



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 66**

**“CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y LA INSATISFACCIÓN
DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES DE LA ZONA DE
INFLUENCIA DE LA UMF 66”**

INVESTIGADOR PRINCIPAL
Dra. Tania Marel del Carmen López Chima
Residente de Medicina Familiar
Matricula: 98313066

ASESOR

Dra. Hilda F. Mendoza Sánchez

OCTUBRE 2012

REGISTOR. R2013-3004-23

XALAPA, VERACRUZ.



ANTECEDENTES:

Las transformaciones de la sociedad humana han sufrido grandes cambios respecto a la manera de cómo nos alimentamos y su relevancia debido a que algunos trastornos relacionados con la alimentación se han convertido en una preocupación central de salud a nivel mundial. (1)

Los estilos de vida actuales y los nuevos hábitos y formas de alimentarnos han modificado el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales. Surgiendo así un patrón de alimentación nutricional y calórico desequilibrado, incluyendo la pérdida de la capacidad para regular la ingesta, que puede ser excesiva hasta la restricción total de ésta, que caracteriza a las conductas alimentarias patológicas. (2)

Dentro los problemas de salud más preocupantes están el incremento de trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia, así como el aumento de sobrepeso y obesidad en la mayoría de los países. De acuerdo a la OMS 2006 unos 400 millones de personas padecen obesidad. A su vez estos padecimientos representan un serio problema en el medio social ya que los niños y niñas están sujetos a la imposición de prototipos corporales centrados en la aceptación social que privilegia a la delgadez. (1)

En México se conocen casos de trastornos alimentarios desde los años 70's, con un aumento significativo en las dos décadas siguientes, lo que ha contribuido a un mayor interés en la investigación de este tema, así como la creación de centros especializados, la detección de casos y el desarrollo de programas preventivos. (3)

Las CAR (conductas alimentarias de riesgo) se definen como aquellos comportamientos alimentarios que no cumplen con la frecuencia e intensidad de los trastornos de conducta alimentaria de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. (4)

Los TAC (trastornos de conducta alimentaria) son patologías de origen multicausal en los que intervienen factores socioculturales, familiares, biológicos e individuales. Algunos de estos factores pueden ser precursores como la autoestima y afecto negativo; otros son detonadores de la enfermedad como estresores ambientales, la impulsividad y personalidades con ciertas características. (4)

La imagen corporal personal corresponde a la imagen mental que tiene uno mismo hacia su cuerpo (5). Los factores socioculturales influyen sobre la percepción de la imagen estigmatizando a los que padecen de sobrepeso y obesidad, las consecuencias de estos prejuicios hacia la persona estigmatizada pueden contribuir a la exacerbación de conductas alimentarias de riesgo y la exacerbación del sobrepeso. Los individuos con



extrema delgadez, con anorexia nerviosa o con bulimia también representan cierto grado de insatisfacción corporal. (6)

El comportamiento alimentario tiene una gran influencia en el estado de salud y esto es, especialmente importante en los niños y adolescentes, ya que una nutrición inadecuada durante este periodo puede tener serias consecuencias en la edad adulta. (7)

En la etapa escolar la clave de una alimentación saludable depende de la adquisición de hábitos y comportamientos alimenticios apropiados, en donde el ambiente escolar y familiar constituye la mayor influencia en la transmisión de valores, creencias e información relacionada con su salud. Las prácticas inadecuadas de alimentación son determinadas por barreras culturales y falta de conocimiento, lo que pudiera llevar a realizar conductas alimentarias de riesgo. (8)(9).

Las CAR se manifiestan principalmente entre los 12-25 años, siendo la tercera enfermedad crónica más común, originando una preocupación debido a que se está presentando cada vez en edades más tempranas afectando principalmente a las mujeres en una proporción de 10:1 respecto al varón. (10)

Los niños y adolescentes constituyen unos de los principales grupos de riesgo nutricional, sobre todo en los últimos años, debido a los cambios culturales, demográficos y sociales que han experimentado los países industrializados, y que han influido en la alimentación y sus pautas. (10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 a 19 años. Es en esta etapa donde se producen cambios endocrinos, morfológicos y psicológicos propios de los pre-adolescentes, siendo vulnerables a las demandas psicosociales y conflictos con su identidad personal en la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado e integrar una nueva imagen corporal impuesta por la sociedad. (11)

Desde el punto biológico hay cambios propios de esta etapa como el aumento de estrógenos y progesterona, así como el incremento de la grasa subcutánea en el área de cadera, que propicia el sobrepeso, lo que se contrapone a las exigencias sociales que promueven la delgadez. (2)

Desde el punto de vista psicológico, según Jourard, en la adolescencia se tiene mayor conciencia de si mismo y de la imagen corporal deseada. (2)

Desde el punto de vista social los preadolescentes y adolescentes manifiestan preferencias hacia determinadas estéticas impuestas por el entorno social, haciendo que



los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas alimentarias de riesgo. (11)

Con el pasar del tiempo, se produjo un cambio en la moda de la figura femenina, siendo remplazadas las curvas de la mujer por una delgadez extrema como sinónimos de belleza. El deseo y la obsesión por la perfección física dejó de ser una cuestión de estética para convertirse en un problema de salud pública. (5)

En los primeros años se consideraba una problemática totalmente femenina, en donde estudios recientes muestran que los hombres también presentan mayor preocupación por su propia imagen. "Toro y cols. sostienen que en la adolescencia la percepción de la figura ideal varía ampliamente entre los dos sexos. Mientras las mujeres tienen como ideal una figura delgada, los hombres aspiran a una figura representativa más voluminosa". (5)

Se ha encontrado que las personas que sufren de conductas alimentarias de riesgo tienen dificultades para establecer relaciones interpersonales y tienden al aislamiento o establecer relaciones conflictivas por lo cual dificulta establecer redes sociales y de apoyo, lo que condiciona una retroalimentación para continuar con estas conductas. (4)

En un estudio realizado por Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002), los resultados muestran una edad de inicio de 16.5 años. En otro estudio Vázquez, Mancilla, Mateo et al. (2005), reportaron un porcentaje elevado de conductas compensatorias no purgativas, como inducirse al vomito o hacer ejercicios de manera extenuante para estar delgados, en jóvenes de 15 años, es decir, una edad menor a la encontrada anteriormente en jóvenes mexicanas; conforme pasa el tiempo se reduce cada vez la edad en que ocurren los trastornos alimentarios. En el estudio de Moreno y cols 2009 se detectó riesgo de trastorno alimentario en el 4% de los hombres y el 12% de las mujeres. (12)(3)(13)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México, no reportó casos de anorexia, aunque informó sobre una prevalencia de bulimia en el 1.8% en mujeres de 18 a 29 años de edad (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al. 2003). (12)(14)

En un estudio de adolescentes realizado en México en el Distrito Federal en el 2006 (n=3005) arrojó una prevalencia de anorexia nerviosa de 0.2 % y bulimia nerviosa de 0.9%. En una investigación realizada en estudiantes de nivel medio y medio superior en el D.F. de 1997 a 2003, se encontró un incremento general en hombres de 1.3% en 1997 a 3.8% en 2003, y en mujeres de 3.4% en 1997 a 9.6% en 2003. Con estos datos observamos que cada año se incrementa la presencia de CAR. (2)



La Encuesta Nacional de Nutrición 2006 realizada con 25, 166 adolescentes entre 10 y 19 años de zonas rurales y urbanas reportó una prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) de 0.7% siendo 0.4% en hombres y 0.9% en mujeres. Los mayores porcentajes de preocupación por engordar, atracones, ejercicio excesivo y prácticas de ayuno se encontraron en el sexo femenino. En México se encontró que en las regiones del norte y centro occidentes hay mayor prevalencia de CAR. (4).

La insatisfacción de la imagen corporal puede ser un buen predictor de trastornos alimentarios en adolescentes, siendo la anorexia y bulimia nerviosa en la mujer y vigorexia en los varones. (5)

Dentro de los instrumentos que permiten evaluar la percepción y la satisfacción de la figura corporal se encuentra la escala visual Contour Drawing Rating Scale (CDRS) destinada a medir la insatisfacción con el peso corporal. Esta fue validada por Thompson y Gray en el año de 1995, obteniéndose una fiabilidad de la prueba $r: 0.78$ ($p < .0005$) mediante el Coeficiente de Pearson y utilizada tanto en población adolescentes y adultos. En el estudio de Torresani y cols, 2009 se encontró que la mayoría presentó insatisfacción ligera: 65.9% de las mujeres y 75,6% de los hombres. (5)

Esta escala consta de 9 contornos de figuras de hombres y mujeres, las que van aumentando de tamaño a medida que aumenta la puntuación (de 1 a 9), cubriendo así un continuo de peso corporal que va desde figuras muy delgadas (puntuación 1 y 2), delgadas (puntuación 3 y 4), hasta figuras gruesas (puntuación 6 y 7) y muy gruesas (puntuación 8 y 9), pasando por una figura normal (puntuación 5), mediante la diferencia de puntuación entre la figura percibida y deseada, se obtiene el grado de satisfacción de la propia figura corporal. En cuanto mayor sea la diferencia obtenida mayor será el grado de insatisfacción corporal. (5)

En años recientes se ha incrementado el interés por medir las actitudes y conductas de estudiantes de primaria y secundaria con relación a su peso, figura y su alimentación (Mc Vey, Tweed and Blackmore 2004). Se observó en adolescentes de 9 a 14 años, un aumento marcado en el deseo de ser más delgadas y realizar dietas. Rollan, Farnill y Griffiths (1997) reportaron que alrededor del 40% de los preadolescentes entre 9-13 años de edad han intentado activamente perder peso y el 14% rebasaron el punto de corte para considerar un riesgo de desarrollar un trastorno alimentario del Test infantil de Actitudes Alimentarias. (15)(16)(17).

El instrumento que utilizaron para medir conductas alimentarias de riesgo fue la Escala de Actitud Alimentaria (EAT) diseñada por Garner y Garfinkel en 1979 y validada en España por Castro et al en 1991. Si bien la versión original de la EAT consta de 40 ítems, hay una versión abreviada, EAT-26, diseñada por Garner et al en 1982, de la que sus



autores mantienen que la reducción de ítems “no afecta a su validez como elemento predictivo, ya que mantiene la correlación entre EAT-40 y EAT-26 de $r = 0,98$.”(18).

