

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**Influencia sociocultural como predisponente
a trastornos de conducta alimentaria en
mujeres de 17 a 25 en carreras de Medicina y
Enfermería, Facultad de Medicina UMSA,
gestión 2016**

**POSTULANTE: Lic. Olarte Jimenez Mario Luis
TUTOR: Lic. Ingemar Salvatierra Zapata
Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Epidemiología**

La Paz - Bolivia
2019

DEDICATORIA

“El presente trabajo de investigación está dedicado a mis padres por haber sido mi constante apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y en la vida cotidiana. A todas personas que me acompañaron en esta etapa, dando sus aportes y consejos tanto en mi formación académica como en mi desarrollo personal.”

AGRADECIMIENTOS

“No hay paginas suficientes para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo de investigación, sin embargo, merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a continuar siempre adelante y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible. Por todo eso y más a mis entrañables padres no tendré toda la vida para agradecerles lo suficiente, muchas gracias.”

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	4
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. MARCO TEÓRICO	11
4.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	11
4.2 DEFINICIÓN	11
4.3 CLASIFICACIÓN	12
4.3.1 ANOREXIA NERVIOSA (AN).....	12
4.3.2 BULIMIA NERVIOSA (BN)	13
4.3.3 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS (TCANE)	13
4.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	15
4.4.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA (AN)	15
4.4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS BULIMIA NERVIOSA (BN)	16
4.5 DIAGNÓSTICO	17
4.5.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE AN	17
4.5.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BN	18
4.6. ETIOPATOGENIA	19
4.5 FACTORES DE RIESGO EN TCA.....	19
4.5.1 FACTORES BIOLÓGICOS	19
4.5.2 FACTORES SOCIOCULTURALES.....	20
4.5.2.1 PRESIONES SOCIOCULTURALES SOBRE EL PESO.....	21
4.5.2.2 INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.....	21
4.5.2.3 INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES.....	21
4.6 ASPECTOS TRANSCULTURALES.....	23
4.6.1 ETNICIDAD	24
4.6.2 IDENTIDAD ÉTNICA	25
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
5.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	29

5.2.1 BASE DE DATOS UTILIZADA.....	29
5.2.2 RESULTADOS DE BÚSQUEDA.....	30
6. OBJETIVOS.....	34
6.1 OBJETIVO GENERAL	34
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
7. HIPÓTESIS	35
8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	36
8.1 CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES.....	36
8.1.1 FACULTAD DE MEDICINA UMSA.....	36
8.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
8.2.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
8.3 MEDICIONES.....	38
8.3.1 INSTRUMENTOS.....	38
8.3.2 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	39
8.3.3 MARCO MUESTRAL.....	39
8.3.4 PLAN DE ANÁLISIS.....	41
8.3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	45
9. RESULTADOS	46
9.1 BIOESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	46
9.2 BIOESTADÍSTICA ANALÍTICA.....	55
10. DISCUSIÓN	72
10.1 IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.....	74
10.2 AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS.....	75
11. CONCLUSIONES.....	76
12. RECOMENDACIONES.....	78
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Distribución de la variable edad	46
Tabla 2. Frecuencia de edades en el estudio.....	47
Tabla 3. Distribución de los individuos por carreras en el estudio	48
Tabla 4. Distribución por Identidad Étnica en el Estudio	49
Tabla 5. Distribución de la Identidad Étnica por Carrera.....	50
Tabla 6. Distribución de etnicidad en relación a influencia sociocultural para adelgazar .	51
Tabla 7. Distribución de Influencias Socioculturales	52
Tabla 8. Presencia de malestar con la imagen corporal.....	53
Tabla 9. Frecuencias de Anorexia (AN) y Bulimia (BN).....	54
Tabla 10. Relación Influencia Sociocultural y TCA.....	55
Tabla 11. Asociación entre Influencias Socioculturales y TCA.....	56
Tabla 12. Medidas de Simetría Influencia Sociocultural y TCA.....	56
Tabla 13. Riesgo Influencia Sociocultural para TCA.....	57
Tabla 14. Relación Malestar con la Imagen Corporal y TCA.....	58
Tabla 15. Asociación entre Malestar con la imagen corporal y TCA	59
Tabla 16. Medidas de Simetría Malestar con la Imagen corporal y TCA.....	59
Tabla 17. Relación entre Etnicidad y TCA	60
Tabla 18. Asociación entre Etnicidad y TCA	61
Tabla 19. Medidas de Simetría Etnicidad y TCA	61

Tabla 20. Relación Etnicidad e Influencia Sociocultural	62
Tabla 21. Asociación entre Etnicidad e Influencias Socioculturales	63
Tabla 22. Medidas de Simetría Etnicidad e Influencias Socioculturales.....	63
Tabla 23. Relación Influencia Modelos Sociales y TCA	64
Tabla 24. Asociación entre Influencia de Modelos Sociales y TCA.....	65
Tabla 25. Medidas de Simetría Influencia Modelos sociales y TCA.....	65
Tabla 26. Relación Influencias Verbales y TCA.....	66
Tabla 27. Asociación entre Influencias Verbales y TCA.....	67
Tabla 28. Medidas de Simetría Influencias Verbales y TCA.....	67
Tabla 29. Relación Influencia Situaciones Sociales y TCA.....	68
Tabla 30. Asociación entre Situaciones Sociales y TCA.....	69
Tabla 31. Medidas de Simetría Influencia de Situaciones Sociales y TCA	69
Tabla 32. Relación Influencia Publicidad y TCA	70
Tabla 33. Asociación entre Publicidad y TCA	71
Tabla 34 Medidas de Simetría Influencia de Publicidad y TCA.....	71

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal el siguiente: determinar la influencia sociocultural como predisponente a Trastornos de Conducta Alimentaria con enfoque étnico y ambiente de transculturización en mujeres de 17 a 25 años, carreras de Medicina y Enfermería, Facultad de Medicina UMSA, gestión 2016.

Se utilizó como diseño de estudio al corte transversal prospectivo, analítico, relacional, para recoger los datos se usaron los siguientes: Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-26), Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) y el Bulimia tests-Revised (BULIT-R).

El muestreo fue probabilístico aleatorio, con el nivel de confianza de 95 %, n= 320 individuos, siendo 109 individuos en enfermería y 212 para medicina. Con respecto al análisis se midieron las frecuencias en edad, identidad étnica, etnicidad, predisposición de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), malestar con la imagen corporal e influencia sociocultural para adelgazar.

También en el análisis estadístico analítico, se aplicó el chi cuadrado para determinar la relación entre influencia sociocultural y predisposición a trastornos de conducta alimentaria (TCA); etnicidad y malestar con la imagen corporal; etnicidad e influencia sociocultural. Por ultimo entre influencia de la publicidad, influencias verbales, modelos sociales, influencias de las situaciones sociales y TCA. Posteriormente si la relación era positiva se estableció la razón de prevalencia de momios.

Se obtuvieron las siguientes conclusiones: En la población de estudio la influencia sociocultural para adelgazar se asocia como predisponente a Trastornos de Conducta alimentaria ($p = 0,00$). De igual manera se puede concluir que hay asociación positiva, posiblemente causal entre la influencia o presión sociocultural para adelgazar y los trastornos de conducta alimentaria ($RM = 6,7$).

Con respecto a la edad se observó un promedio en la población de estudio alrededor de 20 años, siendo los estudiantes más jóvenes de 17 años y los mayores de 25 años, conformando la mayoría estudiantes de 21 años. Por lo que concluyó que dichos individuos son muy jóvenes.

La población de estudio, constó exclusivamente de mujeres, cursantes de primer y segundo año, en las carreras de medicina con 66,3 %, la más numerosa y enfermería, con 33,7 % dando un total de la muestra de 332 individuos. Un gran número de estudiantes se identificó con algún origen étnico, siendo el 48,5 % aymaras, el 2,4 % quechuas y 49,1 % no se identificaron con ninguna identidad étnica.

De esta manera se contó con 2 grupos de individuos principales; los que se identifican con alguna etnia (Con etnicidad 49,7%), la mayoría de estos estudiantes de enfermería (75,9 %) y los que no se identifican con ninguna (Sin etnicidad 50,3 %), son la mayoría. En este punto es importante aclarar que en la encuesta fuera de las identidades étnicas aymara y quechua existía la alternativa “otro”, pero al no haber sido usada por ningún individuo la misma fue obviada. De entre los individuos de estudio se encontró que un 14,8 % tienen predisposición para bulimia nerviosa (BN) y un 9,8% para anorexia nerviosa (AN).

Con respecto a las influencias socioculturales para adelgazar se observó que con mayor frecuencia es ejercida por las influencias verbales (33,1 %), seguidas por modelos sociales (29,8 %), situaciones sociales (28,9 %) y por último la publicidad (21,7 %).

En relación al malestar con la imagen corporal observamos que el 34,3 % de los individuos no está conforme con su imagen corporal, siendo este descontento mayor en las personas que no se identifican con ninguna etnia con un 42,3 %.

No se encontró asociación significativa entre etnicidad y predisposición a TCA ($p = 0,241$), tampoco se encontró ninguna asociación significativa entre etnicidad e influencia sociocultural para adelgazar ($p = 0,418$). Lo que indica que no hay diferencias significativas con respecto a la presión sociocultural para adelgazar entre los distintos grupos de individuos estudiados (con etnicidad y sin etnicidad), ambos grupos reciben las mismas presiones socioculturales para adelgazar y por lo tanto ambos grupos tienen la misma predisposición para padecer TCA.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de conducta alimentaria, TCA, Influencia sociocultural para adelgazar, mujeres, étnico, etnicidad, transculturización, universitarias.

ABSTRACT

The main objective of this research was the following: to determine the sociocultural influence as a predisposing to Eating Disorders with an ethnic approach and transculturation environment in women aged 17 to 25, Medicine and Nursing careers, UMSA School of Medicine, management 2016.

Its design of a prospective, analytical, relational cross-sectional study was used to collect the following data: Influence Questionnaire on Body Aesthetic Model (CIMEC-26), Food Attitudes Test (EAT-26) and Bulimia tests-Revised (BULIT-R).

The sampling was random probabilistic, with the confidence level of 95%, $n = 320$ individuals, being 109 individuals in nursing and 212 for medicine. With respect to the analysis, the frequencies in age, ethnicity, ethnicity, predisposition of anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), malaise with body image and sociocultural influence to lose weight were measured.

Also in the analytical statistical analysis, chi square was applied to determine the relationship between sociocultural influence and predisposition to eating disorders; ethnicity and malaise with body image; ethnicity and sociocultural influence. Finally, between the influence of advertising, verbal influences, social models, influences of social situations and ATT. Subsequently, if the relationship was positive, the ratio of prevalence of mummies was established.

The following conclusions were obtained: In the study population, the sociocultural influence to lose weight is associated as a predisposing to eating disorders ($p = 0.00$). Similarly, it can be concluded that there is a positive, possibly causal association between the influence or sociocultural pressure to lose weight and eating disorders ($RM = 6.7$).

With respect to age, an average was observed in the study population around 20 years, being the youngest students of 17 years and those older than 25 years, the majority being students of 21 years. Therefore, he concluded that these individuals are very young.

The study population consisted exclusively of women, first and second year students, in medical careers with 66.3%, the largest and nursing, with 33.7% giving a total of the sample of 332 individuals. A large number of students identified with some ethnic origin, 48.5% being Aymara, 2.4% Quechua and 49.1% were not identified with any ethnic identity.

In this way we have 2 groups of main individuals; those who identify with some ethnicity (with ethnicity 49.7%), the majority of these nursing students (75.9%) and those who do not identify with any (without ethnicity 50.3%), are the majority. At this point it is important to clarify that in the survey outside the Aymara and Quechua ethnic identities there was the alternative "other", but having not been used by any individual it was ignored. Among the individuals studied, 14.8% were predisposed to BN and 9.8% to AN.

With respect to the sociocultural influences to lose weight, it was observed that it is most often exercised by verbal influences (33.1%), followed by social models (29.8%), social situations (28.9%) and finally the advertising (21.7%).

In relation to the discomfort with body image, we observe that 34.3% of individuals are not satisfied with their body image, this discontent may be in people who do not identify with any ethnic group with 42.3%

There was no significant association between ethnicity and predisposition to eating disorders ($p = 0.241$), nor was there any significant association between ethnicity and sociocultural influence to lose weight ($p = 0.418$). Which indicates that there are no significant differences regarding the sociocultural pressure to lose weight between the different groups of individuals studied (with ethnicity and without ethnicity), both groups receive the same sociocultural pressures to lose weight and therefore both groups have the same predisposition to suffer from eating disorder.

KEYWORDS

Eating behavior disorder, eating disorder, sociocultural influence to lose weight, women, ethnicity, ethnicity, transculturation, university students.

