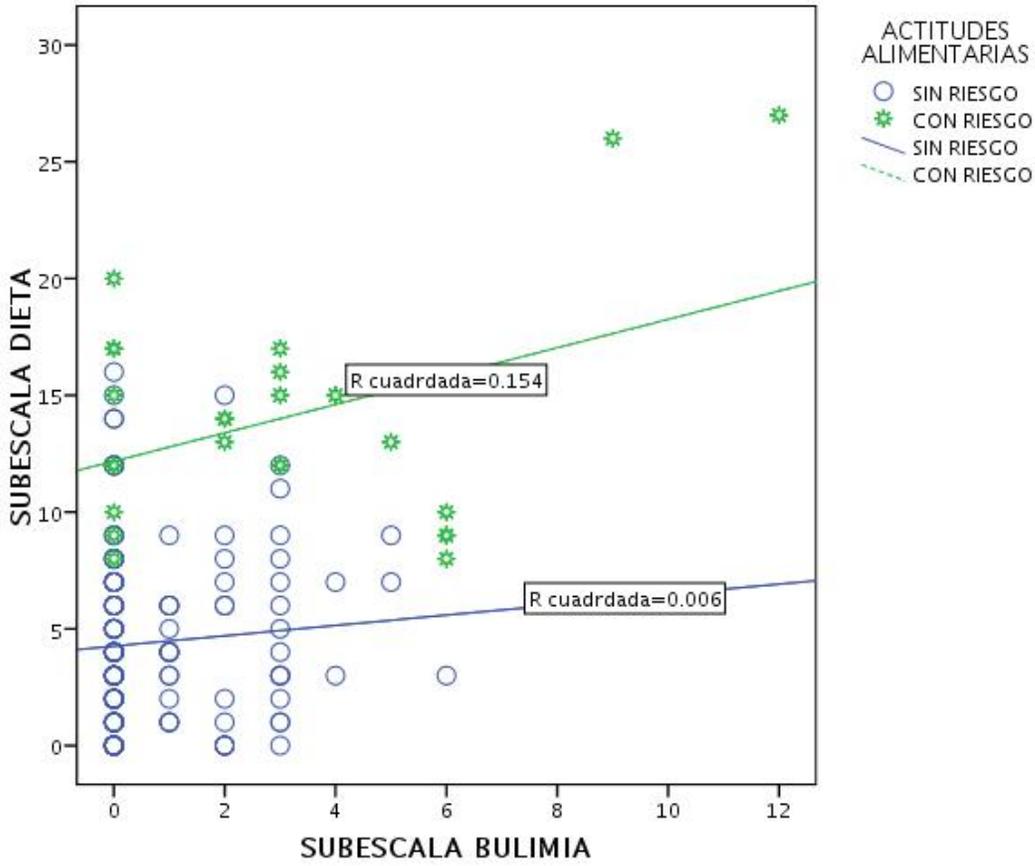


Fig. No 7. Correlación bivariada por subescalas de dieta y bulimia.

XIX. Discusión

En términos generales, el instrumento aplicado mostró datos de validez y consistencia interna adecuados para la población estudiada, se obtuvo un alpha de Cronbach global de 0.744 y para reconfirmar su fiabilidad interna de cada una de las subescalas que se evalúan en la encuesta, mediante el método de mitades de Spearman – Brown con una calificación global de 0.718.

En el análisis de los resultados del estudio llama la atención que el sistema sanitario público no constituye un referente prioritario para la población joven, a pesar de haberse identificado a ésta, como principal grupo de riesgo para el desarrollo de conductas de restricción alimentaría. La observación de esta falta de conocimiento, utilización y accesibilidad a la Sanidad Pública, así como de un aumento de la prevalencia de los TCA en los últimos años y de una frecuencia de casos subclínicos entre la población escolar, se plantea el reto del desarrollo de estrategias para aumentar la confianza y utilización del servicio sanitario público.

