



U **NIVERSIDAD**
I **NSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CON
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25**

"CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO,
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA E
IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES
ADOLESCENTES CON DIFERENTE NIVEL
DE MARGINACIÓN"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A

FÁTIMA LETICIA GARCIA CASTRO

ASESOR: **M T R O . M I G U E L A N G E L M E D I N A G U T I E R R E Z**

MÉXICO, D.F. JUNIO DE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" por permitir desarrollarme en el ámbito profesional

Al proyecto 46560 financiado por CONACyT "Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes en localidades con diferente nivel de urbanización e intensidad de migración" coordinado por la Dra. Claudia Unikel Santoncini, investigadora adscrita al Instituto Nacional de Psiquiatría.

A la Dra. Claudia Unikel quien se ha convertido en un ejemplo a seguir. Te agradezco la confianza, la amistad, tus conocimientos y cada uno de los momentos compartidos.

Al Mtro Miguel Angel Medina Gutiérrez quien en parte ha sido un gran amigo y un gran maestro, no solo en las aulas, sino fuera de ellas.

A la Dra. Catalina González quien sin esperar nada me ofreció su apoyo y sus conocimientos. Mil gracias Caty por creer en mí.

Al Maestro Rana Mención Honorífica Alberto Jiménez, quien estuvo presente en algunos de momentos de desesperación e impotencia... y con palabras reconfortantes supo motivarme..."No te pongas exquisita maestra" jajaja... Gracias Alberto.

Dedicatoria

Por supuesto a mis padres Leticia y José Luis, los seres más importantes para cualquier ser humano. Me han visto crecer y desarrollarme en cada etapa de mi vida, lo cual les agradezco infinitamente también les agradezco que me permitan ser, que me den la oportunidad de decidir y cometer mis propios errores.

A dos seres hermosos que amo con toda mi alma son el eje de mi vida y mi más grande motivación... Ady (mi Sis) y Pp (mi Bro). Gracias por tolerarme y deseo compartir con ustedes más logros... no sólo los míos sino también los de ustedes. Siempre podrán contar con su sis mayor.

Alexi honestamente no tengo palabras para agradecerte todo pero en serio todo lo que me has ayudado y todo lo que me has aguantado... sé que mi forma de ser no siempre es la más dócil o amable, pero tú... has estado a mi lado. Gracias amoi o chamoy... aaassshhh te amo shonsho.

Belén te agradezco estos casi 6 años de amistad gracias por escucharme y por abrirme las puertas de tu casa y de tu vida. Gracias por compartir. Te quiero mucho eshtupida.

A mis abuelitos que ya no están conmigo. Gracias por la enseñanza de vida mamá Jose y chocolito.

Leo va por ti en cada uno de mis triunfos estás y en cada uno de mis pensamientos. Te has convertido en mi angelito de la guarda. Te amo.

Marina, Ly, Jane y Richard gracias por estar conmigo en los momentos más difíciles e importantes de mi vida, los quiero muchisisisimo.

Karina, Chucho, Mariana, Rocío, Anay, Sam y Emiliano o como sea que se llame... jajaja los quiero mucho.

A todas mis tías Eva, Moni y Ale les agradezco su apoyo y su confianza.

Por último me la dedico a mí, tú puedes Fátima.



INDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1. Adolescencia	
1.1 Conceptos de adolescencia.....	9
1.2 Abordajes teóricos.....	10
1.3 Cambios biológicos.....	12
1.4 Cambios psicológicos.....	13
1.5 Cambios cognitivos.....	15
1.6 Cambios sociales.....	16
Capítulo 2.- Trastornos de la conducta alimentaria	
2.1 Historia de la anorexia nervosa.....	20
2.2 Historia de la bulimia nervosa.....	22
2.3 Abordaje teórico.....	23
2.3.1 Modelo psicoanalítico.....	23
2.3.2 Modelo cognitivo-conductual.....	25
2.3.3 Modelo del desarrollo.....	28
2.3.4 Modelo del continuo.....	29
2.3.5 Modelo sociocultural.....	30
2.4 Criterios diagnósticos y características clínicas.....	31
2.5 Epidemiología Internacional.....	35
2.6 Epidemiología en México.....	36
2.7 Definición de conductas alimentarias de riesgo.....	39
2.8 Trastornos de la conducta alimentaria y su comorbilidad con la sintomatología depresiva y la ideación suicida.....	40
Capítulo 3.- Depresión e ideación suicida	
3.1 Definición de depresión.....	43
3.2 Abordajes teóricos.....	47
3.3 Definición de suicidio.....	48
3.4 Epidemiología Internacional y Nacional.....	50
Capítulo 4.- Nivel socioeconómico y servicios de salud pública	
4.1 Descripción del nivel socioeconómico y los servicios de salud en zonas rurales.....	53



Capítulo 5.- Metodología

5.1	Preguntas de investigación.....	57
5.2	Objetivo general.....	57
5.3	Objetivos específicos.....	57
5.4	Hipótesis de investigación.....	58
5.5	Descripción de las variables.....	58
5.6	Definición conceptual y operacional de las variables.....	58
5.7	Instrumentos.....	60
5.8	Criterios de inclusión.....	62
5.9	Criterios de exclusión.....	62
5.10	Diseño de investigación.....	62
5.11	Procedimiento.....	62
5.12	Análisis estadísticos.....	63

Capítulo 6.- Resultados

6.1	Características sociodemográficas.....	65
6.2	Análisis descriptivos.....	70
6.3	Análisis inferencial.....	72

Capítulo 7.- Discusión y conclusiones

7.1	Discusión.....	75
7.2	Conclusiones.....	77

Referencia bibliográfica

Anexo 1 Datos sociodemográficos

Anexo 2 Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo

Anexo 3 Cuestionario de sintomatología depresiva e ideación suicida (CES-D)

Anexo 4 Fotografías de los diferentes municipios



RESUMEN

Durante la adolescencia se presentan cambios a los cuales el ser humano tiene que adaptarse, estos cambios con llevan a algunas conductas o comportamientos que adquirieren importancia en el ámbito de la salud mental. Es por ello que resulta importante conocer algunos aspectos de la adolescencia como son: los trastornos de la conducta alimentaria, la depresión y la ideación suicida y como es que se presentan en diferentes niveles socioeconómicos o niveles de marginación. Sin duda son temas con una relevancia social para la investigación en psicología. Para el siguiente trabajo se propuso conocer la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, de sintomatología depresiva e ideación suicida en mujeres adolescentes y su relación con el nivel de marginación. Es un estudio transversal para tres muestras independientes en localidades con marginación alta (N=328), marginación media (N=229) y marginación baja (N=254) en estudiantes mujeres de nivel medio superior en escuelas públicas en el Estado de México de entre 15 y 19 años ($\bar{x}=15.8$, $DE=1.04$). Se utilizó el cuestionario para medir Conductas alimentarias de riesgo y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, ambos validados y confiabilizados en estudiantes mexicanos, también se utilizan áreas específicas como los datos sociodemográficos. Se encontró mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y de ideación suicida en el grupo de marginación baja (10.6%, 15.9%), en comparación con los de marginación media (9.6%, 14%) y alta (5.2%, 9.2%), respectivamente con diferencias significativas entre los niveles bajo y alto. Sin embargo, no se encontraron diferencias en la sintomatología depresiva entre grupos. El 38.8% de las estudiantes que calificaron alto en conductas alimentarias de riesgo presentaron sintomatología depresiva y el 26.4% ideación suicida. El porcentaje de estudiantes con puntuación alta en conductas alimentarias de riesgo y en sintomatología depresiva fue significativamente menor en el grupo de marginación alta en comparación con los de marginación media y baja ($Z=-4.4$, $p < .01$).



Por los resultados obtenidos se puede decir que las conductas alimentarias de riesgo son más frecuentes en el grupo de marginación baja y que pareciera que el hecho de pertenecer al nivel de marginación baja incrementa el riesgo de padecer alguna patología como las mencionadas en esta investigación, ya que pareciera que el pertenecer a un grupo de marginación baja es un predictor de riesgo para las adolescentes y que la marginación podría ser considerada un factor protector para ellas mismas.



INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito de la salud pública, existen diferentes problemas que han cobrado relevancia en los últimos años. Uno de los más notorios por su impacto social y sobre todo en la salud general de quienes lo padecen es el de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), el cual no sólo afecta la salud física, sino también la salud mental. Desde los años 60's, la sociedad occidental ha hecho cada vez mayores demandas a las mujeres para que sean más delgadas mediante una idealización de cuerpos esbeltos y una denigración al sobrepeso. Este énfasis en la delgadez ha coincidido con un aumento dramático en la incidencia en TCA, particularmente en Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa siendo las mujeres y adolescentes jóvenes las más afectadas (Polivy & Herman, 1993). En México, los primeros reportes que se tienen de investigación acerca de los TCA son algunos estudios de casos (Morales, 1971; Reyes, 1986; Zumaya, 1981), la gran mayoría de éstas son tesis, donde se describen algunos de los síntomas que se presentan en estas patologías. Sosa y Castanedo, en 1981 publicaron una revisión de historias clínicas que realizaron en un Hospital Privado de la Ciudad de México; el criterio diagnóstico utilizado era de acuerdo al DSM-III (APA, 1980), donde se encontraron de 12 a 18 casos diagnosticados con Anorexia Nervosa siendo mujeres de entre 14 y 39 años de edad (Unikel C, Bojorquez I, 2007). Existen algunos instrumentos que han sido adaptados para la población mexicana tales como el Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) Garner & Garfinkel, 1979), The Bulit Test (BULIT) Smith & Thelen, 1984), The Eating Disorders Inventory versión 2 (EDI-2) (Garner, Olmsted & Polivy, 1983), The Questionnaire of Social cultural Influences on the Aesthetic Body Shape Model (CIMEC); Toro, Salamero & Martínez, 1994). En México, Unikel y Gómez-Peresmitré (2004) desarrollaron un instrumento que detecta factores de riesgo y en ese mismo año, Unikel desarrolla el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994).



Por lo anterior, este trabajo es importante porque nos permite conocer respecto al panorama de la juventud en nuestro país, así como descubrir qué ocurre con las conductas alimentarias de riesgo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los diferentes niveles de marginación en diferentes municipios del Estado de México, con la intención de conocer más acerca de las conductas alimentarias de riesgo: ¿Qué son y cómo se manifiestan? A su vez ¿Cómo éstas se relacionan con la sintomatología depresiva y la ideación suicida?; analizando si estos factores o fenómenos existieran en alguno de los diferentes niveles de marginación. Como sabemos, ya se han realizado algunos estudios en zonas rurales, y resulta enriquecedor conocer un poco más acerca de los niveles de marginación alta, por lo que resulta enriquecedor conocer si estas conductas se presentan de igual forma en este grupo de adolescentes en comorbilidad con otras variables psicológicas.

El contenido de la tesis se presentará de la siguiente manera:

En el capítulo 1, se manejan algunas definiciones de la adolescencia, así como el abordaje que le dan algunos teóricos dentro de la historia de la psicología y los cambios que se manifiestan dentro de esta etapa de la vida. En el capítulo 2, se aborda la historia de los TCA, sus definiciones, algunos modelos teóricos que conceptualizan y explican los TCA y la epidemiología internacional y nacional. En el capítulo 3, se incluyen algunas definiciones y conceptos de sintomatología depresiva e ideación suicida, así como la evidencia empírica y la epidemiología internacional y nacional. En el capítulo 4, se explica acerca del nivel socioeconómico y de los servicio de salud. En el capítulo 5, se presenta la metodología utilizada, planteando las preguntas de investigación, la formulación de las hipótesis, el planteamiento del objetivo general y los objetivos específicos, la definición conceptual y operacional de las variables, la descripción de la población, el diseño de investigación, las características de los instrumentos de medición y los análisis estadísticos que se utilizaron. En el capítulo 6, se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación. En el capítulo 7 se incluyen las conclusiones, la discusión. Y por último se incluyen las referencias bibliográficas y anexos



CAPÍTULO I. LA ADOLESCENCIA



I. ADOLESCENCIA

Para abordar este capítulo se revisan algunas definiciones de la adolescencia, contemplando el desarrollo de los adolescentes en los diferentes cambios que se manifiestan en esta etapa de la vida a fin de ampliar el panorama que se tiene sobre este periodo de vida.

1.1 CONCEPTOS DE ADOLESCENCIA

La adolescencia ha sido conceptualizada de numerosas maneras desde la perspectiva de diferentes autores o de diferentes corrientes o enfoques psicológicos.

La palabra adolescencia se deriva del latín “adolescere”, que significa “crecer” o “desarrollarse” hacia la madurez (Fuentes, 1989)

La Real Academia de la Lengua (1970) hace referencia que adolescencia significa: edad que sucede a la niñez y que transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta la edad adulta.

El Diccionario de Psicología y Pedagogía (1999) describe a la adolescencia, como la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del humano, que va más o menos de los trece a los dieciocho años.

Stanley Hall (1931) describe a la adolescencia como una edad especialmente dramática y tormentosa, en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el adolescente se encuentra dividido entre tendencias opuestas. También la describe como un momento característico y decisivo de la evolución humana, de este modo “la adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ella más complejos; las cualidades del



cuerpo y del espíritu son más nuevas; el desenvolvimiento, es menos gradual y más violento.

Hurlock (1987), por su parte señala que la pubertad es un periodo en que se produce la madurez sexual, mientras que la adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto.

Para Monroy de Velasco (1990), la adolescencia es un periodo de transición a la edad adulta; es un fenómeno sumamente complejo, que está influido por factores biológicos, psicológicos que son propios de la edad del individuo así como por factores sociales y culturales, ya que es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo.

De acuerdo con Serrato (2000), la adolescencia se prolonga desde que comienza a producirse la madurez sexual, hasta que la persona alcanza la condición social de adulto independiente.

Algunos autores han intentado decir qué edades son las que comprende la adolescencia y mencionan que su inicio es de entre los 11 ó los 12 años con el inicio de la pubertad considerado como el proceso que conduce a la madurez sexual o a la fertilidad de ésta y hasta los 19 ó 20 años, en que se considerada el término de esta etapa (Papalia, 2005).

1.2 ABORDAJES TEORICOS

Desde el punto de vista de la biología la adolescencia se define como un impulso intenso, como el motor principal de la crisis evolutiva que se asienta entonces en el espíritu y en la conducta; en tanto que se manifiesta en segundo término una nueva expansión de los impulsos sexuales que ponen en entredicho ciertas formaciones anteriores de la personalidad, instaurando una lucha interior con sus



incertidumbres y abriendo el camino a nuevas identificaciones y orientaciones (Pepin, 1975).

