



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TEMA

**“OBESIDAD ASOCIADA A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DEL PROGRAMA JUVENIMSS
DEL HGZ UMF NO 1 PACHUCA HGO”**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO
ALMA YADIRA ROJAS HERVER**

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

**DRA. OLIVIA QUINTANAR ÁNGELES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
ESPECIALISTA PSIQUIATRÍA
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
ASESOR CLÍNICO**

**LIC. JESÚS MÁXIMO VENTURA.
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR LEO ADOLFO LAGARDE BARREDO
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
ASESOR METODOLOGICO UNIVERSITARIO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD
2011-2014**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA UAEH.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADEMICA DE MEDICINA DEL ICsA.

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESORA EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN

DR LEO ADOLFO LAGARDE BARREDO
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISSSEL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No1, IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LOPEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR NO.1, PACHUCA HIDALGO

DRA. OLIVIA QUINTANAR ANGELES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR

LIC. JESÚS MÁXIMO VENTURA.
LICENCIADO EN ENFERMERIA
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
ASESOR CLÍNICO

R 2013-1201-16

*La gran victoria que hoy parece fácil fue resultado
De pequeñas victorias que pasaron desapercibidas*
Paulo Coelho

DEDICATORIA...

A Dios por darme la oportunidad de llegar a este momento

A mi hija Monserrat por ser el motor y la alegría que impulsa mi vida por estar siempre presente, Te Amo

A mis padres por sus consejos y que a pesar de todo siempre me dieron su apoyo incondicional

A mis hermanas Angela e Isabel por estar siempre a mi lado motivándome y apoyándome a cada paso.

A mis tíos Adé y Angel por ser como mis segundos padres.

A mis compañeros y amigos por compartir esta aventura

A mis maestros que más que eso se volvieron amigos gracias por su apoyo y sus enseñanzas, muchas gracias.

ÍNDICE

	PAGINA
II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	6
III. RESUMEN	7
IV. MARCO TEÓRICO	9
V. JUSTIFICACIÓN	23
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
VII. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	28
VIII. HIPÓTESIS	29
IX. MATERIAL Y MÉTODOS	30
a. DISEÑO DEL ESTUDIO	30
b. UNIVERSO DEL ESTUDIO	30
c. CRITERIOS DE SELECCIÓN	30
d. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	32
e. TAMAÑO DE LA MUESTRA	35
f. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	36
X. ASPECTOS ÉTICOS	37
XI. RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	38
XII. RESULTADOS	39
XIII. CONCLUSIONES	45
XIV. DISCUSIÓN	46
XV. CRONOGRAMA	47
XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
XVII. ANEXOS	51

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

ASESOR METODOLÓGICO

Lic. Jesús Máximo Ventura.

Licenciado en Enfermería.

Estudiante de Maestría en Salud Pública en Bioestadística, por el Instituto Nacional de Salud Pública.

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

Dirección: Prol. Avenida Madero No 405 Col. Nueva Francisco I Madero

Teléfono: 7137833

e-mail: maxjev@hotmail.com

ASESOR CLÍNICO

Dra. Gabriela Garcia Laguna

Especialista Psiquiatría

Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

Hospital. Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

Dirección: camino del venado No. 500 col ISSSTE

Teléfono: 01771 2110589

e-mail: gabymozart@latin.com.mx

ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

Dr. Leo Adolfo Lagarde Barredo

Especialista En Cirugía General

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

Dirección: Pról. Avenida Madero No 405 Col. Nueva Francisco I Madero

Teléfono: 7137833

e-mail: leo.lagardeb@imss.gob.mx

TESISTA:

Dra. Alma Yadira Rojas Herver

Medico Residente Medicina Familiar

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

Dirección: Av. Ferrocarril Central No. 107

Teléfono: 771 216 9176

e-mail: yayita280111@hotmail.com

III. RESUMEN

TITULO: Obesidad asociada a Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de entre 14 y 17 años del programa JUVENIMSS del HGZNo.1 de Pachuca Hidalgo

ANTECEDENTES: La entidad nosológica conocida como Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA) se compone de 3 patologías: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE). Los TCA son un grave problema de salud pública, esto a consecuencia del incremento en la prevalencia de sobrepeso y la obesidad. Aunado al prototipo social de ser delgado, ser aceptado, o la difusión errónea de los medios de comunicación. Lo que influye a que los adolescentes acepten o rechacen su imagen corporal, presentando conductas erróneas respecto al peso, la figura corporal y la manera de comer. Los TCA se presentan más en el sexo femenino, sin embargo actualmente también se presenta en hombres, debido a los cambios de roles. Así mismo la edad es un factor de especial en la adolescencia. Ya que los TCA son patologías emergentes es importante conocer su comportamiento en nuestro entorno. Para realizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz.

OBJETIVO GENERAL: Demostrar la relación entre la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del programa juvenimss 14 a 17 años del HGZNo1 Pachuca Hgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo transversal, observacional, analítico; se llevó a cabo una investigación sobre la obesidad asociada a trastornos de la conducta alimentaria, en los adolescentes entre 14 y 17 años inscritos en el programa JuvenIMSS en el HGZMF No1 de Pachuca Hidalgo.

RESULTADOS: De los Adolescentes entrevistados predominó femenino (52.2%), respecto a los varones (47.8%). En su mayoría fueron adolescentes de 15 años que cursaban el 1er semestre de bachillerato; de los cuales el 55% presentó peso normal, el 16% presentó sobrepeso, el 13% con desnutrición, el 12% en obesidad tipo I. Se aplicó el Test EDI-2 para evaluar trastornos de la conducta alimentaria, y de acuerdo a los puntajes obtenidos se obtuvo que: el 38.1% de los adolescentes presentaron baja autoestima, seguido de insatisfacción corporal con 18.6%, introspección con 12.4% de los adolescentes, el 10.5% presentó tendencia a la perfección, el 8.8% de los adolescentes encuestados presentaron de manera simultánea miedo a madurar y desconfianza, el 4.4% presentó obsesión por la delgadez y no se presentó ningún caso de bulimia.

CONCLUSIONES: La obesidad y el sobrepeso no son la principal causa de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria en los adolescentes del programa JuvenIMSS del HGZ MF No1. La principal causa por la que se presenta algún trastorno de la conducta alimentaria radica en los cambios que presentan de manera habitual los adolescentes como: cambios hormonales, corporales, en su entorno social, ambiental, y educativo. Por lo que nuestra intervención radica en identificar datos de inestabilidad emocional o malos hábitos alimentarios. Para implementar estrategias de tratamiento preventivo-oportuno

IV. MARCO TEÓRICO

Los trastornos de la conducta alimentaria no son un problema reciente su historia que es amplia, solo que en la actualidad la incidencia ha incrementado hasta su punto más alto.

Para darse una idea desde cuando se tiene registros hay que remontarse hasta el imperio romano, en donde eran famosos sus grandes banquetes y sus conductas con atracones de comida para después realizar purgas. Aunque esta situación no les generaba angustia.

Posteriormente en la edad media se inician los primeros registros de la anorexia con Liduina de Shiedman, del siglo XIV, quien vivió por años comiendo solo trocitos de manzana, o Santa Wilgefortis o Santa Librada hija del rey de Portugal quien quería dedicar su vida a Dios y dejar de agradarles a los hombres por lo que dejo de comer, hasta que logro adelgazar de tal manera que su cuerpo se cubrió de vello, siendo considerada la patrona de las mujeres que desean verse libres de las apetencias masculinas fue crucificada por su padre. Santa Catalina de Siena en el siglo XIV. Ya desde niña comienza a rechazar los alimentos. Ingresa en la orden de las Dominicas y es consejera del Papa en Avignon, pero como no consigue evitar el cisma de occidente deja de comer y muere (1).

Por otra parte en el siglo XVIII el sobrepeso y la obesidad eran indicativos de éxito social y personal, así como de sensualidad y belleza, indicando buena posición económica, lo cual fue cambiando poco a poco hasta llegar en el siglo XIX, al rechazo, discriminación volviéndose la delgadez extrema un símbolo de éxito personal, social, y económico, modelo que afecto primordialmente a mujeres jóvenes. (2)

Como antecedente de la conducta alimentaria en México era prácticamente algo desconocido. Podía tratarse de un desequilibrio de la adolescencia, alguna deficiencia hormonal o un deseo normal por estar delgada. No se hablaba de ellos en los medios de comunicación, centros escolares o entre profesionales de la salud. Actualmente, todos estamos informados acerca de la naturaleza de estas enfermedades y no es raro encontrarse con conocidos o amigos que han tenido alguna experiencia cercana relacionada con ellas. En México la investigación sistémica sobre estos trastornos tiene escasos diez años. A lo largo de este tiempo se ha visto cada vez más interés en diferentes instancias lo que ha originado iniciativas de difusión, investigación, prevención y tratamiento. (3)

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de Asociación Americana de Psiquiatría contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas. Se entiende como Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales.

En el apartado de trastornos de inicio de la infancia, niñez y adolescencia encontramos: trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia, o de la niñez y consta de diversas alteraciones, que se dan de manera persistente en la conducta de los niños y adolescentes que incluyen: trastorno de pica, trastorno de fumigación, trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez; en los trastornos de la conducta alimentaria están conformados por alteraciones graves de la misma, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal y son: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Trastornos de la conducta alimentaria no especificado (4-5).

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son patologías psiquiátricas graves de etiología multifactorial que sólo pueden entenderse por la interacción de diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Estos factores se potencian mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural. que se caracterizan por una alteración grave en la cantidad y forma de comer, que se acompaña, en general, de una preocupación exagerada respecto a la comida, el peso y la forma corporal y que llevan a la persona a situaciones físicas que comprometen riesgos para su salud (Aceituno et al., 2007) (6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA) entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo que implican para la salud (7).

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de condiciones relacionadas con la perturbación de la imagen corporal y el comportamiento anormal de comer. De este grupo de trastornos, dos de ellos se conocen con Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA) puros, pero existen otras categorías

diagnósticas, que son los trastornos alimentarios no especificados (*TANE*), (el trastorno por atracón, comedor nocturno, comedor selectivo, sobrepeso y obesidad), en los cuales no se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa ni bulimia nerviosa (8).

Son considerados como consecuencias médicas del sobrepeso y la obesidad y como resultado de la estigmatización y la insatisfacción corporal. Dando como resultado conductas no saludables para el control del peso, presentando mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes obesos (5).

