

*Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 16, Mexicali, Baja California, México, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Unidad de Medicina Familiar (UMF) Número 28, Mexicali Baja California, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). * Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de Medicina Mexicali. **** Docente Instituto Tecnológico Nacional de México (TecNM), Campus Mexicali.

Recibido: 29-01-2023

Aceptado: 30-05-2023

Correspondencia:

Dra. María Elena Haro Acosta

Correo electrónico:

eharo@uabc.edu.mx

Asociación del entorno familiar con el riesgo de anorexia o bulimia en un grupo de adolescentes de Mexicali, México

Associação do ambiente familiar com o risco de anorexia ou bulimia em um grupo de adolescentes de Mexicali, México

Association of the Family Environment with the Risk of Anorexia or Bulimia in a Group of Adolescents from Mexicali, Mexico

Karen Ibeth Rosas Salinas, * Guadalupe Ortega Vélez, ** María Elena Haro Acosta, *** Rafael Iván Ayala Figueroa.****

Resumen

Objetivo: Asociar el riesgo de anorexia o bulimia con el entorno familiar en un grupo de adolescentes. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal y de correlación en adolescentes de 15-19 años que acudieron a recibir atención médica en la Unidad de Medicina Familiar número 16 de Mexicali, Baja California, México. Se incluyeron 50 adolescentes mediante un muestreo no probabilístico por cuotas en el período de enero a diciembre del año 2022. Se aplicaron las escalas validadas: Test EAT 26, para detectar el riesgo de presentar Anorexia y/o Bulimia y la “Escala de Clima Familiar”. **Resultados:** El riesgo de presentar trastorno de conducta alimentaria predominó en las mujeres. Características generales: 68% de las participantes eran mujeres, 36% de las participantes tenían 15 años, el 38% tuvo peso normal y el 24% sobrepeso. Se observó asociación de riesgo de presentar anorexia y/o bulimia con el entorno familiar (prueba de Fisher de 22.815, p<0.001). **Conclusiones:** Un entorno familiar malo o no favorable propicia el riesgo de presentar anorexia y/o bulimia en adolescentes por lo que se deben detectar estas enfermedades tempranamente.

Palabras clave: Adolescente, Anorexia, Bulimia, Clima familiar.

Abstract

Objective: To associate the risk of anorexia or bulimia with the family environment in a group of adolescents. **Methods:** A cross-sectional and correlation study was carried out in adolescents aged 15-19 years who came to receive medical attention at the Family Medicine Unit number 16 in Mexicali, Baja California, Mexico. 50 adolescents were included through a non-probabilistic sampling by quotas in the period from January to December of the year 2022. The validated scales were applied: Test EAT 26, to detect the risk of presenting Anorexia and/or Bulimia and the “Family Climate Scale”. **Results:** The risk of presenting eating behavior disorder was predominant in women. General characteristics: 68% were women,

36% of participants were 15 years old, 38% had normal weight, and 24% were overweight. An unfavorable family environment is a risk factor associated with bulimia and anorexia in adolescents. (Fisher's test of 22.815, p<0.001). **Conclusions:** A bad or unfavorable family environment favors the risk of presenting anorexia and/or bulimia in adolescents, so these diseases must be detected early.

Keywords: Adolescent, Anorexia, Bulimia.

Resumo

Objetivo: Associar o risco de anorexia ou bulimia ao ambiente familiar em um grupo de adolescentes. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal e correlacional em adolescentes de 15 a 19 anos que vieram receber atendimento médico na Unidade de Medicina Familiar número 16 em Mexicali, Baja California, México. Foram incluídos 50 adolescentes por amostragem não probabilística por cotas no período de janeiro a dezembro do ano de 2022. Foram aplicadas as escalas validadas: Teste EAT 26, para detectar o risco de apresentar Anorexia e/ou Bulimia e o “Clima Familiar Escala”. **Resultados:** O risco de apresentar transtorno alimentar prevaleceu nas mulheres. Características gerais: o sexo feminino ocupou 68%, a idade de 15 anos em 36%, 38% com peso normal e 24% com sobrepeso. Observou-se associação de risco de apresentar anorexia e/ou bulimia com o ambiente familiar (teste de Fisher de 22,815, p<0,001). **Conclusões:** Um ambiente familiar ruim ou desfavorável favorece o risco de apresentar anorexia e/ou bulimia em adolescentes, portanto essas doenças devem ser detectadas precocemente.