La necesidad de investigar el desarrollo temprano de actitudes y conductas alimentarias alteradas en niños llevó a los investigadores a desarrollar un instrumento adaptado al lenguaje de ellos como el CHEAT que es una prueba con un lenguaje simplificado y que fue realizado por Maloney et al en 1988 a partir del EAT-26 de Garner, el cual es el que se realizará en el siguiente estudio. (15)

El Children Eating Attitude Test (ChEAT) (Mahoney, 1988). Es un instrumento formado por 26 ítems que valoran las actitudes alimentarias, las conductas de dieta y la preocupación por la comida en niños. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20. Teniendo como valores de Corte: + de 20 puntos. (15)

El estado nutricional refleja los estilos de vida, condiciones socio ambientales y características genéticas. El IMC (Índice de Masa Corporal) es el mejor indicador antropométrico y nutricional, que usa la variable peso en relación a la talla y permite evaluar los niveles de delgadez, sobrepeso u obesidad de acuerdo a puntos de corte establecidos. Es una técnica efectiva de tamizaje y no de diagnóstico por sí sola. (8)(19)

En México, se ha encontrado que 19% de niñas y 18% de niños de quinto y sexto grado de primaria ($M = 10.8$ años de edad) realizan dietas con la intención de perder peso (Gómez y Ávila, 1998), además 17% de niñas y 25% de niños con la misma edad están insatisfechos con su cuerpo (Gómez, 1997). En el estudio de Escoto M y Camacho E, 2008 se encontró que el 10.6% de los participantes rebasaron el punto de corte del ChEAT para considerar un posible riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio (15)

Diversos estudios han demostrado que al presentar los individuos un IMC alto, su imagen corporal se aleja de lo “ideal”; y gracias a la influencia de los factores socioculturales antes mencionados, los cuales han estigmatizado el sobrepeso y la obesidad no por cuestiones de salud sino por consideraciones psicológicas y estéticas, los individuos buscan disminuir su peso corporal o modificar su figura, practicando las CAR. (20)(21)



“En México el estudio de los Trastornos Alimentarios y la Insatisfacción Corporal es reciente y se ha centrado en la población femenina, sin embargo Vázquez y cols, 2006 realizaron un estudio en el sexo masculino donde se observa solo el 2.2% presento CAR mientras que el 11.9% de los adolescente estuvo insatisfecho con su imagen corporal, otros aspectos estudiados son la percepción de la imagen corporal (Ocampo, López, Álvarez y Mancilla, 1999), la insatisfacción corporal (Galán, 2004), la sintomatología de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa en estudiantes universitarios y la influencia del modelo estético (Vázquez y cols, 2000; Vázquez y cols, 2006).” (22)(23)(24)(25)(26)

Esto se refleja en un estudio realizado en estudiantes de 12 a 19 años del D.F. de ambos sexos, observando que aquellos que sobrestimaron su peso presentaron mayores prevalencias de CAR. En un estudio similar en sujetos de 13 a 18 años, mexicanos, de ambos sexos, se observó que aquellos individuos con sobrepeso y obesidad, determinada a partir del IMC percentilar, presentaron mayores prevalencias de CAR. (20)

En otras investigaciones realizadas por Saucedo-Molina y colaboradores en púberes mexicanos de ambos sexos, en las que se estudiaron conductas alimentarias de riesgo, y factores socioculturales, como influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal, se encontró, a través de modelos predictivos, que a mayor IMC mayor seguimiento de conductas de riesgo y mayor influencia de factores socioculturales principalmente en mujeres. (20)

En el estudio de Vázquez y cols, 2005 se observo en una población de adolescentes una frecuencia de 17.1% casos sobrepasaron el punto de corte del EAT, presentando así conductas alimentarias de riesgo, siendo mayor en mujeres que hombres. (27)

El número de casos que se diagnostica y trata es cada vez mayor, y el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad, con sus consecuentes complicaciones médicas, y un pronóstico menos alentador que conllevan un gran sufrimiento personal y familiar y pueden dar lugar a la muerte. Esto confirma la necesidad de utilizar en forma más frecuente test de screening que permitan detectar en forma precoz los TCA en sus primeras fases. Los criterios del DSM- IV para los diagnósticos de la anorexia y la bulimia son tan estrictos que si se siguen, éstos pueden realizarse cuando el cuadro ya está instalado, lo cual agrava el pronóstico y el manejo terapéutico. (28)

Por lo cual existe gran interés en abordar este tema en adolescentes mexicanos y aplicar este test de screening como CHEAT con el fin de realizar detecciones tempranas de conductas alimentarias de riesgo, así como abordar el grado de insatisfacción corporal asociado a elevado IMC, siendo México uno de los países con mayor grado de Obesidad infantil. (28)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

JUSTIFICACION:

Considerando que los trastornos de la conducta alimentaria y los padecimientos relacionados con la alimentación como la obesidad y el sobrepeso son un problema de salud a nivel mundial y que han ido en aumento por la preocupación excesiva de tener una “imagen corporal ideal” y de que la presencia de conductas alimentarias de riesgo ha aumentado en los niños y dado que en nuestro medio no se cuenta con estudios que aborden este problema es conveniente iniciar esta línea de investigación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes de la escuela Secundaria Técnica núm. 3 del área de influencia de la UMF No. 66 del IMSS Xalapa Veracruz?.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

HIPOTESIS:

Los adolescentes de la escuela Secundaria Técnica Núm. 3 del área de influencia de la UMF No. 66 del IMSS en Xalapa Veracruz presentan conductas alimentarias de riesgo en un 15% e insatisfacción con su imagen corporal hasta un 40%. Los adolescentes con obesidad y sobrepeso presentan mayor grado de insatisfacción de su imagen corporal.



OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes, pertenecientes a la escuela Secundaria X del área de influencia de la clínica 66 del IMSS Xalapa Veracruz en el periodo de marzo 2013- julio 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes.
- Determinar el IMC de los adolescentes
- Identificar el grado de insatisfacción de imagen corporal
- Identificar la conducta alimentaria de riesgo
- Correlacionar el grado de insatisfacción de imagen corporal respecto a su a su IMC.



MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Encuesta Descriptiva Prospectiva.

Lugar: Escuela Secundaria Técnica Núm. 3 ubicada en la zona de influencia de la UMF no. 66 de Xalapa, Ver.

Tiempo: Mayo 2012-Dic 2013

Población: Adolescentes de 12-15 años de edad de la Escuela Secundaria X

Muestra: El tamaño adecuado de la muestra aleatoria simple para una encuesta relativa a la población está basado en la siguiente fórmula

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq} = 304.82; \frac{n}{n^0} = 8.46$$

n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza 1.96

p es la variabilidad positiva; 0.5

q es la variabilidad negativa; 0.5

N es el tamaño de la población; 1476

E es la precisión o el error. 0.05

$n^0=36$



Por lo tanto el tamaño de la muestra se obtuvo mediante un muestro aleatorio simple con una confianza de 95% y un margen de error del 5% y obteniendo un muestra de 9 salones de la escuela secundaria técnica numero 3 repartidos entre el turno vespertino y turno matutino.

Selección de población:

Criterios de Inclusión:

- Alumnos de la escuela secundaria Técnica Núm., 3 que acepten participar en el estudio actual.
- Consentimiento informado del director escolar y de los padres de familia.
- Alumnos con edades entre 12 y 15 años.

Criterios de Exclusión

- Alumnos con diagnóstico de algún trastorno alimenticio, con o sin tratamiento.

Criterios de Eliminación:

- Encuestas incompletas



PROGRAMA DE TRABAJO:

- El investigador principal, por medio de un consentimiento informado, solicitará permiso al directivo de la escuela secundaria X.
- Se realizará un listado del total de alumnos adolescentes y se tomará una muestra de los mismos para la aplicación del Instrumento.
- Al firmar el consentimiento informado, les harán llegar la invitación a los padres de familia de los alumnos a realizar el estudio.
- Posteriormente los que acepten se les informará el día, hora y lugar para la realización del estudio.
- Los procedimientos se realizarán de la siguiente manera: el investigador principal y cols. tomarán peso y talla de los niños para obtener su IMC.
- Previo a la aplicación del Instrumento de evaluación CHEAT (Escala de Actitud Alimentaria), Escala visual de Satisfacción Corporal y cuestionario de datos sociodemográficos se dará una explicación breve a los alumnos sobre el objetivo de la investigación, el procedimiento de respuesta, el contenido de los instrumentos y la confidencialidad de los datos obtenidos.
- Los datos recabados se consignarán en una base de datos ___ para su posterior análisis estadístico.



VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Escala de medición
Edad	Lapso de tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	De acuerdo a la fecha de nacimiento registrada en la encuesta aplicada		Razón
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Características externas físicas del paciente	Femenino Masculino	Nominal
Grado escolar del alumno		Año que cursa a nivel escolar	Primero de secundaria Segundo de secundaria Tercero de secundaria	Nominal
Talla	Es la estatura o altura de las personas.	Realizado con una cinta métrica o con una báscula con estadímetro. Medido en metros.		Razón
Peso	Fuerza con la que la tierra atrae a un cuerpo.	Tomada en base a la medición realizada por el investigador con una báscula equilibrada que medirá en kilogramos.		Razón
Estado nutricional	Es una medida que refleja en cada momento si la	De acuerdo a su IMC y las tablas de la CDC.	IMC < p5: bajo peso IMC p10 a < p85:	Razón



	ingestión, absorción y utilización de los nutrientes son adecuados.		normal IMC p85 a < p95: riesgo obesidad IMC ≥ p95: Obesidad	
Conductas Alimentarias de riesgo	Aquellos comportamientos alimentarios que no cumplen con la frecuencia e intensidad de los trastornos de conducta alimentaria de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. (4)	Respuestas de autoreporte dadas a los distintos ítems del Test de Actitudes Alimentarias CHEAT-26. Un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.		Razón
Satisfacción corporal	El malestar que el propio cuerpo o la apariencia física suscita en un sujeto.	Se obtendrá mediante la Escala Visual de Satisfacción Corporal.	<ul style="list-style-type: none">• Insatisfacción ligera: ± 1 punto de diferencia• Insatisfacción moderada: ± 2 puntos de diferencia• Insatisfacción severa: ± 3 puntos y más de diferencia	Ordinal
Tipología familiar	Clasificación de la familia.	En base a la respuesta del cuestionario de recolección de datos.	Parentesco Presencia física en el hogar Medios de subsistencia	Nominal
Pobreza familiar	Indica el grado de pobreza en que se	En base a la respuesta del	Sin pobreza	Nominal



	encuentra la familia.	cuestionario de recolección de datos.	Pobreza baja Pobreza alta	
Ocupación madre	Prestación de la actividad física o intelectual que hace una persona a otra, o independiente por una retribución económica	En base a la respuesta de del cuestionario de recolección de datos	Agrícolas y pecuarias (campesino) Industrial (obrero) Comercial Servicios Ama de casa	Nominal
Escolaridad madre	Duración de los estudios en un centro docente	En base a la respuesta de del cuestionario de recolección de datos	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Preparatoria Licenciatura y mas	Nominal
Ocupación del padre	Prestación de la actividad física o intelectual que hace una persona a otra, o independiente por una retribución económica.	En base a la respuesta de del cuestionario de recolección de datos	Agrícolas y pecuarias (campesino) Industrial (obrero) Comercial Servicios	Nominal
Escolaridad del padre	Duración de los estudios en un centro docente	En base a la respuesta de del cuestionario de recolección de datos	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Preparatoria	Nominal



			Licenciatura y mas	
Estado civil de los padres	Situación o condición social de un ciudadano.	En base a la respuesta de del cuestionario de recolección de datos	Casados Unión libre Divorciados	Nominal



RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

- Humanos:
 1. Investigador principal Residente de Medicina Familiar.
 2. Asesor metodológico
 3. Asesor clínico ó estadístico

- Físicos:
 1. Área física: escuela...
 2. Báscula calibrada con estadímetro
 3. Calculadora
 4. Encuesta...
 5. Consentimiento informado
 6. Impresora
 7. Computadora Laptop con paquetería office
 8. Cartilla de vacunación
 9. Engrapadora
 10. Lápices, goma, sacapuntas y lapiceros
 11. Base de datos...

