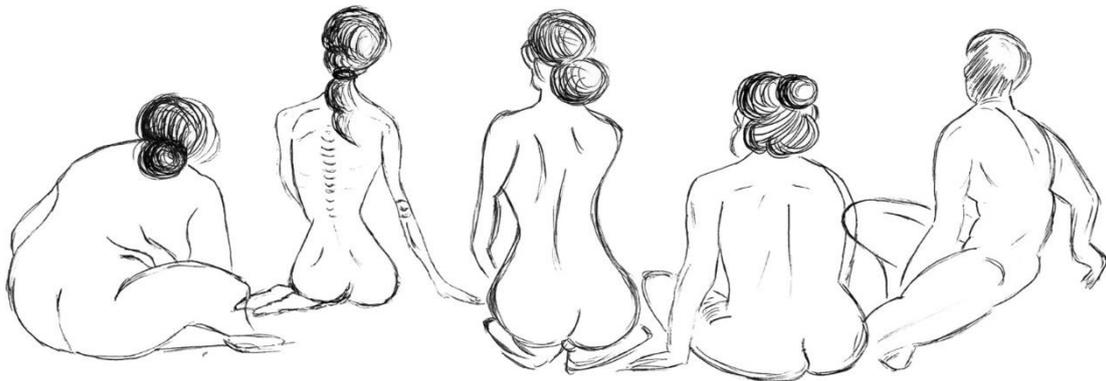


UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO FINAL DE GRADO

MODALIDAD: Pre- Proyecto de investigación



***“Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en
adolescentes pertenecientes a distintas instituciones educativas
de la ciudad de Montevideo”***

Autora: Maira Cardozo Giménez

CI: 4.965.763-6

Tutora. Prof. Adj. María Mercedes Couso Lingeri

Montevideo, 30 de julio de 2015.

INDICE

A. Fundamentación y antecedentes.....	4-6
B. Marco teórico.....	6-8
B1. Psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria.....	8-14
C. Problemas, preguntas y objetivos.....	14-15
C1. Problemas y preguntas de investigación.....	14
C2. Objetivos.....	15
C2.1. Objetivo General.....	15
C.2.2. Objetivos Específicos.....	15
D. Diseño metodológico.....	15
D.1. Metodología.....	15
D.2. Técnicas de recolección de información.....	15-17
D.3. Muestra.....	17-18
D.4. Análisis de datos.....	18
E. Consideraciones éticas.....	18-19
F. Cronograma de Ejecución.....	19
G. Resultados Esperados.....	19
H. Referencias Bibliográficas.....	20-23

Resumen:

El presente pre-proyecto de investigación tiene como propósito estudiar la Prevalencia de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes pertenecientes a instituciones de enseñanza pública y privada (escuela, liceo, UTU) en edades comprendidas entre 12 y 17 años de la ciudad de Montevideo.

La relevancia del tema a abordar está fundamentada por los altos índices de TCA a nivel mundial y la escasez de estudios de Prevalencia sobre este tema en Uruguay.

Se recurrirá a una metodología de investigación cuantitativa para dar respuesta a los objetivos planteados.

La muestra estará conformada por 1000 adolescentes de ambos sexos pertenecientes a las instituciones educativas correspondientes, se hará un prorratio para determinar el número de estudiantes participantes de la muestra y luego se hará un segundo sorteo para determinar las personas que participarán en la misma.

Como técnicas de recolección de información se utilizará: Test de Silueta (que evalúa la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal); Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria (EDI-2) que evalúa síntomas de Bulimia y Anorexia.

La finalidad de este pre-proyecto es contribuir con información acerca de la situación actual de los adolescentes de la ciudad de Montevideo respecto a los TCA, aportar información relevante que contribuya a darle mayor visibilidad a esta problemática y generar antecedentes para posibles nuevas investigaciones en trastornos de la alimentación.

Palabras claves: trastornos de la alimentación, adolescentes, imagen corporal.

A. Fundamentación y antecedentes

Este pre-proyecto de investigación surge del interés de profundizar en aspectos relacionados a los Trastornos de la alimentación (TCA) y como desafío personal para poner en juego lo aprendido durante los años de carrera.

Iniciando una búsqueda bibliográfica al respecto me encuentro con que: “los trastornos de la alimentación constituyen hoy en día la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente juvenil de las sociedades desarrolladas y occidentalizada” (Fundación Imagen y Autoestima, 2008, p.5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que entre las enfermedades mentales de adolescentes y niños se prioricen los TCA dado el alto riesgo para la salud que estos acarrearán (López y Treasure, 2011).