LISTA DE ACRÓNIMOS

TE	Transición Epidemiológica
TS	Transición de la Salud
TCA	Trastorno de conducta alimentaria.
TCA-NE	Trastorno de conducta alimentaria no especificado.
BN	Bulimia nerviosa.
NA	Anorexia nerviosa.
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición
DSM-IV-TR	(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuarta edición, versión traducida al español.
UMSA	Universidad Mayor de San Andrés
CIMEC-26	Cuestionario de influencia sobre el modelo estético corporal.
EAT-26	Test de actitudes alimentarias.
BULIT-23	Test de bulimia revisado.
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
MEDILINE	Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Institutos Nacionales de Salud
EDE-16	Examen de trastornos de alimentación, versión 16

1. INTRODUCCIÓN

La sociedad actual es producto del desarrollo económico, que ha promovido nuevos estilos de vida, que repercuten en la percepción y apropiación del cuerpo humano. Siendo el punto de interés la relación cuerpo con alimentación que ha venido transformándose en décadas recientes por influencias socioculturales que favorecen los cambios en las conductas alimentarias por medio de nuevos valores estéticos, que exigen tener extremo cuidado en lo que se come y cuanto se come, con la finalidad del cuerpo perfecto, siendo este predominantemente entre mujeres un cuerpo con acentuada delgadez (1).

Las sociedades humanas se caracterizan por tener múltiples contradicciones; un ejemplo de ello son las poblaciones de escasos recursos que viven en la miseria y padecen de malnutrición, sin embargo, al mismo tiempo en nuestro mundo existe otro grupo de poblaciones que tienen abundancia de recursos, sus necesidades deberían estar resueltas, pero en estas también encontramos malnutrición (2).

Esta malnutrición es debido a la manifestación patológica de estos nuevos valores estéticos, en específico los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y dichas conductas poco saludables son en gran parte consecuencia de presiones o influencias socioculturales que inducen una preocupación exagerada por el control del peso y un acentuado descontento de la propia imagen corporal (2).

Múltiples estudios sugieren que la imagen corporal está estrechamente relacionada con la autoestima y un desdén de la propia imagen corporal puede vincularse a TCA. Dicho esto, entre los TCA posiblemente los más comunes y extendidos son la bulimia nerviosa (BN) y anorexia nerviosa (AN), estos mismos se constituyen poco a poco en una verdadera epidemia que ponen en riesgo la salud física y emocional, especialmente entre adolescentes y jóvenes a predominio de la población femenina, aunque los individuos masculinos tampoco son inmunes a estos trastornos (2).

Por esta característica de malnutrición en abundancia durante mucho tiempo se consideró que los TCA y/o su sintomatología sólo se presentaban en personas de estratos socioeconómicos altos y en sociedades occidentalizadas e industrializadas según Bruch ya en 1973, otras investigaciones sugirieron que estas psicopatologías se desarrollaban predominantemente en personas blancas (1)(2).

Sin embargo, todo esto cambio con investigaciones recientes que han demostrado que también ocurren en un amplio rango de grupos étnicos y culturales, se distribuyen en los diferentes estratos socioeconómicos, así como en países poco industrializados u orientales (2)(3).

Es realmente interesante como los TCA se extendieron a través de barreras económicas, sociales, étnicas y culturales. Esto mismo nos sugiere múltiples los factores que aumentan la predisposición a padecer trastornos de conducta alimentaria (TCA), destacando la presión social para adelgazar, que emana de la cultura. Esta influencia o presión sociocultural se puede entender como el esfuerzo que realizan los individuos para cambiar las actitudes, creencias, percepciones y comportamientos de otras personas (1).

Ahora bien, estos individuos cambian sus actitudes para poder pertenecer a la sociedad, es decir que las personas actúan en conformidad y eligen seguir a los demás, buscan agradar a los demás o ser aceptados por los demás. Por lo tanto, el ideal de cuerpo que se anhela en esta cultura es enseñado y promovido por ella misma mediante agentes y factores socioculturales que la componen (1).

La presente investigación parte en principio estableciendo definiciones conceptuales detalladas en el marco teórico y la revisión bibliográfica.

Con respecto a los mencionados agentes socioculturales fueron el objetivo de estudio de la presente investigación y pueden ser agrupados en influencias de la publicidad, ejercida por medios masivos de comunicación; influencias verbales que se relacionan con el interés que suscitan artículos, reportajes, libros y conversaciones sobre el tema de adelgazamiento; influencia de los modelos sociales relacionadas con el interés que despiertan los cuerpos de actrices y modelos publicitarios, incluso transeúntes y finalmente las influencia de las situaciones sociales, referida a la presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias y la aceptación social atribuida a la delgadez (1)(2).

Así mismo como determinar la relación de dichos factores socioculturales para adelgazar y la predisposición a TCA.

También se estableció diferencias entre individuos que presentaban algún tipo de etnicidad y otro que no, con respecto a una cultura dominante y en un ambiente de fuerte transculturización.

2. ANTECEDENTES

En cuanto a los TCA, las más conocidas son la AN (anorexia nerviosa) y la BN (bulimia nerviosa), intentos preliminares para describir e identificar dichas entidades patológicas se realizaron con bastante anterioridad dentro de la ciencia (3).

Con respecto a la AN, ya se hace mención con la obra “A Treatise of Consumptions”, en el texto del siglo XVII de Richard Morton, en 1694 refiriéndose al caso de Miss Duke (3).

En 1858, el médico francés Louis-Victor Marcé escribió la obra *Nota sobre una forma de delirio hipocondriaco consecutivo a las dispepsias*, caracterizada por el rechazo de los alimentos. Fue a este cuadro al que posteriormente, en 1864, W. Gull denominó *apepsia histérica*, y el mismo autor, lo denomina más a posterior como *perversión del yo* (3).

Asimismo, es Charles Laségue en 1873, el que acaba acuñando el término anorexia histérica. El cuadro descrito por ambos autores incluía como síntomas fundamentales del rechazo a la comida, la pérdida extrema de peso, la amenorrea, el estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio (3).

Tanto W. Gull como Laségue atribuyeron dicha enfermedad a una alteración del sistema nervioso. No obstante, Laségue prestaba especial atención al origen sociocultural de sus pacientes ya que lo consideraba un factor influyente (3).

En 1870, Samuel Fenwick escribió un artículo titulado “On atrophy of the stomach and on the nervous affections of the digestive organs” en el que ponía en relación a la AN con los factores socioculturales (3).

Entre los autores recientes destacan Garfinkel y Garner ya en año 1982 han contribuido a un establecimiento del modelo vigente de la AN como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social (3).

Con respecto a la bulimia nerviosa (BN), se debe decir que entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cynorexia*, *canine appetite* o *hambre patológica*, como modo de referirse a episodios de voracidad que dan lugar a la ingesta de comida excesiva (3).

Las primeras referencias médicas datan de 1708 y en los últimos 50 años se han publicado trabajos sobre la cuestión, proliferando los mismos en el último periodo. La bulimia nerviosa es un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas, pero que ha emergido con mucha fuerza, lo que no implica que sea una enfermedad nueva, sino una nueva acepción clínica (3).

El síndrome de bulimia nerviosa fue definido por Russell en 1979 y los primeros casos, desde el punto de vista clínico, aparecieron tras la Segunda Guerra Mundial, y el aumento de su incidencia dio lugar a su reconocimiento como síndrome separado de la AN en los años sesenta. Sin embargo, para Russell, la bulimia nerviosa no era más que una variante de la AN, ya que un gran porcentaje de los pacientes con BN tienen antecedentes de AN (3).

Fairburn y Walsh en el 2002 proponen la siguiente definición sobre los TCA "una alteración persistente del comportamiento o de la conducta alimentaria destinada al control de peso, lo que significativamente deteriora la salud física o el funcionamiento psicosocial de la persona" (3).

Sin embargo, no se ha logrado un consenso para definir a los TCA, aunque Fairburn y Harrison en el 2003 establecen tres características principales y necesarias de estos trastornos: a) Una alteración persistente de los hábitos de alimentación o del comportamiento de control del peso, b) Alteraciones conductuales asociadas al trastorno (por ejemplo, una sobrevaluación de la forma o el peso), cuyo resultado es un deterioro clínicamente significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial, c) El trastorno no debe ser secundario a ningún trastorno médico general o a cualquier otra condición psicopatológica (3).

Con respecto a la anorexia nerviosa, Bruch en el año 1973 ya señalaba que lo esencial es: la alteración de la imagen corporal, alteración de la percepción de los estímulos procedentes del propio cuerpo y el sentimiento paralizante de ineficacia personal (3).

Por su parte, Russell durante el año 1979, tal y como se ha señalado, acuñó el término de bulimia nerviosa, describiendo esta como "una complicación de la AN caracterizada por: Una poderosa urgencia por comer, la evitación de los efectos del atracón en el peso a través de vómitos, purgas o ambos y el miedo mórbido a engordar (3).

Mientras que Stunkard ya en 1958 define el trastorno por atracón como una ingesta en un breve periodo de tiempo de una gran cantidad de comida tras la que se genera una sensación de autodenigración fuerte (3).

Actualmente es un hecho contrastado el que los pacientes con TCA tienden a "migrar" entre las distintas categorías diagnósticas, fenómeno conocido como la transición diagnóstica o entrecruzamiento diagnóstico (3).

De modo que la mitad de los pacientes con AN terminan por desarrollar una BN, un tercio de los pacientes con BN provienen de una historia previa de AN y otro tercio ha presentado historia de sobrepeso u obesidad (3)(4).

Además, es bastante común que los pacientes con AN alternen entre sintomatología restrictiva y purgativa en diferentes momentos del trastorno y en torno a un 50 % de los pacientes con AN desarrollan posteriormente BN (3)(4).

Este fenómeno genera continuos cruces o cambios de diagnóstico y generó dudas sobre el curso, la recaída, los subtipos o los propios criterios de los TCA (3).

En el área de las Américas tiene especial importancia cuando el 2008, la OMS lanzo el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) destinado a hacer frente a la falta de atención para personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, especialmente en países de ingresos bajos y medios (5).

En ese contexto son mencionados los TCA como parte de dicha problemática. Implementándose la Guía de Intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de salud no especializada como una herramienta técnica para la implementación del Programa mhGAP que proporciona una amplia gama de recomendaciones para facilitar la atención de alta calidad que brindan los profesionales de salud no especializados en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención en áreas de escasos recursos. Dicha guía presenta una gestión integrada de los trastornos prioritarios utilizando protocolos para la toma de decisiones clínicas (5).

En Bolivia en relación con esta temática se dan los primeros pasos en el conocimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), mediante los siguientes estudios:

Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de las Ciudades de La Paz, Santa Cruz y Tarija. realizado durante el 2004 en el que se encontró un 25,9 % de personas con alta predisposición para anorexia y bulimia dando una prevalencia global de 4.4 % (6).

Trastornos de la Conducta Alimentaria y su Relación con los Trastornos de la Personalidad del 2005, determinando relación entre bulimia con rasgos de personalidad limite e histriónica y anorexia nerviosa restrictiva con rasgos de personalidad obsesiva compulsiva (7).

También se cuenta con otro estudio realizado en Estudiantes de las Carreras de Medicina y Odontología de la Universidad del Valle el 2009 donde se encontró un 19,6 % de personas con alta predisposición para este trastorno, siendo llamativo que los bolivianos poseen más porcentaje de personas con alta predisposición en relación a estudiantes extranjeros (8).

Finalmente Prevalencia de los TCA y su relación con la Ansiedad y Depresión en Adolescentes de Secundaria de la Ciudad de La Paz el 2013, brindando como resultado una prevalencia de 3%, también es una de las pocas investigaciones que trata de establecer correlaciones en este caso con ansiedad y depresión; avanzando un poco más de lo puramente descriptivo (9).

Trabajos anteriores encontraron en Bolivia una prevalencia para dichos trastornos de entre 4 y 5% para mujeres y una población femenina en riesgo de alrededor de 25,9% (6)(9).

Dichas estadísticas son muy similares a las encontradas a nivel internacional, con la diferencia que la investigación y políticas en salud respecto a esta problemática en Bolivia son muy preliminares todavía (6)(4).

Finalmente, con respecto a las políticas Nacionales la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud Bolivia. Puso a la anorexia y bulimia dentro de sus prioridades de investigación. Así también en este mismo documento se detallan otros aspectos en relación a los TCA como ser los cambios en los hábitos, conductas, actitudes y practicas alimentarias producto de los procesos de transculturización de pueblos indígenas y grupos étnicos en zonas urbanas. Al igual que la detección y prevención de conductas de riesgo y cambios de comportamiento entre adolescentes y jóvenes (10).

En otro documento, en el Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud se establece la recuperación de hábitos saludables de consumo de alimentos, recuperando los usos y costumbres de las comunidades (11).

3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen AN (anorexia nerviosa), la BN (bulimia nerviosa) y otras alteraciones menos específicas denominadas TCANE (trastorno de conducta alimentaria no especificado) (4).

Dichos trastornos afectan fundamentalmente a la población adolescente y joven, en Europa, Canadá y Estados Unidos dicha población tiende a homogeneizarse, con similar formación escolar, iguales intereses culturales y con las necesidades básicas cubiertas; de este modo la población de riesgo para los trastornos de la alimentación ha aumentado espectacularmente (12).