Ballester Ferrando, D.; et al. Investigaron a estudiantes de secundaria, encuentran que las adolescentes que manifiestan una mayor sintomatología propia de los trastornos de la alimentación, también presentan asociada una mayor insatisfacción y preocupación con la imagen corporal, sobre todo en aspectos relacionados con las dietas y con el control de la comida. Mencionan que los datos aportados por EAT Test de actitudes alimentarias evidencia, que las manifestaciones extremas de determinados síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria son muy comunes en mujeres adolescentes, en especial, las dietas y el miedo a engordar se han convertido en los rasgos centrales de los TCA afectando a un porcentaje considerable de adolescentes.¹⁰

Dentro de la totalidad de los derechohabientes consultados en el 2007 en la UMF 80 encontramos tan solo 3 casos diagnosticados como trastornos de la alimentación.

Esta cifra aparentemente baja corresponde con los datos epidemiológicos de los estudios nacionales e internacionales, por lo tanto podemos considerar como procedente la metodología empleada en nuestra investigación.

A nivel mundial así como en México, los resultados de las investigaciones realizadas en el ámbito de la epidemiología especial en materia de psiquiatría han arrojado nuevas luces al conocimiento de la medicina. Ahora se conoce que la discapacidad asociada con los trastornos mentales es superior a la observada con las enfermedades crónicas.

Particularmente dentro de los trastornos de la alimentación, los resultados de nuestra investigación, nos indican que la edad en la que se presentan mas frecuentemente las actitudes o conductas de riesgo alimentario, es entre los 13 a los 16 años de edad, lo cual concuerda con las publicaciones de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana) que señala como edad de inicio de los 13 a los 15 años de edad.

Resulta relevante destacar los datos encontrados en nuestra investigación, encontrando un total de 25 casos equivalentes a un 15.2%, con actitudes alimentarias de riesgo. Lo cual concuerda con los estudios epidemiológicos, que indican una mayor prevalencia de estos trastornos así una reducción en la edad de aparición de los trastornos de conducta o actitudes alimentarias. En el mundo occidental, los estudios que se han realizado sobre prevalencia entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje de TCA del 4 al 10% en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 18 años, dentro de la población general (Gross y Rosen, 1988). Por su parte, Ledoux, Choquet y Flament (1991) realizaron un estudio con más de 3.000 estudiantes franceses con edades comprendidas entre 12 y 19 años, encontrando que el 28,2% de las mujeres y el 13,4% de los varones presentaban episodios bulímicos. Asimismo, encontraron que este trastorno aparecía generalmente tras la pubertad y que su incidencia aumentaba a partir de los 14 años. ⁷

No debemos de esperar hasta que tengamos los datos clínicos claros de un trastorno de la alimentación, ya que sabemos que el tratamiento de los pacientes con TCA requiere de un trabajo arduo entre médicos de primer, segundo y 3er nivel, de psicólogos y nutriólogos y por supuesto de la intervención de padres, familiares y amigos del paciente. Este aspecto de los TCA ocasiona grandes gastos a la Institución, así como a familiares, sin mencionar el desgaste emocional y los problemas que repercutirán sobre el núcleo familiar. Sería incorrecto de nuestra parte esperar hasta que se presenten los datos clínicos claros de anorexia o bulimia, es necesario enfocarse a detectar conductas o actitudes de riesgo para realizar diagnósticos oportunos y fundamentalmente prevenir.

Ahora podemos ver que esto es solo la punta del iceberg, la verdadera preocupación estriba en investigar desde que edad se empiezan a tener actitudes o conductas de riesgo que probablemente culminaran en un TCA y desde a que edad nuestras pacientes empiezan a tener una dieta o restricción alimentaría inadecuada que no es calculada por un personal de la salud capacitado.

Nuestro objetivo no debe de parar ahí, lo anterior debe de llevarnos a preguntarnos ¿como esta el núcleo familiar y que tan conscientes están los padres de familia? Estos últimos también deben de ser considerados en la problemática, ya que probablemente desconocen los requerimientos calóricos que sus hijos requieren.

