

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**TESIS:**

Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Montserrat Gómez Oliver

**TUTORA:**

Dra. Diana Molina Valdespino

---

**ASESORA:**

Dra. Rosalba Ochoa Palacios

---

**CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2012**



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.

## RESUMEN

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), son manifestaciones que no cumplen con los criterios de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, pero que orientan a la emergencia de estos. Se realizaron estudios en adolescentes mexicanos, donde en la medida en la que aumenta la edad y el Índice de Masa Corporal (IMC) de los sujetos, los porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo son mayores. El objetivo de este trabajo, es determinar la presencia de CAR en adolescentes con obesidad en comparación con adolescentes con IMC normal. Se evaluaron alumnos de secundaria, de acuerdo al IMC, se agregaron en grupo muestra y grupo control pareado (este por edad y sexo). En ambos grupos se aplicó el cuestionario para datos sociodemográficos y 2 instrumentos autoaplicables: EAT-40 y BULIT. Se realizaron medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión. Además, se realizó Chi cuadrada y para comparación de variables nominales se hizo prueba T de student.

Existen diferencias significativas entre adolescentes con obesidad y el grupo control respecto al puntaje de la escala BULIT; que orienta hacia mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas al posterior desarrollo de bulimia en pacientes con obesidad. Los adolescentes con obesidad presentan mayores índices de sobre-ingesta y sensación de pérdida de control sobre la ingesta, así como sentimientos negativos posteriores a la ingesta al compararse con el grupo control. Se confirma la mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad.

**Palabras clave:** conductas alimentarias de riesgo, adolescentes, obesidad, índice de masa corporal, trastornos de la conducta alimentaria.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	6
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	21
<b>4. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA</b>	24
<b>5. HIPOTESIS</b>	24
<b>6. OBJETIVOS</b>	24
<b>7. MATERIAL Y METODOS</b>	
Tipo de diseño	26
Procedimiento	28
Variables	29
Instrumentos de medición	32
Análisis estadístico	35
Consideraciones éticas	36
<b>8. RESULTADOS</b>	37
<b>9. DISCUSION</b>	45
<b>10. CONCLUSIONES</b>	48
<b>11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	49
<b>12. ANEXOS</b>	55

## 1. INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria es un fenómeno bio-psico-social determinado por el medio ambiente y los factores familiares, tradiciones y cultura. Se construye a principios de la vida y funciona como un sistema homeostático durante las crisis de la vida además de que es un regulador clave de la estabilidad emocional. Sin embargo, puede convertirse en perjudicial, como sucede en el trastorno por atracón y otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Las condiciones estresantes de la vida urbana y el incumplimiento de muchas de las necesidades sociales primarias y emocionales en un gran porcentaje de la población (sin distinción de género), son terreno fértil para el desarrollo de conductas alimentarias anormales.

Estudios epidemiológicos en dos fases (aplicación de un cuestionario seguido de entrevista diagnóstica para la confirmación de casos) han mostrado prevalencias de hasta 0.9% para anorexia nerviosa y de 1% para bulimia nerviosa en mujeres jóvenes, población de riesgo (APA, 2000). Estas prevalencias se refieren a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en sentido estricto, esto es, aquellos que cumplen todos los criterios exigidos en los manuales de diagnóstico DSM- IV o CIE- 10. Sin embargo, las frecuencias de síndromes parciales reportadas son generalmente mayores (Hoek, 2003; Klein, 2003; Striegel- Moore, 1995).

Al tomar en consideración la posibilidad de que los sujetos que presentan estos síndromes parciales pueden posteriormente convertirse en casos de TCA y considerando también que, aún sin llegar a ser casos, estos sujetos experimentan manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impiden un funcionamiento adecuado, diversos autores han utilizado términos como “síndrome sub-clínico”, “TCA parcial” o “conductas alimentarias de riesgo” (Shisslak, 1995; Gómez- Peresmitre, 1997; Chamorro, 2000) y han investigado la frecuencia de estas manifestaciones así como su asociación con factores de riesgo potenciales. Las conductas consideradas como de riesgo incluyen la práctica de dietas y ayunos, la práctica de ejercicio excesivo, el uso de diuréticos o laxantes y el vómito auto- provocado, todo ello con el fin consciente de perder peso.