Una gran parte de su población, especialmente la femenina, tiene actitudes anormales frente a la alimentación y mantiene excesiva credibilidad a ciertos mensajes sobre peso, moda, dieta o figura. Dada la tendencia a la cronicidad de estos cuadros, tanto por las dificultades de tratamiento como por la insuficiencia de recursos, hacen que la prevalencia de estos trastornos sea alta. De tal manera la prevalencia de TCA asciende a 4.69% para mujeres y una población en riesgo de 49% en dichos países (12).

Estas estadísticas dieron con la necesidad a sus respectivas entidades de salud a seguir investigando, para plantear protocolos de diagnóstico y tratamiento, así como la implementación de estrategias preventivas.

Para el adecuado cumplimiento de dicho objetivo se hace necesaria la recolección de información sobre el comportamiento epidemiológico de enfermedades emergentes, como los Trastornos de Conducta Alimentaria aportando de esta manera a contar con sólidos conocimientos sobre esta problemática en el contexto boliviano para poder así implementar y focalizar estrategias de prevención.

El presente proyecto de investigación se determinó la relación entre influencias socioculturales y predisposición a TCA con un enfoque étnico dentro de un ambiente de transculturización. El carácter analítico de esta investigación profundizó más el conocimiento aportado por anteriores investigaciones realizadas en Bolivia, que fueron predominantemente de carácter descriptivo. De tal manera este proyecto de investigación brindo aportes tanto desde el punto de vista teórico, metodológico y practico dando pautas para identificar posibles factores de riesgo, posibles grupos de riesgo y finalmente para optimizar la implementación de abordajes preventivos en este grupo de enfermedades.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

4.2 Definición

Son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial, que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente. Dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural. Los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para la aparición de un TCA (13).

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo (4).

Son trastornos mentales que alteran de forma muy significativa los hábitos normales de alimentación y pueden llegar a provocar graves cuadros de desnutrición así como múltiples problemas fisiológicos, psicológicos y sociales que ocasionan un intenso sufrimiento personal y familiar (14).

Grupo de síndromes cuyos rasgos psicopatológicos son al exagerada preocupación por el peso, la figura corporal y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia física (4).

Trastornos caracterizados por alteraciones en la percepción de la imagen corporal, el peso, disturbios graves del comportamiento alimentario y sentimientos de baja autoestima (15).

4.3 Clasificación

El DSM-V, distingue dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Definiendo aparte el trastorno por atracones, que puede aparecer en cualquiera de los TCA. Otros trastornos alimentarios (AN atípica, BN de frecuencia baja y/o de duración limitada, trastorno por atracón de frecuencia baja y/o de duración limitada, trastorno por purgas y síndrome de ingesta nocturna). Se diferencian además los cuadros atípicos, trastornos severos que no llegan a cumplir los criterios para ningún trastorno específico (Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificados o TCA-NE) (16)(17).

4.3.1 Anorexia Nerviosa (AN)

Cursa con una importante pérdida de peso debida al seguimiento de dietas restrictivas. Está motivada por un miedo intenso a aumentar de peso y se acompaña de una alteración en la percepción de la imagen corporal, por lo que estas personas se ven obesas pese a una evidente delgadez. Es característica la repercusión de este trastorno en la función hormonal, apareciendo amenorrea y alteración del crecimiento en muchos de los casos. Cuando además el/la paciente recurre regularmente a purgas (vómitos, laxantes, diuréticos) se clasifica como *anorexia purgativa*; en caso de no realizar purgas se denomina *anorexia restrictiva* (18).

La AN es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) (4)(16).

A pesar de la pérdida de peso progresiva, las personas afectadas presentan un intenso temor a llegar a ser obesas. Presentan una distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por la dieta, figura y peso, y persisten en conductas de evitación hacia la comida con acciones compensatorias para contrarrestar lo que ingieren (hiperactividad física desmesurada, conductas de purga, etc.) (4).

No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por su conducta. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa estados nutricionales carenciales que pueden comportar riesgos vitales. Generalmente, hay rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas (4).

4.3.2 Bulimia Nerviosa (BN)

Se caracteriza por un ciclo repetitivo de atracones de comida en los que el/la paciente tiene sensación de pérdida del control, seguida de conductas purgativas inapropiadas (vómitos, laxantes, ejercicio excesivo, ayuno) con el fin de no engordar, ya que presenta una importante preocupación por el peso y la figura. Se considera *bulimia purgativa* cuando el/la paciente recurre regularmente a purgas (vómitos, laxantes, diuréticos) y *bulimia no purgativa* cuando recurre al ayuno o al ejercicio excesivo. No se acompaña de la importante pérdida de peso que caracteriza a la anorexia, e incluso en muchos casos se produce un aumento de peso (14).

La BN es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobre ingesta mediante vómitos auto inducidos y/o otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física. Muestran preocupación enfermiza por el peso y figura (4).

En la BN no se producen necesariamente alteraciones en el peso, se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso. La BN suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado (4).

4.3.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria No especificados (TCANE)

Son formas incompletas que no cumplen todos los criterios clínicos para poder ser diagnosticados como AN o BN (19)(16).

Los TCANE son habitualmente cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la AN o a la BN pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. En los TCANE también se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente, pero sin conductas compensatorias (4).

El TA es una entidad en fase de estudio para poder determinar si nos hallamos ante un trastorno diferente al resto de TCANE o simplemente ante una forma leve de BN. La diferencia principal con la BN es la ausencia de mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad (4).

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias) (4)(16).

4.4 Manifestaciones Clínicas

A nivel psicopatológico, la excesiva preocupación por la imagen y el peso, que alcanza extremos irracionales en la AN (no así en la BN), mientras que a nivel físico destaca el cuadro de malnutrición con sus potenciales complicaciones, siempre presente en la AN y posible en el caso de la BN. Existen formas de presentación mixtas, de muy difícil diferenciación, aunque la pérdida ponderal y la malnutrición secundaria orientan hacia la AN (4)(18).

4.4.1 Manifestaciones clínicas de la Anorexia Nerviosa (AN)

Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal y distorsión de la imagen corporal: las personas con AN están centradas en su peso corporal, en el temor a engordar y al sobrepeso (temor que se intensifica a medida que la paciente va perdiendo peso) y en el deseo de adelgazar. El trastorno de la vivencia corporal es un factor nuclear en el concepto de TCA. El descontento con la imagen corporal es el principal motivo para la pérdida de peso, sobre todo si se asocia con baja autoestima. Se trata de un temor fóbico a engordar y a perder el control sobre la comida. Como consecuencia de estas ideas aparecen conductas dirigidas a conseguir una pérdida ponderal (4)(18).

Otras alteraciones psicopatológicas: suelen estar presentes síntomas como humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido, rumiaciones y/o rituales obsesivos que giran alrededor de la comida (4)(18).

Alteraciones fisiológicas: como consecuencia de la pérdida ponderal aparecen alteraciones secundarias a la desnutrición, especialmente hormonales y metabólicas. Amenorrea (primaria o secundaria): síntoma característico de la enfermedad y puede aparecer hasta en el 70% de los casos cuando la pérdida ponderal es significativa. Un 20% de pacientes presentan amenorrea sin pérdida de peso previa detectable. La causa es un hipogonadismo hipogonadotrófico originado por una disfunción hipotalámica que se considera primordialmente producida por la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso (4)(18).

Hiperactividad física: suele estar presente desde el inicio del cuadro. Estas personas presentan dos tipos de hiperactividad: el ejercicio físico deliberado dirigido a quemar calorías y perder peso, que suele practicarse en solitario, tiene características obsesivas y únicamente se da en una minoría de pacientes, y la hiperactividad involuntaria secundaria a la desnutrición, que es una respuesta automática en forma de inquietud persistente similar a la observada en animales de laboratorio sometidos a una ingesta hipocalórica (4)(16).

4.4.2 Manifestaciones clínicas Bulimia Nerviosa (BN)

Pérdida de control sobre la conducta alimentaria, que enmarca los episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones). En estos atracones, las personas afectadas ingieren gran cantidad de alimentos en cortos períodos de tiempo (4).

La duración de estos períodos puede ser variable (alrededor de dos horas), aunque siempre dentro de un período de tiempo de dos horas; de hecho, no se considera como atracón el estar ingiriendo pequeñas cantidades de comida a lo largo del día, aunque el atracón no tiene por qué estar restringido a un determinado lugar (por ejemplo, un individuo puede comenzar el atracón en un restaurante y continuar con el mismo en su casa) (4).

En líneas generales, podemos decir que, aunque el tipo de alimentos consumidos durante el atracón varía, en la mayoría de casos se ingieren dulces y alimentos con alto contenido en calorías, como son los helados o pasteles; la cantidad también es variable, pero puede llegar a varios kilos (4).

Los atracones se pueden presentar a cualquier hora del día, pero son más frecuentes a partir de media tarde. Pueden desencadenarse por estados de humor disfórico, dificultades interpersonales, hambre intensa o tras dietas restrictivas o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o los alimentos. Se acompaña de sensación de falta de control y pueden reducir la disforia de forma transitoria, pero siempre van seguidos de sentimientos de culpa, autodesprecio o humor depresivo (4)(16).

Presencia de mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso: del 80% al 90% de las personas afectadas se provoca el vómito después del atracón. El efecto inmediato es el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. La forma más frecuente es mediante la introducción de la mano para provocar el reflejo nauseoso. Con el tiempo, va resultando más fácil la provocación de vómitos, llegando incluso a realizarlos comprimiendo el abdomen (4).

Otros mecanismos utilizados para evitar el aumento de peso son el abuso de laxantes y el uso de diuréticos o el consumo de otros fármacos anorexígenos, la realización de ejercicio excesivo o el ayuno. Tanto los laxantes como los diuréticos provocan deshidratación con la consiguiente sensación de pérdida ponderal, pero al interrumpir su utilización se produce una retención refleja de líquidos y, por lo tanto, se perpetúa su empleo (4).

Preocupación persistente por el peso y la figura: se trata de un miedo morboso a engordar. La mayoría de los síntomas de BN parecen ser secundarios a estas actitudes y su modificación es probablemente esencial para la completa resolución del trastorno (4).

4.5 Diagnóstico

4.5.1 Criterios Diagnósticos de AN

- a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso de desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado (16)(17).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con peso significativamente bajo (16)(17).

c) Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual (16)(17).

4.5.2 Criterios Diagnósticos de BN

- a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes (16)(17).
- 1) Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas (16)(17).
 - 2) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere) (16)(17).
- b) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo (16)(17).
- c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses (16)(17).
- d) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal (16)(17).
- e) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios anorexia nerviosa (16)(17).

4.6. Etiopatogenia

Como otros trastornos mentales, los TCA poseen una etiología múltiple y un tanto incierta (poco conocida). En su etiopatogenia, según los estudios, se encuentran involucrados diversos factores biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresores (4)(20).

El peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado. Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia y juventud, aunque progresivamente se va observando una mayor frecuencia de inicios en la edad adulta e infantil (4)(20).

Afectan principalmente a la población femenina (aproximadamente, por cada nueve casos de TCA en mujeres se presenta uno en hombres) (4)(20).

Hasta el momento, y a modo de resumen, se han descrito diferentes factores de riesgo para estos trastornos. Los diseños de algunos de los estudios descritos son transversales y no permiten establecer relaciones causales sino de asociación (4)(20).

4.5 Factores de riesgo en TCA

4.5.1 Factores biológicos

La investigación de los factores biológicos se ha centrado principalmente en los factores genéticos y las alteraciones neurobiológicas. Los estudios realizados en familias muestran una mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA que entre los controles, con lo cual concluyen que debe haber una vulnerabilidad familiar para estos trastornos (4)(20).

Estudios de casos y controles mediante la genética molecular han obtenido asociación positiva entre la presencia de determinados polimorfismos y una mayor vulnerabilidad a padecer AN. Los más estudiados son el sistema serotoninérgico (5-HT; regula el apetito, la respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva, el humor, etc.), dopaminérgico y neurotrofinas (especialmente BDNF, NTRK221 y NTRK322). Igualmente, positivos han sido los hallazgos en los cromosomas 1, 2 y 13. Sin embargo, estos resultados hasta el momento no son concluyentes. La genética parece explicar entre el 60% y el 70% de la vulnerabilidad en el caso de la AN (4)(20).

En el caso de la BN, la presencia de la susceptibilidad se encuentra en el cromosoma 1024. Existe discrepancia en cuanto a la aparición precoz de la menarquia como factor de riesgo en las niñas (4)(20).

4.5.2 Factores socioculturales

La cultura es quien transmite ideas, valores y tradiciones a los individuos de su sociedad. Todas las sociedades desarrollan ideales de belleza que señalan la meta a alcanzar y que ejercen particularmente su exigencia en la belleza femenina. Por tanto, cabe destacar que la alteración en la percepción de la silueta corporal de los individuos que padecen TCA, es en parte, la incorporación de los ideales y valores culturales (2)(1).

Los estudios identifican los siguientes factores socioculturales como de riesgo para los TCA: modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, de TCA (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres), alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso (2)(1).

4.5.2.1 Presiones socioculturales sobre el peso

La literatura reciente indica que la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de los TCA son influenciadas por presiones socioculturales, por ejemplo, de los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales, centrados en un ideal de belleza inalcanzable (2)(1).