Ya que las experiencias tempranas de un niño con la comida, tienen gran importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos a lo largo de su vida; la alimentación adecuada no solo depende de las actividades motrices y digestivas del niño o del adolescente sino de la relación con otros miembros de la familia, en relación al hambre la saciedad y la preferencia de ciertos alimentos. La manera en la que se establecen las preferencias o rechazos alimentarios en niños se relacionan con procesos asociativos y no asociativos (9).

Los Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA) se desarrollan durante la adolescencia y el 90% - 95% de los casos son mujeres. Las estadísticas señalan que la prevalencia de la anorexia nerviosa fluctúa entre 0.2% y 0.5% y la de la bulimia nerviosa entre 2% y 3%, mientras que la prevalencia de los Trastornos de la Conducta alimentaria no especificados (*TANE*) es del 3% al 5% (Raich, 1995). Asimismo, se encuentra que la relación hombre – mujer de la anorexia nerviosa es de 1 por cada 20 casos, esta relación es de 1 por cada 10 casos de bulimia nerviosa (10).

Muchos niños y niñas con sobrepeso pueden ser adultos obesos (casi el 80% de los adolescentes obesos lo será de adulto). Los problemas de salud y enfermedades asociadas a estas patologías abarcan aproximadamente el 7-10% del gasto sanitario total (11).

ETIOLOGIA: Las etiologías potenciales de los trastornos de la alimentación en la infancia, posterior a descartar cualquier causa orgánica son:

- a) Ambientales: comer sin seguir un horario fijo en un lugar fijo, ambiente inapropiado a la hora de ingerir los alimentos, distracciones múltiples.
- b) Transaccionales como el no reconocer por parte de los cuidadores los signos de hambre o saciedad del niño, forzarle a comer cuando no tiene ganas o ser hiper-controlable en el orden de las comidas (9).

Los Trastornos de la Conducta alimentaria representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones se ven afectados por estos es una proporción de 1:10

El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nervosa y, finalmente, el de Bulimia Nervosa. Estos abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento y comparten síntomas cardinales entre los que se encuentran: insatisfacción de la imagen corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente por la comida, peso o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, así como la mala información de los medios masivos de comunicación y la presión sociocultural que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren (7-12).

La adolescencia es la etapa en la que se produce la mayoría de los trastornos conocidos. Es una etapa de cambios con una acentuada influencia biopsicosocial y cultural, por lo que, se producen alteraciones de la alimentación de manera frecuente. Como ya se ha dicho, son desórdenes psiquiátricos, en los cuales se presentan percepciones erróneas de la alimentación, el peso y la figura corporal, aunadas a un miedo enfermizo a engordar, en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores:

- a) Factores predisponentes. Riesgo de padecer algún Trastorno de la Conducta alimentaria, aunque no por tenerlos se padecerá necesariamente alguno de estos trastornos.
- b) Factores precipitantes o desencadenantes. Situaciones que llevarán a padecer algún Trastorno de la Conducta alimentaria.
- c) Factores mantenedores. Son conductas compensatorias inapropiadas, como los atracones, y las secuelas fisiológicas y psicológicas que no permiten salir del trastorno.

Factores predisponentes

Ponen a la persona en riesgo de padecer algún Trastorno de la Conducta alimentaria. Aunque su presencia no significa necesariamente que se padecerá un trastorno alimentario, son una señal de alerta. Entre estos encontramos:

- γ Factores individuales: biológicos, como el sexo, la edad, factores genéticos y la obesidad; psicológicos, como el tipo de personalidad, baja autoestima y valores enfocados la imagen corporal.

- γ Factores familiares: cuando el entorno familiar pueden ser el problema de fondo que lleve a una joven a caer en un trastorno alimentario. Así mismo se ha demostrado que la mayor influencia sobre el cambio en las conductas de modificación del peso de las adolescentes, proviene de madres con algún Trastorno de la Conducta alimentaria.
- γ Factores socioculturales: Sociedad obsesionada con la delgadez, obsesión que provoca una insatisfacción con la propia imagen corporal.

Factores individuales:

- γ **Sexo:** Afectan más a la mujer que al varón. En una proporción que va del 6:1 al 10:1. Sin embargo, hay que señalar que en las poblaciones de pacientes infantiles la prevalencia entre los sexos se iguala más, alcanzando los varones casi la tercera parte del total de pacientes
- γ **Edad:** La edad de comienzo es una constante epidemiológica de la mayoría de los estudios; los Trastornos de la Conducta alimentaria se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud.

Factores familiares:

- γ En las familias de jóvenes con Trastornos de la Conducta alimentaria se ha descrito con especial frecuencia la presencia de depresión, trastornos por uso de alcohol, obesidad y cambios en la conducta alimentaria. En las madres de pacientes con Trastornos de la Conducta alimentaria se ha hallado también mayor insatisfacción con su imagen corporal.
- γ Los Trastornos de la Conducta alimentaria afectan con mayor frecuencia a ciertos grupos profesionales como modelos, bailarinas y atletas. (13-14).

Factores desencadenantes o precipitantes

Dietas restrictivas Realizar dietas inadecuadas y muy estrictas es uno de los principales factores que desencadenan los Trastornos de la Conducta alimentaria. Tienen repercusiones tanto físicas psicológicas, como falta de concentración, dificultad para hablar y pensar, padecer depresión, ansiedad e irritabilidad, y tendencia al aislamiento social.

Obesidad: Aunque la obesidad no esté considerada formalmente como un Trastorno de la Conducta alimentaria, es otro factor que puede desencadenar alguno de estos trastornos alimentarios, sobre todo por la influencia de la publicidad y el rechazo social a las personas. Y en algunas literaturas se le considera un Trastorno de la Conducta alimentaria.

Nuestra sociedad no sólo rechaza la obesidad, sino que también rechaza a las personas con obesidad. Desde la infancia se enseña que aquéllos que son capaces de “auto-controlarse” (no comer) consiguen el éxito personal y profesional. (15).

Factores mantenedores: son factores que mantienen al paciente dentro del trastorno sin permitirle salir, ya que afectan sus funciones físicas y psicológicas. Entre estos encontramos conductas compensatorias inapropiadas, como el uso de laxantes, diuréticos, ayunos prolongados, dietas exageradamente estrictas, ejercicio extremo y vómitos. En esta etapa es indispensable la ayuda de padres y/o médicos para lograr recuperarse. (14).

En el estudio “ Avances en medicina del adolescente; TCA en el Siglo XXI” se concluyó que los TCA en la infancia y en la adolescencia no son los mismos; y aunque los más estudiados y conocidos son la anorexia y la bulimia nerviosa, en los últimos años se encuentran rebasados por la hiperfagia que da como resultado la obesidad; por lo que la obesidad no es un TCA sino la consecuencia de la hiperfagia asociada a los nuevos cambios en los estilos de vida como el sedentarismo; con lo que para compensar estos malos hábitos está apareciendo nuevos Trastornos de la conducta alimentarios no específicos.

- Entre los TCA nos encontramos con los siguientes:
 - ✚ Anorexia Nerviosa
 - ✚ Bulimia Nerviosa

- Trastornos de la conducta alimentaria no especificados
 - ✚ Trastorno por atracón (Binge eating disorder)
 - ✚ Síndrome del comedor nocturno (Nigth eating)

- Otro Trastornos de la Conducta Alimentaria: Ebriorexia, Ortorexia, Vigorexia, Síndrome del comedor selectivo, Pregnorexia, Síndrome de pica, Obesidad y sobrepeso. (15-16).

La Guía práctica clínica de Trastornos de la Conducta alimentaria en México los define individualmente de la siguiente manera:

- Anorexia nerviosa: trastorno alimentario en el cual una persona presenta una aversión al alimento que ocasiona inanición y una incapacidad para permanecer en un peso corporal mínimo, considerado normal para su edad y estatura. (16).

- Bulimia nerviosa: es una enfermedad que se caracteriza por comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos (atracción),

acompañados por una sensación de pérdida de control. Luego, el paciente utiliza diversos métodos para prevenir el aumento de peso corporal (conducta compensatoria): vomitar, usar laxantes o diuréticos, hacer ejercicio, etc. (16-17)

- Trastorno por atracón: aparece en la adolescencia tardía, afecta a paciente que se han sometido a dietas estrictas, presentado recaídas, es decir la pérdida del control sobre su forma de comer, comer mucho en poco tiempo, comer solo por vergüenza de la cantidad de comida ingerida, y a diferencia de la bulimia estas individuos no realizan maniobras compensatorias como en vómito, uso de laxantes o diuréticos. (17).
- Comedor nocturno: son aquellos individuos que comen por las noches con periodo restrictivos durante el día. Característico de personas con estrés crónico. En un estudio realizado a 399 paciente de una clínica psiquiátrica se valoró presencia de estrés, depresión e insomnio y que como consecuencia realizan ingestas de comida posterior a la cena, por lo que se concluyó que el 1.8% de la población en general presenta este síndrome pero hasta el 8.9% de los pacientes obesos lo padecen. (17-18).
- Síndrome del comedor selectivo: definido por la Dra. Dacha Nicholls: como aquellos individuos que se consumen menos de 10 productos de forma cotidiana y como consecuencia presentan carencia de vitaminas, minerales y otros nutrientes. Este tipo de trastorno está relacionado a padecimientos obsesivos-compulsivos (18-19).
- Permarestia (Chronic Dieters): es un trastorno en el que se cree de manera errónea que todo lo que come le hará daño, engordara y por tal motivo tiene que estar en dietas de manera continua.
- Ortorexia: es una obsesión por la comida biológicamente pura.
- Vigorexia: adicción por el ejercicio físico con una obsesión por conseguir el cuerpo perfecto(19-20)

2. OBESIDAD

Se define a la obesidad es una enfermedad neuroquímica, recidivante, evolutiva, crónica, compleja, multifactorial y mortal que se puede prevenir, suele iniciarse en la infancia y la adolescencia se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, involucra factores genéticos, socioculturales y ambientales. Caracterizada por el aumento de la cantidad de tejido adiposo para el

sexo y la edad, con lo que se incrementa el riesgo de padecer hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia e hiperinsulinemia. (20-21)

La obesidad involucra factores genéticos y ambientales que generan un trastorno metabólico, que a su vez conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal sobrepasando el valor esperado según el índice de masa corporal IMC para el género y edad del sujeto. (21-22)