Por su parte, la teoría psicoanalítica manifiesta que la adolescencia es el resultado del desarrollo de las pulsiones que se producen en la pubertad y que modifican el equilibrio psíquico, lo que produce una vulnerabilidad de la personalidad, y lleva al adolescente a buscar objetos amorosos fuera de la familia. También se pueden producir comportamientos mal adaptados, que llevan a fluctuaciones en el estado del ánimo, inestabilidad en las relaciones, depresión e inconformismo. Se inicia un proceso de desvinculación con la familia y se le da importancia a la formación de la identidad. De igual forma, el psicoanálisis plantea que en la adolescencia se atraviesan algunos desequilibrios e inestabilidades extremas. Lo que configura una entidad semipatológica, denominada “síndrome normal de la adolescencia” (Delval, 2002).

Sigmund Freud (1953) consideraba que los primeros años de vida del niño eran los formativos, pero describió brevemente la adolescencia como; “un periodo de excitación sexual, ansiedad y en ocasiones perturbaciones de la personalidad” (Rice, 2000).

Por su parte Aberasturi (2003) refiere que el adolescente realiza tres duelos fundamentales: a) el duelo por el cuerpo infantil perdido; b) el duelo por el rol y la identidad infantil y c) el duelo por los padres de la infancia. (Aberastury, 2003.)

La teoría sociológica refiere que la adolescencia es el resultado de tensiones y presiones de la sociedad, intentando incorporar los valores y las creencias de la sociedad, así como adoptar papeles sociales; este cambio de papeles puede producir conflictos y generar tensión (Delval, 2002).

La teoría de Piaget menciona que la adolescencia produce cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social. Uno de los



puntos más importante de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos, elabora planes de vida, con base a lo real. (Delval, 2002)

González-Nuñez (1986) divide la adolescencia en etapas según las edades.

- **Adolescencia temprana** (12-15 años); en esta fase se da una búsqueda de objetos libidinales fuera de la familia, los valores han adquirido cierta independencia, se puede presentar un rompimiento con el autocontrol, se pierde el interés por los objetos de amor familiar, surge una necesidad por objetos a los que se pueda admirar y amar, la amistad cobra relevancia importante y puede ser fuente de diversos conflictos
- **Adolescencia propiamente dicha** (16-18 años); en esta fase termina la formación de la identidad sexual, se abandonan los objetos de amor infantiles, la vida emocional cobra mayor relevancia, se desarrolla la aptitud para el amor heterosexual, el padre del mismo sexo es una figura de identificación, positiva o negativa.
- **Adolescencia tardía** (19-21 años), el sujeto adquiere una capacidad propositiva más amplia, mayor integración social y estabilidad en su autoconcepto, se comienza a dar la consolidación y la estratificación de los intereses de vida, el sujeto toma conciencia de sí mismo como ser social.

1.3 CAMBIOS BIOLÓGICOS

Los cambios biológicos son muy notorios dentro de la adolescencia, dando inicio en la pubertad. Entre los cinco y los nueve años, las glándulas adrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos, que cumplen una función importante en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial, años después, en las mujeres, los ovarios comienzan a producir estrógeno, que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. (Papalia, 2005) La madurez de los órganos reproductores marca el comienzo de la



menstruación, crecimiento de los senos, así como el incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (Papalia, 2005).

El crecimiento acelerado en las niñas comienza aproximadamente a los 10 años. Sus proporciones van cambiando a medida que las caderas se ensanchan y el cuerpo se va llenando de grasa. A la mitad de los 10 años los pezones cambian, al mismo tiempo los ovarios, la vagina y el útero comienzan a madurar. (García, 2006).

Todos estos cambios físicos drásticos tienen ramificaciones psicológicas, esto quiere decir que la mayoría de los adolescentes están preocupados por su apariencia más que por cualquier otro aspecto, y muchos no están conformes con lo que ven en el espejo (Papalia, 2005).

1.4 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

La adolescencia incluye cambios psicológicos importantes, de acuerdo al contexto social en el que se desarrolla el adolescente. Estos cambios se producen como una necesidad de buscar experiencias diferentes que lleven al encuentro de una identidad y autonomía. Se presentan conductas en las que se rehúsa a crecer, donde aparentemente no se puede con aquello que los adultos esperan que hagan, por lo que es un período que acarrea riesgos.

Algunos jóvenes tienen dificultad para manejar muchos cambios constituyéndose el correlato de los cambios físicos y biológicos, conduciéndolo a establecer una nueva percepción de su propia persona y del mundo. Simultáneamente se integran aspectos emocionales, la sexualidad, cambios en el pensamiento y procesamiento de información.

De acuerdo con Papalia (2005) la madurez emocional depende de logros como pueden ser: el descubrimiento de la propia identidad, la independencia de los



padres y el desarrollo de un sistema de valores, así como la construcción de las relaciones interpersonales.

Se reconoce que los cambios físicos tienen una repercusión en algunas conductas de los adolescentes, y algunos teóricos plantean que la madurez de forma precoz o tardía tiene algunas repercusiones en la salud mental de las adolescentes, como en el caso de las mujeres que maduran temprano tienden a ser menos sociable, menos expresivas, más introvertidas y tímidas, y más negativas frente a la menarca. Es probable que tengan una imagen corporal pobre, y menor autoestima que las mujeres que maduran más tarde, y puede haber un riesgo creciente de que presenten algunos problemas como: depresión, comportamiento disruptivo, trastornos de conducta alimentaria, abuso de fármacos e intento suicidio (Papalia, 2005).

Para Anna Freud la adolescencia se caracteriza por un periodo de conflicto interno, de desequilibrio psíquico, de conducta errática. (Rice, 2000)

Sigmund Freud menciona que la pubertad llega a su término con el proceso de encontrar un objeto y junto con la maduración de los órganos sexuales, a su vez surge un fuerte deseo por resolver la tensión sexual que se produce. Esto demanda un objeto de amor, por lo que los adolescentes comienzan a sentir atracción por alguien del sexo opuesto. También destacó elementos importantes en el objetivo sexual del adolescente, con diferencias entre hombres y mujeres. (Rice, 2000)

Erikson (1959) destacó que la adolescencia es una crisis normativa, una fase normal de conflicto incrementado, caracterizada por una fluctuación de la fuerza del yo. El individuo que la experimenta es la víctima de una conciencia de la identidad que es la base de la autoconciencia de la juventud. (Rice, 2000)



Establecer una identidad requiere que el individuo se esfuerce por evaluar los recursos y las responsabilidades personales y aprender cómo utilizarlas para obtener un concepto más claro de quién es y qué quiere llegar a ser.

Algunos adolescentes que están en la exploración de la identidad tienden a mostrar un patrón de personalidad que se puede caracterizar por la inseguridad, la confusión, el pensamiento perturbado, la impulsividad, el conflicto con los padres y otras figuras de autoridad, una fuerza del yo reducida y mayores problemas físicos (Rice, 2000).

La problemática del adolescente comienza con los cambios corporales, con la definición de su rol en la procreación y se sigue con cambios psicológicos. Tiene que renunciar a su condición de niño; debe renunciar también a ser nombrado como niño ya que a partir de ese momento si se le denomina de ese modo será con un matiz despectivo, burlón o de desvalorización. (Aberasturi, 2003)

1.5 CAMBIOS COGNOSCITIVOS

La cognición es el acto o proceso de aprender. El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia, se caracteriza por presentar un pensamiento abstracto y por el uso de las metacogniciones.

Piaget en su teoría del desarrollo cognoscitivo propone que es el resultado combinado de las influencias del entorno, la maduración del cerebro y el sistema nervioso; y utiliza cinco términos básicos para describir la dinámica del desarrollo:

La adolescencia se considera la etapa en la que se alcanza el más alto desarrollo intelectual, el de las operaciones formales. (Rice, 2000)

La transición al periodo de las operaciones formales, se debe a las presiones culturales, a la necesidad de adquirir roles de adulto, a la maduración de estructuras cerebrales y las nuevas experiencias de aprendizaje y de vida social.



Los adolescentes desean estimulación intelectual y reaccionan de manera favorable a ésta cuando la reciben. (Craig, 2001)

CAMBIOS SOCIALES

Los adolescentes no sólo provienen de una amplia variedad de ambientes étnicos y culturales, sino que los contextos en los que se criaron son diferentes y las circunstancias de sus vidas muy variadas. Se han aplicado algunos términos a los jóvenes de clases sociales más bajas y pobres; como desfavorecidos. (Rice, 2000)

Desde el punto de vista sociológico, se define por su función en el devenir histórico; siendo la función del adolescente la de conservar los valores y estructuras de la sociedad heredadas de generaciones anteriores, lo mismo que en caso necesario, convertirse en promotores de cambios y creadores de nuevas estructuras sociales. (Fuentes, 1989)

Erikson (2002) mencionó ocho etapas del desarrollo humano, y en cada etapa el individuo tiene que superar una tarea psicosocial, la confrontación con cada tarea produce conflicto, con dos posibles resultados:

1. Si el conflicto se resuelve con éxito, se construye una cualidad positiva en la personalidad y se produce desarrollo.
2. Si el conflicto persiste o no se resuelve satisfactoriamente, el yo resulta dañado, y una cualidad negativa se incorpora dentro de él.

La imagen del yo físico del adolescente se basa en gran medida en normas culturales y, particularmente, en la interpretación de estas normas aceptadas como normales por el grupo de iguales. Así, las niñas frecuentemente tienen una imagen de feminidad culturalmente aceptada y que esta representada por una estrella glamorosa del cine o de la televisión.



Universidad Insurgentes

La adolescencia es una etapa que pareciera necesaria e inevitable para la formación y adquisición de características tales como la madurez e independencia, cada uno de los cambios se modifica por nuestro contexto social, se desarrolla un crecimiento físico, pero también psicológico, donde podrían comenzar algunos indicios de los que sería nuestra etapa adulta.

Es una de las etapas en las que se define como la más conflictiva, el adolescente es vulnerable en cualquier aspecto que se le presente.



CAPÍTULO 2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



II. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A lo largo de nuestra historia de vida, se pueden modificar nuestros comportamientos alimentarios ya que inicialmente aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social y esta sociabilidad del comer se mantiene a lo largo de toda la vida. Hasta el punto que para el común de los miembros de nuestra sociedad comer en solitario suele ser una práctica incómoda, revestida de la leve sensación de tristeza que acompaña la privación social. Cuando esto ocurre, el hecho de comer reviste significados, se asocia a vivencias estrictamente nutricionales. (Toro, 1999)

Uno de los temas de este trabajo de tesis es el de los Trastornos de la conducta alimentaria, estos, son considerados como alteraciones conductuales relacionadas con el acto de comer y con una distorsión en la percepción de la imagen corporal y una idolatría a la delgadez.

Gordon (1990) menciona que el origen de los TCA se asocian con acontecimientos estresantes en alguna etapa de la vida en que el individuo es más susceptible de padecerlos (abuso físico, psicológico o sexual; sobreprotección; control excesivo; carencia de figuras de autoridad o reglas establecidas); fenómenos ambientales determinados (medios de comunicación, modas, estereotipo y prototipos de belleza), rasgos de carácter que dificultan el manejo de los estresores y las influencias emocionales (baja autoestima, inestabilidad emocional y conductas obsesivas).

La nosología de los TCA se compone de tres patologías: anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastornos de la conducta alimentaría no especificado.



2.1 HISTORIA ANOREXIA NERVOSA

La palabra anorexia ya se utilizaba en la literatura médica haciéndola sinónimo de falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego anorektous. (Toro, 1999)

Para Bruch (1973), la anorexia nervosa es una entidad nosológica independiente, distinguió a la anorexia en dos tipos: anorexia primaria, anorexia secundaria. Siendo la primera distinguida por el rechazo de la comida, la búsqueda de la delgadez con el objetivo de alcanzar autonomía y auto-eficacia, con distorsión en la imagen corporal, incapacidad para reconocer estados internos y una sensación generalizada de ineficacia: mientras que la segunda se caracteriza por el rechazo histérico de la comida, que no está basado en el objetivo de alcanzar la autonomía y la auto eficacia.

Toro (1999), señala que existen varias culturas en que el ayuno ha sido considerado como un medio para protegerse contra las fuerzas del mal y que la privación del alimento preservaba de influencias demoníacas y garantizaba una cierta pureza. Menciona también que un número creciente de mujeres religiosas se entregaban a prácticas ascéticas de todo orden, siendo el ayuno una de las más difundidas. Catalina de Siena, Verónica Giuliani (Santa Verónica), Maria de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovaina siendo estas algunas de las más significativas y conocidas. Algunos siglos antes ya se había difundido la existencia de ayunadoras sistemáticas.

A principios del siglo IV d. C, los llamados padres del desierto se retiraron a los desiertos de Egipto y Palestina para entregarse a una muy severa ascesis.



Algunos suprimían de sus comidas sólo el vino o la carne, pero muchos otros dejaban de comer por completo durante periodos más o menos prolongados. (Toro, 1999)

Por otro lado, el médico Richard Morton en el año 1670 le dió un punto de vista científico a la etiología de la anorexia; describió la “ptisis nerviosa” o “atrofia nerviosa” como una degeneración corporal siendo una perturbación del sistema nervioso, considerándola una consunción nerviosa, tal como una tristeza y preocupaciones ansiosas. Aunque la mayor parte de los médicos del siglo XVII creían en la “Abstinencia prodigiosa”. (Toro, 1999)

Pinel, uno de los pioneros de la psiquiatría en Francia propuso tres trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y pica bajo la inscripción de neurosis gástrica. (Toro, 1999)

Otra de las contribuciones para poder definir la patogenia de la anorexia fue la de Lasègue (1965) y Schûtze (1983), quienes mencionan que la anorexia mental es una manifestación de otras enfermedades de fondo de tipo depresivo e histérico. Por otro lado, la anorexia tiene rasgos esenciales dentro de su sintomatología, se describen como un adelgazamiento nervioso, con pérdida total del apetito, originado por un trastorno del sistema nervioso. (Morton, 1694; Schûtze,(1983 citado en Toro, 1999)

Unikel (1998) comenta que en la anorexia nervosa el deseo de estar delgado y el miedo a la gordura se manifiestan en una serie de síntomas que incluyen la reducción propositiva en la ingesta de alimento que conduce a grandes pérdidas de peso, 15% o más, por abajo del peso normal. Puede acompañarse de trastornos fisiológicos tales como constipación, amenorrea, bradicardia, piel seca y fría, alteraciones endocrinológicas leves y cambios neurovegetativos en forma de agotamiento simpático. En términos generales el “peso excesivo”, se continúa



incansablemente hasta llegar a una emaciación severa, con gran temor a recuperar el peso perdido.