Palavras-chave: Adolescente, Anorexia, Bulimia.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), constituyen un grupo de desórdenes psicológicos graves, como son la anorexia y la bulimia.¹ La anorexia es

la restricción en la ingesta de calorías, con relación a los requerimientos basales, lo que lleva a una pérdida significativa de peso; generalmente estos pacientes tienen alteración en la imagen corporal y miedo excesivo de ganar peso. La bulimia es un trastorno purgativo, el cual consiste en comer una cantidad grande de comida en un periodo corto, con una sensación de pérdida de control que lleva a un comportamiento purgativo o compensatorio (vómito, uso de laxantes, ejercicio, etc.); esta conducta se observa al menos una vez a la semana, durante tres meses o más.^{2,3} Los Trastornos de conducta alimentaria no especificados son en su mayoría cuadros incompletos de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa, tanto porque se encuentran en su fase de inicio o porque están en proceso de recuperarse. Así pues, se entiende que, existen síntomas relacionados con la conducta alimentaria, pero no se llega a cumplir suficientes criterios para diagnosticar anorexia o bulimia nerviosas.²

La Organización Mundial de la Salud menciona que los TCA son más frecuentes en las mujeres adolescentes y son perjudiciales para la salud.⁴ La prevalencia a nivel internacional de la anorexia nerviosa es del 0.5-1% y de la bulimia del 1-4%;³ y en México es del 0.5-3%, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.⁵ Los factores que influyen para su desarrollo son: socioculturales, biológicos, baja autoestima, alto nivel de auto exigencia y el entorno familiar.^{6,7} Se ha demostrado en varios estudios que existe relación entre imagen corporal (sobrepeso y obesidad) y conductas alimentarias de riesgo; se han estigmatizado por cuestiones psicológicas y estéticas; y las personas buscan disminuir su peso corporal o modificar su figura.⁸⁻¹⁰

Existen varios cuestionarios de tamizaje para detectar riesgo de presentar TCA, entre ellos se encuentra el EAT-26.¹¹ En un estudio realizado en México se utilizó dicho cuestionario en estudiantes de medicina y se encontró que el 8.2% tenían riesgo de desarrollar TCA.¹² La Escala del clima social familiar (FES) evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en la familia; se puede aplicar a niños, adolescentes y adultos de manera individual o colectiva.¹³ No fueron identificados reportes en donde mencionen la asociación del riesgo de TCA con el Test EAT 26 y el clima social familiar en adolescentes, por lo que el objetivo del estudio fue determinar la asociación del riesgo de anorexia o bulimia con el clima familiar en adolescentes.

Métodos

Estudio transversal y de correlación, en adolescentes de 15 a 19 años derechohabientes de la Unidad de Me-

dicina Familiar No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California, México en el año 2022. Se incluyeron 50 adolescentes mediante un muestreo no probabilístico por cuotas en el período de enero a diciembre del año 2022. La UMF 16 cuenta con una población de 800 adolescentes, la prevalencia de anorexia y bulimia en adolescentes es del 0.5-3% según la ENSANUT 2018.⁵

Las variables estudiadas fueron: *edad, género e IMC*. El riesgo de presentar TCA se obtuvo mediante la aplicación de la encuesta EAT-26, validado al español, con α de Cronbach de 0.70. Consta de 26 ítems, tiene 4 escalas: restricción alimentaria, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura. Cada pregunta tiene 6 opciones de respuesta (siempre, muy a menudo, a menudo, a veces, raramente y nunca). Se puntuán 3,2,1,0,0,0 en la dirección positiva, asignando las 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática (“siempre” = 3). Únicamente el ítem 25 se puntuá de una manera opuesta, puntuando 0,0,0,1,2,3 (“nunca” = 3). Una puntuación por encima del punto de corte de 20 supone riesgo, por lo que es necesario de una mayor investigación.^{11,14}

Se aplicó la Escala de Clima Familiar (FES) validada al español, tiene un Alpha de Cronbach: para Relaciones, .82; para Desarrollo, .78 y para Estabilidad .69. Consta de 90 ítems agrupados en 10 subescalas; tiene 3 dimensiones: dimensión relaciones (30 ítems), la dimensión desarrollo (40 ítems) y la dimensión estabilidad (20 ítems); la respuesta en dicotómica: Verdadero (valor 1) o Falso (valor 2). El puntaje es: 0-30 (muy mala); 35 (mala); 4 (tendencia media), 45-55 (media), 60 (tendencia buena), 65 (buena), 70-90 (muy buena) con duración: 20 minutos. En el presente estudio el tiempo promedio de respuesta fue de 30 minutos y el tiempo mínimo registrado fue de 25 minutos.¹³

El estudio se realizó en concordancia con la Declaración de Helsinki, con la aceptación del Comité de Investigación del IMSS, así como la anuencia de los padres o tutores mediante su consentimiento informado y el asentimiento de los participantes. Se realizó un análisis descriptivo y prueba de χ^2 de Mandel y Haenszel mediante el programa estadístico SPSS versión 23.