Tabla 1: Clasificación internacional (de la OMS: Organización Mundial de la Salud) del estado nutricional (infra peso, sobrepeso y obesidad) de acuerdo con el IMC (índice de masa corporal)

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infra peso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Pre obeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

Fuente: OMS

En la última década, la obesidad se ha constituido como una epidemia silenciosa que abarca diferentes ámbitos sociales y de la salud pública, principalmente en las poblaciones escolares, adolescentes y de adultos jóvenes. (23)

En el 2002 la academia mexicana de pediatría convocó a un consenso para establecer parámetros antropométricos para el diagnóstico de obesidad en niños y adolescentes, ya que nuestra población no hay reportes de cuando se tiene que referir a un paciente con estas características a un segundo o tercer nivel de atención. (21)

La OMS calcula que para el 2015 habrá aproximadamente 2,300 millones de adultos con sobrepeso y las de 700 millones con obesidad. En el 2005 habrá en todo el mundo 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. (19)

A nivel mundial en la población escolar se estima que hay 2.7% de niños obesos y 7.6 con sobrepeso, pero en México es alarmante que las cifras ascienden a un 8.2% de las cifras de obesidad y 23.6% en menores de 2 años, en el grupo de edad de 5 a 11 años fue de 26% para ambos sexos (4, 158,800 escolares con sobrepeso u obesidad) en comparación con la prevalencia de 1999 de fue de 18.6%. El aumento de entre 1999 y 2006 fue del 39.7% para ambos sexos en solo 7 años. (24)

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, en la población de 12-19 años muestran que 1 de cada tres hombre o mujeres adolescentes sobrepeso, es decir que aproximadamente 5, 757,400 adolescentes en el país. La región norte ha presentado, en mayor proporción que las otras regiones. (23-25)

3. ADOLESCENCIA

Es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psicológicos y sociales que convierten al niño en adulto y lo capacitan par la función reproductiva. Para lo cual podemos dividirla en 3 fases madurativas: temprana de 11 a 13 años, media de 14 a 17 años, y tardía de 17 a 21 años. Durante este periodo los adolescentes intentan conseguir la independencia de los padres, la adaptación a un grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de su propia identidad emocional de grupo, sexual, moral y vocacional. (26)

La adolescencia se enfoca en dos vertientes diferentes, la primera aplicada al desarrollo físico, y se refiere a los cambios somáticos (fenotípicos, hormonales y de funcionamiento), que se dividen en: 1) crecimiento rápido, 2) cambios de la composición corporal, 3) aparición de los caracteres sexuales secundarios, y 5) reajuste del balance neuro-hormonal por la interacción del sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis y gónadas, que da origen a la menstruación en las niñas, y de la espermatogénesis en los varones; al finalizar esta etapa se alcanza la estatura final adulta, la madurez biológica y la capacidad de reproducción. La segunda, se aplica en sentido psicológico, el cual se divide según el periodo de la edad en tres etapas: 1) adolescencia temprana, corresponde al período comprendido entre los 12 a los 14 años de edad; 2) adolescencia media, comprendida entre los 14 a 17 años, y 3) adolescencia tardía, que corresponde al período entre los 17 a 20 años de edad; en cada etapa, se presentan características que les confieren una particularidad y que pueden ser englobadas en cuatro áreas distintas: independencia, formación de grupos o pares,

importancia y aceptación de la imagen corporal, así como adquisición de identidad, ego, capacidad sexual e identidad moral y vocación.

Durante la adolescencia coexiste un elevado ritmo de crecimiento y fenómenos madurativos importantes que afectan al tamaño, forma y composición del organismo, en el que la nutrición juega un papel crítico en el desarrollo del adolescente y el consumo de una dieta inadecuada puede influir desfavorablemente sobre dicho crecimiento, para esto es importante mencionar que hay 3 hechos que influyen el equilibrio nutritivo y estos son: a) aceleración del crecimiento longitudinal y el aumento de la masa corporal, b) cambios corporales, c) variaciones individuales de la actividad física y el comienzo de los cambios puberales. (27)

En relación a la obesidad está comprobado que tanto, niños adolescentes y adultos muestran actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso y obesidad, incluso se ha llegado a mencionar que la obesidad constituye un duro y deshabilitante estigma, y en este proceso incluyen acciones denigrantes y excluyentes; que no son más que parte de estereotipos, en los que el punto de partida no es más que la apariencia física. Por lo que a la persona con obesidad se le atribuye la responsabilidad por su peso y se les adjudican ciertas características como incapacidad para trabajar, débiles, menos estables, carente de autocontrol, personas lentas perezosas, fracasados, solo por mencionar algunos. (28)

Por lo que al aumentar el número de personas con exceso de peso, aparecen métodos falsos que prometen una figura esbelta en poco tiempo y sin mayor esfuerzo entre los que se incluyen dietas milagrosas, aparatos de ejercicio; en donde se argumenta que la esbeltez es sinónimo de felicidad y la obesidad sinónimo de fracaso y fealdad. Lo que lleva a la persona con sobrepeso y obesidad a percibirse como alguien anormal, y desarrolla así cogniciones y comportamientos mal adaptativos q facilitan la aparición de cuadros psicopatológicos entre los que encontramos los trastornos de la conducta alimentaria. (28)

Algunos estudios muestran que los TCA fueron considerados como propios del sexo femenino Durante el siglo XX; pero en los últimos años se ha demostrado que el 10% de los casos son varones, en estudiantes de occidente se ha encontrado que entre el 3.2 y el 22% de las mujeres presentan síntomas y que del 0.9 -6% los presentan varones. Entre los factores de riesgo destacan en varones problemas con la imagen corporal, como la *Dimorfa corporal o complejo de Adonis*, en cambio en las mujeres jóvenes se presenta insatisfacción corporal, y una obsesión por estar más delgadas. (29)

GRUPOS VULNERABLES

La adolescencia representa uno de los grupos más vulnerables para desarrollar Trastornos de la Conducta alimentaria y Trastornos Alimentarios No Especificados siendo más común en mujeres. La presión social por estar delgado contribuye a que los adolescentes acepten o rechacen su imagen corporal y comiencen con una dieta para perder peso. Algunos adolescentes realizan rutinas pesadas de ejercicio durante periodos prolongados y excluyen de su dieta habitual alimentos ricos en grasa, ya que suponen son malos para conservar su apariencia física y los harán ganar peso. (30)

En México el 65% de la población, principalmente mujeres, inicia desde los 12 años a realizar algún tipo de dieta, con lo que provoca disposición para presentar anorexia o bulimia nerviosas. Según investigaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México sobre trastornos alimentarios, más del 50% de las mujeres de entre 9 y 25 años, comienzan una dieta a partir de los 12 años por razones estéticas.

Actualmente aproximadamente 200 mil mujeres mexicanas padecen anorexia, y el 10% de las personas que padecen algún desorden alimentario son hombres. Asimismo, según una investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, el estudio sobre trastornos alimentarios es relativamente nuevo y está en pleno desarrollo. (31)

La Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENSANUT), que por primera vez incluye temas relacionados con la conducta alimentaria, da cuenta de importantes hallazgos, como los siguientes:

- ✓ Las localidades urbanas presentan el doble de prevalencia de estos trastornos que las de tipo rural.
- ✓ Las diferencias de género son de 1 varón por cada 3 mujeres, similar a los resultados de los estudios nacionales realizados en los Estados Unidos.
- ✓ La mayor prevalencia de conducta alimentaria de riesgo se encontró en los jóvenes de 15 y las niñas de 13 años.
- ✓ El 6.9% de los niños y el 14.8% de las niñas presentaron intenso miedo a subir de peso.
- ✓ El atracón se observó en el 8.8% de los niños y el 9.4% de las niñas, en tanto que la pérdida de control al comer se presentó en el 4.5% y 5.6%, respectivamente.

✓ La restricción de la alimentación se presentó en 1.7% de las niñas. (31)

Durante la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo se han desarrollado múltiples instrumentos para analizar y clasificar a este tipo de trastornos para así poder ofrecer algún tipo de rehabilitación con el estudio elaborado en el hospital de san Juan de Dios de Barcelona España en el que se comparó los niveles de depresión y trastornos de alimentación en jóvenes con obesidad, en donde se evaluó a 281 jóvenes (56% mujeres), en donde utilizaron las tablas de IMC de la OMS y los cuestionarios Eating Disorders Inventory -2 (EDI-2), Cuestionario de depresión (CDI), y cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), demostrando que los jóvenes con obesidad severa presentaron más problemas psicológicos, que los jóvenes con sobrepeso-obesidad leve a moderada, y en el análisis de la regresión logística mostraron insatisfacción corporal ($p < 0.001$; OR = 1,02; CI: 1,01 a 1,03) junto con una elevada ansiedad de rasgo ($p = 1,001$; OR = CI 1,01 a 1,03) incrementan el riesgo de presentar obesidad y con esto la insatisfacción corporal y como consecuencia la presencia de trastornos alimentarios. (33)

La Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios demostró que uno de los factores con mayor importancia en la interiorización del modelo de delgadez como sinónimo de belleza, libertad, control y éxito son las influencias socioculturales lo que lleva a la insatisfacción con la forma de su cuerpo y su peso, y esta situación desencadena comportamientos inadecuados en relación a la alimentación y el peso. De esta manera estudios transculturales entre México y España han reportado incremento de insatisfacción con la forma de su cuerpo, lo que da como resultado incremento de trastornos de la conducta alimentaria. (33)

En otro estudio sobre influencias socioculturales en trastornos alimentarios se concluyó que hay relación estadísticamente significativa en la que existe coincidencia entre madre e hija en base a la influencia que reciben por parte de amigos y familiares a favor de la delgadez, por lo tanto los jóvenes con TCA presentan influencia materna para crear un criterio acertado o erróneo del modelo estético. (3)

Un estudio realizado en Antofagasta, Chile en donde evaluaron los TCA: propiedades psicométricas a través del test EDI-2 en adolescentes de 13-18 años, se realizó en una muestra de 595 hombres y 835 mujeres, entre 13 y 18 años en donde se aplicó dicho test para validarlo en su versión en español, la fiabilidad se consideró mediante el estadístico Alfa de Cronbach. Y la validez mediante el análisis factorial de los componentes de la rotación oblicua de (OBLIM), y el análisis factorial confirmatorio se realizó con el programa LISREL 8.30. Son los que se concluyó. Que el EDI-2 es un instrumento confiable y válido para ser

utilizado como herramienta de tamizaje en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria. (33)