- Financieros
 1. Serán proporcionados por el investigador principal
 2. Se solicitará financiamiento al IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÉTICA.

En base al artículo 17 del título segundo, fracción II de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, del Reglamento General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la presente investigación pertenece a un estudio con clasificación de investigación de riesgo mínimo, en donde consideramos la toma de peso de nuestra población estudio.

Se realizará Consentimiento informado a los sujetos de este estudio en base al artículo 21-23 de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, del Reglamento General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.



RESULTADOS

De un total de 364 pacientes, fueron 191 (52%) del sexo femenino y 173 (48%) del sexo Masculino.

Del total de participantes de la escuela secundaria, 122 (33%) se encontraban cursando el primer año, 126 (35%) el segundo año y 116 (32%) el tercer año. De los cuales se encontraban entre las edades de 12 a 15 años de edad, con un promedio de 13.44 años (Cuadro 1).

De acuerdo a su tipología familiar, el 64% (233 alumnos) pertenecían a familias nucleares simples y el 16% (57 alumnos) a familias monoparentales. En relación a la presencia física en el hogar 74% (267 alumnos) pertenecían a núcleos integrados y 23% (85) a núcleos no integrados. Respecto a sus medios de subsistencia 82% (300) de los padres de los alumnos pertenecían al ramo de servicios y 15% (56) se dedicaban al comercio. Según su desarrollo 67% (242) eran modernas y 33% (116) tradicionales. (cuadro 2)

En el 88% (320) de las familias de los alumnos no presentaban pobreza familiar. (Cuadro 3)

El nivel de escolaridad de los padres fue básicamente licenciatura (63% madres y 64% padres), seguido de preparatoria en un 26% madre y 23% del padre. Por otro lado, el 58% de las madres fueron empleadas y 31% se dedicaban a las labores del hogar, respecto a los padres el 79% laboraban como empleados y el 18% se dedicaban al comercio, en el rubro sin datos tanto para educación como para ocupación se designaron a los padres de alumnos, los cuales no conocían a sus padres, eran padres o madres solteras, o habían sido criados por sus abuelos. Respecto al estado civil de los padres el 74% se encontraban casados y el 15% divorciados, a excepción de 2 alumnos los cuales no tenían padres. (Cuadro 4)

Para evaluar las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se utilizó el cuestionario de CHEAT-26, el 7% de los alumnos estudiados presentó prácticas de riesgo, se presentaron en 17 mujeres y 10 hombres con un 63% y 37% respectivamente. (Cuadro 5).

Se encontraban distribuidos primer año 26% (7), segundo año 41% (13) y tercer año 33% (9). En donde se observó que el mayor número de casos se distribuyó en un 41% en la edad de 14 años y 26% a los 13 años. (Gráfico 6,7,8).



En cuanto a la evaluación nutricional encontramos que, de acuerdo al indicador del Índice de Masa Corporal (IMC) para sexo y edad, el 66% de los adolescentes se encontraron dentro del rango de la normalidad en relación con su peso. Mientras que el 18% presentó sobrepeso, 13% obesidad y sólo el 3% cursó con bajo peso (Cuadro 9).

De los alumnos con CAR el 41% se encontraban con un estado nutricional normal, mientras que el 30 y 26% presentaron sobrepeso y obesidad, mientras que solo el 4% reportó bajo peso. (Gráfico 10).

De acuerdo al grado de insatisfacción corporal, del total de la población estudiada el 35% se encontraban satisfechos con la imagen que tenían de sí mismo, mientras que el 35% referían una insatisfacción leve, el 17% moderada y el 13% severa (Cuadro 11).

Se observó que de estos casos el 44% tenían una insatisfacción severa, un 22% respectivamente distribuidos en cada uno con insatisfacción leve y moderada y sólo 11% satisfechos con su imagen corporal. (Gráfico 12)

Respecto a la tipología familiar, el 56% correspondía a familias nucleares simples y el 22% monoparentales. Por su presencia física en el hogar el 59% pertenecían a núcleo integrado y 41 núcleo no integrado. El 92% de los padres laboraban en el área de servicios mientras que el 18% en el área de comercio. (Gráfico 13,14,15). Por su desarrollo las familias eran modernas y tradicionales en un 50% respectivamente. (Gráfico 16).

Respecto al índice de pobreza se encontró que el 89% no presentaba pobreza, mientras que el 7% se encontraba en pobreza baja y 4% en pobreza alta (Gráfico 17).

Los padres de los alumnos con CAR, presentaron como nivel máximo de estudios licenciatura en un 58% madres y 76%padres. de acuerdo a su ocupación las madres eran en un 50% empleadas, 42% amas de casa y 8% comerciantes, mientras que los padres el 88% eran empleados y el 12% comerciantes; de acuerdo a su estado civil 65% eran casados, 15% solteros, 15% divorciados y el 4% viudos. (Gráfico 18, 19, 20, 21, 22).

De acuerdo a este estudio, no se encontró correlación entre el Índice de masa corporal y grado de insatisfacción corporal.



CUADRO 1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ALUMNOS

N: 364

GRADO	CASOS	PORCENTAJE
PRIMER AÑO	122	33%
SEGUNDO AÑO	126	35%
TERCER AÑO	116	32%
TOTAL		100%
EDAD	CASOS	PORCENTAJE
12 AÑOS	68	19%
13 AÑOS	123	34%
14 AÑOS	118	32 %
15 AÑOS	55	15%
TOTAL		100%
SEXO	CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	191	52%
MASCULINO	173	48%
TOTAL	364	100



**CUADRO 2. CARACTERISTICAS DE ALUMNOS DE ACUERDO
A SU TIPOLOGIA FAMILIAR**

N: 364

PARENTESCO	CASOS	PORCENTAJE
Nuclear	2	0.5%
Nuclear simple	233	64%
Nuclear numerosa	14	4%
Reconstruida	1	0.2 %
Monoparental	57	16%
Monoparental extendida	22	6 %
Monoparental extendida compuesta	1	0.3 %
Extensa	28	8%
PRESENCIA FISICA	CASOS	PORCENTAJE
Núcleo integrado	267	74 %
Núcleo no integrado	85	23 %
Extensa ascendente	5	1 %
Extensa descendente	3	1 %
Extensa colateral	4	1 %
MEDIOS DE SUBSISTENCIA	CASOS	PORCENTAJE
Agrícolas y pecuarios	2	1 %
Industrial	2	1 %
Comercial	56	15 %
Servicios	300	82 %
Sin datos	4	1 %
DESARROLLO	CASOS	PORCENTAJE
TRADICIONAL	116	33%
MODERNA	242	67%



CUADRO 3. TABLA DE ACUERDO INDICE DE POBREZA FAMILIAR

N: 364

INDICE DE POBREZA	CASOS	PORCENTAJE
Sin pobreza	320	88 %
Pobreza baja	34	10 %
Pobreza alta	10	2 %
TOTAL		100



CUADRO 4. CARACTERISTICAS GENERALES DE PADRES DE ALUMNOS ESTUDIADOS

N: 364

ESCOLARIDAD MADRE	CASOS	PORCENTAJE	ESCOLARIDAD PADRE	CASOS	PORCENTAJE
Primaria incompleta	1	0.5 %	Primaria incompleta	1	0.5 %
Primaria completa	9	2 %	Primaria completa	4	1.5 %
Secundaria	27	7 %	Secundaria	30	8 %
Preparatoria	93	26 %	Preparatoria	84	23 %
Licenciatura o mas	228	63 %	Licenciatura o mas	233	64 %
Sin datos	6	1.5 %	Sin datos	12	3 %
OCUPACION MADRE	CASOS	PORCENTAJE	OCUPACION PADRE	CASOS	PORCENTAJE
Obrero	1	0.5 %	Campesino	3	1 %
Comerciante	34	9 %	Comerciante	61	18 %
Empleado	211	58 %	Empleado	286	79 %
Ama de casa	112	31 %	Jubilado	1	1 %
Sin datos	6	1.5 %	Desempleado	1	1 %

ESTADO CIVIL	CASOS	PORCENTAJE
Casados	269	74 %
Solteros	23	6 %
Divorciados	52	15 %
Viudos	11	3 %
Unión libre	7	1.5 %
Sin padres	2	0.5 %



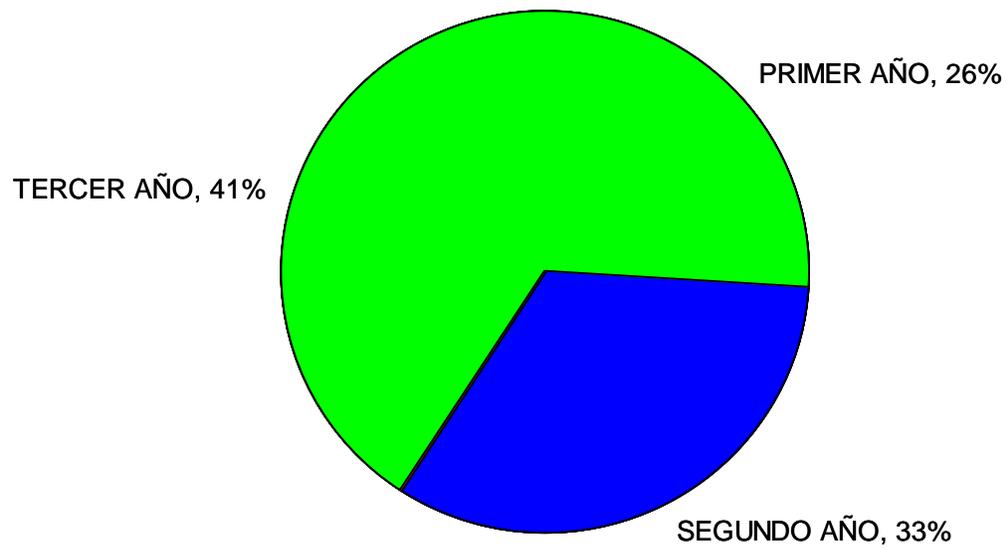
CUADRO 5. ALUMNOS CON CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