Datos aportados por la Asociación de lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA) revelan que las últimas investigaciones realizadas en Estados Unidos por la Renfrew Center Foundation (RCF) arroja como resultado: 24 millones de personas sufren algún trastorno alimentación, registrándose 1 de cada 5 mujeres que atraviesan la enfermedad, a nivel mundial son 70 millones de personas que luchan por desórdenes alimenticios. La tasa de muerte por Anorexia es 12 veces mayor a las demás causas de muertes registradas en mujeres (ALUBA, 2012).

Diversos estudios demuestran la elevada prevalencia de TCA a nivel mundial: 1% de mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales presentan Anorexia Nerviosa, el 3% Bulimia Nerviosa y el 5% Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (Grupo Albor- Cohs, 2012), otro estudio realizado en Zaragoza (1998) sobre una población adolescente de entre 12 y 18 años establece: el 16.32% de mujeres y el 3.3% de varones pueden considerarse población de riesgo (Turón, V. y Turón, L.,2005); en Argentina el 6.95% de los adolescentes de entre 10 y 19 años que asisten al consultorio pediátrico presentan algún trastorno de la conducta alimentaria (Rutzstein, Murawski, Elizathe y Scappatura, 2010); Toro (2004) citado en Fundación Imagen y Autoestima (2008) afirma que se encuentran 8 casos nuevos por de Anorexia Nerviosa y 12 para Bulimia Nerviosa cada 100.000 habitantes.

Respecto al sexo investigaciones respaldan que las mujeres son más propensas a transitar un TCA: un estudio realizado en el distrito de Avellaneda con estudiantes del sexo femenino reveló una prevalencia de trastornos de la alimentación de un 18.8% (Quiroga y Vega, 2003).

El creciente aumento de los TCA ha provocado que los médicos la describan como una “epidemia silenciosa”. Se ha llegado a plantear que se puede contagiar, es lo que denominan como “niñas portadoras”, que son quienes con su obsesión y su preocupación por la belleza y la estética, pueden hacer que otras niñas enfermen (Alonso, 2006).

Jones y Bennet (2001) citado por Calaf, León, Hilerio y Rodríguez (2005) plantean que el 80% de las chicas con peso y estatura normal desean pesar menos, lo que puede indicar un factor de riesgo psicológico para la aparición de trastornos de la alimentación, Magnato y Cruz (2000) en lo que indaga insatisfacción corporal mantienen: el 59% de las mujeres no está satisfecha con su imagen y en el caso de los hombres el porcentaje de insatisfacción es del 4.9%. La insatisfacción de las mujeres está justificada en el deseo de verse más delgadas. Las mujeres tienen 6 veces más posibilidades de padecer un trastorno de la alimentación que los hombres (15.2% hombres, 84.8% mujeres); en España (2008) investigaciones que buscan determinar la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en función del género constataron que las mujeres presentan un 90.2% de distorsión, en el caso de los hombres el 40% no presenta distorsión (Magnato y Cruz, 2000).

Una encuesta realizada en el año 2007 por Equipos Mori, para la Empresa Dove, dirigida a mujeres uruguayas, demostró que el 54% de las mujeres mayores de 18 años tienen baja autoestima o intermedia y en jóvenes de 15 a 17 años el porcentaje es mayor (64%), lo que equivale a que 49.000 adolescentes se sienten “feas, gordas, con el color o tipo de pelo que no desean, la nariz así o asá, la dentadura o las pecas”. Hay 34.000 adolescentes que proyectan pasar por el bisturí y un 27% de las uruguayas ya no visitan las playas de Montevideo por considerar que tienen problemas con su imagen (Equipos Mori, 2007).

Los medios de comunicación tienen gran influencia sobre la insatisfacción de la imagen corporal ya que estamos expuestos constantemente a la pugna, la exposición, comparación, tanto de mujeres como de hombres que representan con sus cuerpos ideales de belleza prácticamente inalcanzables y que solo fomentan una cultura de la

delgadez y promueven la sintomatología de los trastornos alimenticios (López, C., García, A., Migallón, P., Pérez, A., Ruiz, C y Vásquez, C. 1999).

Tiggerman, Vaughan y Foust (2003) citados por Jiménez y Silva (2010) realizaron estudios para evaluar la relación entre la exposición frecuente o breve a revistas o programas televisivos y el aumento de estados de ánimo displacenteros y constataron que la lectura habitual de revistas está relacionada con la internalización de la delgadez y con los síntomas de TCA. Por lo que estos fundamentos pueden ser considerados como factores de riesgos sociales para la aparición de TCA.

Por lo expuesto anteriormente considero oportuno generar conocimiento sobre los Trastornos de la alimentación ya que en Uruguay no se encuentran estudios sobre Prevalencia en esta población.