Resultados

De una muestra de 50 adolescentes, el riesgo de presentar anorexia o bulimia fue del 44%, en mujeres 38% y 6% en hombres. Sobre las características generales de la población, el sexo femenino ocupó el 68%, la edad de 15 años (36%), el 38% tuvo peso normal y el 24% sobre peso. **Tabla I.** En cuanto al riesgo de pre-

sentar anorexia o bulimia mediante el Test EAT 26 de acuerdo al sexo, las mujeres presentaron riesgo en el 38% vs el 30% no. Y de acuerdo al IMC, los pacientes con obesidad presentaron riesgo en el 14% y el 12% los de bajo peso. **Tabla II.** Respecto al Clima Familiar mediante la Escala de Clima Familiar (FES), el 36% tuvo clima familiar bueno, el 42% medio y el 22% malo. Se observó asociación de riesgo de presentar trastorno alimentario (anorexia y bulimia) con el entorno familiar mediante la prueba de Fisher de 22.815, $p<0.001$. **Tabla III.**

Tabla I. Características generales de la población

Variable	Frecuencia (n=50)	Porcentaje
Sexo		
Hombre	16	32
Mujer	34	68
Edad (años)		
15	18	36
16	13	26
17	8	16
18	6	12
19	5	10
IMC		
Bajo peso	11	22
Peso Normal	19	38
Sobrepeso	12	24
Obesidad	8	16

Fuente: Elaboración propia.

Tabla II. Riesgo de anorexia o bulimia mediante el Test EAT 26 por sexo e IMC

Variable	Sin Riesgo n (porcentaje)	Con Riesgo n (porcentaje)
Sexo		
Hombre	13 (26)	3 (6)
Mujer	15 (30)	19 (38)
IMC		
Bajo peso	5 (10)	6 (12)
Peso Normal	14 (28)	5 (10)
Sobrepeso	8 (16)	4 (8)
Obesidad	1 (2)	7 (14)

Fuente: Test EAT 26. n=50

Tabla III. Asociación del Riesgo de Trastorno Alimentario con el Entorno Familiar

Entorno Familiar			
Riesgo	Bueno	Medio	Malo
Sin Riesgo	17	10	1
Riesgo	1	11	10

Prueba de Fischer de 22.815, $p<0.001$

Fuente: Test EAT 26 y Escala de Clima Familiar. n=50.

Discusión

Dentro de este estudio, se realizó el Test EAT-26 y la escala de Clima Familiar a 50 adolescentes entre los 15 y 19 años, debido a que en este rango de edades se ha reportado mayor prevalencia de TCA. El riesgo de presentar TCA -por medio de la encuesta EAT 26- fue más frecuente en las mujeres que en los hombres; similar a lo reportado por *Gandarillas et al.*¹⁵ por lo que este trastorno debe detectarse en el primer nivel de atención en los adolescentes, como lo indica la Guía de Práctica Clínica de TCA principalmente en las mujeres.¹⁶ El 14% de los pacientes con obesidad presentaron riesgo de presentar TCA y 12% los de bajo peso; comparado con el 19% y 15% respectivamente observado en el estudio de *Sámano et al.*⁹

En cuanto al Clima Familiar, los pacientes que presentaron un malo o desfavorable clima familiar presentaron mayor riesgo de presentar TCA. *Pichardo et al.*,¹⁷ mencionan que muchos de los problemas psicológicos en los adolescentes giran alrededor del clima social familiar. No hay estudios donde se haya analizado el clima familiar con la escala FES para evaluar el riesgo de TCA en adolescentes.

En el presente estudio se observó asociación de riesgo de presentar trastorno alimentario (anorexia y bulimia) con el entorno familiar. Un entorno familiar “malo” favorece el riesgo de presentar TCA, tal y como se explica en Guía de Práctica Clínica de TCA;¹⁶ existe evidencia de que tanto los factores de riesgo como los de protección intervienen directamente en el desarrollo de los trastornos mentales. Ambos factores se relacionan estrechamente con el medio ambiente, social, económico familiar e individual de las personas.