También se ha encontrado, falta parcial o total de conciencia de la enfermedad, alteración o distorsión de la imagen corporal, hiperactividad, disturbios en el sueño, grandes expectativas de logro y un negativismo agresivo hacia los intentos de tratamiento; fracaso o confusión en el reconocimiento del hambre y del apetito; sentido de ineficacia con sensación de actuar sólo en respuesta a demandas de otros, ante lo cual la manipulación de la alimentación proporciona un sentido de logro (Battegay, Glatzel, Poldinger y Rauchfleisch, 1989; Bruch, 1973; Papalia y Wendkos, 1993) (citados en Unikel, 1998)

2.2 HISTORIA

BULIMIA NERVOSA

La palabra *limos* significa “hambre”, al añadirle el prefijo *bou*, que significa gran cantidad o *boul*, que significa “buey”, por lo que se traduce por “hambre feroz”. (Toro, 1999)

Jenofonte en el año 970 a. C, describe por primera vez en la cultura occidental lo que hoy se considera prácticas bulímicas, refiriéndose a soldados griegos quienes estaban sometidos a raciones de *alimento muy escasas*. En determinadas situaciones sociales y religiosas los griegos se entregaban a los vómitos de modo cuasi ritualizado. Asimismo los banquetes que casi incluían más de veinte platos y el vómito fueron conductas repetitivas de la clase media y alta de Roma. (Toro, 1999)

En la historia del mundo occidental y de Europa está repleta de personajes, épocas y grupos sociales que practicaban el atracón seguido de vómito: Enrique VIII de Inglaterra, el Papa Alejandro Borgia, los lúdicos campesinos flamencos de Bruegels, los lacerantes de El Bosco, el rey Eduardo de Inglaterra el presidente



americano Taft, haciendo notar que esta no es una lista de bulímicos, ya que el carácter festivo, gozoso, aparentemente voluntario, hace negar el carácter patológico de estas conductas alimentarias. (Toro, 1999)

Soltman (1894) médico alemán describió la hiperorexia, trastorno que incluyó entre las llamadas “neurosis nutricionales” suponiendo que podía ser de origen neurótico o biológico, presentándose principalmente en las jóvenes histéricas.

Por su parte Russell (1979), describió la bulimia nerviosa, en sus criterios diagnósticos, junto a los atracones y las conductas compensatorias, hizo hincapié en el miedo a engordar.

El trastorno de bulimia nervosa es considerado como una enfermedad compulsiva, por las conductas atípicas que realizan las pacientes, hay una alteración constante de episodios recurrentes donde existe ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el control de peso, lo cual lleva al paciente a adoptar medidas extremas para conservarlo. (Belloch et al., 1995, citado en Bravo y Fortanel, 2001)

Unikel (1998) dice que la bulimia nervosa comparte con la anorexia nervosa muchos de sus síntomas, específicamente el miedo a la obesidad y los intentos por perder peso. Se describe como pérdida del control sobre la ingesta de alimento, con un patrón de ingesta rápido y abundante en períodos breves de tiempo, seguido de vómito auto-inducido, uso de laxantes y/o diuréticos y una preocupación excesiva por el peso, la alimentación y la imagen corporal. Existe una desorganización profunda sobre el patrón alimentario, aunque el peso corporal, por lo general, tiende a ser normal. La sensación de la pérdida de control sobre la ingesta, puede acompañarse de estados de ánimo depresivos y de pensamientos autodestructivos, especialmente después de los episodios bulímicos. Estos ocurren impredeciblemente, pero por lo general son precipitados por eventos estresantes. Los atracones pueden durar desde unos cuantos minutos hasta algunas horas y se efectúan en privado.



2.3 ABORDAJE TEORICO

2. 3. 1 MODELO PSICOANALITICO

Para Bruch (1974) desde el punto vista psicoanalítico, el rechazo a la comida tiene dos significados fundamentales, los cuales son: “Ésta es mi área, que controlo yo”, “Yo sólo soy una niña pequeña, no puedo vivir por mi cuenta; tienen que cuidar de mí”. (Orgen, 2005)

Bernard (1978), ve a la satisfacción de las necesidades fisiológicas situada de forma privilegiada a nivel de la boca. Los psicoanalistas piensan que se puede considerar la boca del niño como zona erógena y la actividad auto erótica. A partir de estas primeras experiencias la personalidad puede organizarse según ciertos rasgos de carácter; avidez, deseo de satisfacción inmediata; pero también dependencia. Se ve que este “carácter oral” parece favorecer la aparición de conductas alcohólicas y toxicómanas en particular.

Bruch (1985), decía que las niñas a quienes se les hace sentir ineficaces pueden desarrollar anorexia como una forma de restablecer el poder en la familia, destacando de modo especial en aquellas chicas cuyas madres se anticipan a todas y cada una de sus necesidades, que han entendido cuándo tenía hambre, sed o estaba cansada. El origen se remonta a la etapa del desarrollo del YO en la infancia, según Bruch, cuando la madre interfiere en la educación de los hijos de una manera inadecuada, ya sea negligente o sobreprotectora, afectando el desarrollo introspectivo corporal, impidiendo que el niño aprenda a reaccionar a los propios estímulos internos. (Orgen, 2005)

Freud describió la anorexia nervosa como una forma de melancolía en donde la sexualidad no ha alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como una neurosis nutricional. Hizo una asociación entre comer o no comer, con la presencia o ausencia de los impulsos sexuales básicos, el significado simbólico



sexual de alimentos, es lo que determina que resulten o no repugnantes. (Toro, 1999)

El modelo psicoanalítico pretende ofrecer una forma de comprender a las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, dándole un significado a toda su sintomatología. Uno de los postulados es el miedo a madurar sexualmente, por lo que la inanición a la cual se someten impide el crecimiento alcanzando una vida asexual e infantil. (Toro, 1999)

Algunos trabajos interpretan que los síntomas son simbólicamente significativos para las pacientes, interrelacionando síntomas con aspectos de la sexualidad; el vomito se ha considerado como un intento de eliminar el pene no querido de una experiencia sexual traumática; se analiza el miedo a engordar como un rechazo al embarazo, y la delgadez se evalúa como la representación del miedo real a la muerte. (Orgen, 2005)

2.3.2 MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

Los modelos cognitivos-conductuales de los trastornos alimentarios se basan fundamentalmente en varios de los conceptos de la teoría del conductismo, como son: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, que se centran en los conceptos como son: reforzamiento, el proceso estímulo-respuesta y la extinción. La teoría cognitiva, aporta las creencias, las imágenes, las ideas y las actitudes. (Orgen, 2005)

La aplicación del conductismo para los trastornos alimentarios inicia con el empleo de refuerzos positivos en forma de condicionamiento operante o distintos refuerzos del tipo de motivaciones sociológicas. Implementando la posibilidad de una desensibilización sistemática.

En la teoría cognitivo conductual Unikel (2003), menciona que los trastornos alimentarios se basan en dos supuestos básicos: El primero es que los trastornos



alimentarios se desarrollan como una forma de afrontamiento de las experiencias adversas por lo general asociadas con las transiciones del desarrollo y con eventos estresantes de la vida. Los miedos y las tensiones que son resueltas mediante las conductas anoréxicas o bulímicas, reflejan una deficiencia en las habilidades de afrontamiento en diversas áreas. Estas áreas incluyen transiciones y expectativas del desarrollo; miedo a madurar y a la autonomía; sentimientos de ineficiencia, importancia y baja autoestima; y las relaciones conflictivas con miembros de la familia o compañeros. La preocupación por el peso y la comida son tan abrumadoras que la persona se encuentra alejada de los sentimientos que la invaden provocados en un reforzador por las experiencias de la vida. El segundo supuesto básico es que la restricción alimentaria y los rituales de evitación del alimento se convierten en patrones de conducta, independientes de los eventos que los provocaron. Si bien es cierto que por lo general el trastorno alimentario es el resultado de un proceso que inicio con una dieta o por la perdida de peso no intencional debido a una enfermedad, en la medida que existe el deseo por bajar más de peso por bajar más de peso, la persona descubre que para lograr su objetivo es necesario restringirse con mayor intensidad (Kleifield, Wagner y Halmi, 1996)

Según el modelo cognitivo-conductual, las conductas efectuadas por las anoréxicas son consideradas como conductas aprendidas, que se mantienen mediante reforzadores, ya que el reducir la ingesta de alimento es un medio para perder peso.

Ahora bien, los reforzadores negativos promueven este tipo de comportamientos. El sobrepeso es considerado un reforzador negativo, puesto que se traduce en la desaprobación de otros y la sensación de falta de atractivo. (Orgen, 2005)

De cierta manera se ha pretendido describir algunos aspectos de la restricción de alimentos como si tuvieran consecuencias positivas, tales como el provocar atención de la madres (Ayllon, Haugton y Osmond, 1964) (Orgen, 2005), también



se puede decir que el hambre lleva a la producción de compuestos químicos cerebrales placenteros (Szmukler y Tantam, 1984) (Orgen, 2005), así como hacer sentir que se tiene el control de la situación. (Wyrwicka, 1984) (Orgen, 2005).

Slade (1982), aborda procesos importantes que implican una condición de insatisfacción que se deriva en problemas interpersonales y de conflictos dentro de la familia, como son las dificultades para independizarse, la ansiedad interpersonal y la atribución interna al fracaso, tomando en cuenta que todas estas insatisfacciones, se convierten en tendencias perfeccionistas que reflejan el control y éxito totales. (Orgen, 2005).

Beck (1995), aporta algunas disfunciones cognitivas considerándolas elementos fundamentales para el desarrollo de la anorexia: (Orgen, 2005).

- **Abstracción selectiva**, que supone centrarse en pruebas seleccionadas. (p. ej., “soy muy especial si soy delgada”)
- **Razonamiento dicotómico**, que supone pensar en términos de extremos. (p. ej., “si gano un kilo, me pondré gorda”)
- **Generalización excesiva**, que supone extraer conclusiones de hechos aislados y generalizarlas después a todos los demás. (p. ej., “la noche pasada fallé, así que hoy fallaré también”)
- **Magnificación**, que conlleva la exageración. (p. ej., “si gano dos kilos me pongo al borde del precipicio”)
- **Pensamiento supersticioso**, que supone el establecimiento de conexiones entre cosas que no las tienen. (p. ej., “si como esto, me convertiré en gorda de inmediato”)
- **Personalización**, que implica utilizar los acontecimientos centrándolos en uno mismo. (p. ej., “se están riendo; deben de estar riéndose de mí”)

Tomemos en cuenta que la restricción de comida en las anoréxicas, es reforzada por la presión social para estar delgada, ya que se le concede un alto temor a



engordar, por lo que podemos pensar que la anorexia es una conducta aprendida debido a reforzamientos y asociaciones que se establecen por las disfunciones cognitivas

En la bulimia también se han aplicado términos del conductismo, el primer modelo que presentó una formulación cognitivo-conductual coherente de la bulimia fue el de Fairburn, Cooper y Cooper Cooper (1986), que describe factores fundamentales: baja autoestima, preocupación excesiva por la forma y el peso, práctica extrema de la dieta, comida excesiva y compulsiva, vómito autoinducido o uso de laxantes, Wilson en 1989 amplió el modelo donde describe cinco factores:

- **Cogniciones** sobre el peso, la forma y la comida, y el pensamiento disfuncional.
- **Miedo** a ganar peso y engordar.
- **Comida excesiva y compulsiva** seguida por períodos de restricción de alimentos, facilitados por un bajo estado de ánimo, cólera o estrés.
- **Purgas** mediante vómitos, abuso de laxantes o períodos de restricción de alimentos.
- **Efectos psicológicos postpurga** con dos fases. Primera, la persona siente alivio tanto físico como psicológico. Segunda, se preocupa por las consecuencias psicológicas y físicas, hace promesas de no volver a hacerlo nunca y después experimenta un incremento en su restricción dietética. (Orgen, 2005).

2.3.3 MODELO DEL DESARROLLO

La teoría del desarrollo de la conducta alimentaria intenta explicar fenómenos característicos como son: la prevalencia en mujeres y la edad de aparición. La presencia en mujeres se encuentra ampliamente relacionada con la socialización del rol sexual, lo que hace que las niñas sean más vulnerables, buscando la extrema delgadez y el introyectar experiencias aversivas. Respecto a la edad, se



hace referencia a los retos del desarrollo y a las tareas psicosociales (Castillo, 2005).

Una de las partes fundamentales del estereotipo del rol sexual femenino es la preocupación por la apariencia física, por lo que se hacen esfuerzos por alcanzar y preservar la propia belleza. Este modelo plantea que las mujeres físicamente más atractivas son percibidas como más hermosas.

Muchas de las mujeres se definen en función de su apariencia física y en sus relaciones con los otros, estas serán las más vulnerables para desarrollar un trastorno alimentario (Striegel –Moore, 1993). .

El desarrollo normal de la adolescencia, incluye el ajuste a los cambios biológicos de la pubertad, el establecimiento de las relaciones heterosexuales, afrontar nuevas expectativas de logro y establecer metas hacia el funcionamiento autónomo para lograr un sentido positivo de si mismo.

2.3.4 MODELO DEL CONTINUO

El modelo del continuo propone una continuidad entre lo denominado dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno de la conducta alimentaria. No distingue entre entidades diagnósticas porque el supuesto subyacente es que la psicopatología es similar en ambos trastornos. Algunos autores mencionan que la insatisfacción de la imagen corporal es uno de los aspectos centrales en el origen de los trastornos de la conducta alimentaria. El aumento del peso o los cambios en las relaciones heterosexuales pueden correlacionar con la insatisfacción corporal y conducir a una dieta patológica.

Cuando estos dos eventos ocurren aumenta la probabilidad de desarrollar un trastornos subclínico; mientras que para desarrollar un trastorno alimentario es necesario además una serie de deficiencias tales como: la insatisfacción, sentimientos de ineficacia, estrés y complejo de súper mujer, este termino consiste en creer que la mujer actual tiene que cumplir con los papeles tradicionales de su



sexo y tiene que tener un desempeño sobresaliente en lo profesional (Levine y Smolack, 1992) (Raich, 1994) .

El modelo general postula que existen tres clases de eventos precipitantes que interaccionan con las influencias de la familia y los compañeros y con la vulnerabilidad personal para así determinar el inicio de una dieta patológica, de un trastorno alimentario subclínico o de un trastorno alimentario franco. El continuo radica en las mujeres en las diferentes etapas comparten creencias, actitudes y conductas similares que varían en términos de la severidad, y por otro lado los trastornos francos, se diferencian del resto en relación con el ajuste psicosocial que presenta la persona. (Polivy y Herman, 1987) citado en: Unikel, 2003)

2.3.5 MODELO SOCIOCULTURAL

El modelo sociocultural de los trastornos alimentarios sitúa a la paciente anoréxica o bulímica en su contexto social y analiza estos trastornos como una expresión de valores sociales. Algunos autores describen los trastornos alimentarios como un “síndrome ligado a la cultura” o “trastorno étnico”

El modelo considera a los TCA como el producto de una serie de conflictos que se expresan a través de una vía socialmente sancionada relacionada con significados del tamaño y el alimento. (Orgen, 2005)

Algunos investigadores coinciden en que los factores socioculturales son una de las principales influencias en el desarrollo de la distorsión de la imagen corporal en las sociedades occidentales. (Fallon, 1990; Heinberg, Thompson u Stomer, 1995) Los estándares sociales para la delgadez en la mujer son generalizados e inalcanzables para la persona promedio y así la delgadez ha adquirido un valor superior en la sociedad, la obesidad es denigrada. (Rand y Kuldau, 1986; Rodín, Silberstein y Striegel-Moore, 1985) citado en (Unikel, 2003)



La práctica de dietas y la relación que éstas tienen con los trastornos de la conducta alimentaria han sido ampliamente estudiadas. La práctica de dietas y las razones para llevarlas a cabo parecen ser específicas del sexo femenino. Las mujeres se sienten gordas y se comportan en relación con ello, es decir, realizan dietas para bajar de peso, mientras que los varones consideran que son demasiado delgados y por lo tanto comen para subir de peso, principalmente para incrementar la masa muscular.