B. Marco Teórico

Diversos estudios señalan a la adolescencia como etapa de aparición de TCA (Grupo Albor-Cohs, 2012; López y Treasure, 2011; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) haremos una aproximación teórica de este período etario teniendo en cuenta algunos aspectos que hacen a la vida de estos jóvenes: concepto de adolescencia, alimentación e imagen corporal.

Para determinar el período de edades tomaremos en cuenta lo planteado por UNICEF (2011) que considera la adolescencia comprendida entre los 10 y 19 años.

Según Aberastury (1994) los adolescentes transitan durante esta etapa por situaciones de mucha inestabilidad lo que va a configurar una identidad semipatológica denominada “síndrome normal de la adolescencia” que es perturbado y perturbador para el mundo adulto pero a su vez necesario para el adolescente que está en ese proceso construyendo su identidad.

Freud, A. en Aberastury (1994) plantea que establecer el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia es muy difícil, considera que toda la conmoción de este período es normal, señala que lo anormal sería un equilibrio estable durante el proceso adolescente.

Esta población “presenta una especial vulnerabilidad para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, amigos y toda la sociedad. Es decir, es el

receptáculo propicio para hacerse cargo de los conflictos de los demás y asumir los aspectos más enfermos del medio en el que actúa” (Aberastury, 1994).

Esta misma autora plantea que el adolescente atraviesa 3 duelos:

- Duelo por el cuerpo infantil perdido
- Duelo por el rol y la identidad infantil
- Duelo por sus padres de la infancia

Rosenblum y Lewis (1999) consideran que entre los 13 y 18 años la satisfacción corporal disminuye porque entra en juego el ideal de belleza. Esa sensación baja al pasar el tiempo en los hombres y aumenta en las mujeres. Esta insatisfacción corporal promueve el comienzo de una dieta restringida para bajar de peso y es también factor importante en el posible desarrollo de trastornos alimenticios posteriores (Fundación Imagen y autoestima, 2008).

La alimentación es fundamental en el desarrollo del sujeto y por ende fundamental en el desarrollo psicológico: “a través de la alimentación el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, bienestar y afecto” (Turón, V. y Turón, L, 2005, p.1).

El niño desde su nacimiento conoce el mundo a través de la boca. La primera relación que establece lo hace con quien lo alimenta. Por ello alimentación y emociones se encuentran estrechamente relacionadas. Cuando el niño crece en un ambiente donde se resuelven las situaciones de malestar con alimentos (por exceso o por defecto) se instalará en él una incapacidad para reconocer cuando debe comer por hambre, o si come para intentar ocultar situaciones conflictivas.

Corral (1999) plantea que las personas ante situaciones displacenteras tienden muchas veces a buscar satisfacción en la comida y esta se convierte “en un proceso de significados y emociones” (López et al, 1999, p.108).

Abramson (citado en López et al, 1999, p.108-109) observaba que los niños utilizan con frecuencia la comida para controlar a sus padres y marcar su independencia: “comer o no comer llega a establecerse como fuente de poder o como la única forma en la que se pueden expresar emociones totalmente normales como el enfado o la ira”

Para entender de qué hablamos cuando decimos imagen corporal tomaremos a Benfield y Mc Cabe (2002) quienes se desempeñan en el área de la psicología y de la psiquiatría que definen a la imagen corporal como la representación mental que se

tiene de su propio cuerpo, tamaño y forma, influenciado por factores socioculturales, biológicos y personales incluyendo aspectos perceptivos, cognitivos, afectivos y conductuales (Calaf, León, Hilerio y Rodríguez, 2005).

Se habla de alteración de la imagen corporal cuando la persona utiliza juicios y calificativos sobre su cuerpo que no coinciden con las características reales (Sepúlveda, Botella y León, 2001)

Algunos estudios demuestran que la percepción de la imagen corporal es más importante que el peso real de una persona: “el sentirse gorda/o tiene más relevancia que estar gorda/o. La percepción de la imagen corporal es parte integral del funcionamiento de una persona y una distorsión de la misma puede llevar o contribuir a una posición más seria, como son los TCA” (Calaf, León, Hilerio y Rodríguez, 2005).

B1. Psicopatología de los Trastornos de la Conducta alimentaria

En este apartado se expondrán algunas teorías desde el psicoanálisis a modo de lograr una mayor aproximación al tema, se tomará como referencia para esta investigación el Manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM V (2014).

Los Trastornos de la conducta alimentaria tienen sus orígenes en los primeros vínculos “es decir el escenario de los conflictos arcaicos, pasando por la estructura del Edipo y conflictos para lograr la identidad femenina” La identidad femenina se sostiene por soportes narcisistas que provienen del contexto familiar, pero si estos desde el comienzo son insuficientes o negativos, provocan una fragilidad constitutiva. Por ello, en la adolescencia cuando la sociedad le impone un paradigma de belleza, sobre esa fragilidad, se le genera una idea de belleza inalcanzable. (Bagattini, 1998, p.5).