Una de las mayores limitantes que se tuvo durante el desarrollo del estudio fue que la población adolescente muestra poco interés a acudir a los servicios de salud. Sin embargo, esto también nos hacen conscientes de que es una población un tanto olvidada, que necesita especial cuidado en las áreas de atención -de una unidad de medicina familiar- al ser una población susceptible a tantos cambios en todas las esferas que la rodean. Se debe reconocer que no exploramos áreas fundamentales como: *el rendimiento escolar, la socialización en los diversos colegios, la situación económica actual de la familia y el riesgo al uso de drogas*, entre otros.

Conclusiones

Existe asociación de riesgo de presentar trastorno alimentario (anorexia y/o bulimia) con el actual entorno familiar en los adolescentes entrevistados. Un entor-

no familiar “malo” o desfavorable propicia el riesgo de presentar estos trastornos; por lo que se deben detectar estas enfermedades tempranamente de manera primordial en este grupo etario. Los TCA pueden y deberían ser detectados en el primer nivel de atención por el médico familiar, lo cual abre grandes posibilidades para una intervención multidisciplinaria y educativa en este grupo de población.

Responsabilidades éticas

Fue aprobado por comité local. Los padres o tutores firmaron la carta de consentimiento informado.

Financiación

No recibió financiamiento alguno.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

1. Ruiz Lázaro PM. Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. Adolecere [Internet]. 2020; (citado junio 2021). 8(1): e1-e6. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8num1-2020/7%20Protocolo%20-%20Guia%2ode%20actuacion%2otrastornos%20conducta%20alimentaria%2oadolescencia.pdf>
2. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Rev Mex Trastor Aliment [Internet] 2015 (citado junio 2021); 6 (2):108-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
3. Madruga Acerete D, Leis Trabazo R, Lambruschini Ferri N. Asociación Española de Pediatría. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. (citado junio 2021). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. 28 de septiembre de 2020. [citado julio 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
5. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Hernández-O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu I, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. Salud Pública Méx [Internet]. 5 de diciembre de 2019 [citado enero 2023];61(6):917-923. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11095>
6. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Editorial Médica Panamericana. 2014.
7. Díaz Benavente M, Rodríguez Morilla F, Martín Leal C, Hiruela Benjumea MV. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. Aten Primaria 2003; 32(7):403-407. DOI: 10.1016/S0212-6567(03)70756-2. <https://pdf.sciedirectassets.com/27730/1-s2.0-S0212656703X75927/1-s2.0-S0212656703707562/main.pdf?X-Amz-Security-Token=So212656703707562>
8. Babai S, Alizadeh L. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and body image with eating disorder symptoms in secondary school students. J Res Med Sci 2020; 6(2):115-122.
9. Sámano R, Zelonka R, Martínez-Rojano H, Sánchez-Jiménez B, Ramírez C, Ovando G. Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. ALAN [Internet] 2012 [citado diciembre 2022]; 62(2). Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2012/2/art-7>.
10. García AR, Martínez-Magaña JJ, Sarmiento E, González L, Tovilla-Zarate CA, Nicolini H et al. Las percepciones de crianza materna podrían influenciar las conductas autolesivas en adolescentes con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2022 [citado mayo 2023];85(1):12-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972022000100012&lng=es. Epub 21-Mar-2022. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4151>.
11. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez MA, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. Aten Primaria 2014; 46(6):283-289.
12. Pérez Polanco P, Montaño Zetina LM. Estudio del riesgo de presentar trastornos alimentarios en un grupo de estudiantes de licenciatura y posgrado de instituciones mexicanas. Espacio I+D: Innovación más Desarrollo. 2020, 9(23). (citado junio 2021). Disponible en: <https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/215>
13. Moos RM, Moos BS, Trickett EJ. FES, WES y CES. Escalas de clima social. Madrid, España: TEA Ediciones. 1984.
14. Garfinkel P, Newman A. The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. Eat Weight Disord 2001; 6:1-24.
15. Gondarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, Núm. 85. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad; 2003. (citado junio 2021). Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/do85.pdf>
16. Guía de Práctica Clínica. Prevención y diagnóstico oportuno de los Trastornos de la ingestión de alimentos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2008. SSA 113-o8. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
17. Pichardo Martínez MC, Fernández de Haro E, Amezcua Membrillo JA. Importancia del clima social familiar en la adaptación personal y social de los adolescentes. Rev de Psicol Gral y Aplic 2002;55(4):575-589.