La conducta alimentaria podría ser un vínculo olvidado entre el medio ambiente y los factores biológicos que impulsan la epidemia de enfermedades crónicas a las que las sociedades occidentales se enfrentan. La conducta alimentaria es un componente clave que debe ser considerado en la evaluación y tratamiento de varias enfermedades crónicas comunes. Se requieren enfoques multidisciplinarios capaces de modificar conductas alimentarias anormales para lograr una adherencia adecuada a la terapia (Barriguete, 2002; 2003; 2005).

Esta conclusión es válida para el tratamiento de la diabetes (Pérez, 2005), obesidad (Devlin, 2003; Barriguete, 2006), adicciones (MILDT, 2003; Franco, 2004) y la mayoría de las enfermedades crónicas (Rivera, 2005) y su importancia ha sido revisada recientemente por Córdova-Villalobos (Córdova- Villalobos, 2008).

## 2. MARCO TEÓRICO

Como se ha detectado previamente en estudios realizados en México (Unikel, 1998; 1999; 2002; Barriguete, 2009) los datos obtenidos confirman que en la medida en la que aumenta la edad y el IMC de los sujetos, los porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo son mayores en ambos sexos.

Unikel (2002), mediante una muestra (n= 7 597) de adolescentes de 13 a 18 años recopilados por la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997 y mediante la aplicación de un cuestionario autoaplicable de 11 preguntas para medir la conducta alimentaria en los 3 meses previos a la aplicación; hizo comparaciones por sexo y grupos de edad. En cuanto a los resultados se observó una tendencia de ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los TCA a medida que se incrementa el IMC y la edad de los sujetos. Si bien en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres.

Conforme a los resultados obtenidos se puede concluir que 1.5% de los hombres de 13 a 15 años y 2.2% de los hombres de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, mientras que en las mujeres, estos porcentajes llegan hasta 5.4% en las de 13 a 15 años y a 16.1% en las de 16 a 18 años. Se observó que los adolescentes de uno y otro sexo de ambos grupos de edad, con sobrepeso y obesidad, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Este hecho señala la importancia que tiene considerar al peso corporal como un importante factor predisponente del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

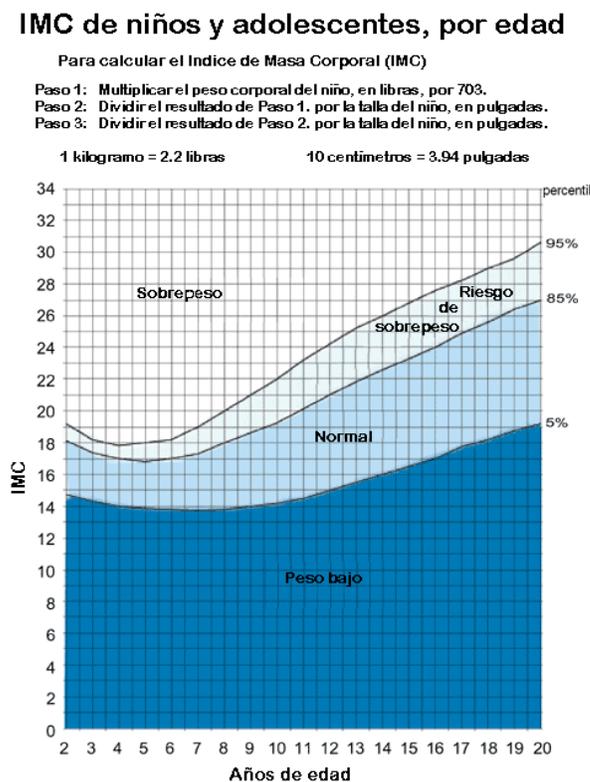
De tal forma que los adolescentes de la muestra estudiada que se encuentran más afectados, son aquellos entre los 16 y los 18 años de edad que se clasifican en las categorías de sobrepeso y de obesidad según el IMC, sin dejar de tomar en cuenta que los adolescentes de menor edad que presentan este tipo de conductas puedan desarrollar una patología alimentaria mayor en los años subsecuentes pues, como menciona Hill (1993), la experiencia temprana de insatisfacción con la propia figura y la

práctica de dietas durante largo tiempo, incrementa su susceptibilidad a que se presenten posteriormente otros factores precipitantes.