Niños que desde su infancia son rechazados por no colmar las expectativas de sus progenitores, son un factor de riesgo para el desarrollo de estas u otras patologías (Bagattini, 1998).

La privación oral temprana (conexión emocional entre la madre y el bebé) provoca la necesidad insatisfecha de otro (objeto). Esta necesidad insaciable es común en la bulimia y disociada en la anorexia. En la bulimia hay un hambre de un “otro” que no sea realmente otro, sino que este siempre presente, que sepa lo que siente y lo que

necesita, sin tener que expresarlo. Busca la fusión con un objeto maternizado que represente aquel objeto que en su desarrollo psíquico temprano falló. Los atracones en estos casos representan la necesidad de llenar un vacío que no fue colmado en el desarrollo psíquico inicial. Estos atracones son seguidos por un rechazo total a los alimentos que son expulsados del cuerpo a través del vómito. (Bagattini, 1998).

Chandler (2007) médico psiquiatra argentino de orientación psicoanalítica plantea que en la anorexia hay un modo de formación reactiva psíquica con la finalidad de negar esa necesidad, denominado desmentida, es una creencia de una realidad al borde del delirio, que solo existe para la persona, que se aferra a un mundo donde se erotiza el vacío y no llenarlo es considerado una virtud.

Bagattini (1998) afirma la desmentida como mecanismo de defensa, no solo desmentir la delgadez sino también la posibilidad de la muerte. Es la desmentida de la dependencia del objeto (materno) negando así toda posibilidad de desamparo. En la anorexia juega así: “ya lo sé (estoy muy delgada y tengo hambre), pero aun así me veo gorda, lo que expresaría, ya lo sé (que te necesito objeto-madre) pero aun así puedo prescindir de ti y de este modo no tengo miedo a perderte. La dependencia del objeto materno se muestra con toda su destructiva intensidad (Bagattini, 1998, pp. 6).

Según Freud, S (1915) el bebé intenta al comienzo de su experiencia nutricional “devorar” al ser amado/necesitado o sea el pezón- pecho y su contenido. Luego esta función se irá automatizando y el infante podrá ir separando el bienestar o el placer de la función materna y la meta puramente instintiva que la función alimentaria busca. La madre es quién le enseña al niño a hallar ese placer en la satisfacción de sus necesidades biológicas (Chandler, 2007).

Para llevar adelante este pre-proyecto tomaremos como referencia al Manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM V que clasifica estos trastornos en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. “Los trastornos de la alimentación y el comer se caracterizan por una alteración persistente del comer o relacionado a la conducta alimentaria que se traduce en la alteración del consumo o la absorción de alimentos y causa un deterioro significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 329).

Actualmente la anorexia y la bulimia son entendidas como “toxicomanías sin droga” o “adicciones comportamentales”, conductas adictivas que tienden a auto-reforzarse y reorganizan el funcionamiento psíquico del sujeto, adquiriendo un curso evolutivo propio (García, 2011).

Estas personas si bien su vida gira entorno a ese objeto (alimento) luchan por expulsarlos de sus vidas, atentando en contra su propio instinto de conservación (comer para vivir). Prefieren depender de un objeto que puedan controlar (ayuno o sustancia) y no de alguien que pueda abandonarlos.

Tanto en las adicciones como en estos trastornos se busca la satisfacción ante el fracaso que se les plantea en esa etapa de la vida que es la adolescencia (Chandler y Rovira, 2008).

ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia nerviosa fue definida como un problema médico a fines del siglo XVII por Richard Morton (López y Treasure, 2011).

López y Treasure (2011) realizan un cuadro comparativo de los conceptos planteados por el DSM IV y los cambios realizados por el DSM V respecto a la anorexia nerviosa:

Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según DSM IV	Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según DSM V
<p>a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla. (Ej.: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% esperable, o fracaso por conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p>	<p>a. Restricciones del consumo energético relativos a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y su estatura.</p>
<p>b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p>	<p>b. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.</p>

c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autovaloración o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autovaloración o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
d. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ej. Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.	d. Se elimina el criterio de amenorrea.

Según el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los criterios determinan tipos específicos de anorexia nerviosa:

a) Restictivo: en los últimos tres meses, la persona no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos autoprovocados, utilización de laxantes, diuréticos, etc.)

b) Tipo con atracones /purgas: en los últimos 3 meses la persona ha atravesado por atracones o purgas (vómitos autoprovocados, utilización de laxantes, diuréticos, etc.).