2. 4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y CARACTERISTICAS CLINICAS

La psiquiatría y la medicina en conjunto han tomado como parte importante o indispensable para su diagnostico al DSM-IV (2000) y la CIE 10(1992), donde se describen algunos síntomas y criterios, que nos ayudan a dar un diagnostico más acertado a las pacientes:

2.4.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA ANOREXIA NERVOSA (DSM-IV-TR)

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)

B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, aun estando por debajo de peso normal.

C. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pos-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos)



Especificar tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (provocación de vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

2.4.2 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10) (OMS, 1992) PARA ANOREXIA SON:

1. El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por debajo del esperado (perdido o nunca adquirido), o el Índice de Masa Corporal de Quetelet es 17.5 o menor. Los pacientes pre-púberes pueden presentar fallas para alcanzar el peso esperado en el periodo de crecimiento.
2. La pérdida de peso es auto-inducida por medio de la evitación de comidas “engordadoras” y uno o más de los siguientes: vómito auto-inducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o uso de supresores del apetito.
3. Existe distorsión de la imagen corporal en la forma de una psicopatología específica en la cual persiste el temor a la gordura como una idea intrusiva y sobrevaluada, y el paciente se auto-impone un umbral de peso bajo.
4. Existe un desorden endocrino que involucra el Eje – Gonado – pituitario, que se manifiesta como amenorrea en las mujeres, y como falta de interés sexual e impotencia en los hombres.
5. Cuando el inicio es pre-puberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños los genitales permanecen juveniles. Con la recuperación, la pubertad por lo general se termina normalmente, pero la menarca es tardía.



2.4.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA BULIMIA NERVOSA (DSM-IV TR)

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un espacio de 2 horas) en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingerirán en un periodo de tiempo similar en las mismas circunstancias.
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esta ingiriendo)
- A. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- B. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- C. La autoevaluación esta altamente influida por el peso y la silueta corporales.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Especificar tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo provoca regularmente el vomito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vomito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.



2.4.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10) (OMS, 1992) PARA BULIMIA SON:

1. Existe preocupación por la alimentación y un deseo irresistible por comer. El paciente sucumbe a episodios de sobre- alimentación de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
2. El paciente intenta contrarrestar los efectos engordadores de la comida con uno o más de los siguientes: vomito auto- inducido, abuso de purgantes, periodos alternantes de ayuno, uso de drogas tales como supresores del apetito, preparaciones tiroideas de diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos podrán elegir el rechazo a tratamiento de insulina.
3. La Psicopatología consiste en un miedo mórbido a la gordura y el paciente se establece un umbral estrictamente definido de peso, muy por abajo del peso pre-mórbido que constituye el optimo saludable de la opinión del medico. Existe frecuentemente una historia de episodio previo de anorexia nervosa, el intervalo entre ambos trastornos fluctuando entre algunos meses y algunos años. Este episodio puede haberse expresado completamente o puede asumir una forma enigmática con pérdida de peso moderado y / o una fase transitoria de amenorrea.

2.4.5 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

1. Para las mujeres se cumple con todos los criterios para anorexia nervosa, excepto la irregularidad en la menstruación
2. Se cumple con todos los criterios para anorexia, excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales, a pesar de la pérdida significativa del mismo.



3. Se cumple con todos los criterios para bulimia nervosa, excepto que los atracones y los mecanismos compensatorios inapropiados, ocurren con una frecuencia menos a 2 veces a la semana o durante un periodo menos a 3 meses.

4. Uso de conductas compensatorias inapropiadas por individuos de peso corporal normal, después de comer grandes cantidades de alimento.

5. Masticar y escupir grandes cantidades de alimento sin tragarlo.

6. Comedor compulsivo: episodios recurrentes de ingestión voraz, en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nervosa.

- Episodios recurrentes de ingestión voraz.
- Los episodios de ingestión voraz se asocian con 3 o más de las siguientes:
 - 1) Comer mas rápido de lo normal,
 - 2) comer hasta sentirse incómodamente lleno,
 - 3) comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre,
 - 4) comer solo porque se siente vergüenza debido a la gran cantidad de comida ingerida,
 - 5) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer.
- Elevados sentimientos de angustia durante los atracones.
- El episodio de ingestión voraz ocurre en promedio por lo menos 2 veces a la semana durante 2 meses.
- El episodio se encuentra asociado con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurre exclusivamente durante el padecimiento de anorexia y bulimia.

2.5 EPIDEMIOLOGIA INTERNACIONAL

La mayoría de los estudios más importantes para conocer la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria se han realizado en Estados Unidos, Canadá y Europa. Aunque existen algunos factores que afectan las estimaciones, tales como: la población que ha sido tomada como muestra, la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos utilizados en la bulimia nervosa y el uso de instrumentos no estandarizados. (Shapiro, 1988) (Unikel, 2003)



La incidencia en Anorexia Nervosa en la década de los 80 ha pasado de los valores de .37 a valores de 6.3, en bulimia nervosa presenta valores de 6 a 9.9 casos nuevos por cada 100, 000 habitantes. (Hock, 1991) (Fernández y Turón, 1998)

La incidencia típica en mujeres es aproximadamente de 8 por 100,000 hab. por año; mientras que en varones es menor al 0.5 por 100,000 hab. por año. La edad es de 15 a 24 años. En bulimia los datos son menos precisos ya que es una patología poco estudiada, sin embargo los datos indican una elevación en la incidencia de 13 por cada 100,00 hab. por año (Nielsen, 2001). Otros estudios epidemiológicos hacen referencia que la bulimia nervosa varía del 1 al 20% en mujeres y del 0 al 5% en hombres (Connors y Johnson 1987) (Fernández y Turón, 1998) Un estudio realizado en población general reporta una incidencia de 4 al 10% en mujeres adolescentes de edades entre los 15 y los 18 años. (Crowther, 1985) (Fernández y Turón 1998). Para conocer la incidencia de episodios bulímicos en mujeres adolescentes. En Francia se obtuvieron resultados del 23.2% en las mujeres y del 13.4% en varones que presentaron episodios bulímicos, de igual forma en Inglaterra mostraron prevalencia de 1.5 al 2,0% en bulimia nervosa. (Fernández y Turón, 1998)

Se han desarrollado un sin fin de estudios epidemiológicos, en diferentes ámbitos, con el fin de conocer como es que este tipo de patologías afectan y se presentan en diferentes poblaciones. Cooper y Fairburn (1983) encontraron una prevalencia de 1.9% de mujeres con bulimia de mujeres que acuden a una clínica de planificación familiar. En los Estados Unidos del 1.9 al 4.5% de mujeres presentan criterios diagnósticos (Pyle y cols., 1983; Pope y cols., 1984).

En Dublín se obtuvieron resultados de 2.8% en estudiantes universitarios. (Healy y cols 1985), en la Universidad de Arizona un estudio en mujeres universitarias estudiantes de psicología y reportan un resultado del 3.9% cumpliendo los criterios del DSM-III referentes a la bulimia. (Katzman y cols, 1984) (Fernández y Turón, 1998)



2.6 EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO

En los inicios de la investigación en México sobre los trastornos de la conducta alimentaria se basaban principalmente en estudios de casos.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es uno de los estudios que se realizan en México con la finalidad de conocer las prevalencias de bulimia nervosa y anorexia nervosa, otro de los estudios con mayor importancia en nuestro país es La Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal.

En los últimos años se han incrementado de manera importante las investigaciones en el área de los TCA, se han realizado investigaciones con diferentes temas correlacionados con las conductas alimentarias; en poblaciones adolescentes (Ortiz V, 2006; Bojorquez I, 2004, Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Alcanzar, Fleiz y Hernández, 2000), gimnastas (Hernández A, 2006), estudiantes de primaria (Quiñones M, Menéndez M, 2006), estudiantes de ballet (Unikel, 1998), en relación con los factores familiares, (Vazquez M, 2006) ideación suicida y consumo de drogas, (García N, 2006; Jasso A, Muñoz Y, 2002; Camacho M, Iniesta A, 2003) depresión, (Castillo AD, 2005) mujeres adultas, (Lora-Cortes C, Saucedo- Molina T, 2006) factores de riesgo, (Unikel C, 2003), por mencionar solo algunas.

En este proceso de investigación en nuestro país, se ha elaborado un instrumento que ayudan a la medición de conductas alimentarias de riesgo (Gómez-Peresmitré, 1993; Gómez-Peresmitré, Unikel y Corvera, 1998), también se han validado algunos instrumentos utilizados internacionalmente, como el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40) elaborado por Garner y Garfinkel (1979) (validado en México por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado, 2004) y el Inventario de Trastornos alimentarios (EDI) (Álvarez y Franco, 2001).



De igual forma se han elaborado cuestionarios que tienen como objetivo medir las conductas alimentarias de riesgo (Gómez-Peresmitré, 1993; Gómez-Peresmitré, Unikel y Corvera, 1998; Unikel, Bojorquez y Carreño, 2004).

Los datos de La Encuesta sobre Prevalencia del consumo de Drogas y Alcohol en la población estudiantil del Distrito Federal 1997. Señalan un incremento considerable en las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de entre los 12 y 19 años, mostrando los siguientes resultados; en mujeres 2.8% y 0.9% en hombres se encuentran en riesgo de presentar tres o más indicadores característicos de los TCA (Unikel, Bojorquez, Villatoro, Fleiz & Medina-Mora, 2006).

En cuanto a la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica aplicada en población no institucionalizada de 18 a 65 años de edad, los resultados muestran que la prevalencia de mujeres con bulimia nervosa fue de 1.8% para las que han padecido una vez en su vida la enfermedad, en el caso de haber sufrido la enfermedad en el último año de su vida fue de 0.8%, para finalizar, un 0.5% reportó haber tenido bulimia en el último mes. Para los hombres el 0.6% reportó haber tenido bulimia alguna vez en la vida. (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003)

Otra de las investigaciones elaboradas en nuestro país estuvo a cargo de Mancilla-Díaz en el 2004 con el propósito de estimar la prevalencia de los TCA en mujeres mexicanas, se realizó un estudio en dos muestras comunitarias, con una $n = 1404$, aplicándoles el Eating Attitudes Test (EAT) y el Bulimia Test (BULIT). En los resultados de un estudio realizado en 1995 se reportó una prevalencia de bulimia y de trastornos alimentarios de la conducta alimentaria no especificados de 0.14 y 0.35% y en el 2001 de 0.24 y 0.91%, no encontrando en ninguna de las muestras casos de anorexia. (Mancilla y Gómez-Peresmitre).



Una de las Instituciones de salud pública que se dedican al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es el Instituto Nacional de Psiquiatría, esta Institución muestran un incremento en los ingresos por primera vez a la clínica de los trastornos de la conducta alimentaria, elevando la demanda 15 veces mas de 1992 al 2002 (Unikel, 2003)

La validación del cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, se realizó con 78 pacientes de la Clínica de los Trastornos Alimentarios del Instituto Nacional de Psiquiatría diagnosticadas de acuerdo al DSM-IV. Reportando alta la confiabilidad ($\alpha=0.83$) y una estructura interna de tres factores con una varianza explicada de 64.7%. El análisis discriminante mostró que casi 90% de los casos fueron correctamente agrupados. (Unikel, Bojorquez y Carreño, 2004).

Los datos obtenidos en estudios realizados en población estudiantil básica de la Ciudad de México, señala la práctica de métodos para bajar de peso en niños y niñas entre 10 y 11 años de edad, esto es, reduciendo el consumo de alimentos “engordadores” (Gómez-Peresmitré y Avila, 1998). Los resultados de este estudio reportaron por primera vez la presencia de conductas alimentarias de riesgo en pre-adolescentes mexicanos.

Los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Nutrición (2006) donde se midieron las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes (hombres y mujeres), arrojan que el 18.3% de los jóvenes encuestados han estado preocupados por engordar, consumir demasiados alimentos o perder el control de lo que come. El 3.2 % indicó que ha practicado dietas, ayunos y el ejercicio en exceso y en menor proporción se reportó la practica de vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos. La población más afectada son mujeres de entre los 16 y 19 años de edad. (Olaiz-Fernandéz, Rivera-Dommarca, Shamah-Levy, Rojas, Villalpando-Hernández, Hernández-Avila y Sepúlveda-Amor, 2006)



La Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006 reporta que del 2003 al 2006 las tendencias de conductas alimentarias de riesgo han disminuido en el Distrito Federal en población de mujeres, ya que en el 2003 se reportó un 9.6% y el dato más reciente que se tiene es de 8.1% respectivamente. (Villatoro, Gutierrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Gaytán, Amador y Medina-Mora, 2007)

Estas investigaciones, nos dan un panorama de cómo se encuentra nuestro país en cuanto a este tipo de patologías, ahora lo que se pretende es conocer los grupos con riesgo para poder prevenir la incidencia y tener conciencia de que es un problema de salud, que en los últimos años ha ido en incremento, sabiendo que es un terreno poco explorado por los investigadores de este país.

2.7 DEFINICION DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Las conductas alimentarias de riesgo es un concepto relativamente nuevo, por lo que una definición certera no se tiene, existen diferentes nombres que se le han acuñado tales como; conductas alimentarias anormales, síndromes parciales y trastornos subclínicos, esto quiere decir que tienen menor intensidad y frecuencia que los trastornos de la conducta alimentaria.

Unikel (1998), propone que los rasgos diagnósticos importantes a tomarse en cuenta son: el uso de purgantes como estrategia para controlar el peso, la pérdida de control en el comer y la obsesión por ser delgado o permanecer delgado.

El peso es objeto de preocupación, es frecuente que las mujeres adolescentes quieran perder peso y algunas de ellas comienzan a realizar algunas conductas que son consideradas como de riesgo que incluyen la práctica de dietas y ayunos, la práctica de ejercicio excesivo, el uso de diuréticos o laxantes y el vómito autoprovocado, todo ello con el fin consciente de perder peso. (Unikel, Bojórquez, Villatoro, Fleiz y Medina-Mora, 2006).



2.8 TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU COMORBILIDAD CON LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA IDEACION SUICIDA

Para la conceptualización de este trabajo, es necesario revisar de manera general la comorbilidad que existe entre los trastornos de la conducta alimentaría con sintomatología depresiva e ideación suicida.