En México, Santoncini y colaboradores realizaron la validación y confiabilidad del EDI -2 en una muestra de pacientes mexicanas con trastornos de la conducta alimentaria. Se evaluaron 523 mujeres con dicho diagnóstico. En el cual se concluyó que el test de EDI, en la versión de 36 reactivos es adecuado para evaluar las características psicológicas de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria en México. (34)

Dado que es una serie de patologías nuevas en nuestra sociedad y afecta de manera primordial a nuestros jóvenes, por lo el gobierno ha iniciado múltiples estrategias para evitar que se incremente la prevalencia de estas:

Trabajo legislativo en materia de trastornos de la conducta Alimentaria

A) iniciativas:

- 1. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y Adicionan diversas disposiciones de la ley general de salud. (11 de Noviembre de 2008)**
- 2. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y Adicionan diversas disposiciones de la ley general de educación y de La ley para la protección de los derechos de niñas, niños y Adolescentes. (11 de diciembre de 2008)**
- 3. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y Adicionan diversas disposiciones de la ley federal de radio y Televisión, de la ley para la protección de los derechos de niñas, Niños y adolescentes y de la ley federal de protección al Consumidor. (11 de diciembre de 2008)**
- 4. Iniciativa con proyecto de decreto que adiciona el artículo 7 de la Ley del instituto nacional de las mujeres. (19 de febrero de 2009)**
- 5. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y Adicionan diversos artículos de la ley general de salud, la ley General de educación y la ley para la protección de niñas, niños y Adolescentes, en materia nutrición. (30 de abril de 2009)**

B) puntos de acuerdo:

1. Proposición con punto de acuerdo por el que el senado de la República exhorta respetuosamente a la secretaría de seguridad Pública a involucrarse en el abatimiento de las páginas electrónicas Que irresponsablemente promueven los trastornos de tipo Alimentario, particularmente la anorexia y bulimia nervosas. **(15 de Abril de 2008)**

C) Dictámenes:

1. Dictamen de la comisión de atención a grupos vulnerables a la Proposición con punto de acuerdo por el que el senado de la República exhorta respetuosamente a la secretaría de seguridad Pública a involucrarse en el abatimiento de las páginas electrónicas Que irresponsablemente promueven los trastornos de tipo Alimentario, particularmente la anorexia y bulimia nerviosas. **(11 de Noviembre de 2008)** (35).

V. JUSTIFICACIÓN

Ya que la adolescencia es una etapa de cambios físicos, psicológicos con una acentuada influencia social. Los jóvenes hoy en día, están más preocupados por estar delgados, por parecerse a sus artistas favoritos, por ser los más populares, más aceptados, o ser los más guapos, etc. y están dispuestos a hacer casi cualquier cosa para conseguirlo sin importar que afecte su integridad física, psicológica o social. Cada vez es más frecuente encontrarnos a más personas que hacen dietas y en el mercado hay más alimentos light, reducidos en grasas, bajos en calorías, etc. Equipos de ejercicio, tomar mucha agua y alimentarse “sanamente”; vivimos en una sociedad obsesionada con la delgadez, obsesión que provoca una insatisfacción con la imagen corporal que se está poniendo de moda; y nadie quiere estar pasado de peso.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria han existido siempre y hay descripciones a lo largo de la historia. Pero la historia nos demuestra que su significado ha variado sustancialmente a lo largo del tiempo, lo que ha supuesto un reto para la medicina y otras disciplinas, ya que, siendo una enfermedad de clínica, sintomatología constante y clara, la etiopatogenia ha sido una variable cambiante.

En nuestro país sobre todo entre los adolescentes y adultos jóvenes, esto derivado de los malos hábitos alimenticios que inician en la infancia y que pasan desapercibidos por la familia, la sociedad e incluso entre el personal de salud, ya que son etapas consideradas como pasajeras y que por dicha desatención evolucionan a pacientes con sobrepeso o diversos grados de obesidad, y aunque la obesidad no esté considerada como un TCA, es un factor que puede desencadenar alguno de los trastornos alimentarios, sobre todo por la influencia de la publicidad y el rechazo social a las personas obesas, ya que nuestra sociedad no sólo rechaza la obesidad, sino que también rechaza a las personas con obesidad.

Desde la infancia se enseña que aquéllos que son capaces de “auto controlarse” (no comer) consiguen el éxito personal y profesional. Por lo anterior, la asociación entre la obesidad, el comer y las señales corporales que depara la ingesta de alimentos se interpretan como poderosos estímulos condicionados negativos.

Por lo que el sobrepeso y la obesidad, así como los trastornos de la conducta alimentaria son verdaderos problemas de salud pública, no sólo por su incidencia cada vez mayor, sino por las consecuencias en quienes los padecen, llegando a ser crónicas, muy difíciles de superar o incluso fatales.

ÁREAS ESPECÍFICAS

Justificación teórica.- La realización de esta investigación, permitirá conocer los tipos de trastornos alimentarios en adolescentes inscritos en el programa juvenimss, además de identificar su asociación a la obesidad y con ellos poder construir un perfil epidemiológico de la población.

Justificación metodológica.- Ya que hay un gran número de adolescentes con sobrepeso y obesidad, y no son tratados medicamente y en esta etapa podría presentar algún tipo de Trastorno de la Conducta alimentaria, y no se detectado a de manera oportuna; C se evaluara si el Test de EDI-2 es un instrumento adecuado para los adolescentes del HGZMF, en el primer contacto de atención médica, para el diagnóstico precoz de Trastornos de la Conducta alimentaria.

Justificación práctica.- Los resultados de esta investigación, permitirán conocer a la población de adolescentes con algún Grado de obesidad así como su asociación a TCA, para sí poder crear iniciativas entre los médicos familiares, para establecer un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Pertinencia: El presente estudio es pertinente ya que de acuerdo con la OMS a nivel mundial en la población escolar se estima que hay 2.7% de niños obesos y 7.6 con sobrepeso, pero en México es alarmante que las cifras ascienden a un 8.2% de las cifras de obesidad y 23.6% en menores de 2 años, en el grupo de edad de 5 a 11 años fue de 26% para ambos sexos (4, 158,800 escolares con sobrepeso u obesidad) en comparación con la prevalencia de 1999 de fue de 18.6%. El aumento de entre 1999 y 2006 fue del 39.7% para ambos sexos en solo 7 años. La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica realizada en el 2003, en México no reportó casos de anorexia, pero en cuanto a bulimia hubo una prevalencia de 1.8 en mujeres de 18 a 29 años de edad, quienes al menos una vez en la vida han presentado algún tipo de Trastorno de Conducta Alimentaria.

Magnitud: Debido al gran tamaño del problema, es de gran importancia identificar los principales trastornos alimentarios en los adolescentes con obesidad, inscritos en el programa juvenimss, lo que generara resultados, un perfil que englobe dichas características con una base científica.

Trascendencia: El realizar este estudio, tendrá una consecuencia importante dentro del área médica y la investigación, ya que el incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su presentación a edades cada vez más tempranas,

es evidente que es un problema de salud pública que trasciende a nuestra sociedad de manera importante y que es prevenible.

Factibilidad: Este estudio es factible ya que la institución cuenta con los recursos humanos, operativos, técnicos y económicos necesarios para llevar a cabo los objetivos señalados, y la realización de este estudio.

Congruencia: Esta investigación es conveniente, coherente y con relación lógica. Así como también el método de exploración formado a base un Test validado, es congruente para detectar factores asociados a esta patología.

Político: ya que los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la obesidad son problemas de salud pública el gobierno a presentado iniciativas en materia legislativa, por lo que en nuestro país el 7 de diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción 1 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, publicado en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana con el objetivo de establecer los lineamientos sanitarios para regular en manejo integral de la obesidad.

Así como: Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y Adicionan diversas disposiciones de la ley general de salud. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y Adicionan diversas disposiciones de la ley general de educación y de La ley para la protección de los derechos de niñas, niños y Adolescentes. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y Adicionan diversas disposiciones de la ley federal de radio y Televisión, de la ley para la protección de los derechos de niñas, Niños y adolescentes y de la ley federal de protección al Consumidor. **(11 de diciembre de 2008)**

Iniciativa con proyecto de decreto que adiciona el artículo 7 de la Ley del instituto nacional de las mujeres. **(19 de febrero de 2009)** Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y Adicionan diversos artículos de la ley general de salud, la ley General de educación y la ley para la protección de niñas, niños y Adolescentes, en materia de nutrición

Administrativa: De acuerdo a los lineamientos administrativos institucionales, se justifica este estudio, ya que cumple con los criterios organizacionales de las instituciones como lo son turnos y horarios, así como se apega a la normatividad administrativa institucional con la coordinación directa con los jefes de servicio, de la consulta externa de Medicina Familiar.

Plausibilidad: La presente investigación, es posible, ya que se cuenta con los recursos materiales y humanos, así como la disponibilidad de la muestra para la realización de dicho estudio, así como los contenidos temáticos de este proyectos son tomados de evidencia científica y servirá para detectar adolescentes en

riesgo, y los resultados serán manejados con honestidad y confidencialidad, por lo que este estudio es atendible, admisible y recomendable.

Aspectos éticos: es ético por que no viola los Derechos humanos de los pacientes, no daña, física ni mentalmente a los participantes y se obtendrá autorización previa, mediante consentimiento informado así como la recolección de datos y los resultados serán manejados de manera confidencial.

Viabilidad: es viable ya que en la institución contamos con los pacientes suficientes, lugar adecuado como aulas, infraestructura necesaria para la realización de este estudio de investigación.

Interesante: Ya que los Trastornos de la Conducta Alimentaria son enfermedades sobre las cuales en nuestro país apenas se inician investigaciones, es necesario saber su comportamiento en nuestra sociedad, y sobre todo en los adolescentes ya que son el grupo etario que afecta de manera primordial para de esta manera poder detectar estas patologías en una etapa temprana y ofrecer un tratamiento multidisciplinario de manera oportuna para evitar complicaciones posteriores.