N: 364

	CASOS	PORCENTAJE
NO PRESENTA CAR	337	93 %
SI PRESENTA CAR	27	7 %
TOTAL		100



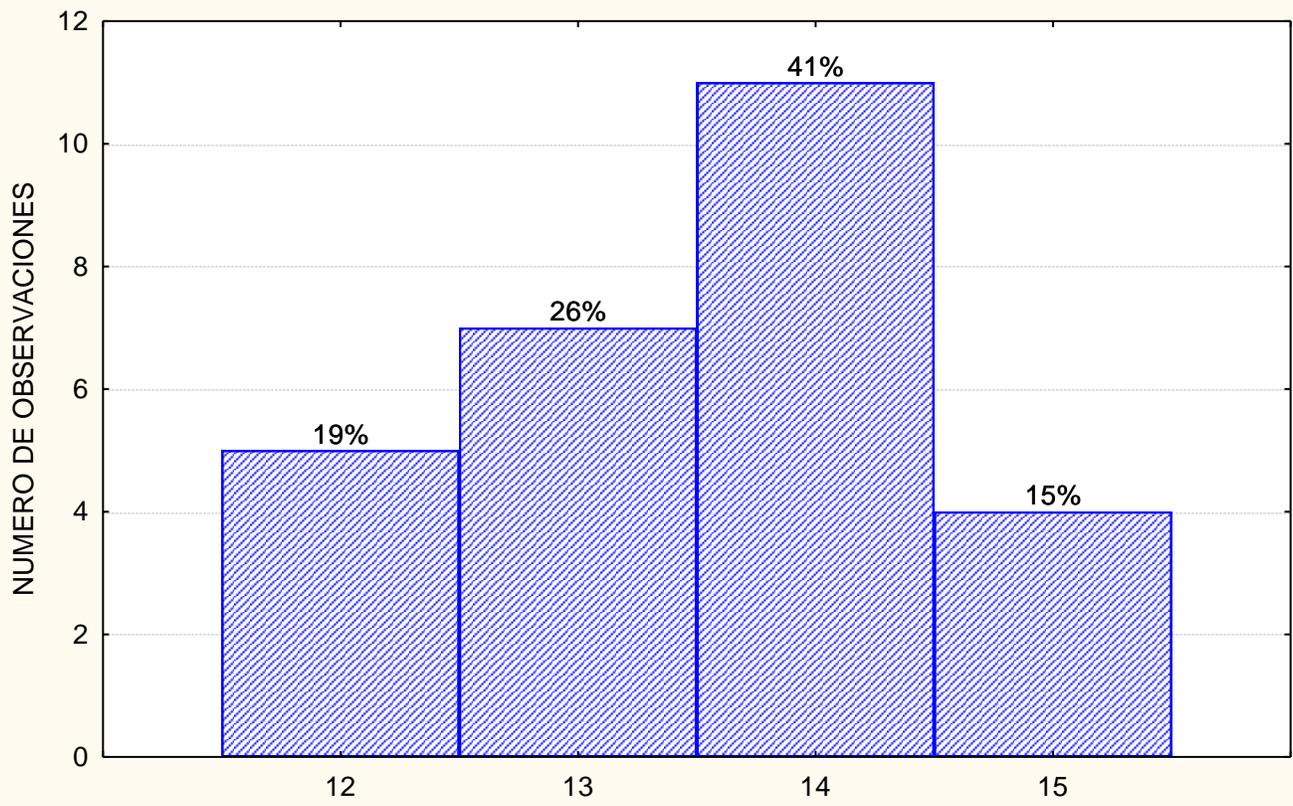
GRAFICO 6
DISTRIBUCION DE ALUMNOS CON CAR
RESPECTO AL GRADO ESCOLAR



N: 27



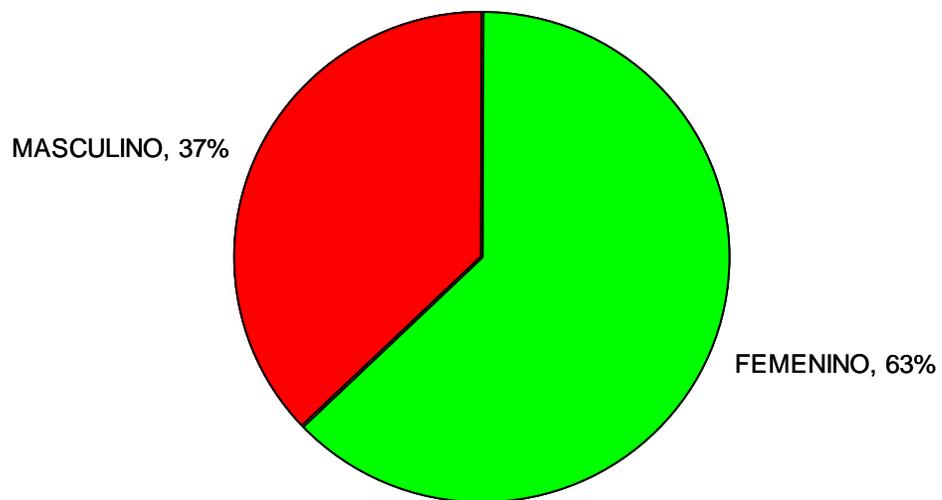
GRAFICO 7
DISTRIBUCION DE ALUMNOS CON CAR
DE ACUERDO A EDAD



N: 27



GRAFICO 8
DISTRIBUCION DE ALUMNOS CON CAR
DE ACUERO AL SEXO



N: 27



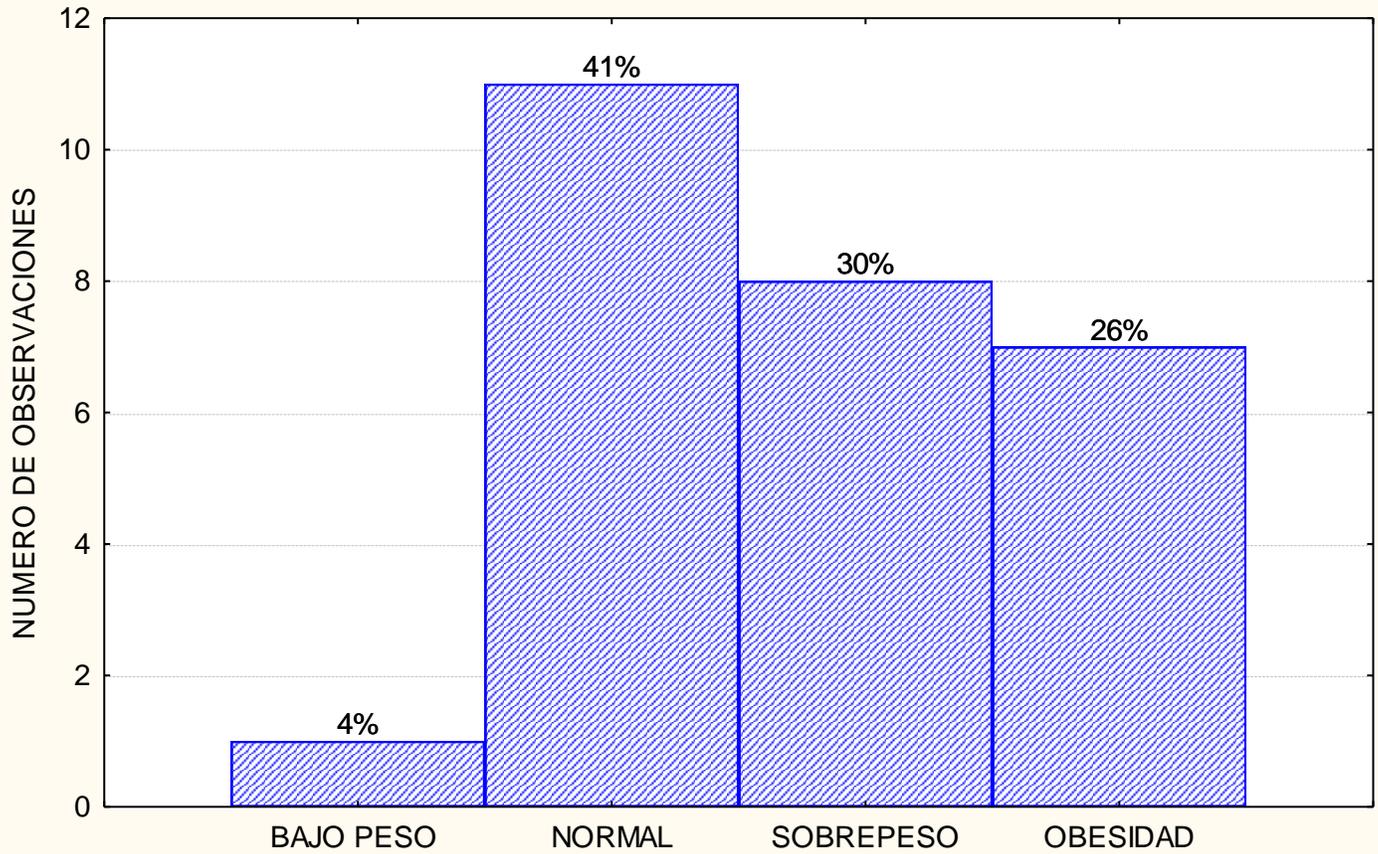
CUADRO 9. CONDICION NUTRICIONAL DE ALUMNOS

N: 364

	CASOS	PORCENTAJE
Bajo peso	10	3 %
Normal	241	66 %
Sobrepeso	66	18 %
Obesidad	47	13 %
TOTAL		100



GRÁFICO 10
DISTRIBUCION DE ALUMNOS CON CAR
DE ACUERDO A ESTADO NUTRICIONAL



N: 27



CUADRO 11. GRADO DE INSATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL

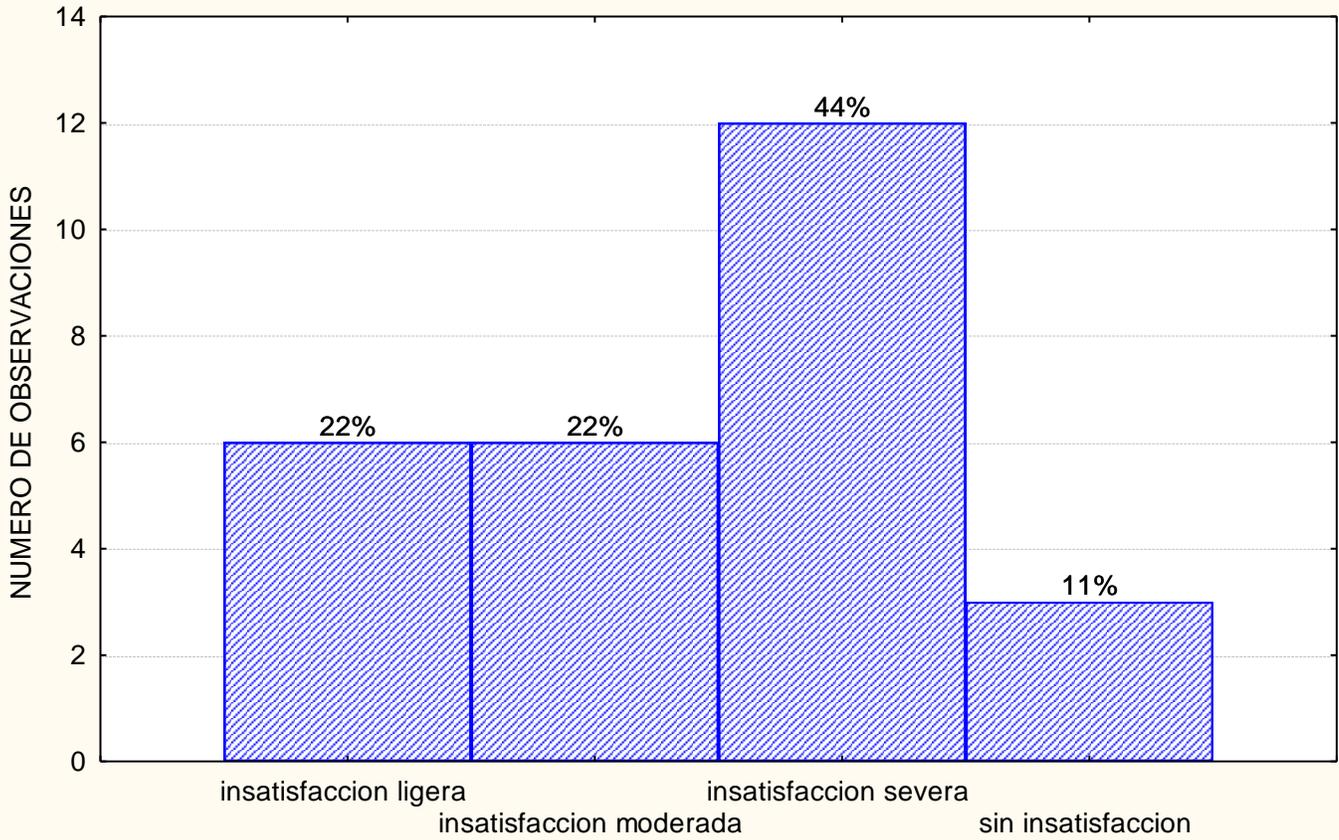
N: 364

	CASOS	PORCENTAJE
Satisfecho	126	35 %
Insatisfacción ligera	126	35 %
Insatisfacción moderada	65	17 %
Insatisfacción severa	47	13 %
TOTAL		100