Los rasgos de personalidad ocupan un lugar importante en los TCA relacionándolos con rasgos histéricos, obsesivos e impulsivos. No obstante, algunos estudios que van encaminados a valorar la relación entre estas variables han arrojado resultados diferentes. Pero a pesar de ello, se han obtenido datos que aparentemente pueden ser determinantes en la presentación, el origen, el curso y la evolución de los mismos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se subdividen en Anorexia Nervosa (AN) Y Bulimia Nervosa (BN). La primera se asocia principalmente con conductas obsesivas y exceso de control: la segunda se asocia con conductas más histéricas vinculadas con la impulsividad. De igual forma se han encontrado conductas similares entre este tipo de trastornos y la depresión, el trastorno límite de la personalidad y los rasgos obsesivos-compulsivos. (González, Unikel, Cruz y Caballero, 2003)

Se han descrito analogías, entre los trastornos alimentarios y la depresión, el trastorno límite de personalidad y los rasgos obsesivo-compulsivos. Sin embargo, es muy difícil detectar un trastorno puro, pues se confunden sus respectivos cuadros clínicos y, algunas veces, se presentan de manera simultánea. De cierta manera se han obtenido datos convincentes al relacionar los TCA con determinadas características del temperamento y el carácter que conforma la personalidad. (González , Unikel, Cruz y Caballero, 2003)



La comorbilidad psiquiátrica con las pacientes con BN es muy alta principalmente en los trastornos afectivos, después existe comorbilidad con abuso de sustancias.

Por lo que es importante hacer mención de cómo es que la personalidad influye en los trastornos alimentarios. Sansone et. al. (2005) refiere que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo es más común en la Anorexia Nervosa del tipo Restrictivo. El Trastorno Borderline es más común en la Anorexia Nervosa del Tipo Purgativo y el Trastorno Borderline es más común en la Bulimia Nervosa.

Ahora bien, se hablará un poco de la relación que se da entre la depresión y los TCA. Algunos autores consideran que la depresión existe en formas diferentes, fácilmente enmascaradas tras las conductas más frecuentes en la adolescencia. Tienden a opinar que ciertos trastornos como la anorexia nervosa, las conductas bulímicas, las diversas adicciones y algunas acciones impulsivas, son testimonio de diversos grados de sufrimiento en el contexto de una depresión en la adolescencia. (Marcelli, 2002)

García – Camba (2002) menciona casos de trastornos de la conducta alimentaria que: “en aquellos casos raros de aparición muy precoz entre los 7 y los 12 años el cuadro muestra características peculiares, como una particular tendencia a la depresión”; también considera que los trastornos afectivos, en particular de carácter depresivo forman parte de los aspectos psicopatológicos en la anorexia.

Serrato (2000) menciona que la anorexia nervosa ha sido relacionada con un buen número de alteraciones psicopatológicas. Se ha considerado entre otras como un trastorno del esquema corporal; como una alteración relacionada con los trastornos afectivos especialmente con la depresión.



CAPITULO 3. DEPRESION E IDEACIÓN SUICIDA



III. DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA

La depresión y el suicidio son fenómenos psicológicos con relevancia en el campo de la Salud Pública, por el riesgo tan grande y las tasas de mortalidad que se reportan en la adolescencia, en los últimos años. Para el desarrollo de este capítulo, ambos temas serán divididos para su mejor comprensión.

3.1 DEPRESIÓN

A continuación se desglosan las definiciones y/o abordajes que se le da a la depresión:

La Asociación Psicológica Americana (1952) consideraba a la depresión como el término para referirse a un humor o estado específico o una clasificación diagnóstica. Esta reacción ocurre ante la pérdida real o imaginaria de un objeto emocionalmente significativo, de un atributo o de una habilidad personal. Caracterizado el modo depresivo por un sentimiento subjetivo de tristeza, por una baja autoestima, por una disminución del interés y por un sentimiento de abatimiento y desesperanza. (APA, 1952)

Lesse (1968) y Toolan (1981), afirman que la depresión es un trastorno difícil de diagnosticar debido a que éste se enmascara detrás de diversos síntomas y conductas. En el caso de la adolescencia, una dificultad que se presenta son los mecanismos de defensa de negación y actuación, que en esta etapa son los más utilizados, por lo que el adolescente presenta lo que Toolan denomina “una depresión sonriente (Citado en Mariño MC y Medina-Mora ME, 1994)

La depresión según De la Fuente (1975) es un desorden primario del humor, de carácter episódico y recurrente que afecta globalmente a la persona y a quienes le rodean, su incidencia y prevalencia ya sea como alteración única, principal o acompañante de otros estados patológicos, el sufrimiento que origina, y su



elevada mortalidad a través del suicidio, hacen de ella un problema central en el campo de la medicina cuya importancia no es suficientemente reconocida. (De la Fuente y Campillo, 1975)

Angold (1988) refiere que para poder definir la palabra “depresión” sugiere hacer las siguientes distinciones:

1. La depresión se describe en el extremo inferior de las fluctuaciones comunes del estado de ánimo normal, es decir, como el lado desdichado de la vida emocional de todos los días.
2. La depresión, se describe como la infelicidad, tristeza o dolor psíquico que se siente como una respuesta a alguna situación o evento, considerado como una causa normal de dicha respuesta.
3. La depresión, puede ser descrita como un rasgo, haciendo referencia a un estado hedónico continuo, relativamente estable que caracteriza a un individuo.
4. Depresión, como un síntoma individual que se refiere a un estado de ánimo patológico abatido o triste.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades -10 (CIE-10, OMS, 1992) menciona episodios depresivos leves, moderados, o graves, y los enfermos que los padecen suelen sufrir de humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso después de un esfuerzo mínimo. (CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud.1992)

En los episodios depresivos suelen presentarse:

- Disminución de la atención y la concentración
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Ideas de culpa y de ser inútil
- Una perspectiva sombría del futuro



- Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones
- Trastornos del sueño
- Pérdida del apetito

El trastorno depresivo mayor según Olsson & von Knorring (1999), tiene un incremento en la adolescencia y existe comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, El incremento es observado más frecuentemente en mujeres, y dado que en la adolescencia se dan los TCA, la comorbilidad entre ambos trastornos es muy elevada.

El DSM-IV (APA, 2004) considera a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo y se le divide en diferentes tipos: en los episodios afectivos como episodio depresivo mayor y en los trastornos depresivos como trastorno depresivo mayor y como trastorno depresivo no especificado.

El episodio depresivo mayor está caracterizado por tener una duración de al menos dos semanas consecutivas en la que se presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer por casi todas las actividades. En los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, en lugar de triste. Se experimentan al menos otros cuatro síntomas, entre los que se cuentan cambios en el apetito o en el peso corporal, en el sueño y en la actividad motora, falta de energía, sentimientos de autodevaluación o culpa, dificultad para pensar, problemas para concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas deben mantenerse durante la mayor parte del día, casi todos los días del periodo mencionado. (DSM-IV)

Las características esenciales del trastorno depresivo mayor según el (DSM-IV) es un curso clínico en el que se presentan uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos, o hipomaníacos. Para considerar un



trastorno depresivo mayor, no se toman en consideración los episodios de trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias, ni los debidos a enfermedades médicas.

El trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen con los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso y depresivo. En algunas ocasiones, los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. (DSM-IV)

Algunos autores han hecho comparaciones entre el proceso de duelo inmerso en la adolescencia y la depresión. Marcelli (1992) menciona que si toda adolescencia es una separación, si toda separación es una pérdida seguida de una reacción de duelo, entonces toda la adolescencia es una depresión potencial.

El fenómeno de la depresión se ha convertido en parte de la cultura mundial; es común escuchar el término con referencia al estado de ánimo decaído o a la situación problemática de cualquier individuo. A través de dicha palabra se hace referencia a un cúmulo de sensaciones tales como la soledad, la tristeza, el abandono o la pérdida. (Mariño MC y Medina-Mora ME, 1994)

Se ha estudiado que la presencia de sintomatología depresiva entre los jóvenes esto genera bajas en el rendimiento del sujeto a distintos niveles: social, familiar, escolar, etc. Es por esta razón que se considera importante contar con una herramienta que permita lograr un acercamiento objetivo al fenómeno de la depresión entre la población joven de nuestro país ya que, como se sabe, constituye el 60% de la población total. (Mariño y Medina-Mora, 1994)

Para Wicks y Allen (1997) el síndrome depresivo consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo que van acompañados de ciertos



problemas somáticos, cognitivos y de conducta, y para considerarse como trastornos debe presentarse persistentemente de manera que se produce un deterioro en el adolescente.

3.2 ABORDAJES TEORICOS

A continuación se presentan brevemente algunas teorías o modelos que abordan el tema de la depresión:

- ❖ **Modelo Psicoanalítico.** Plantea que la pérdida simbólica o real de un objeto con quien se estableció una relación ambivalente (odio-amor) durante la infancia origina la agresividad del sujeto, la cual en lugar de manifestarse hacia el medio exterior, se vuelca contra él, entonces el instinto agresivo se convierte en afecto depresivo.
- ❖ **Modelo Experimental.** Afirma que, en el curso de su vida, el sujeto aprende a comportarse en forma depresiva por miedo a enfrentarse a otros estímulos más dolorosos, elige, sin que intervenga su voluntad, el comportamiento depresivo porque resulta menos doloroso y encuentra pequeñas recompensas.
- ❖ **Modelo sociológico.** En él se señala que los eventos desafortunados de la vida producen una crisis en el sujeto que le significa la pérdida del status social.
- ❖ **Modelo genético.** Según éste, existen dos tipos de transmisión genética: poligenético y dominante, las cuales pueden estar ligadas al cromosoma sexual X o a un cromosoma autosómico dominante, por lo que el individuo nace con una susceptibilidad de mayor o menor grado que podrá expresarse o no el curso de la vida.
- ❖ **Modelo Bioquímico-Farmacológico.** Propone la ¿depleción? de las monoaminas en el Sistema Nervioso Central con un notable predominio de los transmisores colinérgicos, lo cual origina:
 1. Alteración de la transmisión del impulso nervioso a nivel intersináptico



2. Dominio de los impulsos inhibitorios sobre los excitatorios (Jiménez, 2002)

3.3 SUICIDIO

Durkheim (1999), refiere al suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte.

La teoría de Durkheim sobre el suicidio se basa en dos dimensiones, formulando la hipótesis de que el suicidio era frecuente en las sociedades en las que el grado de integración (fuerza de la red social del individuo) es muy bajo (suicidio egoísta) o muy alto (suicidio altruista); suponiendo que el suicidio sería común cuando el grado de integración social (el grado en que las actitudes y valores del individuo estuvieran moldeadas por la sociedad) fuera muy bajo (suicidio anómico) o muy alto (suicidio fatalista) (Durkheim, 1974) (citado en Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo, y Gómez, 1992)

El impacto del suicidio en nuestro país ha generado que se considere como un problema de salud pública, ya que, según los registros de la Secretaría de Salud, las tasas de mortalidad por esta causa se han incrementado de manera notoria en los últimos años (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001)

El suicidio es considerado un problema multifactorial que sigue un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis. Tomando en cuenta que en algunos casos sus objetivos son diferentes a la pérdida de la vida como tal, pues la meta puede ser llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad. (Jiménez y González-Forteza, 2003)



La conducta suicida puede ser definida como un conjunto de acciones con las que se busca quitarse la vida. Por otra parte, la ideación suicida se concibe como los pensamientos que están fijados en el mismo sentido. (Jiménez, Mondragón, & González-Forteza, 2000).

Garrison y cols (1991) consideraban a la ideación suicida como “tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte”, ha sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado. Así mismo, la ideación suicida se ha relacionado con la desesperanza y la falta de autoestima; con conflictos interpersonales con la pareja o con los padres; con los fracasos escolares o laborales; con la depresión, el intento de suicidio y el abuso de drogas (González-Forteza, García, Medina- Mora & Sánchez, 1998)

Ahora bien, la ideación suicida se conceptualiza como un síntoma frecuente e inespecífico que refleja niveles de conflicto interno y está asociado con la desesperanza y la baja autoestima, con el intento suicida, la depresión y el abuso de sustancias. (López EK, Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzón S y Rojas E, 1995)

Por su parte, Harter (1994) en un estudio demostró que la ideación suicida en adolescentes tiene relación significativa con la depresión, baja autoestima, y desesperanza, falta de apoyo, tanto de los padres como de su entorno.

La ideación suicida es un síntoma inespecífico que refleja el grado de conflicto interno de los individuos, incluyendo síntomas tales como la depresión, la ansiedad, el pensamiento extravagante y la autoestima pobre, con el intento suicida, la depresión y el abuso de sustancias. (López EK, Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Carreño Silvia, Berenzón S y Rojas E, 1995)

En la ideación suicida se pueden establecer niveles de severidad como si se tratase de un continuo que fluctúa desde pensamientos de muerte inespecíficos



hacia otros más concretos acerca de la muerte. En diversas investigaciones se han tratado de identificar los factores asociados con la ideación suicida, reconociendo que no es sólo la participación de uno de ellos, sino su interacción lo que los convierte en factores de riesgo. (González-Forteza C, Berenzón S, Tello-Granados AM, Facio D, Medina-Mora Me, 1998)

La ideación suicida se concibe como los pensamientos que están fijados en el mismo fin. El suicidio con todos los elementos que lo conforman y todos los fenómenos que están presentes en él, puede conceptualizarse y reconocerse como un proceso con varias etapas, el cual ha alcanzado altos niveles en la población en las tres últimas décadas. (Jiménez A, Mondragón L y González-Forteza C, 2000)

Etapas del suicidio: (Castillo F, 2006)

- Ideación suicida (sentir deseos)
- Amenaza (advertencia verbal)
- Gesto (tener los medios en la mano y advertir sin consumir)
- Intento (parasuicidio no se consuma la muerte, puede haber algún grado de decisión)
- Hecho consumado (muerte por suicidio)

3.4 EPIDEMIOLOGIA

En cuanto a epidemiología, la sintomatología depresiva en adolescentes es común, en un estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica se encontró cerca del 10% de depresión moderada y/o severa, aunque no explican cuáles sean las probables causas.