El esfuerzo no termina aquí, debemos recordar que la disfunción familiar es uno de los múltiples factores determinantes en la presencia de los TCA, y de otros trastornos mentales como depresión y ansiedad. Es importante destacar que nuestra investigación, sienta el precedente de la importancia que tiene la epidemiología en el área de la medicina familiar relacionada con los trastornos psiquiátricos, es un área nueva del ejercicio interdisciplinario en el área de la epidemiología especial de grupos sociales o geográficos específicos.

XX. Conclusiones.

En nuestra unidad existe un total de 25009 adolescentes de entre 12 a 19 años. De los 164 adolescentes encuestados 25 (15.2%) obtuvieron una puntuación igual o mayor a 20 puntos (punto de corte recomendado para este test) es decir eran sujetos con actitudes de riesgo para TCA, mientras que 139 (84.8%) puntuaron por debajo del punto de corte (grupo sin actitudes de riesgo).

Centrándonos a la población con actitud con riesgo alimentario, la frecuencia mas alta de actitudes alimentarias de riesgo se encuentra entre los 14 a 15 años, con una edad promedio a los 14 años. Las actitudes de riesgo y no riesgo se asociaron a la edad.

En las pacientes que se encuentran dentro del grupo con actitud de riesgo de trastorno alimenticio existe mayor prevalencia de restricción alimenticia a los 15 años de edad. Así como también encontramos una mayor prevalencia de datos clínicos de bulimia en las adolescentes de 13 años de edad.

Encontramos que la edad en la que se presentan hábitos de control alimenticio excesivos y erróneos es en adolescentes de 16 años de edad, presentándose menores tendencias a sintomatología bulímicas.

Siguiendo en el grupo con actitud de riesgo encontramos que las adolescentes encuestadas presentan un régimen alimenticio con requerimientos calóricos/nutricios menores que aquellas que no tienen actitudes de riesgo.

Las pacientes que presentan actitudes alimentarias de riesgo y que llevan una dieta o restricción alimentaria tienen mayor tendencia a presentar síntomas bulímicos.

Las adolescentes encuestadas que puntuaron > de 20, presentan mayores actitudes de riesgo alimenticio que aquellas en las que puntuaron < de 20 considerándose sin actitud de riesgo alimenticio.

XXI. Sugerencias

Es necesario reconocer que los trastornos mentales, incluidos los TCA, representan actualmente un problema de salud pública que incide directamente en la consulta del médico familiar.

Con frecuencia los profesionales que trabajan en atención primaria no poseen una información adecuada sobre los trastornos de la alimentación y pasan por alto o no le prestan atención a los síntomas que sugieren la presencia de esta patología, estas investigaciones nos invitan a la reflexión y análisis del papel del médico familiar dentro de este panorama epidemiológico, ya que ahora conocemos que cuatro de las diez principales enfermedades con discapacidad son neuropsiquiátricas. Por lo tanto es nuestro deber profesional actualizarnos en materia de salud mental para realizar diagnósticos y tratamientos oportunos.

Por tal motivo es necesario realizar estudios comparativos entre la epidemiología de los trastornos mentales incluidos los TCA y la población de las UMF del Instituto (derechohabientes) para que puedan servir como una guía informativa en la práctica clínica.

Realizar investigaciones en este tópico arrojará información relevante para la prevención y diagnósticos oportunos, así como el manejo integral entre el médico familiar, nutriología, psicología, psiquiatría, el CARA, trabajo social, y la participación de la familia.

Es necesario la elaboración de estrategias de cooperación en prevención y tratamiento entre diferentes organismos sociales como pueden ser la Salud Pública, la educación, las instituciones públicas, los medios de comunicación y la familia con un mayor conocimiento público de la problemática y su conversión en “enfermedad de moda” de creciente aceptación social.