Caracterizado por una anomalía en la cantidad de alimentos ingeridos que por un deseo de nutrientes específicos.

Gravedad actual:

El DSM V postula el Índice de Masa Corporal (IMC) para determinar la gravedad de la enfermedad:

- ✓ Leve: IMC ≥ 17 kg/m²
- ✓ Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²
- ✓ Grave: IMC 15–15,99 kg/m²
- ✓ Extremo: IMC < 15 kg/m²

BULIMIA NERVIOSA

Con respecto a la Bulimia Nerviosa (BN), Rusesell en año 1979 fue quien habló por primera vez de este trastorno. Se caracteriza por eventos de ingesta descontrolada de alimentos, seguida por conductas que tienen la función de anular los alimentos (vómito, uso de laxantes) (Turón, V y Turón, L, 2005).

Tiene su aparición entre los 18 y 20 años, en momentos de vulnerabilidad psicológica, circunstancias de inhibición o depresión. Se explica como una sensación de vacío que exige ser cargado de alimentos de manera impulsiva, descontrolada, hasta llegar al malestar físico (García, 2011).

López y Treasure (2011) presentan un cuadro comparativo de los conceptos planteados por el DSM IV y los cambios que se realizaron para el DSM V sobre categorías diagnósticas para la Bulimia nerviosa:

Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa DSM IV	Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa DSM V
<p>a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón caracterizado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej. En un período de dos horas) en cantidad superior a la que las demás personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej. sensación de no poder dejar de comer o de no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). 	<p>a. Se mantiene el criterio utilizado en el DSM IV</p>
<p>b. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.</p>	<p>b. Se mantiene el criterio utilizado en el DSM IV</p>
<p>c. Los atracones y las conductas inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p>	<p>c. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de 3 meses.</p>
<p>d. Autovaloración exageradamente influida por el peso y siluetas corporales.</p>	<p>d. Se mantiene el criterio utilizado en el DSM IV</p>

Especificar si:

En remisión parcial: luego de cumplirse con anterioridad todos los criterios diagnósticos para la Bulimia nerviosa, algunos no todos no se cumplieron por un período continuado.

En remisión total: luego de haberse cumplido con anterioridad los criterios diagnósticos para la Bulimia nerviosa, ninguno se ha cumplido por un período continuado.

Gravedad actual:

La gravedad se sostiene en la cantidad de conductas compensatorias inapropiadas:

- ✓ Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- ✓ Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- ✓ Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- ✓ Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Trastorno por atracón

Criterios diagnósticos para el DSM V
A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las siguientes características: 1. Comer, en un período discreto de tiempo (por ejemplo, dentro de cualquier período de 2 horas), una cantidad de la comida que es definitivamente más grande que lo que la mayoría de la gente podría comer en un período similar de tiempo bajo circunstancias similares. 2. Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, la sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cómo está comiendo).
B. Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes: 1. Comer mucho más rápido de lo normal. 2. Comer hasta sentirse incómodamente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente físicamente hambriento. 4. Comer solo a causa de sentirse avergonzado por cuánto se está comiendo. 5. Sentirse disgustado consigo mismo, deprimido, o muy culpable después.
C. Se presenta una angustia marcada con respecto a los atracones
D. Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses.
E. El atracón no se asocia con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa y no ocurre exclusivamente durante el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Especificar si:

En Remisión parcial: luego de cumplirse todos los criterios para trastorno por atracón, los atracones de alimentos se producen con una frecuencia de media de menos de un episodio por semana en un período de tiempo continuo.

En remisión total: luego de que los criterios por trastornos de atracón se cumplieron con anterioridad, ninguno de los criterios se han cumplido durante un período continuo.

Especifique la gravedad actual:

El mínimo de gravedad se da por episodios de atracón.

- ✓ Leve: 1-3 atracones por semana.
- ✓ Moderado: 4-7 atracones por semana.
- ✓ Severo: 8-13 atracones por semana.
- ✓ Extreme: 14 o más episodios de atracones por semana. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

C. Problema, preguntas y objetivos

C.1. Problema y preguntas de investigación

Ante la escasez de estudios sobre Prevalencia de Trastornos de la Alimentación en Uruguay y la preocupación a nivel mundial por el aumento de estos trastornos en adolescentes, considero necesario realizar un estudio para establecer la Prevalencia de TCA en adolescentes pertenecientes a la educación pública y privada en edades entre 12 y 17 años de la ciudad de Montevideo.

Este pre-proyecto de investigación busca establecer presencia o no de síntomas de TCA, establecer relaciones entre variables sociodemográficas y alteración de la imagen corporal.

Las preguntas que guiarán esta investigación son:

¿Cuál es la prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes de la ciudad de Montevideo?