En otro estudio de población adolescente se reporta que el ser víctima o testigo de violencia en casa, son variables importantes para predecir depresión en estudiantes adolescentes, así como padecimientos tales como la ansiedad y



síntomas postraumáticos. (Caballero MA, Ramos L, González-Forteza C y Saltijeral MT, 2002)

La ideación suicida se considera como un problema común entre los adolescentes, un estudio realizado en 1989 por Levy y Deykin, se encontró que la ideación suicida en una cuarta parte de los estudiantes de 16-19 años. Garrison (1991), en su estudio biepistémico con adolescentes entre los 12-14 años, encontraron una prevalencia de ideación suicida de moderada a intensa en 4% de los varones y en 9% en mujeres: 1.5% de las mujeres y cerca de 2% de los hombres había intentado suicidarse. (López EK, Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzon S, Rojas E, 1995)

Se analizaron algunos datos de La Encuesta Nacional sobre el uso de drogas en comunidad escolar de el año 1995 con una muestra de (n = 3,459 estudiantes), se evaluó con la escala de CES- D, los resultados que arrojaron que el 47% de estudiantes presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida en el año anterior al estudio, 17% reporto haber pensado en quitarse la vida y el 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos. (López EK, Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzón S, Rojas E, 1995)

En una investigación realizada en México con una población de (N = 428) utilizando el instrumento de ideación suicida del formato del CES-D se encontró que existe una prevalencia del 11.92% en mujeres que presentan ideación suicida y un 12.33% en hombres que presentan ideación suicida (González-Forteza C, Ramos L, Caballero MA y Wagner F, 2003).

Otro estudio mostró la frecuencia de conductas suicidas y algunas características de sintomatología depresiva con conductas alimentarias de riesgo, arrojaron que el 34.9% tenía la conducta suicida con la conducta alimentaria de riesgo, el 37.2% presentó sintomatología depresiva y el 41.9% presentó la ideación suicida, de una N=405 (Unikel, Gómez-Peresmitré & González, 2006).



CAPITULO 4. NIVEL SOCIOECONOMICO Y LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL



IV. NIVEL SOCIOECONOMICO Y LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La descripción del nivel socioeconómico y la descripción a grandes rasgos de los servicios con los cuales se cuentan en las zonas rurales resultan de vital importancia para la elaboración de esta investigación.

En México, la influencia del ideal occidental de belleza ha alcanzado lugares tan recónditos como las poblaciones semi-urbanas. La sociedad mexicana, aunque por un lado exalta el pasado indígena, es en la práctica, profundamente racista. En este contexto, el aspecto físico indígena es considerado feo, mientras que el modelo de belleza corporal es el caucásico. De este modo, sería de esperarse que las mujeres mexicanas, como parte de su intento de aproximación al ideal dominante, pusieran en práctica técnicas del cuerpo tendientes a la delgadez. Esto se confirma en un estudio en el que las jóvenes purépechas adoptan el aspecto físico de sus modelos televisivos. (Bojorquez, 2004)

Algunos estudios han encontrado relación entre el nivel socioeconómico y los problemas de salud mental, algunos hablan de la importancia de que entre menor sea el nivel de escolaridad, el tipo de empleo u ocupación que se tenga hay mayor tendencia al alcoholismo, depresión, comportamientos suicidas y trastornos mentales. Otra de las condiciones que contribuyen al incremento de problemas emocionales es la mayor dependencia a instituciones sociales a las que se ven forzadas las personas de bajos recursos, así como la falta de control sobre los medios para satisfacer los propios deseos y necesidades. La ausencia de servicios adecuados, el desconocimiento, la desconfianza en los servicios y la ausencia de medidas preventivas median entre la pobreza y la salud mental. (Lara y Salgado, 1998)



Las mujeres han sido las más afectadas por las recurrentes crisis económicas, resultados de investigaciones realizadas en México reportan algunos de los efectos que esto ha tenido en ellas. Se mencionan sentimientos de culpa y autorreproche al no lograr sus metas, lo que las lleva a sentirse inadecuadas y con baja autoestima. La depresión aparece como respuesta ineludible a un medio ambiente que por un lado, niega a las mujeres el control sobre las cosas importantes de su vida y por otro no ofrece esperanzas de que ésta pueda mejorar. Las diferencias en los papeles de género en los distintos niveles sociales también pueden ser mediadores entre la pobreza y el malestar emocional. (Lara y Salgado, 1998)

Ahora bien, en las últimas décadas, los trastornos mentales han sido reconocidos como unos de los problemas de salud aún sin resolver que se padecen en México. Las condiciones sociales, culturales y medioambientales como precursoras de los trastornos mentales adquieren un matiz particularmente importante cuando hablamos del rol de las mujeres.

En México, carecemos de investigaciones cuyo objetivo principal sea relacionar las variables pobreza con salud mental, y en particular en la población femenina. Sin embargo, existen estudios que han abordado algunos aspectos de la salud mental (tales como la sintomatología depresiva, ansiedad y somatización) aunque el foco no han sido las mujeres pobres, han incluido poblaciones de bajos recursos. (Lara y Salgado, 1998)

En las comunidades rurales de Latinoamérica, las mujeres se preocupan por los problemas fundamentales para la supervivencia del grupo familiar, como la alimentación, la salud y la educación de sus hijos. La baja calidad de vida y su efecto dentro del medio social en que viven influye profundamente en las alternativas para lograr un bienestar generalizado. (Salgado N, Díaz-Pérez MJ y Maldonado M, 1995)



Universidad Insurgentes

Los servicios de salud mental, como parte del sistema general de salud, se insertan en una red estratificada (IMSS, ISSSTE, SSA) en la que persiste una gran desigualdad en cuanto a sus recursos y a la calidad de sus servicios. La población no derechohabiente es relegada a servicios de menor calidad a la desigualdad en la distribución social de la enfermedad, hay que agregar una desigualdad en materia de servicios. (Lara A y Acevedo MC, 1996)



CAPITULO 5. METODOLOGÍA



V. METODOLOGIA

Los datos que se utilizaron para la presente investigación provienen del proyecto 46560 en el 2006, financiado por CONACYT a cargo de la Dra. Claudia Unikel Santoncini adscrita al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” titulado “Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes en localidades con diferente nivel de urbanización e intensidad de migración”

5.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en los diferentes niveles de marginación?
2. ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva en los diferentes niveles de marginación?
3. ¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en los diferentes niveles de marginación?
4. ¿Cuál es la relación entre los niveles de marginación, las conductas alimentarias de riesgo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida?

5.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida en mujeres estudiantes de nivel medio superior y su relación con el nivel de marginación.

5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes estudiantes de nivel medio superior que viven en localidades con diferente nivel de marginación.
- Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres adolescentes que viven en localidades con diferente nivel de marginación.



- Identificar la prevalencia de ideación suicida en mujeres adolescentes que viven en localidades con diferentes niveles de marginación
- Identificar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida y como influye en los diferentes niveles de marginación.

5.4 HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Las conductas alimentarias de riesgo se encontrarán con mayor frecuencia en el nivel de marginación baja.

La sintomatología depresiva se encontrará con mayor frecuencia en el nivel de marginación baja.

La ideación suicida se encontrará con mayor frecuencia en el nivel de marginación baja.

Se encontrara relación entre los niveles de marginación, las conductas alimentarias de riesgo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida

HIPOTESIS NULA

Las conductas alimentarias de riesgo no se encontrarán con mayor frecuencia en el nivel de marginación baja.

La sintomatología depresiva no se encontrará con mayor frecuencia en el nivel de marginación baja.

La ideación suicida no se encontrará con mayor frecuencia en el nivel de marginación baja.

No se encontrará relación entre los niveles de marginación, las conductas alimentarias de riesgo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida.

5.5 DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

- Conductas alimentarias de riesgo
- Ideación suicida
- Sintomatología depresiva



Variable independiente

- Nivel de Marginación

5.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

- **Conductas Alimentarias de Riesgo.** Conductas alimentarias inapropiadas de trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM- IV TR (APA, 2004) que no cumplen en frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos; se incluyen: práctica de atracones o episodios de ingestión voraz, seguimiento de dietas, uso de laxantes, ayunos, diuréticos, anorexígenos o enemas para bajar de peso, práctica excesiva de ejercicio y la práctica del vómito autoinducido.

Se midió con la respuesta afirmativa a cada una de las preguntas de esta sección. A mayor puntuación, mayor patología.

- **Sintomatología Depresiva.** Manifestaciones conductuales y sensaciones afectivas percibidas por el/la adolescente, en torno a la expresión de la depresión. Esta variable será evaluada a partir de las respuestas dadas a la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: “Center of Epidemiological studies of depression”, CES-D (Radloff, 1977), respecto a la frecuencia temporal de la presencia de cada síntoma en la semana previa a la aplicación del cuestionario. (Anexo 1)
- **Ideación Suicida.** La ideación suicida se refiere al contenido cognoscitivo de pensamientos entorno a la muerte en general y de sí mismo. La variable estará medida por la frecuencia temporal de los cuatro reactivos presentes durante las dos semanas previas a la aplicación del cuestionario (mismo formato de respuesta de la escala CES-D) (Anexo 2)

VARIABLE INDEPENDIENTE



- **Marginación.** La marginación es un fenómeno estructural que se origina en el modelo de desarrollo y se manifiesta tanto en la dificultad de propagar el avance técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país, como en la exclusión de los grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios.

El índice de marginación es una medida resumen que permite diferenciar a las localidades censales del país según el impacto global de las privaciones que padece la población, como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas adecuadas y la carencia de bienes. Algunos de los indicadores que ayudan a medir el nivel de marginación son: (www.conapo.com)

- * **Porcentaje de población analfabeta**
- * **Porcentaje de población sin primaria completa**
- * **Porcentaje de viviendas particulares con agua entubada**
- * **Viviendas particulares sin drenaje ni excusado**
- * **Viviendas particulares sin energía eléctrica**
- * **Viviendas particulares con algún nivel de hacinamiento**
- * **Viviendas particulares sin refrigerador**

5.7 INSTRUMENTOS

Se utilizarán tres escalas para el cumplimiento de los objetivos los cuales se describen a continuación:

- **Conductas alimentarias de riesgo.** El cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, fue elaborado por Unikel y cols. Para la encuesta de 1997, con el propósito de conocer el grado en que se presentan las conductas alimentarias de riesgo en la población estudiantil del Distrito Federal. Se aplicó en las “Encuestas sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol” en 1997 y 2000 (Unikel, Medina-Mora, Alcántar, Fleiz y Hernández, 2000), en la tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología de Unikel y en otros estudios (2003). Validado por Unikel (2004) en una



población de mujeres con diagnóstico de trastornos alimentarios en la Clínica de los Trastornos Alimentarios en el Instituto Nacional de Psiquiatría, y en una muestra de mujeres estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México, los resultados arrojaron un alfa de Cronbach de (0.83).

Este cuestionario se basa en los lineamientos para TCA propuestos por el DSM – IV (APA, 2004). Consta de 10 preguntas sobre la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer, y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos) en los tres meses previos a la aplicación del instrumento, con cuatro posibilidades de respuesta tipo Likert: Nunca o Casi Nunca, Algunas Veces, Frecuentemente (dos veces por semana) y Muy Frecuentemente (más de dos veces por semana)

- **Sintomatología depresiva.** La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Consta de 20 preguntas que miden sintomatología depresiva. En la versión adaptada para adolescentes de Radloff (1977) se pide al estudiante que mencione el número de días que presentó algún síntoma durante la semana anterior (0, 1-2, 3-4, 5-7). La validación de la escala en cuestión realizada en México (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993) con 873 estudiantes de enseñanza media y media superior, indicó que la escala tiene un alto nivel de confiabilidad (alfa de Cronbach= .88) y una estructura factorial bien definida que indica la existencia de tres subescalas: afecto negativo, síntomas somáticos y afecto positivo.
- **Ideación suicida.** Se evalúa con una escala que consta de 4 ítems, en el mismo formato de respuestas del CES- D en su versión para adolescentes adaptada por Roberts (1980) y evaluada por González. Forteza (1992) en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria en el Distrito Federal,



obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de .78 y por Mariño y cols (1993) en adolescentes estudiantes de bachillerato en el D.F quienes obtuvieron un valor de confiabilidad de alpha de Cronbach de .88

5.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres adolescentes
- Estudiantes de nivel medio superior inscritas en escuelas públicas en el ciclo escolar 2005-2006.
- Con edades de entre los 15 y 19 años.
- Pertener al nivel de marginación en donde fueron aplicadas las encuestas.

5.9 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres adolescentes de menos de 15 años y mayores de 19 años
- Que no sean estudiantes
- Que estén embarazadas

5.10 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio transversal de campo, exposfacto con tres muestras estratificadas intencionales con observaciones independientes, Sampieri (1999) se define estratificada porque la muestra en relación a los estratos o variables que se presentan en la población y que son importantes para los objetivos del estudio y dos en localidades con diferente nivel de marginación en municipios del Estado de México.

5.11 PROCEDIMIENTO

Se contactaron instituciones públicas de nivel medio superior, exponiendo el proyecto a las autoridades para obtener el permiso de aplicar los cuestionarios. Los cuestionarios fueron aplicados en los planteles escolares, en los horarios y



fechas pre-establecidos por las autoridades del plantel, las autoridades de las escuelas designaron el lugar donde se podían realizar las aplicaciones el cual variaron entre salones de clases, auditorios y bibliotecas. La participación de los estudiantes fue voluntaria y anónima. El proyecto fue evaluado por el Comité de Ética del INPRFM. Después de realizar la aplicación en cada una de las escuelas, se procedió a realizar la captura en el paquete de estadística SPSS versión 13.0 en formato para Windows.

Al terminar la captura, se realizó una limpieza de la base de datos para evitar cualquier tipo de errores, posterior a ello se comenzaron a hacer los análisis estadísticos pertinentes.

Llevando a cabo la depuración de algunos cuestionarios capturados, puesto que no todos cumplían con la edad requerida para esta investigación.

5.12 ANALISIS ESTADISTICOS

Se realizó análisis de frecuencias simples para conocer la estructura de la muestra.

Al terminar la aplicación de los cuestionarios se elaboró una base de datos donde se utilizó el programa SPSS versión 13 en formato para Windows.

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales



CAPÍTULO 6. RESULTADOS



VI. RESULTADOS

A continuación se presentan los diferentes análisis realizados, con la finalidad de cumplir cada uno de los objetivos planteados para el desarrollo del presente trabajo. Cabe mencionar que los resultados serán diferenciados para cada uno de los niveles de marginación.

6.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra, es decir cuantas mujeres adolescentes fueron encuestadas en cada uno de los municipios a los cuales se asistió y a que nivel de marginación pertenece.

Tabla 1. Distribución de la muestra

Nivel de marginación		Tamaño de muestra
Baja	Huixquilucan	254
Media	Otumba	229
	Villa Guerrero	
Alta	San Simón Guerrero	323
	Ixtapan del Oro	
	Temoaya	
Total		806



En la tabla número 2 se observa la descripción sociodemográfica de las mujeres adolescentes encuestadas, los datos que se reportan aquí son: la frecuencia, la media de edad (\bar{X}) y la desviación estándar (DE). En marginación baja la muestra fue de 254 mujeres adolescentes, con una media de edad de 15.8 y una DE de 1.05, en marginación media de 229 mujeres adolescentes encuestadas, con una media de edad de 15.7 y una DE de 1.11, y en marginación alta de 323 mujeres adolescentes encuestadas, con una media de edad de 15.9 y una DE de .99.