El test de actitud hacia la alimentación (EAT-26), es un instrumento autoaplicable, que es útil para detectar actitudes hacia la alimentación de población en riesgo de desarrollar el trastorno, por lo que no puede establecerse un diagnóstico. Es una herramienta útil para llevar a cabo tareas de prevención primaria.

XXI. Referencias

1. Castillo Sánchez MD, León Espinosa de los Monteros MT, López Bermejo, Medina Pérez JM, Burgos Sierra F, De Cruz Benayas A, Trastornos de conducta alimentaria. *Revista Medicina General*. 2005; 71:25-30
2. Maurice E. Shils, James A. Olson, Moshe Shike A, Catharine Ross, Trastornos del comportamiento que afectan la ingesta de alimentos: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otras alteraciones psiquiátricas, *Nutrición en Salud y enfermedad*. 2:1755-1765
3. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral*, 1997; 2: 243-60.
4. Robert E. Hales, Stuart C Yudofsky, Jhon A. Talbott, DSM IV, edición Masson, 4a edición. 553-564
5. Barriguete MJA. *Trastornos de la conducta alimentaria*. *Rev Odontológica Mexicana*. 2008;12 (2): 101-108
6. Miranda A, Méndez-Sánchez N. Trastornos de la alimentación. *Rev Médica Sur*. 2000; 7(4):131-135
7. Rivera-Gallardo MT, Parra-Cabrera MS, Armando Barriguete-Meléndez J. Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud pública de México*. 2005,47(4):308-318
8. Ballester Ferrando D, Gracia Blanco M, Patiño Masó J, Suñol Gurnés C, Ferrer Avellí M. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Esp Psiquiatr* .2002;30(4):207-212
9. Ballester Arnal R, Guirado M C. Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*. 2003, 15(4): 556-562
10. Peláez Fernández M.A., Labrador Encinas F.J., Raich Escursell R.M., Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom*. 2004,71(72):33-41
11. Palpan J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V. Factores Psicosociales Asociados A Los Trastornos De Alimentación En Adolescentes De Lima Metropolitana. *Psychology International*. 2007,18(4): 1-25

12. Cortes Mejía HD, Díaz Díaz A, Mejía Sierra C, Mesa Monsalve JG. Trastornos de la alimentación: Su Prevalencia Y Principales Factores De Riesgo-estudiantes Universitarias De Primer y Segundo Año. Revista CES MEDICINA. 2003,13(1):33-45
13. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux CP, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Rev. Colomb Med. 2007;38:344-351
14. Rodríguez Guarín M, Gempeler Rueda J. La polaridad en los trastornos de la alimentación. Rev Colomb Psiquiatr. 1999; 28(4):293-310
15. Betancourt M.L, Rodríguez Guarín M, Gempeler Rueda J. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. Rev. Universitas Médica. 2007. 48(3):261-276
16. Murtagh MB Ramos NC, Ulloa MN, Linetzky J, Atienza OA . Trastornos alimentarios de riesgo en los adolescentes. Acta Cient Estud. 2006; 4(4) : 168-175
17. Rodríguez Arce MA. Causas y manejo de la anorexia en niños. Correo Medico Científico de Holguín. 2007;11(2):4-7
18. Cano Correa Álvaro A, Castaño Castrillón JJ, Corredor Zuluaga D, García Ortiz Á M, González Bedoya M, Lloreda Chala O. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. Med UNAB. 2007; 10(3): 187-194
19. Álvarez Adames A, Cachima López L, Graterol Torres Fredzzia, López Cardona Soleddy, Longa Zahira, Sánchez Leopoldo, Blanco Soledad. Determinación de incidencia de conductas nutricionales y psicológicas asociadas a la anorexia nerviosa en adolescentes. Acta Científica Estudiantil. 2006; 4(4): 188-212
20. SSA y el Centro Nacional De Equidad De Género y Salud Reproductiva. Guía de trastornos alimenticios. Edición 2004. 7-27
21. García-García E, Vázquez-Velázquez V, López-Alvarenga J, Arcila-Martínez D. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. Salud Pública De México. 2003;45(3): 206-210