Novedoso: es novedoso ya que no se cuenta con suficiente información al respecto en nuestra población para así poder proporcionar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Ya que los a los adolescentes son una población vulnerable ante múltiples cambios a los que se encuentra expuestos como son físicos y neuropsicológicos y sociales, pueden adoptar conductas que los llevan a una de las pandemias más importantes en nuestros tiempos la obesidad y que a su vez se relaciona a otras patologías como trastornos de la conducta alimentaria, los cuales ya son considerados de igual manera un problema de salud pública de que ha incrementado a pasos agigantados en los últimos 10 años, que se ve favorecido por múltiples factores como la obsesión por la delgadez, la aceptación social, la influencia de los medios masivos de comunicación, los malos hábitos alimenticios.

Por lo anterior surgen las siguientes preguntas:

Pregunta general de investigación:

¿Cuál es la asociación entre la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 17 años del programa Juvenimss del HGZMF No1?

VII. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conocer la asociación entre la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del programa juvenimss 14 a 17 años del HGZNo1 Pachuca Hgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la frecuencia de trastorno de la conducta alimentaria, asociados a obesidad
- Clasificar el estado nutricional de los participantes
- Detectar cuales son los trastornos de la conducta alimentaria mas frecuentes en los adolescentes de nuestra sociedad.
- identificar de acuerdo a sexo y edad los trastornos alimentarios mas comunes

VIII. HIPÓTESIS:

Los adolescentes con algún grado de obesidad son más susceptibles de presentar trastornos de la conducta alimentaria.

HIPÓTESIS ALTERNA:

Los adolescentes que presentar algún grado de obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria.

HIPÓTESIS NULA:

No existe relación entre la obesidad y los adolescentes de presentan algún trastorno de la conducta alimentaria.

IX. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio de tipo transversal, observacional, analítico, durante los meses de junio y julio del 2012 en los adolescentes entre 14 y 17 años inscritos en el programa Juvenimss del HGZMF No1 Pachuca Hidalgo,

a) TIPO DE ESTUDIO

TRANSVERSAL.- Los datos se recolectarán en un tiempo determinado

OBSERVACIONAL.- Los datos serán recolectados de manera directa de los resultados obtenidos en el Test.

b) UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de trabajo de este programa es aproximado de 557 alumnos ya que cada semestre varia, con un tamaño muestral estará conformado por 113 adolescentes de entre 14 y 17 años inscritos en el programa Juvenimss del HGZMF No 1 de Pachuca Hidalgo, y que cumplan con los criterios de inclusión.

c) PERIODO DE ESTUDIO

Se realizara en el momento que se obtenga la autorización del protocolo

d) CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Adolescentes inscritos en el programa Juvenimss del HGZ MF No1 de Pachuca Hidalgo.
2. Adolescente de entre 14 y 17 años de edad
3. Adolescentes cuyos padres o tutores firmen el consentimiento informado
4. Quienes acepten participar en el estudio.
5. Que acepten llenar el cuestionario.

b. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Adolescentes que cuenten con alguna enfermedad metabólica ya diagnosticada
- Adolescentes que cuenten con trastorno psiquiátrico diagnosticado
- Adolescentes embarazadas

c) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Adolescentes que no contesten el Test completo.
2. Quienes desistan de participar en el estudio
3. Que no acepten llenar el cuestionario.
4. Adolescentes cuyos padres no hayan aceptado firmar el consentimiento informado

d) VARIABLES DEL ESTUDIO

Variables Dependientes:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores
Obesidad	La OMS la define como la acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo, a un nivel que deteriora la salud	La obesidad es una patología crónica multifactorial que se inicia en la infancia y adolescencia.	Cuantitativa	Nominal	Obesidad Tipo I Obesidad tipo II Obesidad tipo III De acuerdo a: IMC de 30-34.9 IMC de 35-39.9 IMC de ≥ 40

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores
Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	Son la enfermedades psiquiátricas complejas, multifactoriales, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes.	Los TCA son alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados al comer en exceso y dejar de hacerlo, como respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica	Cualitativa	Categórica	Anorexia nerviosa Bulimia nerviosa Trastornos alimentarios no especificados: a) Trastorno por atracón b) Comedor selectivo c) Picoteo d) Comedor nocturno

Variables Independientes

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicadores
Peso	Es la fuerza con la cual un cuerpo actúa sobre un punto de apoyo, originado por la aceleración de la gravedad, cuando esta actúa sobre la masa del cuerpo	El peso es un indicador antropométrico para valorar el estado nutricional de los individuos.	Cuantitativa	Discreta (Discontinua)	Se estadificará en kilogramos

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad	La edad es el momento de la vida en el que se encuentra en el momento del estudio	Cuantitativa	Discreta (Discontinua)	Años cumplidos al momento del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
Sexo/ Genero	Concepto biológico basado en características biológicas que permiten la reproducción sexual. Se asigna teniendo en cuenta los caracteres sexuales secundarios, las gónadas o los cromosomas sexuales; las categorías son: sexo masculino, femenino, intersexual y transexual.	Característica fenotípica que distingue a los individuos con características específicas cada uno.	Cualitativa	Dicotómica	Femenino masculino

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado académico en el que se encuentra en el momento del estudio cada individuo	Cualitativa	Nominal	2do grado de secundaria 3er grado de secundaria 1er Semestre de Bachillerato

e).TAMAÑO DE LA MUESTRA

1.- Fórmula:

$$N = \frac{(N \times Z^2) (pxq)}{D^2 (N-1) + (Z^2)(pxq)}$$

2.- Cálculo:

$$N = \frac{(550 \times 1.96^2)(0.05 \times 0.95)}{0.05^2 (557-1) + 1.96^2(0.05 \times 0.95)}$$

$$N = \frac{(550 \times 3.8416)(0.0475)}{0.0025 (556) + 3.8416 (0.0475)}$$

$$N = \frac{(2139) (0.0475)}{1.39 + .182476}$$

$$N = \frac{101.63913}{1.572476}$$

$$\mathbf{N = 105.74135 + 10\% \text{ de pérdidas}}$$

3.- Cálculo de pérdidas:

Se calculará un 10% de pérdidas:

$$N = 100.74135 (10\%) = 113.315503$$

f) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Se presentó ante el comité, el estudio de investigación con título “Obesidad asociada a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes entre 14 y 17 años del Programa Juvenimss en el HGZNo.1 de Pachuca Hgo”.
2. El estudio se realizó en un periodo comprendido entre los meses de junio 2012 y diciembre del 2013, en adolescentes de entre 14 y 17 años inscritos en el programa juvenimss del HGZNo1, de Pachuca Hidalgo, que cumplan con los criterios de inclusión.
3. Una vez autorizado la investigación por parte del comité del IMSS, se le aplicó el Test EDI-2 a los adolescentes en el momento que acudan a la sesión correspondiente del programa Juvenimss.
4. Se explicó a los adolescentes en qué consistía el estudio, se envió a cada uno de los padres o tutores de los alumnos un formato de consentimiento informado para que autoricen la participación de sus hijos en el llenado del Test.
5. A los adolescentes cuyos padres firmaron el consentimiento informado para la participación en el estudio, se les explicó las instrucciones para el llenado del Test y se procedió a la aplicación de este en las fechas programadas para dicho efecto.
6. Para la recolección de datos, se utilizó en Test Eatig Disorder Inventory (EDI). Es una escala de auto-reporte que mide las características psicológicas y sintomatológicas asociadas a anorexia y bulimia nerviosa. Inicialmente contaba con 64 ítems en 8 sub escalas a las cuales 10 años después se le adicionaron 27 ítems en 3 subescalas configurándose como EDI-2.
La versión actual de EDI-2 en su traducción en español consiste en 91 reactivos con in formato de respuestas en una escala tipo Likert de seis puntos: “siempre”, “casi siempre”, Frecuentemente”, “en ocasiones”, “rara vez”, o “nunca” que permiten puntuar 11 escalas , 8 principales (obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B), insatisfacción corporal (BD), ineficacia (I), perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (ID), conciencia introspectiva (IA), y miedo a la madures (MF), y 3 adicionales (ascetismo (A), Impulsividad (IR) e inseguridad social (SI)). La factibilidad se consideró el análisis de consistencia interna mediante es estadístico Alfa de Cronbach todas las variables presentan un alfa sobre 0.70. La validez de constructo se realizó mediante un análisis factorial de los componentes principales con rotación oblicua (OBLIMIN), dada la relación teórica existente en entre las variables. La medida muestral de Káiser-Meyer-Oklin fue de 0.90.
- 7.- Una vez concluido el periodo de recolección de datos se llevó a cabo el análisis de los resultados para posteriormente obtener las conclusiones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: El análisis de los datos se realizó mediante el cálculo de: porcentaje, promedios, desviación standard, varianza, media y mediana; con una significancia de $\alpha = 0.01$.

X. ASPECTOS ÉTICOS

En Base a la declaración de Helsinki, Filadelfia en 1964, la asociación médica mundial, leyes y códigos de México, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, ésta investigación será de “Riesgo Mínimo”, por lo que una vez sometido a consideración y autorización del Comité de Investigación local se solicitará consentimiento informado a los padres o tutores de los sujetos de estudio.

Ley general de salud, Título segundo de los aspectos éticos en investigación de los seres humanos, capítulo I, se considera: Investigación sin riesgo, ya que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental sin manipulación de variables. Aun así deberá protegerse la privacidad del individuo, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Se creará una agenda de las sesiones del programa Juvenimss, con la finalidad de no interferir con las clases diarias, y posterior a la aplicación del instrumento de investigación se dará una presentación para explicar de manera breve a los adolescentes lo más relevante el tema de obesidad y trastornos de la conducta alimentaria.

En caso de que algún adolescente solicite mayor información o ayuda, se canalizara al consultorio correspondiente.

XI. RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

1. RECURSOS HUMANOS.

- ✓ Médico residente.
- ✓ Asesor clínico y metodológico.
- ✓ Personal de trabajo social
- ✓ Adolescentes inscritos en el programa de juvenimss

2. RECURSOS MATERIALES.

- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Formato Del Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2). Para la recolección de la información
- ✓ Material de papelería.
- ✓ Equipo de cómputo.
- ✓ Equipo de impresión.
- ✓ Bascula calibrada
- ✓ Cinta métrica

3. RECURSOS FINANCIEROS.

- ✓ Beca del médico residente.

FACTIBILIDAD

Es una investigación factible de realizar, ya que se la institución cuenta con la población necesaria, así como los recursos materiales, financieros y la infraestructura para la realización misma.