TABLA 1. Media de edad por grupo
N=806

Marginación Baja			Marginación Media			Marginación Alta		
n	\bar{x}	DE	n	X	DE	n	X	DE
254	15.8	1.05	229	15.7	1.11	323	15.9	.99



En la tabla 3 se observan los resultados con respecto al lugar de nacimiento, lugar de nacimiento de la madre del padre y donde han vivido la mayor parte de su vida. Para lugar de nacimiento, las estudiantes de los tres diferentes grupos de marginación reportaron haber nacido en su mayoría en el Estado de México, con un porcentaje menor reportaron haber nacido en el Distrito Federal y con el porcentaje más bajo reportaron en otros estados de la Republica de Mexicana.

Para la pregunta de donde han vivido la mayor parte de su vida, las estudiantes reportaron que ha sido en el Estado de México, esto se mostró similar en los diferentes grupos de marginación, únicamente el grupo de marginación baja reportaron un porcentaje alto para el Distrito Federal, para la pregunta de lugar de nacimiento de la madre se reportaron que el lugar con mayor porcentaje fue el Estado de México, los porcentajes que le siguieron fueron para otros lugares de la Republica Mexicana para los tres diferentes niveles de marginación. Para la pregunta de lugar de nacimiento del padre la respuesta más frecuente fue el Estado de México para el nivel de marginación medio y bajo, pero para el grupo de marginación baja la respuesta con mayor porcentaje fue el Distrito Federal.

Como se puede observar en esta tabla, los porcentajes mas altos se encuentran registrados en el Estado de México para los tres niveles de marginación, es decir la mayoría de las estudiantes nacieron y viven al igual que sus padres en el Estado de México



TABLA 3.
Lugar de Nacimiento, Lugar de Nacimiento de los
Padres y donde han vivido la mayor parte de su vida.

	<i>Marginación Baja N = 254 %</i>	<i>Marginación Media n = 229 %</i>	<i>Marginación Alta N = 323 %</i>
LUGAR DE NACIMIENTO			
Edo. de México	51.4	82.5	94.1
DF	37.9	7.6	3.1
Otros	10.7	9.9	2.8
LUGAR DONDE HA VIVIDO LA MAYOR PARTE DE SU VIDA			
Edo. de México	81.8	95.5	96.5
DF	11.9	1.4	1.9
Otros	6.3	3.1	1.6
LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE			
Edo. de México	31.6	74	89.5
DF	22.6	12.4	2.9
Otros	45.6	13.6	7.6
LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE			
Edo. de México	31.1	80.1	91.2
DF	23.3	6.8	3.9
Otros	45.6	13.1	4.9

En la tabla 4, se describen los resultados con respecto al nivel de escolaridad que tienen los padres de las adolescentes encuestadas. Para tal propósito se dividió en tres rubros educativos que se describen de la siguiente manera: 1) Educación Básica: Primaria y Secundaria, 2) Educación Media Superior: Preparatoria, Bachillerato y Bachillerato Tecnológico, 3) Educación Superior: Licenciatura,



Normal y Postgrado. Para la escolaridad de la madre se reporta la educación básica como la de mayor porcentaje para los tres niveles de marginación, en poco menor porcentaje se reportó la educación media superior. Para la escolaridad del padre los porcentajes más altos fueron los reportados en la educación básica. Aun que es importante mencionar que se reportan porcentajes considerables de nivel de educación superior en la escolaridad del padre para el nivel de marginación baja.

TABLA 4.

Escolaridad de los padres

	<i>Marginación Baja</i> <i>n = 254</i> %	<i>Marginación Media</i> <i>n = 229</i> %	<i>Marginación Alta</i> <i>n = 323</i> %
ESCOLARIDAD DE LA MADRE			
S/ Estudios	5.2	4.0	8.4
Ed. Básica	80.8	78.0	82.3
Ed. Media Superior	12.8	12.8	5.6
Ed. Superior	1.2	5.2	3.7
ESCOLARIDAD DEL PADRE			
S/ Estudios	3.4	3.2	5.3
Ed. Básica	73.5	77.3	81.0
Ed. Media Superior	19.4	12.0	7.6
Ed. Superior	3.8	7.5	6.2

En el tabla 5 se describen las respuestas de las preguntas de material con el que fue construida la vivienda y el número de servicios con los cuales cuentan las



viviendas. Para el número de servicios los porcentajes reportados como los más altos fueron los de 5 a 8 servicios en los tres grupos de marginación, como era lo esperado en el nivel de marginación baja el porcentaje de respuesta fue un poco mayor. El material con el que están construidas las viviendas es en mayor porcentaje ladrillo y cemento en los tres diferentes grupos de marginación, aunque en el nivel de marginación alta los porcentajes varían mucho ya que también hay un reporte importante de viviendas construidas de adobe y lámina.

Es importante resaltar la diferencia obtenida en los resultados del material con el cual son construidas las viviendas en los diferentes niveles de marginación del Estado de México.

TABLA 5
Material con el que esta construida la vivienda y número de servicios con los que cuentan

	<i>Marginación Baja</i> <i>n = 254</i> %	<i>Marginación Media</i> <i>n = 229</i> %	<i>Marginación Alta</i> <i>n = 323</i> %
NUMERO DE SERVICIOS			
1 a 4	4.8	14.9	27.7
5 a 8	65.1	67.1	62.9
9 a 11	30.1	18	9.4
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN			
Lámina	4.1	9.4	17.9
Madera	1.0	1.3	2.5
Adobe	1.0	4.4	21.1
Ladrillo y cemento	93.9	84.9	58.5

Servicios: Agua, Luz, Teléfono, Drenaje, Gas, Televisión, Internet, Lavadora, Secadora, Estéreo, TV por cable. (En la encuesta el orden de aparición de los servicios fue presentado de esta manera)



6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA E IDEACIÓN SUICIDA

El punto de corte utilizado para la escala de sintomatología depresiva fue de 49.8.

El punto de corte utilizado para la escala de ideación suicida fue de 6.44

El punto de corte utilizado para la escala de conductas alimentarias de riesgo 10.

En la tabla 6 se presentan los porcentajes de conductas alimentarias de riesgo, de sintomatología depresiva e ideación suicida para el total de la muestra, con la finalidad de conocer cuales fueron las adolescentes encuestadas que podrían estar en riesgo de presentar alguna de estas problemáticas, así como el porcentaje de las adolescentes encuestadas sin las mismas. Como se puede observar el 13% de las estudiantes obtuvieron una puntuación elevada en el cuestionario breve, así como el 17% y 19% respectivamente en los cuestionarios sobre depresión e ideación suicida.



Tabla 6. Estudiantes con riesgo y estudiantes sin riesgo
N=806

	<i>Con riesgo</i> %	<i>Sin riesgo</i> %
Conductas Alimentarias de Riesgo	12.7	87.3
Sintomatología Depresiva	16.9	83.1
Ideación Suicida	18.9	81.1

En la tabla 7 se muestra el análisis de diferencia de medias donde se puede observar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva para los tres niveles de marginación, y si hay diferencias estadísticamente significativas para las conductas alimentarias de riesgo y la ideación suicida entre los niveles de marginación alta y baja.

Como era lo esperado las conductas alimentarias de riesgo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida se reportan más elevados en el nivel de marginación bajo.



TABLA 7.

Conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida.

		<i>Marginación Baja</i> <i>n = 254</i>		<i>Marginación Media</i> <i>n = 229</i>		<i>Marginación Alta</i> <i>n = 323</i>		<i>F</i>	<i>P</i>
		X	DE	X	DE	X	DE		
Sintomatología Depresiva	Ánimo deprimido	15.87	6.4	15.06	6.0	14.8	5.67	2.136	.119
	Somatización	14.19	4.3	13.96	4.2	13.7	3.82	.908	.404
Ideación Suicida		4.57	2.4	4.30	2.2	4.27	2.18	4.510	.011*
Conductas Alimentarias de Riesgo		4.47	4.5	3.82	4.1	3.12	3.34	8.195	.000*

• Diferencia entre marginación alta con baja.

6.3 ANÁLISIS INFERENCIAL

En la tabla 8, se presenta la relación entre las conductas alimentarias de riesgo, la sintomatología depresiva e ideación suicida, es decir que porcentaje reporta tener conductas alimentarias de riesgo y sintomatología depresiva y que porcentaje tiene conductas alimentarias de riesgo e ideación suicida



TABLA 8. Relación entre conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida.

	Conductas Alimentarias de riesgo
	%
Sintomatología Depresiva	22.2
Ideación Suicida	21.1

Para la tabla 9, se presenta el análisis de relaciones entre conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida. En sintomatología depresiva para el grupo de marginación baja se reporta un 24.4%, para marginación media el 17.5%, para la marginación alta el 13.8%. Para ideación suicida los porcentajes obtenidos para el grupo de nivel de marginación baja 15.9%, marginación media 14.0%, marginación alta 9.2%. Para conductas



alimentarias de riesgo los porcentajes obtenidos para el grupo de nivel de marginación baja 10.6%, marginación media 9.6%, marginación alta 4.6%.

TABLA 9.

	<i>Marginación baja</i>		<i>Marginación Media</i>		<i>Marginación Alta</i>	
	n	%	n	%	n	%
Sintomatología Depresiva	53	24.4%	31	17.5%	40	13.8%
Ideación Suicida	39	15.9%	31	14.0%	29	9.2%
Conductas Alimentarias de Riesgo	26	10.6%	22	9.6%	15	4.6%



CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



VII. CONCLUSIONES Y DISCUSION

7.1 DISCUSION

El objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida en una muestra de mujeres adolescentes estudiantes de nivel medio superior en escuelas públicas que habitan en localidades con diferente nivel de marginación en el Estado de México.

Para concluir con este trabajo es importante mencionar que la adolescencia como parte del desarrollo humano es una de las etapas de mayor vulnerabilidad debido a todos los cambios que se presentan, ya que la salud mental se ve afectada directa o indirectamente dentro de esta etapa. Monroy Velasco, refiere que la adolescencia es una etapa en la están involucrados los factores biológicos y psicológicos así como por factores sociales y culturales, por lo que fue importante incluir los niveles de marginación con el hecho de desarrollar conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida. Ya que la literatura nos indica que el factor social influye de manera clara en el desarrollo de cualquier enfermedad mental.

Ahora bien, los trastornos de la conducta alimentaria son considerados en los últimos días como una patología la cual pareciera estar de moda, siendo las mujeres las más afectadas por este tipo de trastornos, en gran medida la cultura occidental influye de cierta manera para que las adolescentes lleguen a un ideal estético casi inexistente.



En el contexto sociocultural no deja de ser importante la presencia de conductas inapropiadas del comer, que si bien no se presentan con las características propias de un síndrome clínico, no dejan de ser rasgos importantes que se deben considerar principalmente cuando se trata de fines preventivos de la enfermedad, pues se sabe por ejemplo, que el seguimiento de dietas es uno de los principales predictores del futuro desarrollo de los desórdenes del comer en adolescentes.

La sintomatología depresiva se ha convertido en los últimos años un fenómeno un tanto común, que al parecer esto se incrementa con un estatus socioeconómico bajo y la ausencia de servicios adecuados. Ahora bien, la ideación suicida es considerado un síntoma que refleja los conflictos internos de los seres humanos, con lo cual incrementan la depresión, el intento suicida e incluso el abuso de sustancias.

Lo que se puede observar en la actualidad es que pareciera complicado definir la marginación como tal, hay ciertos rubros y formulas matemáticas que ayudan a que esto se pueda medir. Por lo que no es suficiente tomar en cuenta el material con el que fueron construidas las viviendas o el número de servicios que tienen sus hogares también es importante tomar en conocer la escolaridad que tienen los padres. Todo esto nos sirve para poder determinar cual es el nivel de marginación al que pertenecen los diferentes municipios.

Dentro de los resultados se registraron algunos porcentajes de los cuales confirman nuestra hipótesis planteada, las mujeres adolescentes del nivel de marginación baja reportan mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo, mayor porcentaje de sintomatología depresiva y mayor porcentaje de ideación suicida, aunque los resultados arrojan que la sintomatología depresiva es similar en los tres niveles de marginación, ya que no hay diferencias significativas.



En los datos sociodemográficos, se analizó la pregunta del lugar de nacimiento de las mujeres adolescentes y de los padres, para conocer más a fondo de donde son y que tanto se han desarrollado en el medio en el que actualmente viven.

La CONAPO refiere que uno de los indicadores para medir los niveles de marginación es el nivel educativo, por lo que fue importante para esta investigación conocer la escolaridad de los padres donde lo que se encontró que el nivel de marginación bajo tiene un mayor nivel de escolaridad, aunque la literatura refiere que en la actualidad el nivel educativo de los padres regularmente es menor al que tienen sus hijos actualmente.

Otro de los factores con los cuales la CONAPO toma en cuenta para clasificar la marginación es el material con el que está construida la vivienda, ya que podríamos pensar que el factor económico influye para la construcción de la vivienda, pero por los resultados obtenidos que se muestran en la investigación sugiere que las personas que viven en el grupo de marginación baja sus viviendas están construidas de mejores materiales como son: ladrillo y cemento a diferencia de las personas que viven en el grupo de marginación alta ya que el material que predomina es el adobe.

Para este proyecto fue importante haber incluido los servicios con los cuales cuentan las viviendas, es por ello que los resultados obtenidos fueron relevantes, ya que como era lo esperado las localidades consideradas como de marginación baja fueron las que reportaron mayor número de servicios, ya que el pertenecer a un grupo de marginación alta existen algunas carencias debido al nivel económico.



7.2 CONCLUSIONES

Una de las principales aportaciones de este trabajo, se encuentra en la confirmación de la presencia de porcentajes importantes de conductas alimentarias de riesgo que en la literatura se señalan como detonadores de una patología.

Es importante señalar que se trata de un estudio exploratorio y que la información se debe confirmar con más investigaciones que incluyan probablemente más Municipios del Estado de México u otros Estados y Municipios de la Republica Mexicana obteniendo una muestra mas grande.

A lo largo del trabajo de campo pude observar como es que vive la gente y como las mujeres adolescentes que fueron encuestadas se transportan de su casa a la escuela, qué comen, el arreglo personal ayudó a dar una idea de las posibilidades que tienen de adquirir artículos de “moda” y lo importante que es para las adolescentes adquirir este tipo de artículos. Así como fue de suma importancia el poder observar el tipo de viviendas que hay en los municipios, que hay a sus alrededores, el tipo de comida y en lo que mayormente se pueden emplear los padres.

Si bien es cierto, la influencia del ideal estético se ha visto afectada hasta en los municipios semi-urbanos, el aspecto físico de las mujeres que viven en esas zonas es considerado feo por los rasgos indígena. Por lo que es esperado que las mujeres mexicanas con tal de acercarse al ideal estético pongan en práctica algunas conductas con la finalidad de bajar de peso.