GRADO SATISFACCION / SEXO	FEMENINO	PORCENTAJE	MASCULINO	PORCENTAJE
INSATISFACCION LIGERA	68	54%	58	46%
INSATISFACCION MODERADA	30	54%	35	46%
INSATISFACCION SEVERA	20	43%	27	57%
SIN INSATISFACCION	73	58%	53	42%



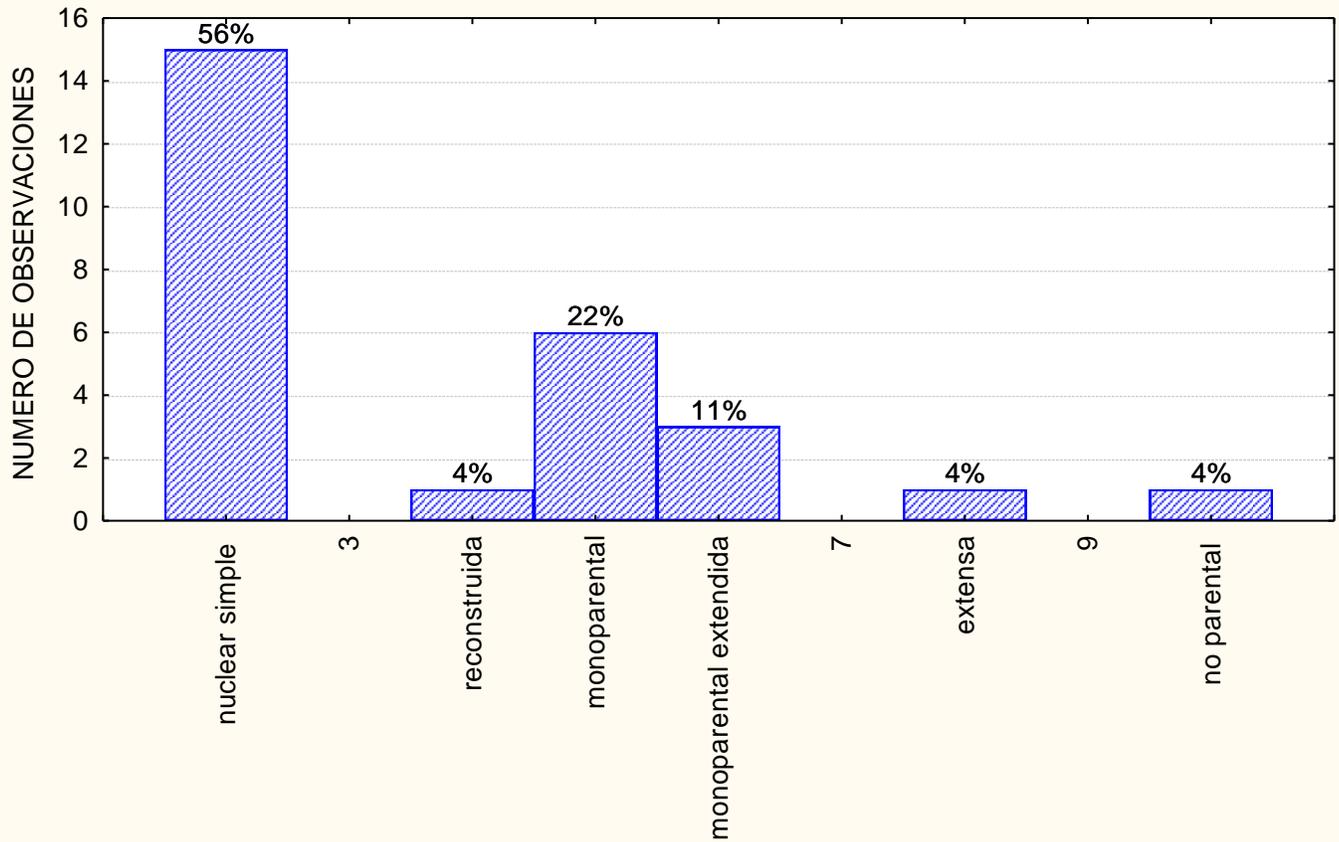
GRÁFICO 12
DISTRIBUCION DE ALUMNOS CON CAR
ACUERDO A GRADO DE SATISFACCIÓN CORPORAL



N: 27



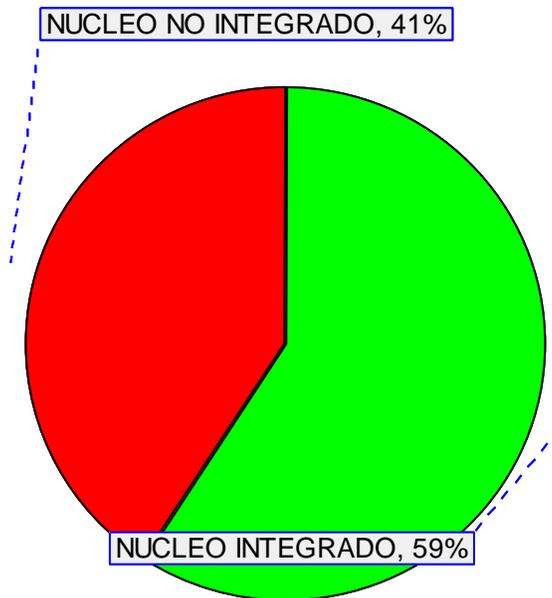
GRAFICO 13
TIPOLOGIA FAMILIAR EN ALUMNOS CON CAR
DE ACUERDO A PARENTESCO



N: 27



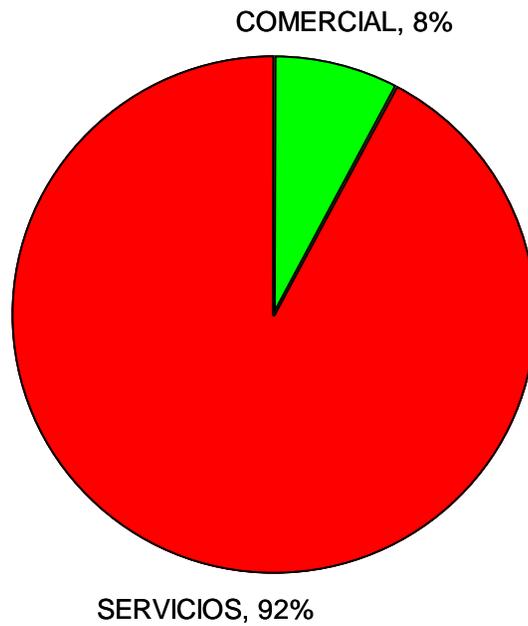
GRAFICO 14
TIPOLOGIA FAMILIAR EN ALUMNOS CON CAR
DISTRIBUCION DE ACUERDO A PRESENCIA FISICA



N: 27



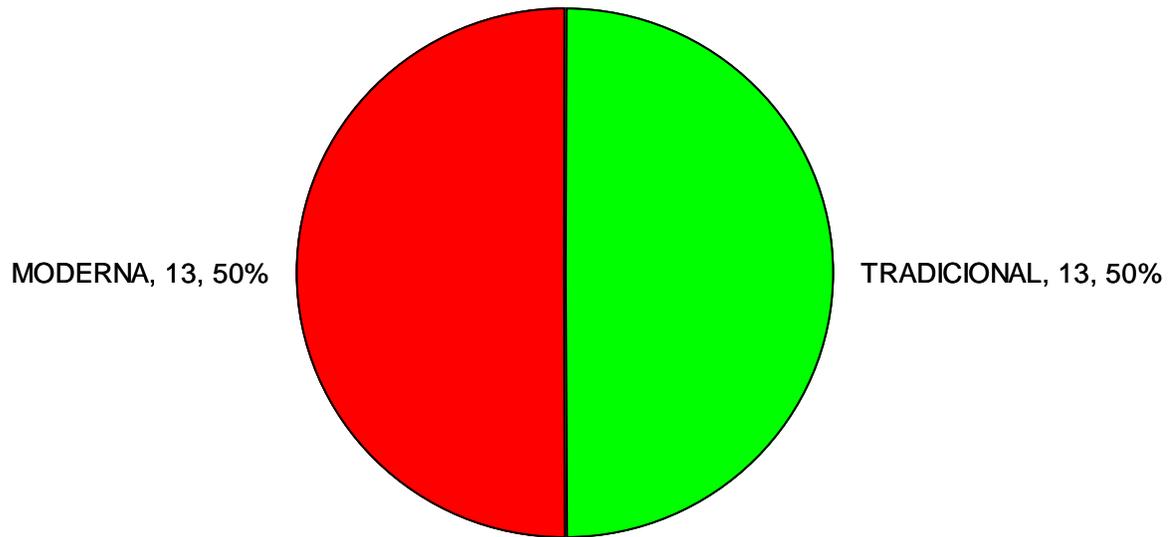
GRAFICO 15
TIPOLOGIA FAMILIAR EN ALUMNOS CON CAR
DISTRIBUCION DE ACUERDO A MEDIOS DE SUBSISTENCIA



N: 27



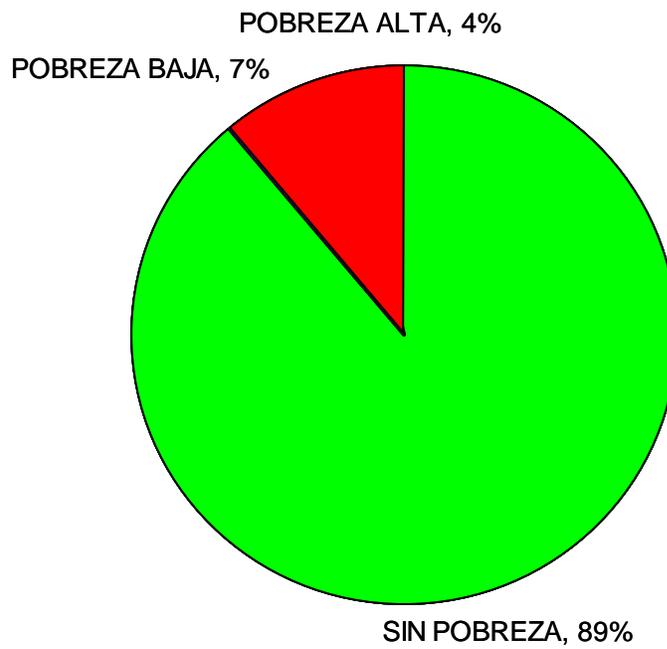
GRAFICO 16
TIPOLOGIA FAMILIAR EN ALUMNOS CON CAR
DISTRIBUCION DE ACUERDO A SU DESARROLLO