Sobre todo, la familia ejerce influencia en niñas, y en las adolescentes más jóvenes, por el contrario, los amigos y los medios de comunicación sobre aquellos que se encuentran en fases intermedias y finales de la adolescencia y en jóvenes (2)(1).

4.5.2.2 Influencia de los medios de comunicación

En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para hombres y mujeres; por otra parte, estigmatizan la obesidad. Paradójicamente, los medios de comunicación muestran mensajes de que ser delgado es hermoso, incentivan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido y por otro lado, “bombardean” a la población con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero poco saludables. Se estableció asociación entre medios de comunicación (televisión, cine, revistas y redes sociales) e insatisfacción corporal, así como con la predisposición para TCA (20).

4.5.2.3 Influencia de las relaciones interpersonales

La influencia de las relaciones interpersonales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación y las medidas y la figura del cuerpo, pero los resultados acerca de quién juega el papel principal en la determinación de estos problemas, son inconsistentes (20).

Se destaca la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande de insatisfacción con el cuerpo y de pérdida de peso entre adolescentes de ambos sexos, sugiriendo que la familia desarrolla un papel mucho más importante entre los adolescentes, que los amigos y los medios de comunicación. Por el contrario, indicaron que las influencias de los compañeros, pero no de los padres, se asociaron con la internalización del ideal de delgadez y con comparación social (1)(2).

Por otro lado, indicaron presiones similares en la apariencia de los adolescentes de ambos sexos. Teniendo en cuenta estos resultados contradictorios, resaltan la necesidad de evaluar la importancia del papel de las presiones socioculturales en la determinación de los TCA durante el proceso de transición a la adolescencia, debido a las características específicas de este período de la vida, marcada por inestabilidades (20).

En la evaluación por separado, los padres y amigos tienen un efecto importante en la insatisfacción con la imagen corporal y los síntomas bulímicos, sin embargo, al examinar el papel de los padres y amigos juntos, los amigos tienen más influencia que los padres. Además, los estudios han encontrado que los individuos que mantienen relaciones proximales del mismo sexo que el adolescente, son importantes en la determinación de la ocurrencia de atracones y del uso de estrategias tanto para la pérdida de peso (20).

También, el comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de los padres y amigos para que sean delgados, contribuyen al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo y las consecuentes conductas posteriores de riesgo para la salud. Otra cuestión importante en la determinación de la existencia de insatisfacción con la imagen corporal y TCA son las burlas de familiares y amigos sobre el peso (20).

Se ha identificado un mayor riesgo de compulsión alimentaria, comportamientos inadecuados para controlar el peso y sobrepeso entre el sexo masculino y de las dietas restrictivas, atracones y conductas extremas para pérdida de peso entre el sexo femenino que han recibido provocaciones por su apariencia física, en comparación con sus compañeros. También se sugiere que el comportamiento de los amigos puede influir en el nivel de satisfacción con la imagen corporal y comportamientos relacionados con la dieta, ya que estos aspectos se comparten dentro de la relación del grupo. Algunos estudios han observado que la realización de dietas por compañeros del grupo de referencia fue un factor de riesgo de comportamientos relacionados con los TCA en los sexos masculino y femenino (20).

4.6 Aspectos transculturales

Los trastornos del comportamiento alimentario no se dan uniformemente en todas las culturas y en algunos casos se manifiestan con características diferentes de la enfermedad. Aunque hay pocos estudios sobre los comportamientos de riesgo y TCA en otras culturas, existen evidencias de que la aparición de estos problemas no está restringida a los países occidentales, con tasas similares de TCA a las registradas en muestras caucásicas (20)(21).

Los inmigrantes que residen en los países occidentales del primer mundo y las minorías étnicas en esos países, parecen componer un grupo de riesgo para la aparición de TCA, de acuerdo con el proceso de aculturación. Indígenas americanas y latino-americanas, hispanos y negros tenían tasas más altas de comportamientos asociados con las prácticas inadecuadas para perder peso que sus compañeros blancos no hispanos. Situación similar fue observada, en el grupo de asiáticas con puntuaciones significativamente más altas en psicopatología de los TCA, en comparación con las caucásicas (20)(21)(22).

Otro estudio con niñas adolescentes en Australia y Fiji se identificó que ambos grupos de adolescentes tenían insatisfacción con su imagen corporal, deseaban ser más delgadas que su peso actual y valorizaban la presencia del tono muscular, sin embargo, parece que las chicas australianas estaban menos preocupadas con la imagen que sus compañeras de Fiji. Los investigadores justifican estos resultados a la luz de la “modernización” que se ha producido en la cultura de Fiji (20)(21).

Se debe dar énfasis a los casos de TCA descritos en muchas culturas, en las cuales el miedo mórbido a engordar y/o los trastornos de la imagen corporal o las conductas compensatorias no están presentes como síntoma de la enfermedad, o casos en que la preocupación está centrada en la apariencia facial, tales como en China. Estos hallazgos sugieren que los TCA entre los adolescentes en las diferentes culturas pueden venir de una serie de condiciones no relacionadas con las conductas compensatorias o con el peso, pero con la forma del cuerpo o parte de lo mismo (20)(21)(22).

4.6.1 Etnicidad

Desde una perspectiva etimológica, la palabra etnicidad derivada de la palabra griega “*ethnos*” que significa pueblo o nación. Por lo tanto, el concepto de etnicidad hace referencia a factores de orden cultural y que generalmente están vinculados a la construcción de la identidad de los miembros de un determinado grupo cultural, como todo proceso de identidad/identificación a los que las personas se adscriben, los referentes de lo “propio” siempre estarán en juego con el “otro” a partir de donde se construyen las identidades (23).

Desde una perspectiva sociológica, la etnicidad “*son las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una comunidad dada de personas. Los miembros de los grupos étnicos se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros agrupamientos en una sociedad, y son percibidos por los demás de igual manera. Hay diversas características que pueden servir para distinguir unos grupos étnicos de otros, pero las más habituales son la lengua, la historia o la ascendencia (real o imaginada), la religión y las formas de vestirse y adornarse*” (23).

Y siguiendo esta misma lógica se puede entender lo étnico o la etnicidad como aquellas formas específicas y particulares de organización social, costumbres, normas y valores, formas de conducta y de interrelación, elementos culturales como la lengua, la vestimenta, entre otros, derivados de su tradición histórica y que hacen que un pueblo sea distinto de otro y tenga sus características propias (23).

4.6.2 Identidad Étnica

Se define como una manera en la cual la persona, de acuerdo con su origen étnico, se coloca a si misma psicológicamente en relación con uno o más sistemas sociales, y en los cuales percibe como otros la sitúan en relación a esos sistemas (23).

La identidad étnica se considera en función de cómo un miembro se coloca en relación con un grupo étnico de referencia. Se basa en la percepción de las relaciones autos acordados, por los miembros del grupo étnico de referencia y por el grupo cultural dominante (23).

Son componentes específicos y claves de la esencia de la identidad étnica, los siguientes:

- Auto identificación: la categorización de uno mismo como miembro del propio grupo étnico. No es un componente en sentido estricto, sino que debe considerarse más como un prerrequisito que debería estar presente antes de poder hablar de la existencia de los otros componentes (23).
- Actitudes hacia su propio grupo étnico y la evaluación que se hace del mismo: disposición emocional, valoración y aceptación que hace la persona de las costumbres, valores, usos y otras conductas de los miembros del grupo étnico (23).
- Actitud hacia uno mismo como miembro de un grupo: Valoración y aceptación de la propia etnicidad, expresada por la preferencia por ser miembro del grupo sentirse feliz por pertenecer a él (23).

- Intereses y conocimientos sobre el grupo étnico: determinado por el nivel de conocimiento que se tiene de los hechos, acontecimientos, valores, costumbres, etc., del grupo étnico e interés por aumentar y profundizar en este conocimiento (23).
- Conductas y practicas étnicas: comportamientos y manifestaciones de las personas propios de su grupo étnico, y roles que desempeña por él (23).

Compromiso con la identidad étnica: afirmación y orgullo de pertenencia a su grupo étnico, a la vez que defensa de su identidad (23).

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los fenómenos poblacionales han sido, tradicionalmente, el objeto de estudio y trabajo de la demografía. Sin embargo, la muerte, la supervivencia, la fecundidad, el tamaño, la estructura y la dinámica de las poblaciones son también consideradas por la epidemiología, no solo como expresión de la salud colectiva sino, además, como indicadores de la compleja estructura donde esta última se genera (24).

Desde los años 70, ha venido abriéndose camino entre las publicaciones científicas y políticas del sector de la salud pública una noción de transición que opera en el nivel epidemiológico y sanitario donde se integran dos teorías: La transición epidemiológica (TE) y la transición de la salud (TS) (24).

En 1969, Frederiksen propuso que los patrones de mortalidad, morbilidad, fertilidad y la organización de los servicios de salud, ocurrían en estrecha relación con procesos económicos, configurando una *transición epidemiológica (TE)* (24).

En 1971, Abdel R. Omran publicó su artículo *Transición epidemiológica, una teoría epidemiológica del cambio poblacional*, en el que analizaba la situación europea y concluía que las poblaciones pasan de una etapa donde los niveles de mortalidad son elevados, especialmente por acción de las enfermedades infecciosas, a otra etapa donde la mortalidad se reduce notablemente y las enfermedades degenerativas son la principal causa de muerte. Esta es, a grandes rasgos, la propuesta central de la TE (24).

A la transición demográfica y la transición epidemiológica siguieron varios planteamientos que percibían los cambios como transiciones: transición de estilos de vida, transición de la atención sanitaria, transición tecnológica, transición ecológica (24).

Desde 1973, y en un contexto más amplio que el propuesto por Omran, Lerner había hablado de *transición de la salud (TS)* para referirse a tres estadios secuenciales que él denominaba: *baja vitalidad, control creciente de la mortalidad y ampliación de la noción de salud*. Aunque su concepción del cambio era también lineal, Lerner destacaba la importancia de los determinantes sociales y comportamentales en la salud de las poblaciones (24).

En la década de los 80, el término TS designaba un conjunto de aproximaciones, formuladas como un marco conceptual general y dinámico, explicativo y no solo descriptivo, de las condiciones de salud de las poblaciones, que pretendía además facilitar la realización de estudios comparativos y superar algunas de las deficiencias de la TE (24).

Actualmente es aceptado que dichas transiciones no necesariamente ocurren ordenada, ni uniformemente, sino que pueden sucederse al mismo tiempo en distintas áreas geográficas y estratos sociales.

Íntimamente relacionados con dichos procesos de transición están procesos de transculturización, procesos de transformación social, económica, acceso vertiginoso a la información y redes sociales de extensión imparable. Generando nuevos problemas de salud pública emergentes, más específicamente enfermedades no transmisibles (24).

En Bolivia dentro de este grupo de enfermedades hace poco más de una década atrás producto del desarrollo económico que llevó a transformaciones sociales que a su vez desencadenaron cambios en hábitos y estilos de vida se observaron variaciones en el perfil epidemiológico, de una enfermedad como la Diabetes tipo 2, que originó la toma de decisiones para ejecutar nuevas y diferentes intervenciones a nivel de establecimientos de salud y la comunidad.

Actualmente se observan transformaciones similares a las ocurridas en ese entonces, pero esta vez afectando otro grupo de enfermedades no transmisibles, que tienen especial repercusión en la salud mental entre adolescentes y jóvenes (11)(25).

Según la OMS aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en países con ingresos bajos y medio-bajos no la reciben. Las intervenciones, aunque estén disponibles, a menudo no se basan en pruebas o en la evidencia, ni son de alta calidad (5)(25).

Dentro de este grupo de enfermedades no transmisibles que afectan la salud mental se encuentran los TCA, caracterizados por su alta mortalidad (10% DSM-5) y especial afinidad por sociedades de transición que están pasando por significativos cambios y transformaciones a nivel social y cultural. Tal es el caso de la actual Bolivia.

En Bolivia los estudios realizados son predominantemente de carácter descriptivo, más orientados a estudios de prevalencia, con muy pocos ejemplos de estudios analíticos. Y casi ninguno desde el punto de vista étnico y sociocultural, siendo estas características muy importantes en el contexto nacional dado el carácter pluricultural y multiétnico de Bolivia.

5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Fue la influencia sociocultural un predisponente a Trastornos de Conducta Alimentaria con enfoque étnico y ambiente de transculturización en mujeres de 17 a 25 años, carreras de Medicina y Enfermería, Facultad de Medicina UMSA, gestión 2016?

5.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La presente revisión bibliográfica tiene por objetivo: Obtener información de la asociación de la presión sociocultural para adelgazar y la predisposición a los TCA.

5.2.1 BASE DE DATOS UTILIZADA

Se usaron las siguientes bases de datos:

- MEDLINE
- SCIELO

5.2.2 RESULTADOS DE BÚSQUEDA

Are food restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent disordered eating behaviors?