XII. RESULTADOS

En el presente estudio se realizó en 113 adolescentes de entre 14 y 17 años, mediante la aplicación del Test EDI-2 y el cálculo de IMC; en el periodo comprendido entre abril 2012 y noviembre 2013. Posteriormente se realizó el procesamiento de los datos obteniendo los resultados que se describen a continuación.

Cuadro No.1

Edad- Genero- Escolaridad De Los Adolescentes Del Grupo JuvenIMSS

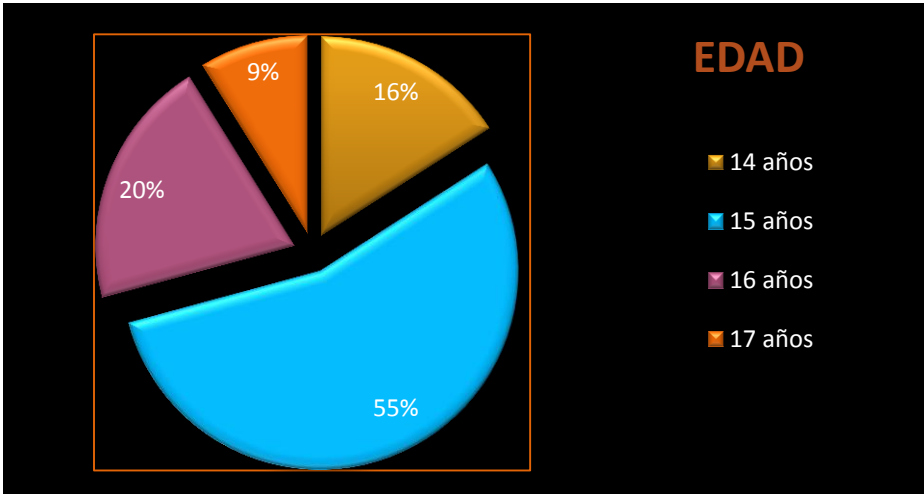
ESCOLARIDAD			GENERO		Total
			FEMENINO	MASCULINO	
SECUNDARIA	EDAD	14	9	6	15
		15	1	5	6
	Total		10	11	21
PRIMER SEMESTRE	EDAD	14	0	3	3
		15	30	21	51
		16	8	4	12
	Total		38	28	66
SEGUNDO SEMESTRE	EDAD	15	3	2	5
		16	4	6	10
		17	1	2	3
	Total		8	10	18
TERCER SEMESTRE	EDAD	16	1	0	1
		17	2	5	7
	Total		3	5	8
Total	EDAD	14	9	9	18
		15	34	28	62
		16	13	10	23
		17	3	7	10
	Total		59	54	113

Fuente: Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)

Se encontró que de los 113 adolescentes encuestados, la edad de la mayoría oscilaba alrededor de los 15 años representando un 55% de la muestra.

Grafica No 1.

Adolescentes Según Edad Del Grupo JuvenIMSS

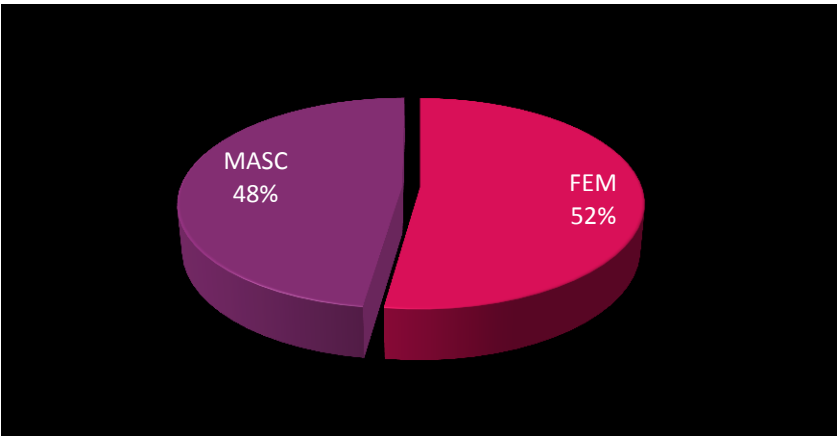


Fuente: Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)

De acuerdo al género predominó el sexo femenino con un 52 % respecto a los varones con un 48 %.

Grafica No. 2

Adolescentes Según Género Del Grupo JuvenIMSS

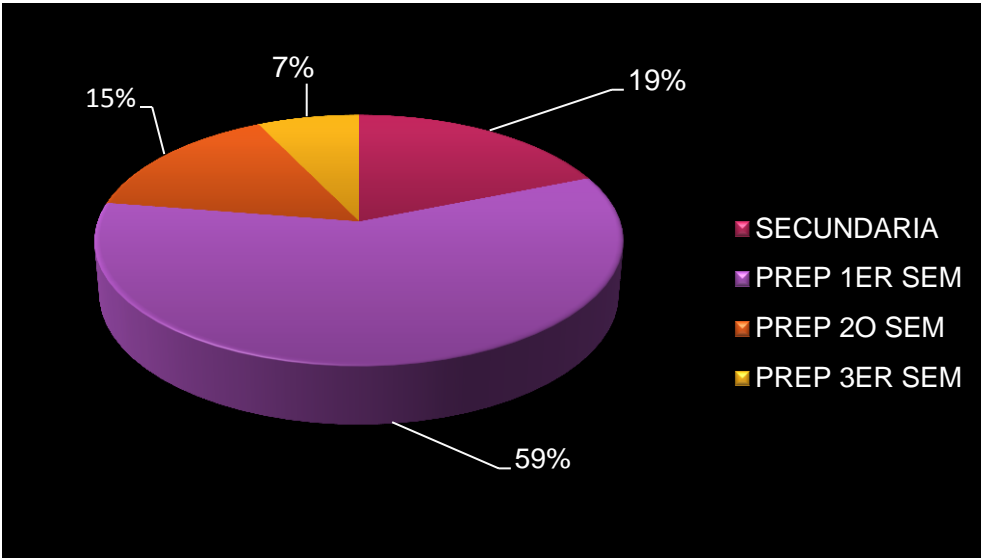


Fuente: Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)

La mayoría de los adolescentes cursaban el 1er semestre de bachillerato (59%), en segundo lugar los que cursaban el 3er año de secundaria (19%), y en tercer lugar los del 2do semestre de bachillerato (15%) y por último el 7% cursaba 3er semestre de bachillerato.

Grafica No.3

Escolaridad de los Adolescentes del Grupo JuvenIMSS

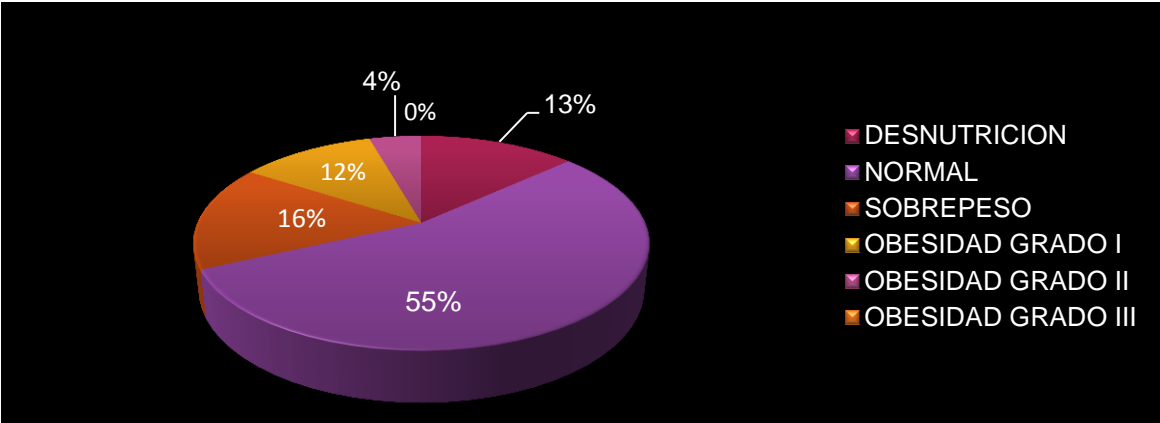


Fuente: Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)

El IMC nos arroja que: la mayoría de los adolescentes presentaron peso normal (55%), en segundo lugar presentaron sobrepeso (16%), y en 3er lugar desnutrición (13%), como los más representativos.

Grafica No.4

Estado Nutricional De Los Adolescentes Del Grupo Juven IMSS

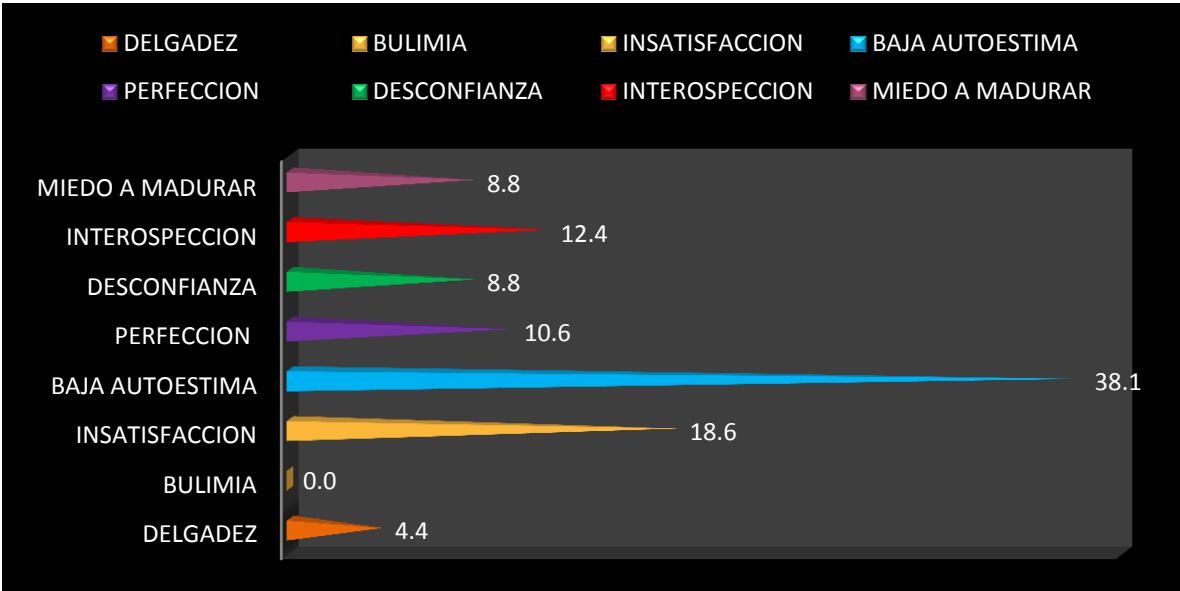


Fuente: Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)

De acuerdo a las respuestas obtenidas del Test EDI-2, se obtuvieron los siguientes resultados: el 38.1% de los adolescentes presentó baja autoestima, el 18.6% presentó insatisfacción corporal, y el 12.4% presentó introspección, como se representa en la siguiente gráfica.