N: 27



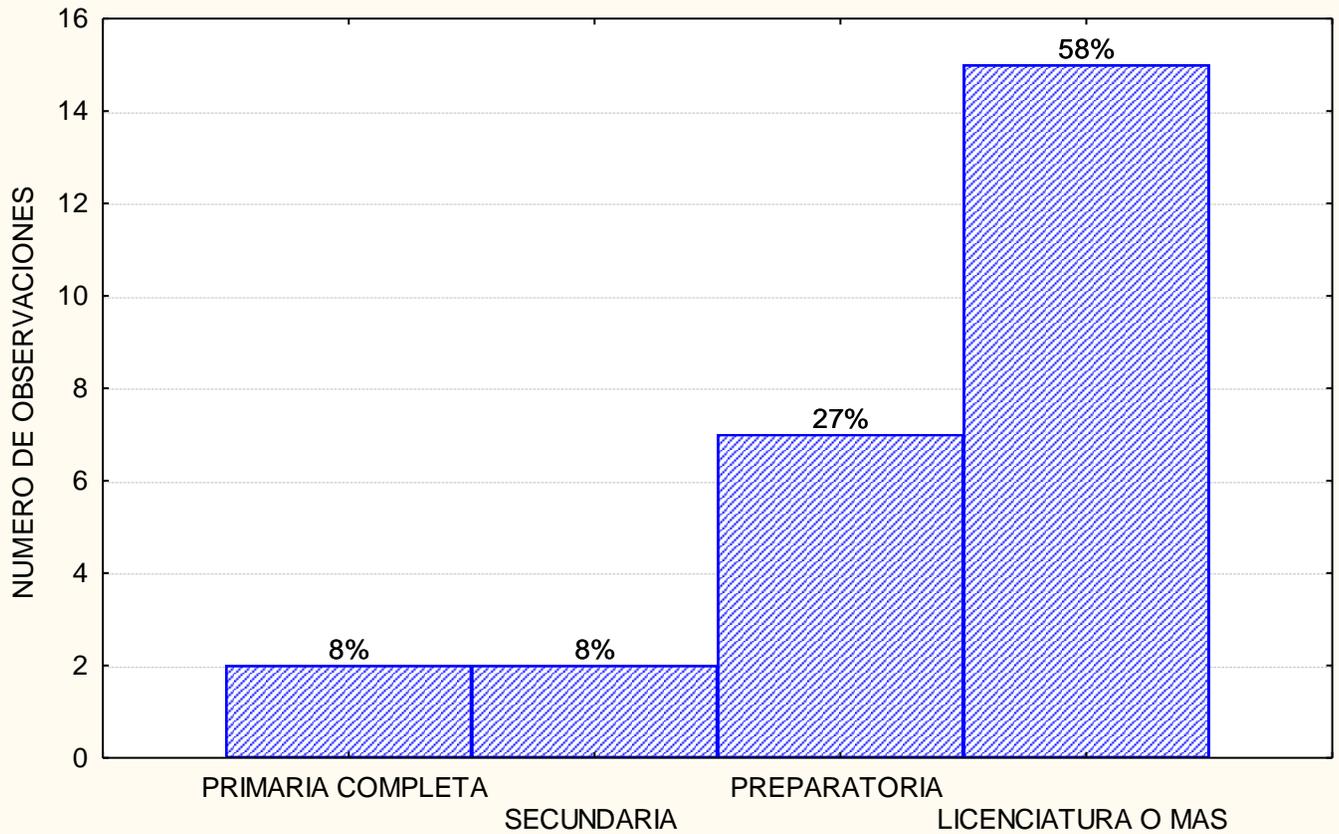
GRAFICO 17
DISTRIBUCION DE ALUMNOS CON CAR
DE ACUERDO A INDICE DE POBREZA FAMILIAR



N: 27



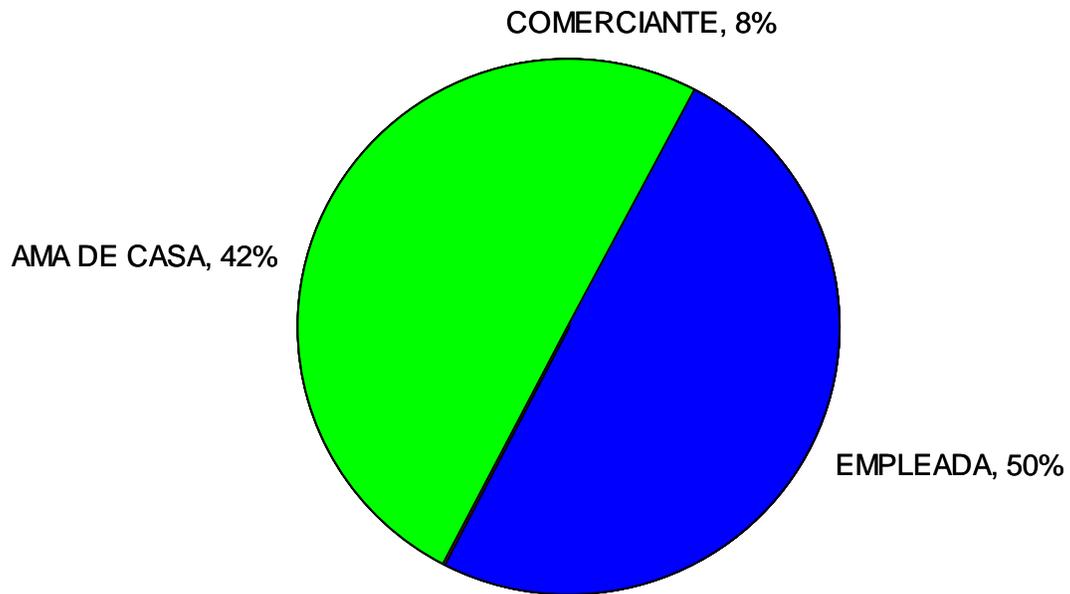
GRÁFICO 18
DISTRIBUCION DE ACUERDO A ESCOLARIDAD DE LA MADRE
EN ALUMNOS CON CAR



N: 27



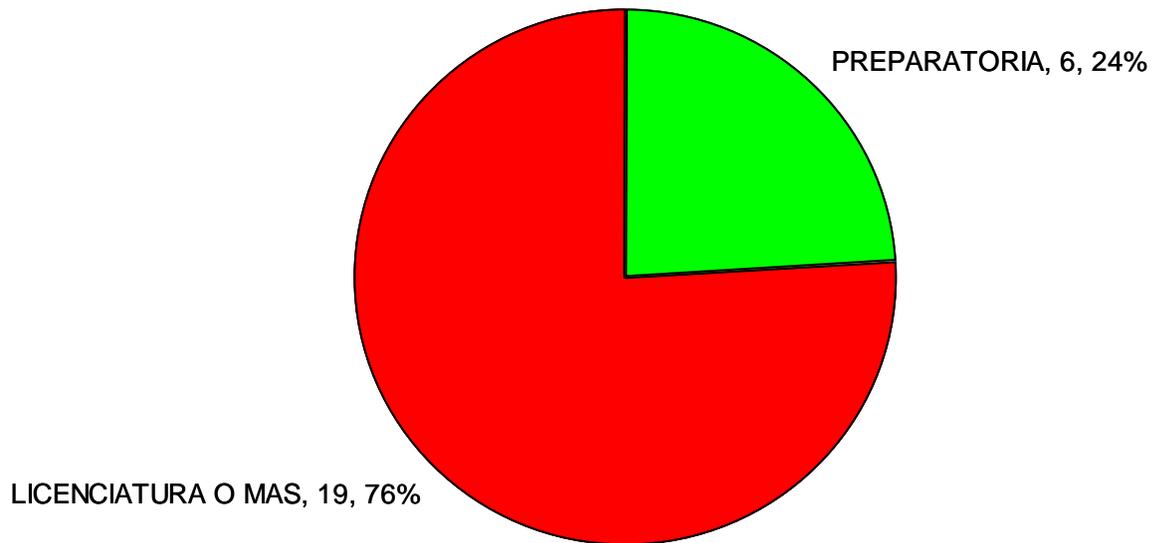
GRAFICO 19,
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA OCUPACION DE LA MADRE
EN ALUMNOS CON CAR



N: 27



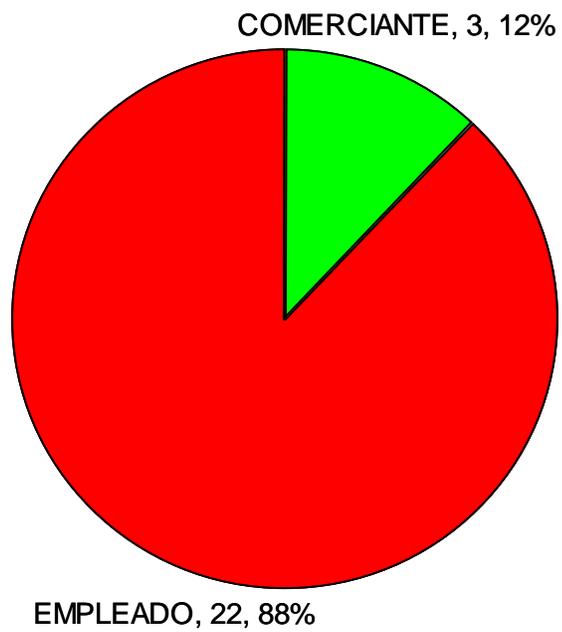
GRAFICO 20
DISTRIBUCION DE NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL PADRE
EN ALUMNOS CON CAR