Estudio de corte transversal (2014)

Este estudio examinó si la presión de los padres para el consumo y restricción de alimentos se asociaba a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes, tiene la particularidad de ser 2 estudios coordinados en uno global, que toma a 2231 adolescentes y 3431 padres, encontrando asociaciones significativas entre presión de los padres para el consumo o la restricción de alimentos y comportamientos de control de peso extremos por parte de los adolescentes ($p < 0,01$ varones y $p < 0,04$ mujeres). Dichos resultados proporcionan evidencia de asociación entre el control de las prácticas de crianza relacionadas con los alimentos y comportamientos alimenticios desordenados entre adolescentes (26).

Sociocultural pressures and adolescent eating in the absence of hunger

Estudio de corte transversal (2013)

Se evaluó si las presiones socioculturales se asociaron con la ingesta de alimentos en ausencia de hambre, con una muestra de 90 adolescentes, con media de edad de 15,27 años, de los cuales 48% eran mujeres. Las niñas reportaron sentir mayor presión sociocultural para ser delgadas que los niños $F(3,86) = 8,32$ parcial $\eta^2 = 0,23$, $p < 0,001$, presión de los padres para ser delgadas ($M = 1,73$, $SE = 0,11$ Vs $M = 1,30$, $SE = 0,11$ parcial $\eta^2 = 0,08$, $p < 0,016$), presión de amigos ($M = 1,46$, $SE = 0,08$ Vs $M = 1,24$, $SE = 0,07$, parcial $\eta^2 = 0,05$, $p < 0,04$), influencias de los medios de comunicación $F(2,87) = 10,95$, $\eta^2 = 0,20$, $p < 0,001$. Los adolescentes que sentían mayor presión, estaban más preocupados por su peso y alimentación se relaciona su vez a más consumo de alimentos en ausencia de hambre. Presiones socioculturales son relevantes para comer en ausencia de hambre y esta a su vez que puede ser un componente importante de la alimentación disfuncional (27).

Pro-eating disorder search patterns: the possible influence of celebrity eating disorder stories in media

Estudio de corte transversal (2016)

Los sitios web que favorecen los trastornos alimentarios, a menudo poseen contenido enfocado en celebridades, que se utilizan como inspiración a participar en comportamientos alimentarios poco saludables. El presente estudio examina medios noticiosos de comunicación que cubren historias de los trastornos de alimentación de las celebridades en la web, tratando de determinar si dichas noticias se correspondían con el aumento de las búsquedas en Internet de material que fomenta los trastornos alimentarios. Los resultados mostraron que los volúmenes de búsqueda de términos que favorecen los trastornos de alimentarios se dispararon en el mes inmediatamente posterior a dicha cobertura de noticias prueba $t(5) = 9,14$; $p < 0,05$, pero solo para celebridades de alto perfil. Mediante el programa “Google Trends” que permite generar datos de frecuencia de términos de búsqueda individuales (28).

Alimentación Familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria

Mixto corte transversal/cualitativo (2015)

Un estudio realizado sobre 30 padres de pacientes con TCA, entre los resultados de interés se observa una subestimación del peso en casos de sobrepeso (33,33%) y obesidad (25%). En lo concerniente al cuestionario sobre las redes sociales (Instagram) no se encontraron diferencias significativas en las respuestas en función al género y el IMC. La homogeneidad de los datos reflejo el desconocimiento por parte de los padres, que no supieron que responder con respecto a la realización “cheat meal” y body checking de los hijos. Uno de los factores que podría contribuir a las recaídas, además de la progresiva indiferencia de los padres, sería la influencia que ejercen las redes sociales, pues actuarían como grupos de autoayuda entre los pacientes, transmitiendo y perpetuando conductas alimentarias poco saludables. En este punto es donde los padres no perciben el riesgo y no actúan (29).

Socio-cultural context of eating disorders in Poland

Caso Control (2016)

Este estudio evalúa la relación entre los factores socioculturales y la clínica de los trastornos de conducta alimentaria durante el proceso de occidentalización en Polonia. Incluyo a niñas diagnosticadas con TCA según los criterios del DSM-IV (n = 47 anorexia nerviosa de tipo restrictiva ANR, n = 16 anorexia de tipo purgativa/compulsivo ANBP, n = 34 bulimia nerviosa BN, n = 19 con trastorno de consulta alimentaria no especificado EDNOS), el estudio incluyó una Grupo de control normal NOR de 85 escolares de Cracovia. El porcentaje de pacientes que viven en aldeas, pueblos pequeños y las grandes ciudades fue significativamente diferente entre los grupos ($p < 0,001$, chi-cuadrado), La mayoría de los pacientes de los grupos BN y ANR vivían en una aldea rural (alrededor del 30%), la mayoría de los pacientes en los grupos ANBP vivían en una pequeña ciudad (56%), y la mayoría de los controles vivían en Cracovia, un gran Ciudad (aproximadamente 77%).

Los factores socioculturales subjetivos fueron más relevantes para el grupo BN que para el grupo ANR. La característica grupo ANR era el sentido de pertenencia a la clase media. Las variables que diferenciaron al grupo BN del grupo NOR incluyeron la importancia atribuida a la delgadez tratada como una expresión de poder y control sobre uno mismo, así como una evaluación negativa de la propia familia, incluyendo una evaluación negativa de la posición de las mujeres y la falta de preocupación de los padres por la apariencia y los principios de la nutrición (30).

Influencia sociocultural y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes.

Corte transversal (2015)

Esta investigación estudia la asociación entre las influencias y situaciones sociales en el modelo estético corporal y las conductas de riesgo a TCA, en 71 mujeres de edades comprendidas entre 13 y 18 años, recabando datos mediante la administración de forma presencia y colectiva los instrumentos autoadministrables (EDE-16 Y CIMEC-26) mostrando los resultados que a mayor riesgo de padecer TCA, mayor es la sensibilidad a la influencia de estímulos provenientes de agentes y situaciones socioculturales, sobre el modelo estético corporal. Corroborado mediante la correlación binaria (P de Pearson y Rho de Spearman) de los puntajes del CIMEC-26 y el puntaje global del EDE-16 resultando estadísticamente significativa $p < 0.00$ (1).

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la influencia sociocultural como predisponente a Trastornos de Conducta Alimentaria con enfoque étnico y ambiente de transculturización en mujeres de 17 a 25 años, carreras de Medicina y Enfermería, Facultad de Medicina UMSA, gestión 2016.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas relevantes en mujeres de 17 a 25 años, carreras de Medicina y Enfermería tales como edad, etnicidad, carrera, predisposición para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Identificar influencias socioculturales relevantes que contribuyen al adelgazamiento por razones estéticas, sociales y compararlas para determinar posibles asociaciones con la etnicidad y la predisposición a TCA.
- Identificar individuos con malestar respecto a su imagen corporal y compararlas para determinar posibles asociaciones con la etnicidad y predisposición a TCA.
- Comparar las poblaciones con y sin etnicidad respecto a la influencia sociocultural para adelgazar y la predisposición a trastornos de conducta alimentaria, determinando la presencia de posibles asociaciones.

7. HIPÓTESIS

H₀: La influencia sociocultural no se asocia como predisponente a Trastornos de Conducta Alimentaria con enfoque étnico y ambiente de transculturización en mujeres de 17 a 25 años, carreras de Medicina y Enfermería, Facultad de Medicina UMSA, gestión 2016.

H₁: La influencia sociocultural se asocia como predisponente a Trastornos de Conducta Alimentaria con enfoque étnico y ambiente de transculturización en mujeres de 17 a 25 años, carreras de Medicina y Enfermería, Facultad de Medicina UMSA, gestión 2016.

8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo corte transversal pues las variables de estudio fueron medidas una sola y única vez. Es analítico y relacional pues se trata de establecer correlación entre factores de riesgo y predisposición a TCA, se utilizaron instrumentos de medición documentales y validados (31).

8.1 CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES

8.1.1 FACULTAD DE MEDICINA UMSA

La Facultad de Medicina como parte importante de la Universidad Mayor de San Andrés, posee una rica historia que la remonta al siglo XVIII, que por decreto reglamentario del 24 de enero de 1834, suscrito por el Mariscal Andrés de Santa Cruz y Calahumana dan cumplimiento a la función del Colegio General de Ciencias Médicas con sede en el colegio San Simón de Ayacucho, en la ciudad de La Paz; el Colegio de Ciencias Médicas funcionó con cuatro cátedras: Medicina, Cirugía, Farmacia, química y Física. Fundándose oficialmente la Facultad de Medicina un 10 de agosto de 1834 bajo la dirección del doctor José Francisco Passaman Camino.

Un nuevo periodo nació al declararse la vigencia de la Autonomía Universitaria en junio de 1930 y en la aplicación de ese mandato la Universidad de La Paz dictó su Estatuto el año 1932 que estableció la Facultad de Ciencias Biológicas y las Escuelas de Medicina y Cirugía de Odontología, y de Farmacia y Bioquímica. Generándose dentro de la concepción de la educación integral de Ormachea Zalles, el papel pedagógico en tres ciclos que tenía correspondencia con los grados académicos de Bachiller, Licenciado y Doctor, correspondiendo el bachillerato al Instituto de Ciencias Biológicas y la Licenciatura a las Escuelas.

Actualmente la UMSA es una de las instituciones de enseñanza académica superior más importantes del país, tanto por su nivel académico, dado que cuenta con varias carreras homologadas o en proceso de homologación a nivel internacional, como por el número de estudiantes matriculados.

Destaca de entre sus facultades especialmente la Facultad de Medicina, al poseer estudiantes de cada rincón de Bolivia e incluso de varios países de la región.

Por lo consiguiente se constituye en un crisol y síntesis de la población nacional, entre sus estudiantes están representados la mayoría de los estratos sociales, culturales y económicos que podrían encontrarse en nuestro país, haciendo de esta población cautiva una excelente fuente de información y objeto de estudio debido a su gran representatividad de la sociedad actual.

El presente estudio se realizó en mujeres de 17 a 25 años que estudian en las carreras de Medicina y Enfermería de la Facultad de Medicina UMSA con enfoque étnico (aymaras, quechuas y población general) en un ambiente de transculturización en la gestión 2016.

8.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las mujeres entre 17 a 25 años de edad debido a la etiopatogenia particular de los TCA.
- Estudiantes de primer y segundo año, carreras de Medicina y Enfermería de la Facultad de Medicina, cursantes en la gestión 2016.

8.2.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico ya conocido de enfermedad psiquiátrica, orgánica mental.
- Estudiantes de otras carreras distintas a Medicina y Enfermería de la Facultad de Medicina, que no correspondan a primer y segundo año de las mismas, cursantes en la gestión 2016.

8.3 MEDICIONES

8.3.1 INSTRUMENTOS

Para el presente estudio se aplicaron los siguientes instrumentos

- Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-26). Creado por Toro, Salamero y Martínez (1994), su objetivo es explorar la interiorización de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal (esbeltez) y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. Adaptado y validado en población mexicana por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), con un punto de corte de 15. Cuenta con una buena consistencia interna y una estructura factorial de cinco componentes: Malestar con la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia verbal, influencia de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales (32).
- Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). Evalúa síntomas de anorexia Nerviosa (AN). Fue creado y validado en población canadiense por Garner y Garfinkel (1979) es un cuestionario de autoreporte. El EAT ha mostrado ser útil como instrumento de tamizaje para identificar personas de riesgo de desarrollar AN y es ampliamente utilizado como una medida de los síntomas y preocupaciones de los trastornos de conducta alimentaria (Garner, 1996), con punto de corte internacional de 20 con una sensibilidad de 83% y especificidad de 91%. En México, fue adaptado y validado por Álvarez, Mancilla, Vázquez y cols. (2004), proporcionando cinco factores: dieta restrictiva, bulimia, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y presión social percibida. Una mayor puntuación señala la presencia de mayor número de síntomas de TCA (33).

- Bulimia Test-Revised (BULIT-R) Evalúa la existencia de Bulimia nerviosa según los criterios del DSM-IV. Fue creado por Smit, M.C., Thelen, M.H., Farmer, y J. Wonderlich. Adaptación española: Mora, M. y Raich, R.M. En México fue validado por Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000). Hace especial referencia a los atracones, conductas compensatorias, preocupación por el peso. Diseñada para detectar el riesgo de padecer bulimia en la población general. Mide la severidad de la sintomatología bulímica. Para el empleo de este instrumento para la detección (screening) se ha establecido un punto de corte de 85 con una sensibilidad de 80% y especificidad de 97% (34).

8.3.2 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Mujeres de 17 a 25 años, cursantes de las carreras de Medicina y Enfermería en la gestión 2016. Con la presencia de 3 identidades étnicas en las que se realizó el presente proyecto de investigación, a conocer: Aymaras, quechuas, y población general, agrupadas en individuos Con etnicidad (aymaras, quechuas y otros) y Sin etnicidad (personas que no se identificaban con ninguna identidad étnica).

8.3.3 MARCO MUESTRAL

Mediante muestreo probabilístico, aleatorio simple. Se calcula con un nivel de confianza de 95% y con un desvío estándar de 1,96 de un universo de 1918 estudiantes (1265 Medicina y 653 Enfermería), proporcionados por el Departamento de kardex respectivos.