22. Robles Rodríguez S, Hernández Cuevas AA. Trastornos De La Alimentación En Mujeres Estudiantes Del CUCEA De La Universidad De Guadalajara. www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/ponencias/at10/PRE1178132505.pdf
23. Méndez Villalobos C. Índices reales de anorexia y bulimia entre las y los adolescentes escolares en el municipio de Yuriria, Gto. *Rev Calimed*. 2004; 10(2)
24. Medina-Mora IME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Rev Salud Mental*. 2003; 26:1-16.
25. Unikel SC, Villatoro VJA, Medina-Mora IME, Fleiz-Bautista C, Alcántar- Molina EN, Hernández-Rosario SA. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clin*. 2000; 52:140-147.
26. Salazar Zúñiga A. Tratamiento de anorexia nerviosa secundaria a ataques de pánico. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev. Neurología, neurocirugía y psiquiatría*. 2007;40(3):92-95
27. Ochoa Madrigal MG, *Torres García S, Hernández Salazar MI, García S, Zárate Méndez A, Lucino Castillo J, Ortiz Rosillo AC*. Trastornos de la alimentación y alternativas de tratamiento. *Rev Esp Med Quir* 2007;12(3)8-14
28. Pike KM, RODIN J. Mothers, daughters and disordered eating. *J Abnormal Psychology*. 1991,100:198-204.
29. Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años, *Salud Mental*. 2002,25(2):49-57
30. Bobes J, Portilla MPG, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de Instrumentos Básicos para la Practica de la Psiquiatría Clínica. Ed. Ars Médica. 3era edición.109-111

XXII. Relación de anexos

ANEXO 1

Morelia, Mich a..... de..... del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

ACTITUD HACIA LA ALIMENTACION DE MUJERES ADOLESCENTES
ADSCRITOS A LA U.MF. # 80

Registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital Regional No. 1 del IMSS de la ciudad de Morelia, Mich, con número de registro

El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia de riesgo de trastornos de la alimentación en adolescentes femeninos de la U. M. F. # 80

Se me ha explicado que mi participación en este estudio consistirá en aceptar que se me realice el inventario de los trastornos de la alimentación. Se me informa que la encuesta será anónima y las respuestas dadas no afectarán en mi calificación ni en ningún otro aspecto de mi formación académica.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR
RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR
RESPONSABLE

ANEXO 2

Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-26)

	<i>N</i>	<i>CN</i>	<i>AV</i>	<i>BV</i>	<i>CS</i>	<i>S</i>
1. Me gusta comer con otras personas	<input type="checkbox"/>					
2. Procuo no comer aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>					
3. Me preocupo mucho por la comida	<input type="checkbox"/>					
4. A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	<input type="checkbox"/>					
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="checkbox"/>					
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	<input type="checkbox"/>					
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	<input type="checkbox"/>					
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	<input type="checkbox"/>					
9. Vomito después de haber comido	<input type="checkbox"/>					
10. Me siento muy culpable después de comer	<input type="checkbox"/>					
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>					
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	<input type="checkbox"/>					
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	<input type="checkbox"/>					
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="checkbox"/>					
15. Tardo en comer más que las otras personas	<input type="checkbox"/>					
16. Procuo no comer alimentos con azúcar	<input type="checkbox"/>					
17. Como alimentos de régimen	<input type="checkbox"/>					
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="checkbox"/>					
19. Me controlo en las comidas	<input type="checkbox"/>					
20. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>					
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>					
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>					
23. Me comprometo a hacer régimen	<input type="checkbox"/>					
24. Me gusta sentir el estómago vacío	<input type="checkbox"/>					
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="checkbox"/>					
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>					

N, nunca; CN, casi nunca; AV, algunas veces; BV, bastantes veces; CS, casi siempre; S, siempre.