N: 27



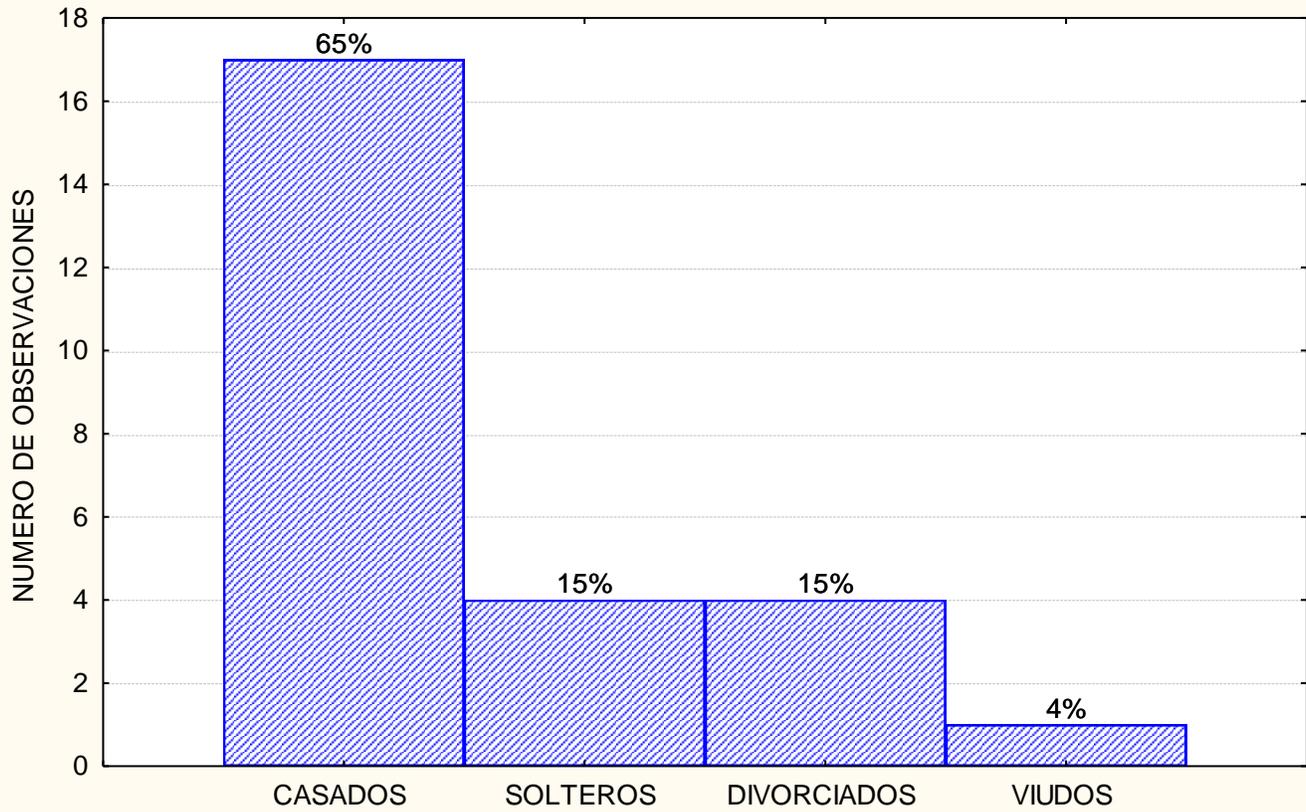
GRAFICO 21
DISTRIBUCION DE ACUERDO A OCUPACION DEL PADRE
EN ALUMNOS CON CAR



N: 27



GRÁFICO 22
DISTRIBUCION DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL EN PADRES
DE ALUMNOS CON CAR



N: 27



DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo aportan datos sobre la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en adolescentes en edades tempranas en un 7% comparado con otros estudios nacionales como Figueroa-Rodríguez y cols (2010), Nuño et al (2009) en donde se encontró un porcentaje similar al nuestro de 7.2%. En un estudio hecho en Canadá McVey, Tweed and Blackmore (2004) en población del mismo grupo de edad se encontró que el 10.5% de los participantes rebasaron el punto de corte de CHEAT al igual que Vásquez y cols (2000) hecho en México el 14.4% de hombres y 20.4% de mujeres superaron el punto de corte, siendo menor el porcentaje reportado en nuestro estudio. Encontramos un porcentaje mayor a diferencia de Rodríguez M (2009) en donde se observó que el 5.9% de los adolescentes presentaban conductas alimentarias inadecuadas. (16) (2) (8) (4)(13).

El mayor número de casos de CAR se presentó a la edad de 14 años, considerando que estos trastornos aparecen tras la pubertad y que algunos estudios muestran una edad de inicio a los 16 años, nosotros hemos encontrado que al igual que en otros estudios como Ballester Arnal et al (2003), Cusumano y Thomson (2000), que en edades mucho más tempranas ya se aprecian conductas alimentarias que pueden reflejar el inicio de un trastorno más grave. (29)(30)

Las CAR se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino 63% y 37% en el sexo masculino, coincidiendo con otros estudios como Urzúa et al (2010) donde se observa que existe una mayor prevalencia en las mujeres, al igual que en el estudio de Nuño et al (2009) en donde se encontró una prevalencia de 2.8% hombres y 10.3% mujeres similar a la reportada por Moreno y cols (2009). A diferencia de otros estudios que reportan una proporción 10:1 en mujeres respecto al varón. (10) (11) (12)

A pesar que de acuerdo con la distribución del IMC, más del 66% de la muestra se encontraban dentro del rango normal, se sigue comprobando a semejanza de otros trabajos mexicanos que un alto porcentaje 65% están insatisfechos con su imagen corporal, identificándose una tendencia mayor en la insatisfacción leve (35%), resultados similares obtenidos en el estudio de Saucedo- Molina et al (2010). Nuestros resultados coinciden con el estudio de Torresani et al en donde se observa una insatisfacción corporal similar de 62.6% en mujeres y 55.8% en varones. (2009) (20) (5)

De manera general, a diferencia de lo reportado en otros estudios en los que se ha encontrado que a mayor IMC mayor insatisfacción de la imagen corporal, en esta investigación no se encontró dicha correlación, como lo reportado por Rodríguez et al



(2008) en donde se observa que el 37.5% de los que tienen sobrepeso y el 35% de las obesas presentan niveles muy altos de insatisfacción. (20) (31).

CONCLUSIONES:

Existen diferentes estudios que han abordado las conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción de la imagen corporal, y que deben de tenerse en cuenta en el diagnóstico e intervención de Trastornos de Conducta Alimentaria (TAC).

Con este trabajo hemos pretendido aportar información acerca de la prevalencia de CAR en edades más tempranas a las reportadas en la literatura y aunque en nuestro estudio el porcentaje de estas conductas fue del 7%, este puede ser el punto de partida para que los adolescentes presenten en un futuro un problema alimenticio más severo.

Se ha demostrado que el grupo de edad afectado ha ido disminuyendo con el paso tiempo presentándose en poblaciones de edad cada vez más tempranas, en nuestro estudio con una mayor frecuencia a los 14 años, lo que implica una mayor amenaza al desarrollo físico y psicológico de los adolescentes.

Al igual que en diversos estudios se ha encontrado respecto al género una mayor frecuencia en el sexo femenino, en nuestro estudio de 63% comparado con los varones en un 37% lo que sugiere que cuando se llega a la adolescencia, se atraviesan procesos diferentes en el desarrollo físico y mental, asociado a un estereotipo femenino con respecto a la preocupación por la apariencia física y preservación de la belleza ideal, por lo cual se encuentra más vulnerables a presentar un trastorno alimentario.

A su vez esto genera como comprobamos en nuestro estudio un alto grado de insatisfacción de la imagen corporal en un 65%, siendo severa en el 44% de los que presentaron CAR.

Destacando que actualmente los preadolescentes comienzan a preocuparse a edades más tempranas por su imagen corporal, debido a que está asociada a una mayor popularidad y aceptación social. Esto asociado al bombardeo de información de los medios de comunicación acerca del ideal de belleza.

Los adolescentes no solo se encuentran expuestos a los riesgos alimentarios y su implicación en la salud, sino también a un riesgo social debido a la necesidad de ser reconocidos y aceptados de acuerdo a los prototipos establecidos, esto asociado a la falta de normas y el cambio de los hábitos de alimentación actuales conlleva a la práctica de conductas de riesgo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En nuestro estudio no encontramos correlación alguna entre el grado de satisfacción corporal y el índice de masa corporal, aunque el 55% de los alumnos con CAR presentaban sobrepeso y obesidad, sin embargo los resultados no tuvieron significancia estadística.

Considero que debido a la complejidad de lo que está ocurriendo, se debe realizar un enfoque con mayor profundidad en el estudio de los factores psicológicos, sociales, de comunicación y la dinámica familiar que influyen en la presentación de estas conductas en ambos sexos y de esta manera poder realizar un abordaje más completo.

El estudio de este tema constituye un antecedente para las futuras investigaciones, ya que existen pocos trabajos reportados en nuestro medio, lo cual puede coadyuvar a implementar intervenciones más efectivas y enriquecer el campo de acción respecto a las Conductas Alimentarias de Riesgo.



BIBLIOGRAFIA.

1. Meléndez J, Cañez G, Frías H. Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. *Rev latinoam cienc soc niñez juv* 2010; 8(2): 1131 – 1147.
2. Figueroa-Rodríguez A, García-Rocha O, Revilla-Reyes A, Villarreal-Caballero L, Unikel-Santoncini C. Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (1): 31-38.
3. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Villatoro-Velázquez J, Fleiz BC, y Medina - Mora IME. Conductas Alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: Tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*. 2006 58(1):15-27.
4. Nuño B, Celis A, Unikel C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev Invest Clin* 2009; 61 (4): 286-293
5. Torresani ME, Casós ME, Español S, García C, Salaberri D, Spirito MF. Comparación del grado de satisfacción de la figura corporal según género en adolescentes del colegio ILSE - UBA. *Dieta* 2009; 27 (128): 15-21.
6. Casillas-Estrella M, Montaña-Castrejón N, Reyes-Velázquez V, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Rev Biomed* 2006; 17:243-249
7. Castells- Cuixart M, Capdevila-Prim C, Girbau- Solà T, Rodríguez- Caba C. Estudio del comportamiento alimentario en escolares de 11 a 13 años de Barcelona. *Nutr Hosp*. 2006;21(4):517-32.
8. Rodríguez M. Estudio del estado nutricional y conductas alimentarias de pobladores de mayores de 5 años de edad, distrito Chachapoyas, 2008. *Rev enferm Herediana*. 2009; 2(2):93-98
9. Castells M, Capdevila C, Girbau T, y Rodríguez C. Estudio del comportamiento alimentario en escolares de 11 a 13 años de Barcelona. *Nutr Hosp*. 2006; 21(4):517-32.
10. Díaz Benavente M, et al Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Aten Primaria* 2003;32(7):403-9.
11. Urzúa Alfonso Avendaño F, Díaz S, Checura D. Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Rev Chil Nutr* 2010; 37: 282-292
12. Moreno- González M, Ortiz-Viveros G. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica* 2009; 27(2): 181-190.



13. Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C, López, X., Álvarez, G. & Ruiz, A. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo de una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63
14. Medina, M, Ma. E., Borges, G., Lara, M. C, Benjet, C, Blanco, J. J., Fleiz, B. C, Villatoro, U. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L. & Aguilar G. S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental México*, 26(4), 1-16
15. Escoto M, Camacho E. Propiedades psicométricas del test infantil de actitudes alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología* 2008; 25: 99-106.
16. McVey, G., Tweed, S., & Blackmore, E. (2004). Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 1559-1561.
17. Rolland, K., Farnill, D., & Griffiths, R. A. (1997). Body figure perceptions and eating attitudes among Australian school children aged 8 to 12 years. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 273-278.
18. Gil-García E, Ortiz-Gómez T, Fernández-Soto M. Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Aten Primaria*. 2007;39(1):7-13
19. National Center for Health Statistics. CDC Wrought Charts. Unites States. 2000.
20. Saucedo-Molina T, Peña-Irecta A, Fernández-Cortés T, García-Rosales A, Jiménez-Balderrama R. Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Rev Med UV* 2010; 10 (2):Pág. 16-23.
21. Acosta-García M, Gómez-Peresmitré G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *RIPCS/IJCHP* 2003; 3(1): Pág. 9-21
22. Ochoa -Alcaraz S, Villareal-Caballero L, Molina-Rodríguez N, Bayle-Ayensa J. Validación y confiabilidad del body shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de Colima. *ICSa-UAEH*; 4: Pág. 204-216.
23. Vázquez Arévalo, R.; López Aguilar, X.; Álvarez Rayón, G.L., y Oliva Ruiz, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. 11. Núm, 1: 185-197. Enero-Junio
24. Ocampo, M.T.; López, X.; Álvarez, G.L., y Mancilla, J.M. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica con y sin tratamiento alimentario. En F. Peña y R.M. Ramos (Eds.): *Estudios de antropología biológica*, Vol. IX (pp. 521-535). México: Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM.