Calculado en software estadístico Epidat 4.0 $n= 320$

Asignación por estratos en enfermería y medicina:

Enfermería: 109 individuos

Medicina 212 individuos

Calculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza;

p es la variabilidad positiva;

q es la variabilidad negativa;

N es el tamaño de la población;

E es la precisión o el error.

Reemplazando en la fórmula se tiene:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)1918}{1918(0,05)^2 + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{3,8416 * 4795}{4,795 + 0,9604}$$

$$n = 320,05$$

8.3.4 PLAN DE ANÁLISIS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	ESCALA
Edad	Años cumplidos			Años cumplidos	Intervalo
Carrera	Subdivisión de la universidad en la cual cursa actualmente	Medicina Enfermería	Medicina Enfermería	Cursante de primer y segundo año de la carrera específica.	Nominal
Etnia	Caracterización de uno mismo como miembro del propio grupo étnico	Aymara Quechua Otro Ninguno	Etnicidad SI NO	Con etnicidad Sin etnicidad	Aymara, quechua, otro se considera con etnicidad. Ninguno se considera sin etnicidad.
Trastorno de conducta alimentaria (TCA)	Predisposición a padecer anorexia y/o bulimia	Anorexia Bulimia	Con predisposición para anorexia y/o bulimia en encuestas EAT-26 y/o Bulit-R se considera SI TCA. Sin predisposición para Anorexia y/o bulimia en encuestas EAT-26 y/o Bulit-R se considera NO TCA.	EAT-26 BULIT-R	Puntaje >20 puntos en EAT-26 se considera con Predisposición para AN. Puntaje >85 puntos en BULIT-R se considera con Predisposición para AN.

Malestar con la imagen corporal	Descontento con la propia imagen corporal	Preguntas CIMEC-26 (4,5,11,13,16,17,25,31)	Malestar con imagen corporal	Si siempre (2 pts.). Si a veces (1pts.) Nunca (0 pts.)	Puntaje >6 se considera que existe malestar con la propia imagen corporal.
			SI		
			NO		
Influencia sociocultural para adelgazar	Presión sociocultural para adelgazar	CIMEC-26 Influencia de la publicidad (preguntas 6, 8, 9, 15, 21, 28, 33 y 38) Influencia verbal (preguntas 19, 23 y 26) Modelos sociales (preguntas 1, 12, 27 y 37) Influencias de las situaciones sociales (preguntas 40, 3 y 34)	Influencia sociocultural para adelgazar	Si siempre (2 pts.). Si a veces (1pts.) Nunca (0 pts.)	Puntaje >15 puntos se considera que existe presión sociocultural para adelgazar.
			SI		
			NO		

Influencia de la Publicidad	Interés que despierta la publicidad de productos adelgazantes.	que la de	Preguntas CIMEC-26 (preguntas 6, 8, 9, 15, 21, 28, 33 y 38).	Influencia de la Publicidad	de la	Si siempre (2 pts.). Si a veces (1pts.) Nunca (0 pts.)	(2	Puntaje >7 se considera que la publicidad influye en la autoimagen corporal o en conductas para rebajar de peso.
				SI				
				NO				
Influencias Verbales	Interés que suscitan artículos, reportajes, libros y conversaciones sobre adelgazamiento.	que los	Preguntas CIMEC-26 (preguntas 19, 23 y 26)	Influencias Verbales		Si siempre (2 pts.). Si a veces (1pts.) Nunca (0 pts.)	(2	Puntaje >3 se considera que los mensajes verbales influyen en la autoimagen corporal o en conductas para rebajar de peso.
				SI				
				NO				
Modelos Sociales	Interés que despiertan cuerpos actrices, modelos y transeúntes.	que los de	Preguntas CIMEC-26 (preguntas 1, 12, 27 y 37)	Modelos Sociales		Si siempre (2 pts.). Si a veces (1pts.) Nunca (0 pts.)	(2	Puntaje >3 se considera que los modelos sociales influyen en la autoimagen corporal o en conductas para rebajar de peso.
				SI				
				NO				

Situaciones Sociales	Presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias, y a la aceptación social atribuida a la delgadez.	Preguntas CIMEC-26 (preguntas 40, 3 y 34)	Situaciones Sociales	Si siempre (2 pts.). Si a veces (1pts.). Nunca (0 pts.)	(2 Puntaje >3 se considera que situaciones sociales influyen en la autoimagen corporal o en conductas para rebajar de peso.
			SI.		
			NO		

8.3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se empleó el paquete de bioestadística SPSS en su versión 25. Con el siguiente plan de análisis:

Para el análisis estadístico descriptivo se realizaron medidas de tendencia central como la media, mediana y moda; medidas de dispersión como varianza, desviación típica y coeficiente de variación, en variables que corresponden como edad, en otras se hizo frecuencias simples como la identidad étnica, predisposición de AN, BN, personas con malestar en su percepción corporal e influencia sociocultural.

Con respecto al análisis estadístico analítico, se aplicó Chi cuadrado para determinar relación entre influencia sociocultural y predisposición a TCA, también entre etnicidad y predisposición a TCA, etnicidad y malestar con la imagen corporal etnicidad e influencia sociocultural. Por ultimo entre influencia de la publicidad, influencias verbales, modelos sociales, influencias de las situaciones sociales y TCA. Posteriormente si la relación es positiva se estableció la razón de prevalencia de momios.

9. RESULTADOS

9.1 BIOESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Tabla 1. Distribución de la variable edad

Estadísticos	
Media	20,86
Error estándar de la media	,121
Mediana	21,00
Moda	21
Desv. Desviación	2,212
Varianza	4,893
Asimetría	,031
Error estándar de asimetría	,134
Curtosis	-,842
Error estándar de curtosis	,267
Rango	8
Mínimo	17
Máximo	25

Fuente: Cuestionario generalidades, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 1** se observó la edad promedio en la población de estudio alrededor de 20,86 años, siendo los estudiantes más jóvenes de 17 años y los mayores de 25 años, también al tener una media y mediana similares se concluyó que la distribución de esta variable (Edad) tiene tendencia a la distribución simétrica. Con respecto a la varianza y desviación estándar se ve que la variable tiene tendencia a la concentración.

Tabla 2. Frecuencia de edades en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
17	24	7,2	7,2	7,2
18	34	10,2	10,2	17,5
19	39	11,7	11,7	29,2
20	47	14,2	14,2	43,4
21	57	17,2	17,2	60,5
22	48	14,5	14,5	75,0
23	39	11,7	11,7	86,7
24	25	7,5	7,5	94,3
25	19	5,7	5,7	100,0
Total	332	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario generalidades, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 2** la mayoría de los individuos en la población de estudio tiene una edad alrededor de los 21 años, es decir mayores de edad, aunque la población de estudio sigue siendo mayoritariamente muy joven.

Tabla 3. Distribución de los individuos por carreras en el estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medicina	220	66,3	66,3	66,3
	Enfermería	112	33,7	33,7	100,0
	Total	332	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario generalidades, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 3** se observó la muestra de dos poblaciones estudio, todas son mujeres, cursantes de primer y segundo año. En primer lugar, la carrera de medicina con 220 individuos (66,3 %), la más numerosa y en segundo lugar la carrera de enfermería, con 112 individuos (33,7 %) dando un total de la muestra de 332 individuos.

Tabla 4. Distribución por Identidad Étnica en el Estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aymara	161	48,5	48,5	48,5
	Quechua	8	2,4	2,4	50,9
	Ninguno	163	49,1	49,1	100,0
	Total	332	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario generalidades, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 4** se observó que la población estudiante que se identifica con algún origen étnico es muy importante. Actualmente, se ha hecho más sencillo para los individuos el identificarse con alguna etnia originaria. Ya no se considera un estigma el tener orígenes indígenas relacionados con la ignorancia y discriminación, gradualmente se está cambiando en favor de un orgullo y aceptación de lo originario. Como algo que los distingue, dignifica y les da a los individuos una sensación de pertenencia nacional.

En la encuesta fuera de las identidades étnicas aymara y quechua existía la alternativa “otro”, pero al no haber sido usada por ningún individuo la misma fue obviada.

Tabla 5. Distribución de la Identidad Étnica por Carrera

		Carrera		Total	
		Medicina	Enfermería		
Identidad Étnica	Aymara	Frecuencia	76	85	161
		Porcentaje %	34,5%	75,9%	48,5%
	Quechua	Frecuencia	4	4	8
		Porcentaje %	1,8%	3,6%	2,4%
	Ninguno	Frecuencia	140	23	163
		Porcentaje %	63,6%	20,5%	49,1%
Total	Frecuencia	220	112	332	
	Porcentaje %	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionario generalidades, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 5** se observó que la población estudiante que se identifica con algún origen étnico tiene mayor preponderancia en la carrera de Enfermería, donde 85 mujeres (75,9 %) se identifican como aymaras. Dicho dato contrasta con lo obtenido en la carrera de Medicina donde 76 mujeres (34,5 %) se identifican como aymaras. Esto podría explicarse por el hecho que una de las primeras opciones para mujeres migrantes de áreas rurales que logran acceder a educación superior es precisamente la carrera de Enfermería.

Es notorio que la mayoría de las estudiantes en la carrera de enfermería se identifican con alguna identidad étnica, en general aymara.

Tabla 6. Distribución de etnicidad en relación a influencia sociocultural para adelgazar

			Influencia Sociocultural		Total
			Con	Sin	
Etnicidad	Con	Frecuencia	73	92	165
		Porcentaje %	50,7%	48,9%	49,7%
	Sin	Frecuencia	71	96	167
		Porcentaje %	49,3%	51,1%	50,3%
Total	Frecuencia		144	188	332
	Porcentaje %		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario generalidades y CIMEC-26, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 6** se observó que la población que se identifica con alguna identidad étnica percibe una mayor presión o influencia sociocultural para adelgazar, aunque discretamente. Esta situación puede atribuirse al fuerte proceso de transculturización al que son sometidas las personas de una cultura minoritaria por otra dominante que literalmente sobrescribe ideas, tradiciones y valores.

Tabla 7. Distribución de Influencias Socioculturales

Influencia sociocultural	Frecuencia
Influencias verbales	110
Influencias modelos sociales	99
Influencias situaciones sociales	96
Influencia de la publicidad	72

Fuente: Cuestionario CIMEC-26, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 7** se observó las mayores influencias para adelgazar son verbales, luego tenemos a modelos sociales y situaciones sociales. La publicidad esta de último lugar. Esto sugiere que las estudiantes universitarias tienen en muy alta estima las observaciones de sus compañeras y/o parejas, y son especialmente sensibles a la descalificación por estas. Muy propio de ambientes de transculturización, donde una cultura predominante paulatinamente sobrescribe a la cultura minoritaria.

Tabla 8. Presencia de malestar con la imagen corporal

Malestar con la imagen corporal	Frecuencia	Porcentaje %
SI	114	34,3 %
NO	218	65,7 %
TOTAL	332	100 %

Fuente: Cuestionario CIMEC-26, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 8** se observó algo particularmente preocupante que prácticamente una tercera parte de la población femenina joven no se encuentra conforme con su propio cuerpo, dicho sentimiento lleva a la presentación de ansiedad y depresión, por sentirse relegadas, “impopulares” dentro del grupo, mismos que son de importancia en los trastornos de conducta alimentaria como la AN y BN, mas no objetivo del presente estudio.

Tabla 9. Frecuencias de Anorexia (AN) y Bulimia (BN)

Predisposición	Frecuencia BN	Porcentaje %	Frecuencia AN	Porcentaje %
SI	49	14,8 %	32	9,6 %
NO	283	85,2 %	300	90,4 %
TOTAL	332	100 %	332	100 %

Fuente: Cuestionarios BULIT-R Y EAT-26, Carreras de Medicina y Enfermería UMSA 2016

En la **Tabla 9** se observó un claro predominio de la predisposición de la BN frente a la AN. Esto se aproxima a lo expresado en la bibliografía y otros estudios. Donde la BN es en general la forma en la que debutan los TCA y posteriormente dicho trastorno puede transformarse en AN.

9.2 BIOESTADÍSTICA ANALÍTICA

Tabla 10. Relación Influencia Sociocultural y TCA

			TCA		Total
			Con	Sin	
Influencia Sociocultural	Con	Frecuencia	62	82	144
		Porcentaje %	43,1%	56,9%	100,0%
	Sin	Frecuencia	19	169	188
		Porcentaje %	10,1%	89,9%	100,0%
Total	Frecuencia		81	251	332
	Porcentaje %		24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 10** se observó una importante proporción de las personas que sufren presión o influencias socioculturales para adelgazar, también presentan gran predisposición a presentar trastornos de conducta alimentaria; siendo estas de 62 (43,1 %) individuos. Denotando una posible relación entre ambas variables.

Tabla 11. Asociación entre Influencias Socioculturales y TCA

Valor Chi ² Calculado	Gl	Valor Chi ² Teórico	p
47,994	1	3,84	0,000

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

Tabla 12. Medidas de Simetría Influencia Sociocultural y TCA

		Medidas simétricas	
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,380	,000
	V de Cramer	,380	,000
	Coefficiente de contingencia	,355	,000
N de casos válidos		332	

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

El valor de Chi² calculado es 47,99 mucho mayor al valor teórico de Chi² 3,84 (gl=1; $\alpha=0,05$), por lo cual la diferencia entre ambos se considera significativa con una confiabilidad del 95 % ($\alpha=0,05$), de lo que se concluye que las variables comparadas no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0,05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y acepta la hipótesis alterna (H_1) como probablemente cierta.