Con base en estos resultados, es posible, que al encontrarse más alejados del ideal estético prevaeciente, los adolescentes pertenecientes a estas dos categorías sean los que sienten mayor presión proveniente de los medios de comunicación y de sus compañeros y familiares para que “mejoren su imagen”, para lo cual deberán recurrir a un mayor número de estrategias para bajar de peso.

Es de suma importancia considerar las consecuencias físicas y psicológicas de estas prácticas, que al principio pueden aumentar la autoestima, pero que después pueden resultar extremadamente perjudiciales y difíciles de tratar, sobretodo cuando se complican con otros trastornos psiquiátricos.

**FIGURA 1. IMC de niños y adolescentes, por edad.**



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

## Prevalencia

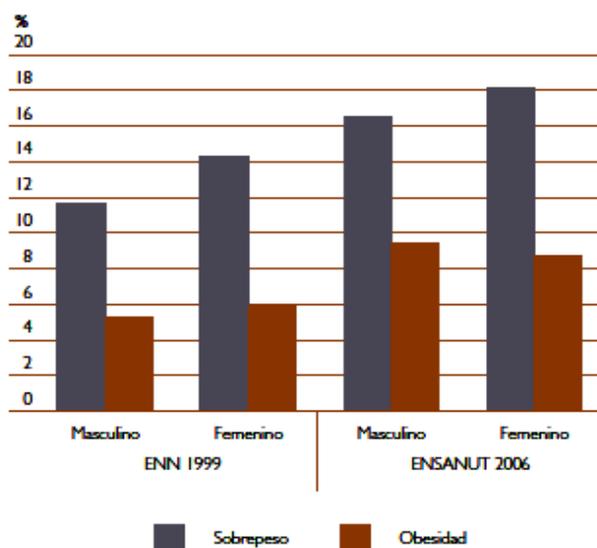
- **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT)**

En México, la información más reciente acerca del estado de nutrición de la población antes de la ENSANUT 2006, fue proporcionada por la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN 1999), la cual informó que en niños escolares se encontró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 19.5% y para mujeres en edad adulta (18-49 años) la prevalencia fue de casi 60 por ciento.

Entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en los sexos combinados aumentó un tercio; los mayores aumentos se dieron en obesidad y en el sexo masculino. Estos resultados señalan la urgencia de aplicar medidas conducentes a la prevención de obesidad en los escolares (GRAFICA 1).

### **GRÁFICA 1. Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad de la ENN 1999 y ENSANUT 2006.**

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad de la ENN 1999 y ENSANUT 2006, por sexo, de acuerdo con los criterios propuestos por el International Obesity Task Force (IOTF). México



Fuente: ENSANUT 2006.

En 2006, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. Esto representa alrededor de 5, 757, 400 adolescentes en el país. No hay claras tendencias del sobrepeso y la obesidad en relación con la edad, salvo una ligera tendencia de mayor obesidad a mayor edad en el caso de las mujeres (TABLA 1).

**TABLA 1. Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 12 a 19 años.**

Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años, por edad y sexo. México, ENSANUT 2006

Edad en años	Masculino							
	Sobrepeso				Obesidad			
	Muestra número	Número (miles)	Expansión %	IC95%	Muestra número	Número (miles)	Expansión %	IC95%
12	250	301.1	22.1	(18.06, 26.71)	137	145.7	10.7	(8.21, 13.78)
13	267	371.2	24.9	(20.90, 29.30)	130	132.0	8.8	(6.77, 11.48)
14	201	256.5	18.4	(14.76, 22.59)	115	183.8	13.2	(6.83, 23.82)
15	223	291.2	22.9	(19.08, 27.34)	91	93.5	7.4	(5.58, 9.67)
16	169	194.4	17.8	(14.29, 21.90)	89	89.4	8.2	(5.93, 11.18)
17	171	209.9	21.7	(17.51, 26.52)	77	95.0	9.8	(7.19, 13.26)
18	122	150.2	17.0	(13.23, 21.67)	75	82.2	9.3	(6.84, 12.60)
19	138	173.5	24.7	(19.59, 30.65)	64	99.6	14.2	(9.12, 21.40)
Total	1 541	1 948.1	21.2	(19.68, 22.91)	778	921.3	10.0	(8.53, 11.80)