Grafica No.5

Trastorno De La Conducta En Los Adolescentes Del Grupo JuvenIMSS



Fuente: Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)

De acuerdo con los resultados obtenidos se demostró que los adolescentes sin obesidad tienen mayor probabilidad de presentar algún tipo de trastornos de la conducta: baja autoestima (OR 1.37), tendencia a la perfección (OR 1.06), desconfianza (OR .895), introspección (OR 1.52), miedo a madurar (OR 2.51), obsesión por la delgadez (OR 3.83), insatisfacción corporal (OR 0.22). Como se desglosa en el cuadro 2.

No se presentó ningún caso de obesidad tipo III, ni bulimia en este estudio.

Cuadro No.1

Asociación De Estado Nutricional Con Trastornos De La Conducta Alimentaria

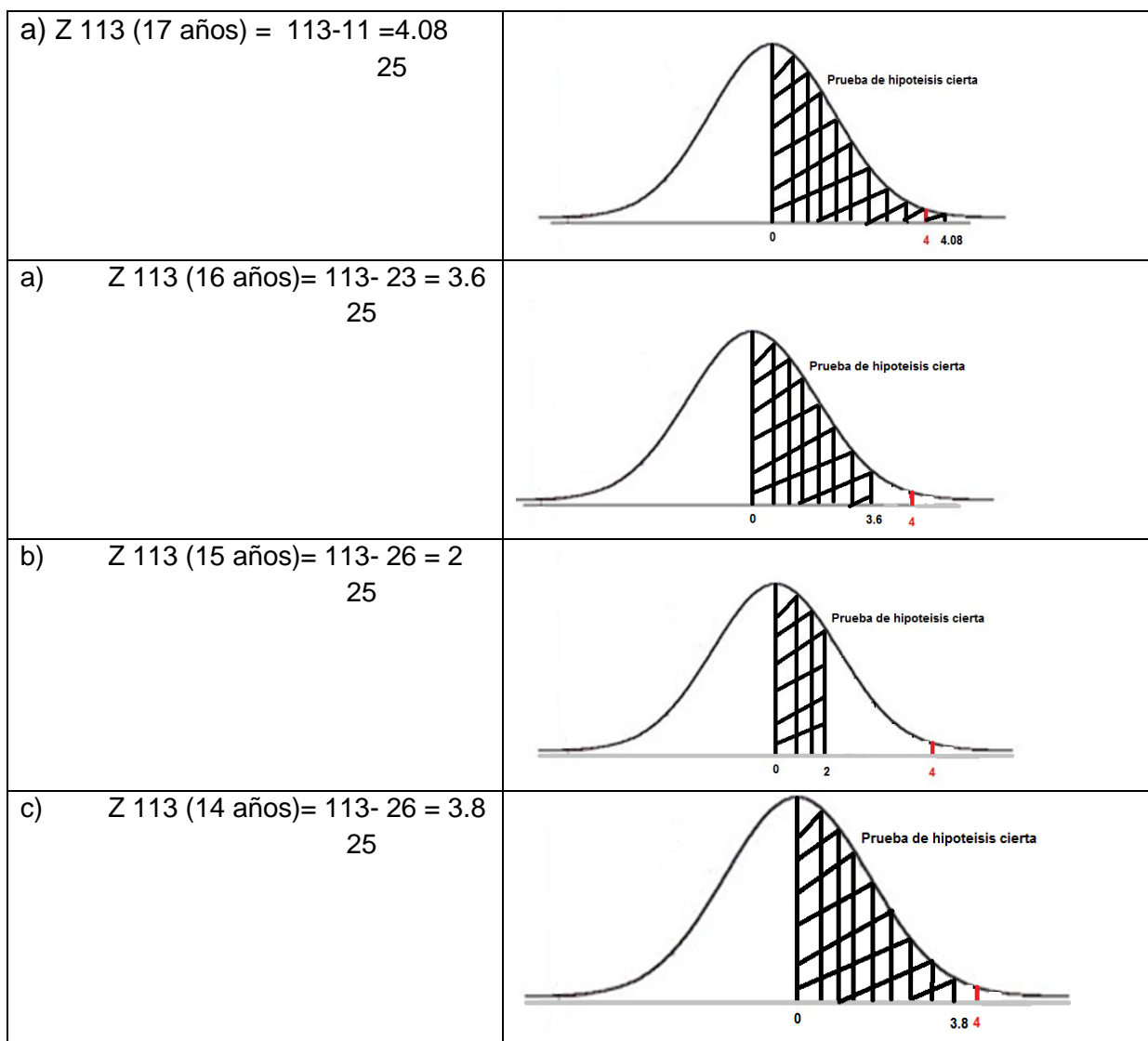
BAJA AUTOESTIMA				
Edo nutricional	NO	SI	CHI-2	OR
Con obesidad	10	8	.371	1.371
sin obesidad	70	35		
TENDENCIA A LA PERFECCIÓN				
Edo nutricional	NO	SI	CHI-2	OR
Con obesidad	16	2	.005	1.06
sin obesidad	85	10		
DESCONFIANZA				
Edo nutricional	NO	SI	CHI-2	OR
Con obesidad	18	0	2.07	.895
sin obesidad	85	10		
INTROSPECCION				
Edo nutricional	NO	SI	CHI-2	OR
Con obesidad	15	3	.361	1.527
sin obesidad	84	11		
MIEDO A MADURAR				
Edo nutricional	NO	SI	CHI-CUADRADO	OR
Con obesidad	15	3	1.62	2.51
sin obesidad	88	7		
OBSESION POR LA DELGADEZ				
Edo nutricional	NO	SI	CHI-CUADRADO	OR
Con obesidad	16	2	2.263	3.83
sin obesidad	92	3		
INSATISFACCION CORRPORAL				
Edo nutricional	NO	SI	CHI-2	OR
Con obesidad	17	1	2.4	.022
sin obesidad	75	20		

Fuente: Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)

COMPROBACION DE HIPOTESIS

Para comprobar nuestra H0 se realizó el siguiente calculo, así como para corroborar el porcentaje y determinar con exactitud fueron realizadas tomando encuentra un 10% de error, con la información anterior se cita la tabla del are a bajo la curva.

Edad	17 años	16 años	15 años	14 años
Frecuencia esperada	11 individuos	23 individuos	61 individuos	18 individuos



Lo que demuestra que no existe relación entre la obesidad y los adolescentes que presentan algún trastorno de la conducta alimentaria. Por lo anterior la H0 no se rechaza.

XII. CONCLUSIONES:

Los hallazgos de este estudio resumen, que la obesidad y el sobrepeso no son la principal causa de la presencia de algún trastorno de la conducta alimentaria en la etapa de la adolescencia, en los adolescentes del programa JuvenIMSS en el HGZMF No1.

La principal causa para que se presenten los trastornos de la conducta alimentaria radica en los cambios que presentan de manera habitual los adolescentes como: cambios corporales, cambios en su entorno social, familiar, ambiental, y educativo. Así mismo se considera como una influencia importante la información que se exhibe en los medios de comunicación.

Por lo que nuestras intervenciones como profesionales de la salud radica en identificar los datos de inestabilidad emocional como baja autoestima, insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez de igual manera identificar los malos hábitos alimenticios para poder implementar estrategias de tratamiento preventivo y oportuno.

Y ya logrado esto se podrá orientar a los adolescentes y a sus familias conocer y manejar los cambios que se presentan en esta etapa del desarrollo.

Se comprobó la HO la cual no se rechaza.

XIV. DISCUSIÓN:

En la presente tesis se investigó a la obesidad asociada a los trastornos de conducta alimentaria. En donde la obesidad en niños y adolescentes es una nueva epidemia a nivel nacional; en la población de 12-19 años muestran que 1:3 hombres o mujeres adolescentes tienen sobrepeso, es decir que aproximadamente 5, 757,400 adolescentes en el país (ENSANUT 2006).

Lameiras- Fernández y colaboradores en su estudio “Hábitos alimentarios e imagen corporal en adolescentes sin trastornos alimentarios”, comenta que los adolescentes en la actualidad manifiestan afinidad hacia una determinada estética corporal impuesta por la sociedad, preocupándose de manera excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria; en con comparación con el presente estudio, concuerda que los cambios en la sociedad actual sin un factor predisponente para generar algún trastorno de la conducta alimentaria..

Unikel-Santoncini, Bojoquez y colaboradores en su estudio “Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal”, argumentan que los adolescentes entre 12 y 19 años reportaron tres o más conductas alimentarias de riesgo. Lo que el presente estudio se corrobora que los adolescentes presentan mayor tendencia a presentar algún tipo de conducta alimentaria de riesgo.

Mancilla-Díaz, Lameira-Fernández, Vázquez-Arévalo, en el estudio “Influencias Socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México”. Demostró que las conductas alimentarias no saludables”, Se deben en su mayoría a los cambios socioculturales Y la cultura de la delgadez lo que ha generado que los adolescentes y jóvenes presentan insatisfacción corporal, lo que desencadena una serie de comportamientos inadecuados relacionado con la alimentación y el peso corporal, lo que es un riesgo para el desarrollo de algún trastorno del comportamiento alimentario. En el presente estudio se corrobora lo anterior ya que se demostró que el principal factor desencadenante para presentar algún trastorno de la conducta alimentaria son: los Estereotipos generados por los medios de comunicación así como los cambios biopsicosociales que se han modificado con el paso del tiempo.

Aunado a lo anterior en este estudio se demuestra que los cambios que se presentan durante esta etapa del desarrollo como: los cambios hormonales, son de igual manera un factor importante para generar conductas alimentarias de riesgo.