La influencia sociocultural para adelgazar podría asociarse a la predisposición de TCA.

Tabla 13. Riesgo Influencia Sociocultural para TCA

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds Ratio RM (Con / Sin)	6,725	3,774	11,984
N de casos válidos	332		

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 13** se observó RM es mayor a 1 ($RM > 1$) se puede concluir que hay asociación positiva, posiblemente causal, entre la influencia o presión sociocultural para adelgazar y los trastornos de conducta alimentaria (TCA). Es decir que la influencia o presión sociocultural para adelgazar podría aumentar el riesgo para la predisposición de los TCA.

Tabla 14. Relación Malestar con la Imagen Corporal y TCA

		TCA		Total	
		Con	Sin		
Malestar corporal	Con	Frecuencia	54	60	114
		Porcentaje %	47,4%	52,6%	100,0%
	Sin	Frecuencia	27	191	218
		Porcentaje %	12,4%	87,6%	100,0%
Total	Frecuencia	81	251	332	
	Porcentaje %	24,4%	75,6%	100,0%	

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 14** se observó una importante proporción de las personas que tienen malestar con su imagen corporal, también presentan gran predisposición a presentar trastornos de conducta alimentaria; siendo estas de 54 (47,4 %) individuos. Denotando una posible relación entre ambas variables.

Tabla 15. Asociación entre Malestar con la imagen corporal y TCA

Valor Chi ² Calculado	Gl	Valor Chi ² Teórico	p
49,666	1	3,84	0,000

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

Tabla 16. Medidas de Simetría Malestar con la Imagen corporal y TCA

Medidas simétricas		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,387	,000
	V de Cramer	,387	,000
	Coefficiente de contingencia	,361	,000
N de casos válidos		332	

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

El valor de Chi² calculado es 49,66 mucho mayor al valor teórico de Chi² 3,84 (gl=1; $\alpha=0,05$), por lo cual la diferencia entre ambos se considera significativa con una confiabilidad del 95 % ($\alpha=0,05$), de lo que se concluye que las variables comparadas no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0,05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y acepta la hipótesis alterna (H_1) como probablemente cierta.

El malestar con la imagen corporal podría asociarse a la predisposición de TCA.

Tabla 17. Relación entre Etnicidad y TCA

			TCA		Total
			Con	Sin	
Etnicidad	Con	Frecuencia	37	128	165
		Porcentaje %	22,4%	77,6%	100,0%
	Sin	Frecuencia	44	123	167
		Porcentaje %	26,3%	73,7%	100,0%
Total	Frecuencia		81	251	332
	Porcentaje %		24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: Cuestionarios generalidades y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 17** se observó una importante proporción de las personas que se identifican con alguna identidad étnica, presentan cierta predisposición a presentar trastornos de conducta alimentaria; siendo estas de 37 (22,4 %) individuos. Denotando una posible relación entre ambas variables.

Tabla 18. Asociación entre Etnicidad y TCA

Valor Chi ² Calculado	Gl	Valor Chi ² Teórico	p
0,693	1	3,84	0,405

Fuente: Cuestionarios generalidades y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

Tabla 19. Medidas de Simetría Etnicidad y TCA

		Medidas simétricas	
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	-,046	,405
	V de Cramer	,046	,405
	Coefficiente de contingencia	,046	,405
N de casos válidos		332	

Fuente: Cuestionarios generalidades y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

El valor de Chi² calculado es 0,693 menor al valor teórico de Chi² 3,84 (gl=1; $\alpha=0,05$), por lo cual la diferencia entre ambos se considera no significativa con una confiabilidad del 95 % ($\alpha=0,05$), de lo que se concluye que las variables comparadas son independientes y no están asociadas ($p < 0,05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y acepta la hipótesis nula (H_0) como probablemente cierta.

Los resultados no son significativos, por lo tanto, es poco probable que exista asociación significativa entre etnicidad y predisposición a los TCA.

Tabla 20. Relación Etnicidad e Influencia Sociocultural

		Influencia Sociocultural		Total	
		Con	Sin		
Etnicidad	Con	Frecuencia	50	115	165
		Porcentaje %	30,3%	69,7%	100,0%
	Sin	Frecuencia	46	121	167
		Porcentaje %	27,5%	72,5%	100,0%
Total	Frecuencia	96	236	332	
	Porcentaje %	28,9%	71,1%	100,0%	

Fuente: Cuestionarios generalidades y CIMEC-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 20** se observó una importante proporción de las personas que se identifican con alguna identidad étnica, presentan cierta predisposición a sufrir presión o influencias socioculturales para adelgazar; siendo estas de 50 (30,3 %) individuos. Denotando una posible relación entre ambas variables.

Tabla 21. Asociación entre Etnicidad e Influencias Socioculturales

Valor Chi ² Calculado	G1	Valor Chi ² Teórico	p
0,307	1	3,84	0,579

Fuente: Cuestionarios generalidades y CIMEC-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

Tabla 22. Medidas de Simetría Etnicidad e Influencias Socioculturales

		Medidas simétricas	
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,030	,579
	V de Cramer	,030	,579
	Coefficiente de contingencia	,030	,579
N de casos válidos		332	

Fuente: Cuestionarios generalidades y CIMEC-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

El valor de Chi² calculado es 0,307 menor al valor teórico de Chi² 3,84 (gl=1; $\alpha=0,05$), por lo cual la diferencia entre ambos se considera no significativa con una confiabilidad del 95 % ($\alpha=0,05$), de lo que se concluye que las variables comparadas son independientes y no están asociadas ($p < 0,05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y acepta la hipótesis nula (H_0) como probablemente cierta.

Los resultados no son significativos, por lo tanto, es poco probable que exista asociación significativa entre etnicidad e influencia sociocultural para adelgazar.

Tabla 23. Relación Influencia Modelos Sociales y TCA

			TCA		
			Con	Sin	Total
Influencia	Con	Frecuencia	34	65	99
		Porcentaje %	34,3%	65,7%	100,0%
Modelos	Sin	Frecuencia	47	186	233
		Porcentaje %	20,2%	79,8%	100,0%
Sociales	Total	Frecuencia	81	251	332
		Porcentaje %	24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 23** se observó una importante proporción de las personas que sufren presión por parte de los modelos sociales para adelgazar, también presentan gran predisposición a presentar trastornos de conducta alimentaria; siendo estas de 34 (34,3 %) individuos. Denotando una posible relación entre ambas variables.

Tabla 24. Asociación entre Influencia de Modelos Sociales y TCA

Valor Chi ² Calculado	G1	Valor Chi ² Teórico	p
7,565	1	3,84	0,06

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

Tabla 25. Medidas de Simetría Influencia Modelos sociales y TCA

		Medidas simétricas	
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,151	,006
	V de Cramer	,151	,006
	Coefficiente de contingencia	,149	,006
N de casos válidos		332	

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

El valor de Chi² calculado es 7,565 mucho mayor al valor teórico de Chi² 3,84 (gl=1; $\alpha=0,05$), por lo cual la diferencia entre ambos se considera significativa con una confiabilidad del 95 % ($\alpha=0,05$), de lo que se concluye que las variables comparadas no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0,05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y acepta la hipótesis alterna (H_1) como probablemente cierta.

Podría haber asociación significativa entre la influencia que ejercen los modelos sociales y la predisposición a los TCA.

Tabla 26. Relación Influencias Verbales y TCA

			TCA		
			Con	Sin	Total
Influencias Verbales	Con	Frecuencia	53	57	110
		Porcentaje %	48,2%	51,8%	100,0%
	Sin	Frecuencia	28	194	222
		Porcentaje %	12,6%	87,4%	100,0%
Total	Frecuencia		81	251	332
	Porcentaje %		24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 26** se observó una importante proporción de las personas que sufren presión verbal para adelgazar, también presentan gran predisposición a presentar trastornos de conducta alimentaria; siendo estas de 54 (48,2 %) individuos. Denotando una posible relación entre ambas variables.

Tabla 27. Asociación entre Influencias Verbales y TCA

Valor Chi ² Calculado	Gl	Valor Chi ² Teórico	p
50,451	1	3,84	0,000

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

Tabla 28. Medidas de Simetría Influencias Verbales y TCA

		Medidas simétricas	
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,390	,000
	V de Cramer	,390	,000
	Coefficiente de contingencia	,363	,000
N de casos válidos		332	

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

El valor de Chi² calculado es 50,451 mucho mayor al valor teórico de Chi² 3,84 (gl=1; $\alpha=0,05$), por lo cual la diferencia entre ambos se considera significativa con una confiabilidad del 95 % ($\alpha=0,05$), de lo que se concluye que las variables comparadas no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0,05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y acepta la hipótesis alterna (H_1) como probablemente cierta.

Podría haber asociación significativa entre las influencias verbales y la predisposición a los TCA.

Tabla 29. Relación Influencia Situaciones Sociales y TCA

			TCA		Total
			Con	Sin	
Influencia	Con	Frecuencia	50	46	96
		Porcentaje %	52,1%	47,9%	100,0%
Situaciones	Sin	Frecuencia	31	205	236
		Porcentaje %	13,1%	86,9%	100,0%
Sociales	Total	Frecuencia	81	251	332
		Porcentaje %	24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 29** se observó una importante proporción de las personas que sufren presión de las situaciones sociales para adelgazar, también presentan gran predisposición a presentar trastornos de conducta alimentaria; siendo estas de 50 (52,1 %) individuos. Denotando una posible relación entre ambas variables.

Tabla 30. Asociación entre Situaciones Sociales y TCA

Valor Chi ² Calculado	Gl	Valor Chi ² Teórico	p
56,121	1	3,84	0,000

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

Tabla 31. Medidas de Simetría Influencia de Situaciones Sociales y TCA

		Medidas simétricas	
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,411	,000
	V de Cramer	,411	,000
	Coefficiente de contingencia	,380	,000
N de casos válidos		332	

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

El valor de Chi² calculado es 56,121 mucho mayor al valor teórico de Chi² 3,84 (gl=1; $\alpha=0,05$), por lo cual la diferencia entre ambos se considera significativa con una confiabilidad del 95 % ($\alpha=0,05$), de lo que se concluye que las variables comparadas no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0,05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y acepta la hipótesis alterna (H_1) como probablemente cierta.

Podría haber asociación significativa entre situaciones sociales y la predisposición a los TCA.

Tabla 32. Relación Influencia Publicidad y TCA

			TCA		
			Con	Sin	Total
Influencia	Con	Frecuencia	37	35	72
Publicidad		Porcentaje %	51,4%	48,6%	100,0%
	Sin	Frecuencia	44	216	260
		Porcentaje %	16,9%	83,1%	100,0%
Total		Frecuencia	81	251	332
		Porcentaje %	24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

En la **Tabla 32** se observó una importante proporción de las personas que sufren presión de publicidad para adelgazar, también presentan gran predisposición a presentar trastornos de conducta alimentaria; siendo estas de 37 (51,4 %) individuos. Denotando una posible relación entre ambas variables.

Tabla 33. Asociación entre Publicidad y TCA

Valor Chi ² Calculado	Gl	Valor Chi ² Teórico	p
36,313	1	3,84	0,000

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

Tabla 34 Medidas de Simetría Influencia de Publicidad y TCA

		Medidas simétricas	
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,331	,000
	V de Cramer	,331	,000
	Coefficiente de contingencia	,314	,000
N de casos válidos		332	

Fuente: Cuestionarios CIMEC-26 y BULIT-R, EAT-26, Medicina y Enfermería UMSA 2016, SPSS

El valor de Chi² calculado es 36,313 mucho mayor al valor teórico de Chi² 3,84 (gl=1; $\alpha=0,05$), por lo cual la diferencia entre ambos se considera significativa con una confiabilidad del 95 % ($\alpha=0,05$), de lo que se concluye que las variables comparadas no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0,05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y acepta la hipótesis alterna (H_1) como probablemente cierta.

Podría haber asociación significativa entre publicidad y la predisposición a los TCA.

10. DISCUSIÓN

El presente estudio trato de determinar relación entre la influencia sociocultural y predisposición a Trastornos de Conducta Alimentaria entre mujeres de 17 a 25 años, encontrando una asociación significativa, que coincide con estudios previos (22)(30).

También en este estudio se trató de identificar diferencias de dichas influencias socioculturales entre la población que se autoidentifica con un componente étnico y la población general, sin poder encontrar diferencia significativa alguna entre estos dos grupos, hallazgo en oposición a otros estudios que también se plantearon la misma pregunta, con la diferencia que el presente estudio se realizó en un medio de fuerte proceso de aculturación, como es la universidad, lo que nos hace pensar en una casi completa asimilación cultural de la cultura predominante sobre las culturas minoritarias (21)(22).

Esto es muy llamativo pues plantea la suposición que sin importar el ámbito sociocultural del cual se provenga en nuestro medio, los trastornos de conducta alimentaria tendrán el mismo riesgo de afectación sobre la población.