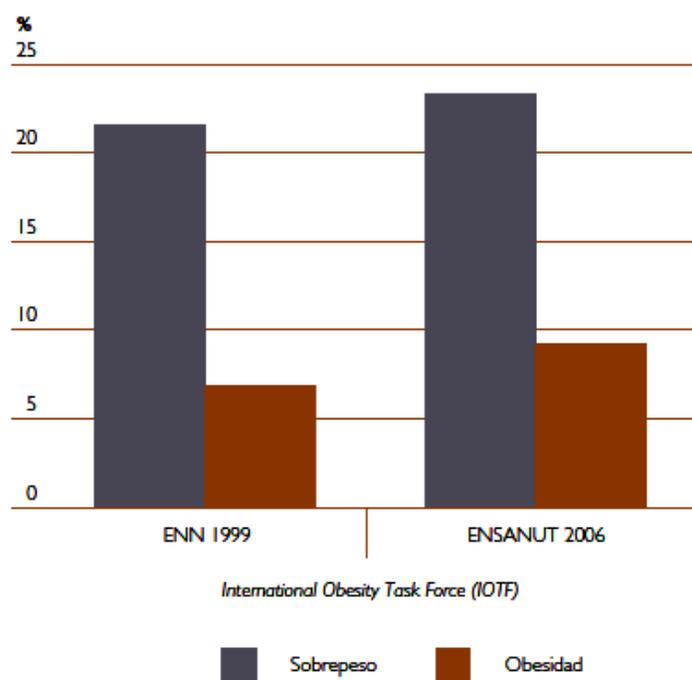
Edad en años	Femenino							
	Sobrepeso				Obesidad			
	Muestra número	Número (miles)	Expansión %	IC95%	Muestra número	Número (miles)	Expansión %	IC95%
12	261	297.6	24.0	(20.20, 28.36)	100	93.1	7.5	(5.46, 10.27)
13	263	319.7	23.8	(20.27, 27.79)	88	94.5	7.0	(5.13, 9.60)
14	254	287.0	24.7	(20.93, 28.80)	98	106.3	9.1	(6.60, 12.50)
15	240	293.4	23.9	(19.67, 28.63)	89	143.7	11.7	(8.43, 15.99)
16	227	259.2	22.1	(18.17, 26.71)	77	76.2	6.5	(4.75, 8.85)
17	188	215.2	20.6	(16.95, 24.79)	89	114.2	10.9	(8.08, 14.63)
18	211	270.3	24.2	(19.85, 29.19)	98	128.0	11.5	(8.10, 16.01)
19	188	221.7	22.3	(18.05, 27.31)	85	101.9	10.3	(7.56, 13.82)
Total	1 832	2 164.1	23.3	(21.84, 24.78)	724	857.9	9.2	(8.17, 10.41)

Fuente: ENSANUT 2006

Se comparó la prevalencia de sobrepeso y obesidad de las mujeres de 12 a 19 años en 2006 con la de 1999, utilizando los criterios propuestos por la IOTF. Se observa un incremento modesto en sobrepeso de 21.6 a 23.3 (7.8%) y un aumento absoluto pequeño, pero elevado en términos relativos, en obesidad: de 6.9 a 9.2 (33.3%) (GRAFICA 2).

**GRÁFICA 2. Comparación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre 1999 y 2006 en mujeres de 12 a 19 años de edad.**

Comparación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre 1999 y 2006 en mujeres de 12 a 19 años de edad de acuerdo con los criterios propuestos por el IOTF. México



Fuente: ENSANUT 2006

- **ENSANUT 2006 y conductas alimentarias de riesgo.**

La ENSANUT 2006 reporta que la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer (TABLA 2).