¿Cuál es la percepción que tienen de su cuerpo los adolescentes y si esta percepción coincide con el índice de masa corporal (IMC) correspondiente?

¿Cuál es la relación entre las variables sexo, edad, alteración de la percepción de la imagen corporal y síntomas de TCA?

C.2. Objetivos:

C.2.1. Objetivo General

- ✓ Establecer la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes pertenecientes a distintas instituciones educativas en edades de 12 a 17 años en la ciudad de Montevideo.
- ✓ Evaluar si las variables sexo, edad, índice de masa corporal, alteración de la percepción del peso corporal son factores de riesgos para los TCA.

C.2.2. Objetivos específicos

- ✓ Determinar la prevalencia de los TCA en la población estudiada
- ✓ Estudiar la relación entre el índice de masa corporal de los adolescentes participantes y la percepción individual de su peso recogido a través del test de silueta
- ✓ Comprobar la relación existente entre sexo y síntomas de los trastornos alimenticios
- ✓ Analizar la relación existente entre la variable índice de masa corporal, percepción del peso corporal y síntomas de TCA.

D. Diseño metodológico

D.1. Metodología

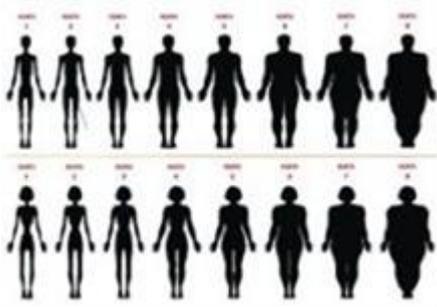
Este pre-proyecto de investigación propone una metodología de investigación cuantitativa de corte transversal para dar cuenta de los objetivos planteados.

Es un estudio correlacional- causal ya que busca determinar relaciones entre variables (Hernández, R. Fernández, C y Baptista, M, 2013).

D2. Técnicas de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos seleccionados para este pre-proyecto son los siguientes:

- 1. Variables sociodemográficas:** edad, curso, peso y altura



2. Test de silueta (Cruz, S y Maganto, C, 2003)

con este test se evalúa la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal de adolescentes entre 14 y 18 años de ambos sexo.

Analiza el modelo estético corporal de los participantes.

Tiempo de aplicación: 10 minutos

aproximadamente. Consta de ocho figuras femeninas y ocho masculinas que van progresivamente aumentando su silueta al incrementarse su peso.

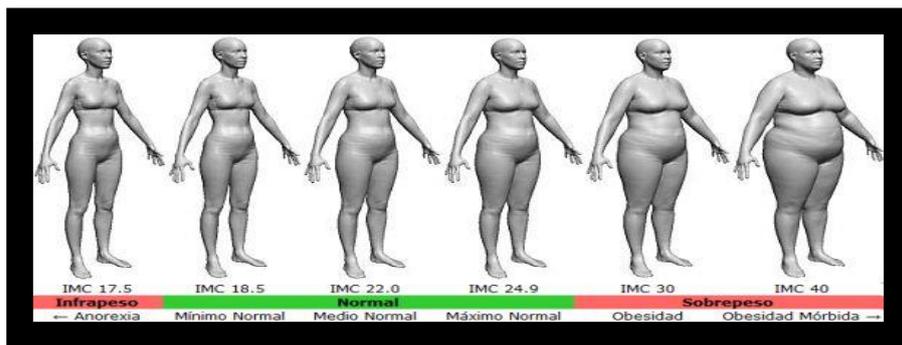
El test consta de 8 ítems que el adolescente debe contestar:

- 1) De las figuras masculinas que se les presentan ¿cuáles considera que son normales, delgadas o gordas?
- 2) De las figuras femeninas presentadas ¿cuáles considera normales, delgadas o gordas?
- 3) ¿Con cuál figura representaría su peso actual?
- 4) ¿Qué figura te agradecería tener?
- 5) ¿Cuál te gustaría para tu pareja?
- 6) ¿Qué figura crees que elegiría el sexo contrario como pareja?
- 7) A tu madre: ¿Qué figura le gustaría que tuvieras?
- 8) ¿Y a tu padre?

Con el ítem 3 evalúa si el peso real (tomando como medida estándar el Índice de Masa Corporal (IMC) se ajusta al peso que percibe como su peso actual valorado a través de las figuras del Test de Silueta. A dicha incompatibilidad se le denomina distorsión.

3. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de relación entre el peso y la altura que se utiliza frecuentemente para calcular el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su altura en metros (kg/m²).

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA}^2}$$



(OMS, 2015).