XV. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD TIEMPO 2012-2013-2014	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	R	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
Elección del tema de investigación																									
Revisión de la bibliografía																									
Elaboración del protocolo																									
Corrección del protocolo																									
Presentación al Comité local de Investigación (CLI)																									
Correcciones con base en observaciones CLI																									
Aplicación del instrumento																									
Captura en base de datos																									
Análisis de resultados																									
Discusión de resultados																									
Conclusiones																									
Presentación de Tesis																									

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Calderón C, Forns N, Varea V. Implicación de la ansiedad y a depresión en los trastornos de la alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp.* 2010;25(4):641-647 ISS.
2. Luna- Montañó I. Psicopatología y obesidad. *Avances en Psiquiatría Biológica* vol. 8 2007.
3. Trastornos de la ingestión de alimentos anorexia y bulimia nerviosa. Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud, 2008.
4. Narrow, W.E. (2009). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico.* Barcelona: Elsevier-Masson. [ISBN 978-84-458-1928-9.](#)
5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM).
6. Beltrán NB^a, Cornejo B^a, Vizmanos B^a, Hunnot C^a, Unikel C^b Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal según el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), en adolescentes. UDG-CA454.
7. Saucedo-Medina TJ, Unikel-Santoncini Conductas alimentarias de riesgos, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental* 2010;33 11-19.
8. Pichot P, Lopez-Ibor JJ, Valdez-Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*DSM-IV-TR, APA, 2002*)
9. Méndez, JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta Alimentaria. Vol. 65, noviembre-diciembre 2008. www.medigraphicArtemisa.com
10. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
11. Ruiz-Prieto I, Santiago-Fernández MJ, Bolaños Ríos P, Jáuregui-Lobera I. Obesidad y rasgos de la personalidad. Inmaculada Ruiz Prieto et al. *Trastornos de la conducta alimentaria* 12 (2010) 1330-1348.
12. Guzmán-Romero H. Tesis: "Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la facultad de nutrición de la Universidad Veracruzana" H. Veracruz, Ver. 2011.
13. Lobera IJ. Sobre peso y obesidad como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc).* 2011. doi:10.1016/j.medcli.2010.10.016. www.elsevier.es/medicinaclinica

14. Mancilla-Díaz JM, Lamerás- Fernández M, Vázquez -Arévalo R, Álvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X. influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2010; 37-37.
15. *American Journal of Psychiatry*. 2006 Ene. El trastorno del comedor nocturno es más frecuente en pacientes psiquiátricos que en obesos. www.psychiatryonline.org/psiquiatria.com
16. Rodríguez-Aguilar B, Oudhof Van- Barneveld H, González-Arratia, López-Fuentes N, Unikel-Santoncini C, Becerril-Bernal M. Conductas Alimentarias de riesgo: Prevalencia en mujeres de nivel superior del estado de México. *Revista Científica de Psicología ICSa-UAEH* No.8 2008;159-170.
17. Castillo-Ureña MJ. Prevención de la obesidad desde la escuela primaria. *Revista Digital "Práctica Docente"*, No7 (julio/septiembre. 2007) de Granada. ISSN: 1885-6667. DL; GR-2475/05.
18. López-Coutiño B, Nuño-Gutiérrez B, Arias-Ibañez AG. Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia GUIA IMSS (NO TIENE AÑO)
19. Castañeda-Pérez N, Montes-Castillo M, Pérez-Benítez M. Grado de aprendizaje de un programa integral en el manejo de la obesidad infantil. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2010; 22(4): 123-127.
20. García-García E, Llata-Romero M, Kaufer-Horwis M, Tusie-Luna MT, Calzada-León R, Vázquez-Velázquez V, Barquera-Cervera S, et al. La obesidad y el síndrome metabólico, como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México/ vol.50, no 6, noviembre-diciembre de 2008*.
21. Fernández-Canton S, Montoya-Núñez Y, Viguri-Urbe R. Sobrepeso y obesidad en menores de 20 años de edad en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2011;68(1):79-81.
22. Vázquez-Arévalo R, López-Aguilar X, Álvarez-Rayón L, Franco-Paredes K, Mancilla-Díaz J. Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres adolescentes: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, Vol.12 No3, 2004,pp 415-427.***
23. Barrigueta-Meléndez JA, Unikel-Santoncini C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JA, Shamah T. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública Mex* 2009;51 supl 4:5638-S644.
24. Alvaro-Martin J. Diagnóstico y referencia de obesidad en niños y adolescentes. *Gaceta Urbana* N3 2009.
25. Nieto-García E, Casado-Lollano A, García-Pérez C, Pelaez Rodríguez L. Guía de cuidados de enfermería y comunitaria de los trastornos de la conducta alimentaria. FAECAP España 2008. (FAECAP Y MINISTERIO DE SANIDAD ESPAÑA SON LOS QUE ÚBLICAN).

26. Ruiz-Martínez AO, Vázquez-Arévalo R, Mansilla-Díaz JM, Trujillo-Chi EM. Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y salud*, Vol. 20, Num. 2: 169-177, julio-diciembre de 2010.
27. *Sánchez-barbudo a*, avances en medicina del adolescente: trastornos de la conducta alimentaria en el siglo XXI. *PAEDIATRICA* volumen 17 No1 2010.
28. Casas-Rivero JJ, González-Fierro C, Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Unidad de medicina del adolescente Servicio de Pediatría. Hospital de Mostoles, Madrid. *Pediatr Integral* 2007;IX (I):20-24.
29. Jáuregui-Lobera I, López-Polo IM, Montaña-González MT, Morales-Millan. Percepción de la obesidad de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp*.2008;23(3):226-233.
30. Lopez C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, descripción y manejo. *Rev. Med. Clin, Condes-* 2007;22 (1) 85-97.
31. Urzua A, Castro S, Lillo A, Leal C. Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del Test EDI.2 en los adolescentes escolarizados (as) de 13 a 18 años. *Rev Chil Nutr* Vol. 36 No4, Diciembre 2009.
32. Unikel-Santoncini C, Bojorquez-Chapela I, Carreño-García S, Caballero-Romo A, Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra en mujeres Mexicanas con trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 2 marzo-abril 2006.
33. Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención: México: GPC, Secretaría de Salud; 2008. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
34. Flores-Huerta S, Pérez-Cuevas R, Garduño-Espinoza J, Reyes-Morales H, Rodríguez-Ortega E, Muñoz-Hernández O. Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. II. Problemas emergentes: sobrepeso y obesidad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. Vol.64, noviembre-diciembre 2007.
35. Trabajo Legislativo En Materia de Trastornos de la Conducta Alimentaria Publicado en abril el 2009 en las siguientes instancias: Ley General de Salud, Ley General de Educación, Ley para la Protección de niñas, niños y adolescentes (2008-2009)

XVII. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION (ADULTOS)	
Nombre del estudio:	Obesidad asociada a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 17 años inscritos en el programa juvenimss
Patrocinador externo (si aplica):	No cuenta con patrocinador externo
Lugar y fecha:	Pachuca hidalgo a aplicarse en Hospital General de Zona y Medicina Familiar No1
Número de registro:	R 2013-1201-16
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la asociación entre la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del programa juvenimss 14 a 17 años del HGZNo1 Pachuca Hgo.
Procedimientos:	Consiste en toma de somatometría y auto aplicación del Test EDI-2 que evalúa los trastornos de la conducta alimentaria. Una vez transcritos los cuestionarios, se destruirán.
Posibles riesgos y molestias:	Probablemente experimente incomodidad al investigar sobre la apariencia corporal y somatometría. En este caso usted es libre de continuar o abandonar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Este estudio permitirá evaluar la presencia de obesidad y su asociación con algún trastorno de la conducta alimentaria y de detectar alguno ofrecer alguna línea de tratamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término del estudio podremos asociar la obesidad con la presencia o ausencia de algún tipo de trastorno de conducta alimentaria, y abordando estos trastornos como causa de salud enfermedad, y poder ofertar en un futuro apoyo nutricional y psicología e incluso psiquiátrico.
Participación o retiro:	Su participación será voluntaria, y podrá retirarse, en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que usted proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Detectar Asociación de la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria en a adolescentes entre 14 y 12 años y al detectarlos proporcionar tratamiento multidisciplinario oportuno y evitar complicación posteriores
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Lic. Jesús Máximo Ventura (tel.: 771 3 78 33)
Investigador Colaborador:	Dra. Gabriela García Luna (tel.: 77171 3 78 33)
Tesista	Dra. Alma Yadira Rojas Herver (tel.: 771 216 91 76)
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

Anexo 2: Instrumento De Evaluación

“OBESIDAD ASOCIADA A TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE HGZ UMF NO 1 PACHUCA HGO”

Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)

CEDULA DE IDENTIFICACION:

1. SEXO : Mujer Hombre
2. EDAD: _____
3. PESO: _____
4. TALLA: _____
5. GRADO ESCOLAR: _____

INSTRUCCIONES: Debes contestar todas las frases. Algunas se refieren a comida y otras a sentimientos o actitudes que experimentas.

Contesta todas las frases con sinceridad

0 NUNCA	1 POCAS VECES	2 A VÉCES	3 A MENUDO	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
------------	---------------------	--------------	---------------	----------------------	--------------

Test Eatig Disorder Inventory (EDI-2)	
1. Como dulces o carbohidratos sin preocuparme	
2. Creo que mi estomago es muy grande	
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro (a)	
4. Como cuando estoy enojado (a)	
5. Suelo hartarme de comida	
6. Me gustaría ser mas joven	
7. Pienso en ponerme a dieta	
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	
10. Me considero una persona poco eficaz	
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	
13. En mi familia sólo se consideran buenos los resultados Sobresalientes	
14. La infancia es la época más feliz de la vida	
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	
16. Me aterroriza la idea de engordar	
17. Confío en los demás	
18. Me siento solo en el mundo	
19. Me siento satisfecho con mi figura	
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	
22. Preferiría ser adulto a ser niño	
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	

24. Me gustaría ser otra persona	
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	
27. Me siento incapaz	
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	
30. Tengo amigos íntimos	
31. Me gusta la forma de mi trasero	
32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada	
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior	
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	
36. Me fastidia no ser el mejor en todo	
37. Me siento seguro de mí mismo	
38. Suelo pensar en darme un atracón	
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no	
41. Tengo mala opinión de mí	
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos	
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes	
44. Temo no poder controlar mis sentimientos	
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	
47. Me siento hinchado después de una comida normal	
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	
50. Me considero una persona valiosa	
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	
53. Pienso en vomitar para perder peso	
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	
61. Como o bebo a escondidas	
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	

“POR TU COOPERACION GRACIAS”