25. Galán Julio, J. C. (2004). Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: para detectar insatisfacción corporal. Tesis de Licenciatura. México: FES-Iztacala, UNAM
26. Vázquez, R.; Álvarez, G.L.; y Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales CIMEC, en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24.
27. Vázquez R et al. Trastornos del comportamiento alimentario y Factores de Riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista mexicana de psicología* 2005; 22(1): pág 53-63.
28. Correa V María Loreto, Zubarew G Tamara, Silva M Patricia, Romero S María Inés. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77 (2): pág 153-160.
29. Ballester R, Guirado M. Detección de Conductas Alimentarias de Riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema* 2003; 15(4): 556-561.
30. Cusumano, D.L. y Thompson, J.K. Media Influence and Body Image in 8-11-Year-Old Boys and Girls: A Preliminary Report on the Multidimensional Media Influence Scale. *International Journal of Eating Disorders* 2001; 29(1):37-44.
31. Rodríguez S, Cruz S. Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema* 2008; 20(1): 131-13.



CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividad	Enero 2012-Diciembre 2013						
	Enero-Jun	Jul-Ago	Sep-Dic	Ene-Mar	Mar-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic
Elaboración de protocolo	***	***	_____	_____	_____	_____	_____
Autorización por el comité local	_____	_____	***	_____	_____	_____	_____
Prueba de campo	_____	_____	_____	***	_____	_____	_____
Recolección de información	_____	_____	_____	***	***	_____	_____
Bibliografía	***	***	***	***	***	***	***
Análisis de resultados	_____	_____	_____	_____	_____	***	_____
Conclusiones	_____	_____	_____	_____	_____	***	_____
Redacción por escrito	_____	_____	_____	_____	_____	_____	***
Publicación	_____	_____	_____	_____	_____	_____	*** (Dic)

Referencias del cronograma de trabajo:

1. ***: Actividad a realizar
2. ____ : Sin actividad
3.  : Realizado



ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio _____ FECHA: _____
 Escuela: _____ Grado: 1 () 2 () 3 ()
 Nombre de tu escuela: _____ Edad: _____
 Sexo: 1. Femenino () 2. Masculino ()

Tacha o completa la respuesta correcta:

I. La casa donde vives es:	1. Propia () 2. Rentada () 3. De un familiar () especifica _____
II. ¿Quiénes habitan en tu casa?	1. Padre () 2. Madre () 3. Hijos (1) (2) (3) (4) (5) (mas de 6) 4. Otros: especifique _____
III. ¿Qué nivel de escolaridad tiene la madre?	1. Analfabeta () 2. Primaria incompleta () 3. Primaria completa () 4. Secundaria () 5. Preparatoria () 6. licenciatura y mas ()
IV. ¿Cuál es la ocupación de la madre?	1. Campesino () 2. Obrero () 3. Comerciante () 4. Empleado () 5. Ama de casa ()
V. ¿Qué nivel de escolaridad tiene la padre?	1. Analfabeta () 2. Primaria incompleta () 3. Primaria completa () 4. Secundaria () 5. Preparatoria () 6. licenciatura y mas ()
VI. ¿Cuál es la ocupación de la padre?	1. Campesino () 2. Obrero () 3. Comerciante () 4. Empleado ()
VII. El salario corresponde:	1. 1-2 salarios mínimo () 2. 3-4 salarios mínimos () 3. 5-6 salarios mínimos () 4. 7 o más salarios mínimos ()
VIII. Estado civil de tus padres:	1. Casados () 2. Solteros ()



- | | |
|----------------|-----|
| 3. Divorciados | () |
| 4. Viudos | () |
| 5. Unión libre | () |

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS MUJERES

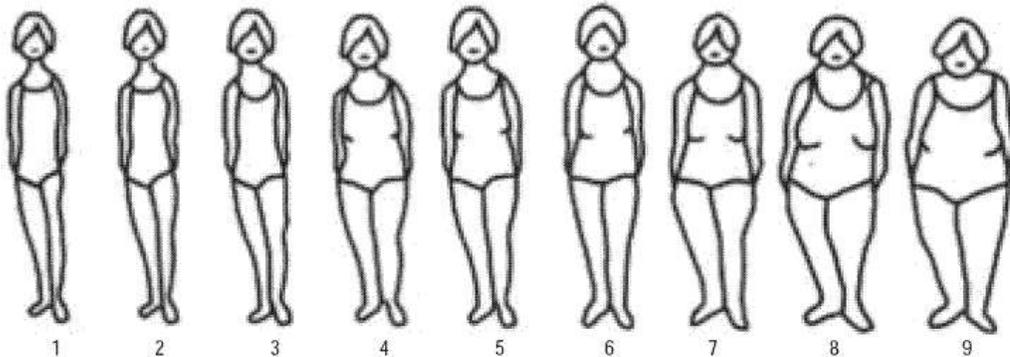
FOLIO

FECHA:

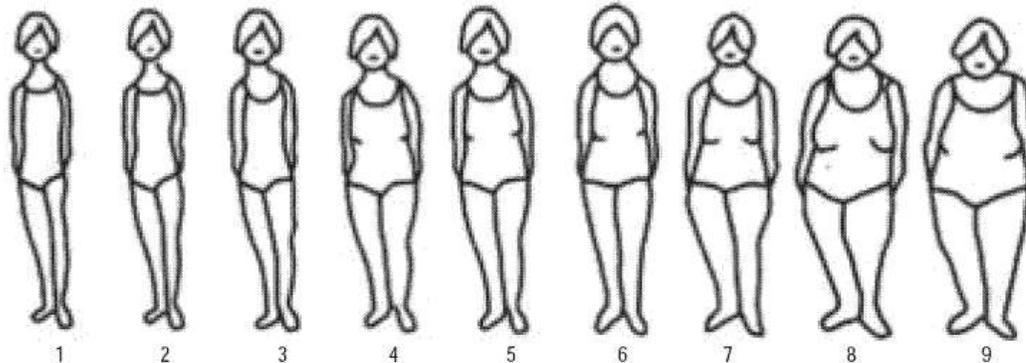
Nombre: _____

Peso: Talla: IMC. PERCENTIL

1. DE LAS SIGUIENTES FIGURAS ELIGE CON UNA CRUZ COMO CREES QUE TE VES:



2. DE LAS SIGUIENTES FIGURAS ELIGE CON UNA CRUZ COMO QUISIERAS VERTE:





HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS HOMBRES

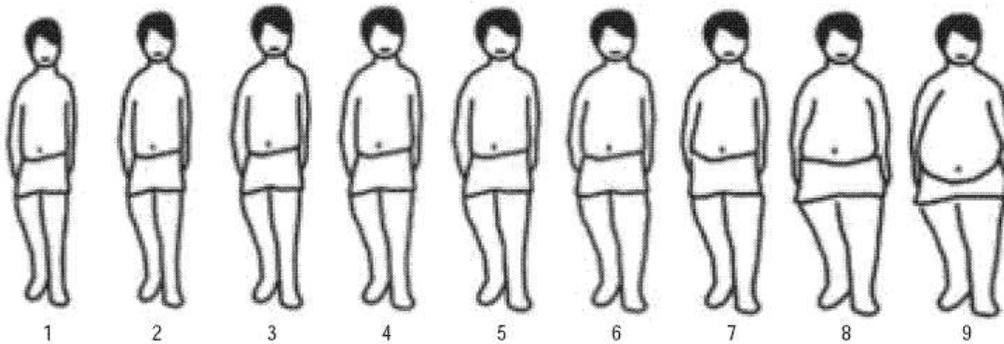
FOLIO _____

FECHA: _____

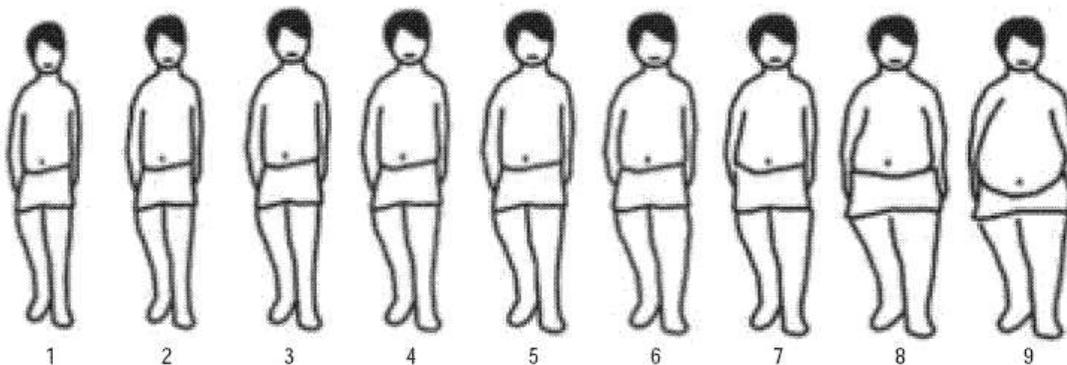
Nombre del niño _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC. _____ PERCENTIL _____

1. DE LAS SIGUIENTES FIGURAS ELIGE CON UNA CRUZ COMO CREES QUE TE VES



2. DE LAS SIGUIENTES FIGURAS ELIGE CON UNA CRUZ COMO QUISIERAS VERTE:





CUESTIONARIO DE CHEAT-26

FOLIO _____

FECHA: _____

Nombre: _____

Elija una respuesta para cada una de las preguntas:

ITEMS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	FRECUENTE MENTE	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Me asusta pesar demasiado						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
3. Paso mucho tiempo pensando en la comida						
4. A veces me he atracado de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento culpable después de comer						
11. Deseo estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Siento que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Me he puesto a dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Me gusta probar comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de comer						
PUNTAJE:						



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes de la zona de influencia de la UMF 66
Lugar y fecha:	Xalapa, Ver. Periodo de marzo 2013- julio 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Considerando que los trastornos de la conducta alimentaria y los padecimientos relacionados con la alimentación son un problema de salud por aumento de la preocupación excesiva de tener una "imagen corporal ideal" y dado que en nuestro medio no se cuenta con estudios que aborden este problema es conveniente iniciar esta línea de investigación para determinar la frecuencia de CAD en adolescentes pertenecientes a la escuela Secundaria X del área de influencia de la clínica 66 del IMSS.
Procedimientos:	Aplicación de Encuesta, toma de peso y talla.
Posibles riesgos y molestias:	Mínimo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Realizar la detección de algún adolescente que se encuentre en riesgo de Padecer Conductas alimentarias de riesgo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al termino del estudio
Privacidad y confidencialidad:	si

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Dra. Tania Marel del Carmen López Chima

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 de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

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