**TABLA 2. Distribución de adolescentes de 10 a 19 años, según CAR, por sexo.**

Distribución de adolescentes de 10 a 19 años de edad, según conductas alimentarias de riesgo, por sexo. México, ENSANUT 2006

	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		n*	%
	n*	%	n*	%		
Ha perdido el control **						
Sí	1 715.6	14.8	2 461.6	21.9	4 177.3	18.3
No	9 896.2	85.2	8 801.5	78.1	18 697.7	81.7
Vómito autoinducido						
Sí	36.8	0.3	61.8	0.5	98.7	0.4
No	11 575.0	99.7	11 201.3	99.5	22 776.2	99.6
Ingesta de medicamentos***						
Sí	25.6	0.2	69.9	0.6	95.5	0.4
No	11 586.2	99.8	11 193.3	99.4	22 779.4	99.6
Restricción en la conducta****						
Sí	287.0	2.5	444.3	3.9	731.2	3.2
No	11 324.8	97.5	10 818.8	96.1	22 143.7	96.8
TOTAL	1 611.8	51.1	11 263.1	48.9	22 874.9	100.0

\* Cantidad en miles

\*\* Incluye preocupación por engordar, comida demasiado y pérdida del control para comer

\*\*\* Incluye pastillas, diuréticos, laxantes

\*\*\*\* Incluye dietas, ayuno, ejercicio

**Fuente: ENSANUT 2006**

Otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. A este respecto, 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses. En menor proporción se

encuentra la práctica del vómito auto-inducido y la ingesta de medicamentos. Por otra parte, se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años.

Un crecimiento continuo del número de casos de trastornos de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo se ha observado en México durante las últimas dos décadas. El interés en estos trastornos ha aumentado entre los clínicos y los investigadores (Unikel, 2007).

En México se han encontrado porcentajes desde 5% hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato. Los síntomas persisten entre el 12% y 14% de los casos, y las tasas de recaída son entre el 7% y 27% (Unikel, 2004).

Los estudios regionales tales como la "Encuesta sobre la prevalencia de consumo de drogas y alcohol entre la población de la Ciudad de México" han proporcionado datos sobre algunas poblaciones especiales, tales como en los estudiantes (Unikel, 2000) utilizando encuestas como herramientas de cribado para la detección de conductas alimentarias anormales. Un aumento en el número de individuos que tienen estos comportamientos inadecuados (o conductas alimentarias de riesgo) se ha descrito para el período 1997-2006 (3,4 a 8,1% en mujeres y 1,3 a 4,1 en hombres).

Uno de los estudios más recientes sobre la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, es el realizado por Barriguete (2009) con los datos obtenidos de la ENSANUT 2006. Se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes entre 10 y 19 años de edad ( $n=25\ 166$ ) de ambos sexos, con resultado nacional, por región y tipo de localidad. En cuanto a los resultados se reporta que en 0.8% de los participantes se encontró alto riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (0.4% hombres y 1.0% mujeres). La edad de mayor riesgo fue  $> 15$  años en hombres y  $> 13$  en mujeres. Los habitantes de áreas metropolitanas presentan un riesgo mayor que la población rural y urbana.

La preocupación por la ganancia de peso, los atracones y la pérdida de control sobre la ingesta fueron los más frecuentes en ambos géneros. El temor intenso ante el aumento de peso durante los tres meses previos se reportó en el 6.9% de los hombres y 14.8% de todas las mujeres; el atracón se encontró en 8.8% de los hombres y 9.4% de las mujeres. La pérdida de control sobre la ingesta se encontró en 4.5% de los hombres y 5.6 de las mujeres. Diferencias significativas entre hombres y mujeres se encontraron en la preocupación ante la ganancia de peso, ayunos y realización de dietas ( $p < 0.01$ ).

Un total de 11.2% de la población estudiada reportó una conducta alimentaria de riesgo; 2,8% reportaron dos; 0.6% reportaron tres y sólo 0.1% reportaron cuatro o más. Al hacer el cruce entre el IMC y el número de indicadores clínicos se observó que el porcentaje de hombres de 13 a 15 años con sobrepeso y obesidad que practicaban una sola conducta alimentaria de riesgo fue de 30.4% y 52.6% contra 33.3% y 42.7% en los sujetos de 16 a 18 años en las mismas categorías de peso. Se encontró que el número de indicadores clínicos se incrementa a medida que aumenta el peso corporal, pero no influye la edad.