De esta manera los resultados obtenidos refutan, el “mito” que se refiere a que en las etnias aymara y quechua mayoritarias entre las múltiples etnias en Bolivia preferirían los biotipos femeninos más robustos, haciendo a las mujeres de estos grupos étnicos menos susceptibles a las influencias socioculturales de delgadez, pues esto haría que su propio modelo estético corporal sea más aceptado que el de la cultura occidental del resto de la población.

Por el contrario, lejos de disminuir la susceptibilidad hacia estas influencias anteriores trabajos de investigación encontraron una mayor influencia sobre estas personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios, pues las presiones o influencias socioculturales suelen ser más intensas sobres estos individuos, dadas las diferencias más notables con respecto a su modelo estético corporal, con respecto al de la población predominante, haciéndoles no menos sino más susceptibles a dichas presiones (1)(22).

Con respecto a las edades muchos trabajos toman como población preferida para sus estudios niñas y adolescentes, principalmente entre 10 y 15 años, pues durante en esas edades se considera un momento evolutivo, que al no tener una concepción firme sobre sí mismo, continúan buscando la construcción de su identidad y atravesando múltiples cambios corporales y psicológicos serían más sensibles y susceptibles a la apreciación y evaluación que se realizan sobre ellas (3)(4).

Sin embargo el presente trabajo tomo a mujeres jóvenes de 17 a 25 años, encontrando la misma predisposición a influencias socioculturales de delgadez, esto podría explicarse con resultado de una evolución más lenta tanto psicológica como con respecto a la creación de identidad propia en nuestra población, no es extraño en el contexto Nacional, personas jóvenes y adultos continúan viviendo bajo el techo y tutela de los padres a pesar de tener trabajos bien remunerados e incluso familia propia, muy distinto de lo visto en sociedades occidentales más “avanzadas” donde los jóvenes y adolescentes buscan independencia más tempranamente.

Los resultados obtenidos plantean el hecho de que la población Nacional podría ser susceptible a dichas influencias socioculturales para adelgazar durante más tiempo que el resto de poblaciones dado su lento proceso de maduración.

10.1 IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos mediante el presente trabajo de investigación son de gran importancia pues complementan el perfil epidemiológico de Bolivia, estos mismos resultados dan pautas sobre la prevalencia de los TCA, todavía en construcción. Responde en parte a Políticas Nacionales dadas a conocer mediante la Agenda Nacional de Prioridades de investigación en Salud de Bolivia respecto a los cambios en la conducta, actitudes y practicas alimentarias dentro de grupos étnicos en zonas urbanas, muy útiles para la detección y posterior prevención de conductas de riesgo y cambios poco saludables de comportamiento entre jóvenes y adolescentes.

El presente trabajo de investigación revela que la problemática de los TCA a nivel local, no es muy diferente del internacional. Estos mismos poco a poco se van tornando en un problema de salud pública para Bolivia. Que requiere un abordaje inmediato y efectivo. La sociedad actual lejos de estar protegida de los TCA por sus características socioculturales es ahora tan susceptible como cualquiera otra.

Los procesos de transculturización van difuminando las diferencias particulares y únicas que hacían a distintas sociedades y culturas. Expresión de este proceso transculturizador es la misma universidad que lejos de ser multicultural se tornó en un medio uniformador, teniendo como herramienta más efectiva en la actualidad a la gran interconectividad que da la internet para imponer una cultura única global.

10.2 AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

Este estudio es de utilidad como referencia en investigaciones epidemiológicas y de riesgo con respecto a los TCA y su interacción con factores sociales y culturales relacionados con la rápida transformación de las sociedades y el acceso masificado a la información, la llamada “transición epidemiológica” que conlleva cambios en las conductas, actitudes y prácticas alimentarias.

Este estudio será interesante para psicólogos, psiquiatras, médicos y porque no para la población general que busque información en temas poco estudiados y raros. Para investigadores que busquen adentrarse en enfermedades no transmisibles que afectan a población joven y adolescente.

11. CONCLUSIONES

La presente investigación pretendió conocer si la influencia sociocultural se constituye en predisponente a trastornos de conducta alimentaria (TCA) con enfoque étnico y ambiente de transculturización en mujeres de 17 a 25 años, carreras de Medicina y enfermería, Facultad de Medicina UMSA, gestión 2016. Encontrando lo desarrollado a continuación:

En la población de estudio la influencia sociocultural para adelgazar se asocia como predisponente a Trastornos de Conducta alimentaria ($p = 0,00$). De igual manera se puede concluir que hay asociación positiva, posiblemente causal entre la influencia o presión sociocultural para adelgazar y los trastornos de conducta alimentaria ($RM = 6,7$).

Con respecto a la edad se observó un promedio en la población de estudio alrededor de 20 años, siendo los estudiantes más jóvenes de 17 años y los mayores de 25 años, conformando la mayoría estudiantes de 21 años. Por lo que concluyó que dichos individuos son muy jóvenes.

La población de estudio, constó exclusivamente de mujeres, cursantes de primer y segundo año, en las carreras de medicina con 66,3 %, la más numerosa y enfermería, con 33,7 % dando un total de la muestra de 332 individuos. Un gran número de estudiantes se identificó con algún origen étnico, siendo el 48,5 % aymaras, el 2,4 % quechuas y 49,1 % no se identificaron con ninguna identidad étnica. De esta manera contamos con 2 grupos de individuos principales; los que se identifican con alguna etnia (Con etnicidad 49,7%), la mayoría de estos estudiantes de enfermería (75,9 %) y los que no se identifican con ninguna (Sin etnicidad 50,3 %), son la mayoría.

En este punto es importante aclarar que en la encuesta fuera de las identidades étnicas aymara y quechua existía la alternativa "otro", pero al no haber sido usada por ningún individuo la misma fue obviada. De entre los individuos de estudio se encontró que un 14,8 % tienen predisposición para BN y un 9,8% para AN.

Con respecto a las influencias socioculturales para adelgazar se observó que con mayor frecuencia es ejercida por las influencias verbales (33,1 %), seguidas por modelos sociales (29,8 %), situaciones sociales (28,9 %) y por último la publicidad (21,7 %).

En relación al malestar con la imagen corporal observamos que el 34,3 % de los individuos esta no está conforme con su imagen corporal, siendo este descontento mayo en las personas que no se identifican con ninguna etnia con un 42,3 %

No se encontró asociación significativa entre etnicidad y predisposición a TCA ($p = 0,241$), tampoco se encontró ninguna asociación significativa entre etnicidad e influencia sociocultural para adelgazar ($p = 0,418$). Lo que indica que no hay diferencias significativas con respecto a la presión sociocultural para adelgazar entre los distintos grupos de individuos estudiados (con etnicidad y sin etnicidad), ambos grupos reciben las mismas presiones socioculturales para adelgazar y por lo tanto ambos grupos tienen la misma predisposición para padecer TCA.

12. RECOMENDACIONES

En cualquier proyecto de investigación siempre se desea que haya una mejora continua del mismo; por lo tanto, es mi recomendación para futuros investigadores que tengan interés en el tema de los TCA, el profundizar el presente estudio con diseños más enfocados en el ámbito de la causalidad como son los de caso control, que son muy factibles desde el punto de vista de tiempo y costo financiero, en especial para clarificar la asociación de factores socioculturales con la predisposición a los TCA y su posible relación causal.

También se recomienda profundizar en la relación entre etnicidad y los TCA especialmente en poblaciones donde el proceso de transculturización sea menos acentuado, o factible de ser comparado, como por ejemplo en poblaciones de distintas universidades públicas, privadas o en el caso concreto de comparar estas diferencias entre la UPEA de la ciudad de el Alto y la UMSA de la Paz, por dar un ejemplo.

También sería interesante investigar estos factores en poblaciones de zonas urbanas comparadas con rurales.

Otra recomendación importante sería el limitar el número de instrumentos de evaluación psicológica al mínimo, siendo mejor usar solo uno. Y decantarse por los más breves, especialmente si la muestra es grande, se recomienda la “Escala de Scoof” por su fácil aplicación y brevedad, que no descuida su excelente sensibilidad (34).

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Losada A, Leonardelli E, Magliola M. Influencia Sociocultural y los Transtornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes. *Rev Electron Psicol Iztacala*. 2015;18(1):380–416.
2. Rivarola M, Penna F. Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Rev Intercont Psicol y Educ*. 2006;8(2):61–72.
3. Pérez A. Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología [Internet]. 2017. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/cittes?codigo=149085%0Ahttp://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf>
4. Trabajo G de. Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Catalunya-España: Ministerio de Sanidad y Consumo España; 2009. 195 p.
5. OMS. Guía de Intervención mhGAP [Internet]. Guía de Intervención mhGAP. 2011. 1–59 p. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
6. Oller CD, Arce CV. Trastornos De La Conducta Alimentaria En Adolescentes De Las Ciudades De La Paz, Santa Cruz Y Tarija. *Ajayu Órgano Difusión Científica ...* [Internet]. 2004; Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612004000100007&script=sci_abstract
7. Pando M, Hurtado M. Trastornos de la Conducta Alimentaria y su Relacion con los Transtornos de la Personalidad. *UcbEduBo* [Internet]. 1999; Available from: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v3n1/v3n1a6.pdf>
8. Coloccini MA, Valle U. Riesgo de Transtornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en Estudiantes de las Carreras de Medicina y Odontología (Ciclo Básico) de la Universidad del Valle. 2007;4–8.

9. Pérez C, López R. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Investig Psicol* [Internet]. 2010;(10):69–85. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322013000200007
10. Crespo G, Bickis T, Angulo A. Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud. In: Conferencias para el Desarrollo de Concenso. La Paz-Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; 2009. p. 108.
11. Delgadillo C, Guevara R, Jaqueline R. Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana. In: *Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida*. La Paz-Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia; 2010. p. 36.
12. Vicente J, Turón G. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Biblio Psiquis; 2006. 49 p.
13. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda A. *Trastornos del Comportamiento Alimentario*. 07/2003. Madrid-España: Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Publica Madrid España; 2003. 121 p.
14. Villena J, Castillo M. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolares. Castilla la Mancha. 2004;
15. Berner E, Piñero J, Valente S. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. *Arch Argent Pediatr*. 2004;102(6):440–4.
16. APA. *Guía Criterios Dx DSMV español*. 2013.
17. Behar R, Arancibia M. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria DSM-V and eating disorders. *Rev Chil Neuro-psiquiatría*. 2014;52(Supl 1):22–33.
18. Staudt M, Rojo M del M, Ojeda G. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa. *Nutr Clin y Diet Hosp*. 2002;22(5):12–7.

19. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda A. Trastornos del comportamiento alimentario, Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la comunidad de Madrid. *Pediatr Integr*. 2017;21(2):82–91.
20. de Portela Santana ML, da Costa Ribeiro H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391–401.
21. Grabe S, Hyde JS. Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006;132(4):622–40.
22. Rodgers RF, Berry R, Franko DL. Eating Disorders in Ethnic Minorities: an Update. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(10).
23. Sepúlveda D. La variable etnia/raza en los estudios de estratificación social. Santiago-Chile; 2010. (Tendencias y Procesos Emergentes en la Estratificación Social).
24. Gómez RD. La transición en epidemiología y salud pública : ¿ explicación o condena ? Resumen Palabras clave. *Rev Fac Nac Salud Pública, Universidad Antioquia Colomb*. 2001;19(2):57–74.
25. OPS. Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental. In: 49° consejo Directivo OPS. Washington-EEUU: OMS; 2009. p. 39–41.
26. Loth KA, Maclehorse RF, Fulkerson JA, Crow S, Neumark-Sztainer D. Are food restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent disordered eating behaviors? *Int J Eat Disord*. 2014;47(3):310–4.
27. Reina S, Shomaker L, Mooreville M. Sociocultural pressures and adolescent eating in the absence of hunger. *Body Image*. 2013;10(2):182–90.
28. Lewis SP, Klauninger L, Marcincinova I. Pro-eating disorder search patterns: The possible influence of celebrity eating disorder stories in the media. *J Eat Disord* [Internet]. 2016;4(1):2–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-016->

29. Lazo MR, Camacho JDH, Ríos PB, Ruiz-Prieto I, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp.* 2015;32(4):1786–95.
30. Pilecki MW, Salapa K, Józefik B. Socio-cultural context of eating disorders in Poland. *J Eat Disord.* 2016;4(1).
31. Morales AR, Zárate LEM. Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada [Internet]. Editorial Medica Panamericana Sa de; 2004. Available from: <https://books.google.com.bo/books?id=2UN-khOULAkC>
32. Vázquez R, Alvarez G, Mancilla JM. Consistencia interna y estructura cuestionario de influencia de estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Ment.* 2000;23(6):18–24.
33. Constaín GA, Ramírez CR, Rodríguez-Gáztez M de los Á, Gómez MÁ. 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* [Internet]. 2014;46(6):283–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
34. Monterrosa CÁ, Boneu YD, Muñoz MJ. Trastornos del Comportamiento Alimentario : Escalas Para Valorar Síntomas Y Conductas De Riesgo. *Rev Cinc Biomed.* 2012;1(3):99–111.