4. Inventario de la conducta alimentaria EDI-2. (Garner, 1998) Cuestionario de autoinforme que consta de 91 ítems que evalúan aspectos relacionados con la conducta alimentaria principalmente bulimia nerviosa y anorexia nerviosa.

Se puede aplicar a partir de los 11 años. Sus puntuaciones se presentan en 11 escalas muy importantes para los Trastornos alimenticios: tres miden conductas y actitudes relacionadas a la comida, el peso y el tipo: obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal, cinco generales que son los constructores organizativos o rasgos psicológicos como: desconfianza interpersonal, ineficacia, conciencia interoceptiva, perfeccionismo, miedo a la madurez y tres adicionales: ascetismo, inseguridad social e impulsividad.

Los elementos redactados en el cuestionario puntúan del siguiente modo: Siempre =3; Casi siempre = 2; A menudo= 1; A veces = 0; Pocas veces = 0; Nunca= 0.

En los elementos que son escritos en forma negativa las puntuaciones se invierten.

Cada ítem participa en una sola de las 11 escalas y la puntuación directa de cada escala se obtiene sumando los puntos atribuidos a los elementos de la misma.

En lo que refiere a la aplicación de cada escala tiene una evaluación continua y cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la manifestación del rasgo evaluado.

El tiempo de aplicación es de aproximadamente de 20 minutos.

D.3. Muestra

La muestra de este estudio tendrá como finalidad ser representativa de la población estudiada, en este caso adolescentes pertenecientes a la educación pública y privada (escuelas, liceos y UTU) en edades entre 12 y 17 años de la ciudad de Montevideo.

La elección de la población objetivo fue determinada por datos aportados por bibliografía consultada sobre el tema que enfatiza la aparición de Trastornos de la alimentación en la población adolescente (Grupo Albor-Cohs, 2012).

Se tomarán en cuenta todos los centros educativos: escuelas, liceos y UTU públicos y privados de la ciudad de Montevideo y se hará un prorrateo para determinar el número de estudiantes entre 12 y 17 años que participarán en la muestra, luego se hará un segundo sorteo para determinar las personas que participarán en la muestra.

Según datos aportados por el Censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (2011) la población adolescente que asiste a centros de enseñanza públicos y privados en edades comprendidas entre 12 y 17 años en Montevideo es un total de 83.849 adolescentes, de ellos 57.555 concurren a centros educativos públicos y 26.294 concurren a centros privados de enseñanza.

La muestra estará compuesta aproximadamente por 1000 adolescentes de ambos sexos.

D.4 Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS.

Se analizarán prevalencias, medias y desviaciones típicas y correlaciones entre variables.

E. Consideraciones Éticas

Este estudio se registrará por consideraciones éticas respectivas a la investigación con seres humanos regulada a nivel nacional por el decreto del Poder Ejecutivo N° 379/008 del 4 de agosto de 2008 que establece:

- El consentimiento libre e informado de los sujetos que participan en la investigación y la protección de grupos vulnerables y los legalmente incapaces. Respetando siempre la dignidad e integridad de los participantes.

- Asegurar la confidencialidad y la privacidad, protección de la imagen y la no estigmatización, siempre bajo la garantía de no perjudicar a la persona o comunidad.

Se registrará a su vez por la ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y acción de "habeas data" del 11 de agosto del 2008 reglamentada por el decreto 414/009 del 31 agosto de 2009 de la cual se tomarán los siguientes principios:

- Principio de veracidad: los datos personales deberán ser veraces, exactos y serán actualizados en la medida que fuese necesario.

-Principio de finalidad: los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente con la finalidad expuesta al comienzo de investigación.

- Principio de previo consentimiento informado: aquellos que participen en el estudio deberán dar su consentimiento libre, previo e informado y este consentimiento será documentado.

Principio de seguridad de datos: se tomarán las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la confidencialidad de datos personales.

F. Cronograma de ejecución:

MESES												
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica y de antecedentes	■	■	■									
Coordinación con el equipo de trabajo		■	■	■								
Selección de participantes de la muestra			■	■								
Aplicación de técnicas				■	■	■	■	■	■			
Análisis de información										■	■	
Elaboración del informe										■	■	■

G. Resultados esperados:

Este pre-proyecto de investigación busca aportar datos sobre prevalencia de trastornos de alimentación en adolescentes entre 12 y 17 años de la ciudad de Montevideo.

Espera contribuir con información relevante sobre el tema que permita darle la visibilidad que merece esta problemática.

Servir como antecedente para posibles nuevas investigaciones en el campo de los trastornos de la alimentación.

H. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury, A. (1994). *La adolescencia normal: Un Enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós

Alonso, J. (2006). *Trastorno de la conducta alimentaria y Deporte*. Recuperado de: http://www.tcasevilla.com/archivos/trastornos_de_la_conducta_alimentaria_y_deporte1.pdf

Asociación de lucha contra la Bulimia y la Anorexia. (2012). *ALUBA da a conocer estadísticas de la Renfrew Center Foundation (RFC)*. Recuperado de <http://www.hacercomunidad.org/escribi/articulo/13926>

Bagattini, C. (1998). *Trastornos severos de la alimentación: Anorexia Nerviosa & Bulimia*. Recuperado de <http://clinicauno.com/descargas/Trastornos%20severos%20de%20alimentacion.pdf>

Bagattini, C. (2002). *Trastornos Alimentarios Severos: El proceso de Enfermar*. Recuperado de <http://clinicauno.com/publicaciones.php>

Calaf, M., León, M., Hilerio, C. y Rodríguez, J. (2005). Inventario de imagen corporal para féminas adolescentes (IICFA). *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (3), 347- 354. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2989468>.

Chandler, E. (2007) *.Aspectos psicológicos de la conducta alimentaria normal y patológica*. Recuperado de <http://www.eduardochandler.com.ar/sites/all/files/aspectos-psico-conducta-alimentaria.pdf>

Chandler, E. y Rovira, B. (2008). Restricción Anoréxica y Toxicomanías: Semejanzas y Diferencias. *Revista de la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA)*, 19(2). Recuperado de <http://www.eduardochandler.com.ar/sites/all/files/restriccion-anorexica-y-toxicomanias-saota.pdf>

Chandler, E. (2011). La distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: Enigma clínico y desafío terapéutico. *Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición*, 1 (4), 1-29. Recuperado de <http://www.eduardochandler.com.ar/sites/default/files/Imagen%20corporal-Revista-SAN.pdf>

Cruz, S., Magnato, C. (s.f.). *El Test De Siluetas: Un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes*. Universidad del país Vasco. Recuperado de <http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/siluetas>

Equipos Mori. (2007, 22 de abril). Espejito ¿quién es más bella?. El País Digital Recuperado de http://histórico.elpais.com.uy/Suple/DS/07/04/22/sds_276438.as

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La adolescencia una época de oportunidades. En Estado mundial de la infancia 2011*. Recuperado de http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

Fundación Imagen y Autoestima. (2008) *Cuando no gustarse hace enfermar*. Recuperado de <http://www.fima.org/fitxer/379/Informe%20IMA%20Cuando%20no%20gustarse%20hace%20efermar.pdf>

García, M. (2011). Trastornos de la alimentación en la adolescencia. *Revista de la sociedad uruguaya de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*, (1), 102-108. Recuperado de http://www.supia.org.uy/SUPIA_N1.pdf

Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2*. Madrid: TEA.

Grupo ALBORH- COHS. (2012). *Trastorno de la conducta alimentaria*. Recuperado de: <http://psicosanse.es/wpcontent/uploads/PDF/MasterModuloalimentacion2012.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadísticas Uruguay. (2011). *Censo 2011*. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>

Jiménez, B. y Silva, C. (2010). *Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias*. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/02-26_1.pdf

López Ibor, J.J y Valdez Miyar, M, (Eds.) (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson

López, C y Treasure, J. (2011). Trastorno de la Conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Condes*, 22(1), 85-96. Recuperado de http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf

López, C., García, A., Migallón, P. Pérez, A. y Ruiz, C. Vásquez, C. (1999). *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. Recuperado de http://www.fhspereclaver.org/userfiles/file/quia_nutricion_saludable.pdf

Magnato, C. Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-56. Recuperado de <http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/14a.pdf>

Miranda, A. Méndez, N. (2000). Trastorno de la Alimentación. *Médica Sur*, 7(4). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2000/ms004c.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Rutzstein, G., Maglio, A. Murawski, B., Leonardelli, E., Sarudiansky, M., Arana, F. Stazone, N. (2008). Trastorno de la alimentación: identificación de casos en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. *XV Jornadas de*

investigación y Cuarto encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur.
Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-032/159.pdf>

Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. y Scappatura, M. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires: Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de trastorno alimentario* .1 (1), 48-61. Recuperado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3652249.pdf

Sepúlveda, A. Botella, J. y León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13 (1), 7-16.
Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/407.pdf>

Turón, V y Turón, L. (2005). *¿Qué son los trastornos de la alimentación?* Recuperado de http://www.aeetca.com/descargas/Manual_TCA.pdf

Uruguay. Poder Ejecutivo (2008). *Decreto 379/008*. Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/decreto-investigacion-con-seres-humanos.pdf>

Uruguay. Poder Legislativo (2008). *Ley N° 18331: Protección de Datos Personales y acción de "habeas data"*. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18331&Anchor=>