## **Factores de Riesgo**

### **✧ Interacción Gen - Ambiente**

El rol que los factores genéticos desempeñan en el desarrollo de los trastornos de la alimentación es cada vez más claro, los estudios familiares de la anorexia y bulimia nervosa han encontrado consistentemente una mayor prevalencia a lo largo de la vida entre familiares con trastornos de la alimentación que en los familiares de los controles. Los estudios en familias y gemelos apuntan que el trastorno por atracón está influenciado tanto por la familia como por adición de factores genéticos.

Aunque la epidemiología genética de los trastornos de la alimentación ha emergido con fuerza en la última década, los factores de riesgo ambientales han sido los que más han llamado la atención de investigaciones clínicas. En particular las

influencias socioculturales, como las imágenes de delgadez en los medios de comunicación se han propuesto como promotores de la insatisfacción corporal y de los trastornos de la alimentación. Sin embargo, queda claro que aunque virtualmente todas las mujeres tienen estas influencias socioculturales, solo una pequeña proporción desarrolla un trastorno alimentario.

Tres tipos de correlaciones gen-ambiente han sido descritas: pasiva, evocativa y activa. La correlación pasiva ocurre porque los niños reciben genes de los mismos individuos que crearon su ambiente familiar. La correlación evocativa es cuando un individuo tiene la predisposición genética a un trastorno, por ejemplo, que a un individuo con una predisposición genética a un trastorno de la alimentación busque comentarios excesivos sobre su apariencia en sus pares y padres. Finalmente, la correlación activa ocurre cuando un individuo con una vulnerabilidad genética a un trastorno alimentario busca ambientes que refuercen el énfasis en la apariencia, como modelaje o gimnasia.

### ✦ **Escenario plausible de cómo los genes influyen en los trastornos alimentarios**

Por definición los trastornos de la alimentación tienen rasgos complejos. Esto significa que sus patrones familiares no siguen los patrones tradicionales mendelianos y que son influenciados por múltiples factores genéticos y ambientales de efecto leve a moderado.

No hay un gen para la bulimia nervosa. Es más probable que haya muchos genes que codifiquen proteínas que influyeran rasgos y vulnerabilidad para estos trastornos. Para complicar más las cosas estos genes existen en conjunto con otros factores genéticos que pueden conferir protección contra trastornos de la alimentación.

### ✦ **Integrando la investigación de los factores de riesgo con una perspectiva epidemiológica genética en los trastornos de la alimentación**

- a) Relaciones gen-ambiente que influyen potencialmente la etiología de los trastornos de la alimentación. Por décadas los estilos parentales han sido

injustamente culpados por causar trastornos alimenticios. Sin embargo, los padres no deben interpretar una explicación puramente genética para dejar de examinar su estilo parental y las influencias de éste sobre sus hijos. Además, el estilo parental es parcialmente influenciado por los genes de los padres y los efectos del mismo influyen en el genotipo de sus hijos.

b) Rol parental para modelar el comportamiento de un trastorno alimentario.

Existen muchas familias en donde los rasgos clásicos de un trastorno alimentario (por ejemplo, perfeccionismo y personalidad obsesiva) no son evidentes. El rol parental que modela comportamientos y actitudes alimentarias poco sanas, representan un ejemplo de una interacción gen-ambiente pasivo. La literatura sugiere que este modelaje tiene un efecto en los hijos en donde se ha visto que los niños efectivamente imitan las conductas purgativas y restrictivas de sus madres. La necesidad materna por la delgadez y la restricción están asociados con el desarrollo de comportamientos de sobrealimentación en niños en sus primeros 5 años de vida. Por lo tanto, aunque no completamente causal el principio de los niños de “hacer lo que tú haces” deja claro la importancia de un modelaje parental de adecuadas conductas alimentarias principalmente en los niños genéticamente vulnerables.