Por los resultados obtenidos resulta claro que las conductas alimentarias de riesgo son más frecuentes en el grupo de marginación baja y que pareciera que el hecho de pertenecer al nivel de marginación baja incrementa el riesgo de padecer conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida, ya que pareciera que el hecho de pertenecer a un grupo de marginación baja es un predictor de riesgo para las adolescentes y que la marginación podría ser considerada un factor protector para ellas mismas.

La sintomatología depresiva fue una variable que no se modificó en ninguno de los tres niveles de marginación, ya que no se presentaron diferencias significativas entre los niveles. Marcelli 1992 hace referencia a la relación que existe entre la depresión y la adolescencia, ya que como se menciona dentro de la literatura psicoanalítica, la adolescencia es un duelo por perder la infancia y esto puede ser relacionado con la depresión. De igual forma Mariño y Medina-Mora han hecho referencia a que el fenómeno de la depresión se ha convertido en parte de la cultura mundial; siendo común escuchar el término con referencia al estado de ánimo decaído o a la situación problemática de cualquier individuo. Por lo que es de fácil comprensión los resultados obtenidos en esta investigación.

Como sabemos la ideación suicida es un suceso que en los últimos años ha tenido un gran incremento entre la población adolescente, el aumento en los porcentajes de algunos estudios de cierta manera es alarmante, por lo que los resultados que se muestran en esta investigación reflejan que la población de los diferentes niveles de marginación es igualmente afectada, es decir que no importa el nivel socioeconómico que se tenga, simplemente se presenta.



Universidad Insurgentes

Los cuestionarios aplicados permitieron conocer la presencia de conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida en la muestra estudiada, sin embargo los resultados deben ser tomados con reserva, ya que para que éstos sean confirmados es necesario llevar a cabo entrevistas clínicas con aquellas mujeres que reportan conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida, con el fin de corroborar sus respuestas, por lo que podría ser de suma importancia plantear una nueva investigación a fin de conocer más de cerca lo que piensas estas jóvenes.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aberastury A. y Knobel M. (2003) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Paídos educador.
2. Álvarez, Mancilla , Vázquez, Unikel, Caballero , Mercado (2004) validado en México por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado, 2004) y el Inventario de Trastornos alimentarios (EDI) (Álvarez y Franco, 2001).
3. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Fourth Edition. DSM –IV, Washington, DC.
4. Angold A. (1988) Depresión infantil y de la Adolescencia: Aspectos Epidemiológicos y Etiológicos. *British Journal of Psychiatric*, 152: 601-607.
5. Battergay R, Glatzel J, Poldinger W, Rauchfleisch U. Diccionario de Psiquiatría. Herder: España, 1989.
6. Bernard (1978) *Semiológica Psiquiatría*. Ed. Masson, Barcelona
7. Bojórquez I (2004) Construcción de genero, actitudes y conductas alimentarias en mujeres adolescentes mexicanas. Tesis de Maestría en ciencias odontológicas y de la salud. Facultad de Medicina, UNAM
8. Bravo D. y Fortanel R. (2001) Percepción de la relación con ambos padres como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología, Facultad en Psicología, UNAM, México, DF.
9. Bruch H. (1973) *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
10. Caballero MA, Ramos L, González-Forteza C y Saltijeral MT. (2002) Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología. *Psiquiatría*, 18 (3).
11. Castillo A. (2005) Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de psicología, UNAM, México, DF.



12. Craig G (2001) Desarrollo Psicológico. México. Edit. Prentice Hall
13. Criterios diagnósticos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10, OMS, 1992)
14. De la Fuente R y Campillo C (1975) Papel de la depresión en la patología humana, *Psiquiatría*, 5(3)
15. Delval J. (2002). El desarrollo humano. Primera Edición. Siglo XXI.
16. Diccionario de Pedagogía y Psicología, Ed, cultural, 1999, pp, 12
17. Durkheim (1999) El suicidio, Grupo Editorial Tomo
18. Fairburn C y Cooper P. (1983) The epidemiology of bulimia nervosa. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 2, 61-67)
19. Erickson E (2002) Sociedad y adolescencia. Siglo XXI
20. Fallon, P (1990) Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image en T.F. flow y TPruzinsky (Eds.) *Body images: development, deviance and change*. Guilford Press: Mew Cork.) (Heinberg LJ. Thompson JK y Stromer S (1995) Development and validation of sociocultural attitudes towards appearance questionnaire (SATAQ). *Internacional Journal of eating disorders*, 17, 81-89
21. Fernández-Aranda F, Turón V. (1998) Trastornos de la Alimentación. Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia. Masson, S.A, pp. 3
22. Freud S. (1992) Tres ensayos sobre la teoría sexual. Ed. Alianza. México.
23. Fuentes, G. B. (1989). Conocimiento y formación del adolescente. Ed. Continental. México
24. García-Camba E. (2002) Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Obesidad. Ed. Masson Barcelona.
25. García N. (2006) Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México, DF.



26. Gómez-Peresmitré G, Avila E (1998) ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dietas con propósito de control de peso? *Psicología Iberoamericana*, 6 (2); 37-45.
27. Gonzalez L, Unikel C, Cruz C, Caballero A (2003) Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26 (3) pp
28. González- Núñez J. (1986) Teoría y Técnica de la terapia Psicoanalítica de adolescentes. México, Edit. Trillas.
29. González-Forteza C, Berenzón S, Tello-Granados D y Medina-Mora ME. (1998) Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*. 40 (5) falta pp
30. González-Forteza C, Ramos L, Caballero MA, Wagner F. (2003) Correlatos psisociales de depresión, ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. (en prensa).
31. Gordon RA. (1990) Anorexia and bulimia. Anatomy of social epidemia. Cambridge, MA: Brasil Blackwell.
32. Hernández A. (2006) Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en atletas gimnastas mexicanas. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México, DF:
33. Jiménez A. (2002) La sintomatología depresiva en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México, DF.
34. Jiménez A, Mondragón L, y González-Forteza C. (2000) Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. *La psicología social en México*, 8, 185-191
35. Jiménez A y González-Forteza C. (2003) Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente. *Salud Mental*, 26 (6)
36. Jones m.c. , 1958: Livson y Peskin, 1980; Ruble y Brooks-Gunn, 1982; Stubbs, Rierdan y Koff, 1989.



37. Kaplan, Freedman y Sadock. (1980) Comprehensive textbook of Psychiatry- III, 3rd Edition. William and Wilkins, E.U.
38. Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Novena Edición. Buenos Aires, Argentina. 2004. pp: 739-755.
39. Kleifield EI, Wagner S y Halmi KA. (1996) Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 715-737
40. Lara A y Acevedo MC. (1996) Patrones de utilización de los servicios de salud mental. *Salud Mental*. 19, 14-18.
41. Lara A y Salgado N (1998) Pobreza femenina y salud mental. GIMTRAP. Pp. 39-42
42. López EK, Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Berenzón S y Rojas E. (1995) La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud mental* 18(4)
43. Machioro, M. (1998). El suicidio. Enfoque criminológico. México. Edit. Porrúa.
44. Mancilla M, Gómez-Peresmitre G. (2006) Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica. Ed. Manual Moderno. Trastornos del comportamiento alimentario en México.
45. Mariño MC y Medina-Mora ME (1994) Sintomatología depresiva. *La Psicología Social en México*.
46. Marcelli (2002) Adolescencia y depresión. Ed. masson
47. Mariño MC, Medina-Mora ME, Chaparro J, Gonzalez-Forteza C. (1999) Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista mexicana de psicología*, 10 (2): 141-145
48. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C; Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro JA, Rojas E, Zambrano J, Casanova y Aguilar-Gaxiola S (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, *Salud Mental*, 26, 1-16



49. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño MC, Juaréz F, Villatoro J, Caraveo J y Gómez M. (1992) Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultado de un estudio nacional. *Anales del INP* 48-55
50. Mondragón L, Borges G y Gutiérrez RA (2001) La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24 (6), 4-15.
51. Monrroy de Velazco A. (1990). Salud, sexualidad y adolescencia. México. Edit. Cora.
52. Nielsen S. (2001) Epidemiology and mortality of eating disorders. *The psychiatric clinics of North America*, 24(2), 201-214.
53. Olaiz-Fernandéz G, Rivera-Dommarca J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
54. Orgen J. (2005) Psicología de la alimentación. Ed. Morata.
55. Papalia D, Duskin R y Wendkos S. (2005) Desarrollo humano, 3era edición. Edit. Mac Graw Hill.
56. Pepin L. (1975) La psicología de los adolescentes. Ed. Oikos-Tau.
57. Quiñones M, Menéndez M, 2006
58. Radloff, (1977) The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological measurements*, 1, 385-401
59. Raich (1994) Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid, España Edit. Pirámide.
60. Rand CSW y Kuldau JM. (1986) Eating patterns in normal weight individuals: bulimia, restrained eating, and the night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 75-84.
61. Rice P. (2000) Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura, 9ª. edición., Ed. Prentice Hall.
62. Roberts (1980) The reliability of the CES-D scale in different ethnic contexts. *Psychiatric Research*. 2, 125-134



63. Rodriguez-Cano T, Beato-Fernandez L y Belmonte A (2006) Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescent: A spanish community perspective study. *Journal of adolescent health*. 38, 684-688.
64. Salgado N, Díaz-Pérez MJ y Maldonado M (1995). Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. *Salud Mental*. 18, 50-55
65. Sansone R, Levitt J, Sansone L. (2005) The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13;7-21.
66. Schütze G. (1983) Anorexia mental. Edit. Hender
67. Serrato G. (2000) Anorexia y bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria. Ed. Libro-hobby-club. España.
68. Shapiro S. (1988) Bulimia: an entity search of definition. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 491-498.
69. Striengel-Moore (1993). Capítulo Etiology of binge eating: a developmental perspective. *Binge eating*
70. Toro J (1999) El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona. Editorial Ariel.
71. Unikel C. (1998) Desordenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM, México, DF.
72. Unikel C. (2003) Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México, DF.
73. Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Alcanzar E, Fleiz C y Hernández S. (2000) Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2000. *Revista de Investigación Clínica*. 2006; 52: 140-147.
74. Unikel C., Bojórquez I., Villatoro J., Fleiz C., Medina-Mora ME. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población



estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. Revista de Investigación Clínica.2006; 58 (1):15-27.

75. Unikel C., Bojorquez I., Carreño S. (2004) Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública de México, 46: 509-515



ANEXO 1

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

A continuación te vamos a hacer una serie de preguntas acerca de tus condiciones de vida.

Tu edad _____ (años cumplidos)

En qué lugar naciste: municipio _____ estado _____

En qué lugar nació tu mamá: municipio _____ estado _____

En qué lugar nació tu papá: municipio _____ estado _____

En qué lugar has vivido la mayor parte de tu vida: municipio _____ estado _____

Hablas alguna lengua indígena Sí _____ No _____ ¿Cuál(es)? _____

Tu mamá habla alguna lengua indígena Sí _____ No _____ ¿Cuál(es)? _____

Tu papá habla alguna lengua indígena Sí _____ No _____ ¿Cuál(es)? _____

Algún miembro de tu familia ha migrado a los Estados Unidos Sí _____ No _____ ¿Quién(es)? _____

	Actualmente vives con:
Mamá, papá y hermanos	
Mamá y hermanos, papá no vive con nosotros	
Mamá y hermanos, papá es migrante	
Mi familia y mis tíos, primos o abuelos	
Familiares	
Casa de asistencia	
Otros (especificar)	

El máximo nivel de estudios de tus padres o tutores es:

	Madre	Padre
No estudió		
Primaria		
Secundaria o equivalente		
Preparatoria o equivalente		
Carrera técnica o comercial		
Licenciatura o normal		
Maestría o Doctorado		



Universidad Insurgentes

¿Cuál es la ocupación de tu papá? (sé lo mas especifica que puedas)

¿Cuál es la ocupación de tu mamá? (sé lo mas especifica que puedas)

La casa donde vives es: Propia () Rentada () Prestada ()

El material de construcción de tu casa es de: Lámina () Madera () Adobe () Ladrillo y cemento ()

El lugar donde vives tiene (*puedes marcar varias opciones*): Agua () Luz () Teléfono () Drenaje () Gas ()
Televisión () Internet () Lavadora () Secadora () Estéreo () Televisión por cable () Automóvil ()



ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

La siguiente sección se refiere a tu forma de comer.

En los últimos 3 meses (*marca una opción para cada inciso*)

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cual(es)_____				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es)_____				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es)_____				



ANEXO 3

CUESTIONARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA E IDEACIÓN SUICIDA

Las siguientes preguntas se relacionan con tu estado de ánimo. Nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido únicamente durante la semana pasada. Lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así.

	DURANTE LA SEMANA PASADA	NUMERO DE DIAS			
		0	1-2	3-4	5-7
1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan				
2	No tenía hambre, no tenía apetito				
3	Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos				
4	Sentía que era tan bueno como los demás				
5	Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo				
6	Me sentí deprimida				
7	Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo				
8	Veía el futuro con esperanza				
9	Pensé que mi vida era un fracaso				
10	Tenía miedo				
11	Dormí sin descansar				
12	Estaba feliz				
13	Platiqué menos de lo normal				
14	Me sentía sola				
15	Sentí que la gente era poco amigable				
16	Disfruté de la vida				
17	Lloraba a ratos				
18	Me sentía triste				
19	Sentía que no les caía bien a otros				
20	No podía "seguir adelante"				
21	Tenía pensamientos sobre la muerte				
22	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta				
23	Pensé en matarme				



ANEXO 4



Estacionamiento del Colegio de Bachilleres
Municipio de Ixtapa del Oro, Estado de México



Nuevo edificio
Municipio de Ixtapa de Oro, Estado de México



Entrada del edificio principal del Colegio de Bachilleres, Ixtapa del oro. Estado de México



Entrada principal al Colegio de Bachilleres, Ixtapa del oro. Estado de México



Escuela Preparatoria, San Simón de Guerrero. Estado de México



Escuela Preparatoria, San Simón de Guerrero. Estado de México



Colegio de Bachilleres del Estado de México, Huixquilucan Norte



Entrada principal del Colegio de Bachilleres del Estado de México, Huixquilucan



Edificio principal del Colegio de Bachilleres del Estado de México, Huixquilucan, Norte



Entrada principal del Colegio de Bachilleres de Otumba



Edificio principal del Colegio de Bachilleres de Otumba



Edificio de laboratorios del Colegio de Bachilleres, Otumba



Algunas áreas verdes en el Colegio de Bachilleres, Otumba



Explanada principal del Colegio de Bachilleres de Otumba



Salón donde se realizo la aplicación de las encuestas, Colegio de Bachilleres en Villa Guerrero



Edificios del Colegio de Bachilleres en Villa Guerrero



Estacionamiento y entrada principal del Colegio de Bachilleres en Villa Guerrero. A la derecha se alcanza a apreciar los invernaderos donde trabajan los estudiantes en la carrera de floricultor.



Explanada y edificio del Colegio de Bachilleres en Villa Guerrero



Carretera rumbo al Colegio de Bachilleres en Villa Guerrero.