c) Comportamientos de la alimentación problemáticos. Una segunda área en donde

el genotipo y el ambiente interactúan dramáticamente es en las conductas alimentarias de los niños. Para las madres con un trastorno de la alimentación, la labor de la alimentación de sus hijos tiene una importante carga emocional y con importantes dificultades en las interacciones madre e hijo. Varios estudios han mostrado que las madres con trastornos de la alimentación utilizan la comida para confortar, castigar o recompensar a sus hijos. En un estudio se comprobó que la desinhibición parental es inversamente asociada a la habilidad del niño de autorregularse al comer.

d) Sobre énfasis parental en el peso y figura del niño. Se ha encontrado que el 15%

de las madres con historia de bulimia nervosa han intentado alterar el peso normal de sus hijos, otros estudios han encontrado que el 20% de las madres

con trastornos de la alimentación intentaban cambiar la apariencia de su hijo. Estos efectos se han encontrado en menores tan pequeños como de 2 años de edad. La influencia de la percepción materna en las conductas alimentarias de sus hijas parece continuar hasta la adolescencia y vida adulta, es decir, las madres cuyas hijas tenían un trastorno de la conducta alimentaria frecuentemente tendían a ver a sus hijas como con sobrepeso.

- e) Eventos de la vida y tolerancia al estrés. Efectos adversos en la vida puede ser una forma significativa en la que un único factor ambiental puede incrementar el riesgo de un trastorno de la alimentación, como por ejemplo: abuso sexual, abuso físico, embarazo, etc., esto es particularmente cierto considerando que a mayor cantidad de eventos en la vida en el último año mayor es la probabilidad de una bulimia nervosa. Sin embargo un tercio de las mujeres con bulimia no experimentaron eventos traumáticos en el último año, por lo que aunque parece haber una asociación hay una variabilidad significativa en los individuos afectados con respecto a sus experiencias recientes. La tolerancia al estrés es otro constructo relacionado a la apreciación y procesos de afrontamiento. El grado en que un individuo tiene la habilidad de tolerar el estrés, es probablemente influenciado por una compleja combinación de factores de genes y ambientes.

✧ **Correlaciones de evocaciones genéticas ambientales que potencialmente influyen en la etiología de los trastornos de la alimentación:**

- a) Interacción entre ambiente y estilos temperamentales. Los genes pueden influir en el riesgo para los trastornos de la alimentación por la manera en que un genotipo evoca respuestas en el ambiente. Recientes estudios en los factores temperamentales indican que la anorexia nervosa está asociada con un estilo temperamental caracterizado por perfeccionismo, evitación al daño, sensibilidad a la recompensa y la necesidad de orden. La bulimia nervosa comparte muchas de estas características pero además presenta búsqueda de la novedad e impulsividad. Estos rasgos temperamentales son influencias por factores genéticos.

b) Crítica relacionada a la figura y al peso. Otro problema ambiental relevante para los trastornos de la alimentación, es el riesgo a la crítica sobre el peso particularmente la hecha por los padres, aunque esta asociación no ha sido identificada en todos los estudios. Una posible vía en la que los factores genéticos y ambientales interaccionan con el riesgo de las influencias por las críticas, es que estas puedan ser apreciadas más negativamente por individuos con diferentes temperamentos genéticos. Sin embargo, estudios con gemelos monocigóticos han encontrado que en los gemelos afectados refieren mayor cantidad de comentarios críticos de sus padres que sus hermanos, y aunque estos gemelos son virtualmente idénticos, genéticamente este hallazgo puede representar una diferencia ambiental no compartida.

✦ **Correlaciones activas gen-ambiente que potencialmente influyen un trastorno de la alimentación:**

a) Medios de comunicación. La idealización de los medios de comunicación occidentales del cuerpo femenino ultra delgado ha sido visto como un importante riesgo sociocultural para los trastornos de la alimentación. Esta hipótesis es apoyada por un estudio longitudinal que encontró que la sintomatología de los trastornos alimentarios aumentó en adolescentes, a la vez que el interés por revistas de moda.

b) Selección de grupos de pares. Los individuos genéticamente predispuestos a la sintomatología de un trastorno de la alimentación, activamente se afiliaban con pares que depositan un gran valor al peso y la apariencia. Los investigadores concluyen que el ambiente grupal puede contribuir a la persistencia de un deseo elevado por la delgadez, lo que especula que hay un factor promotor ambiental que mantiene las características del trastorno alimentario en los individuos genéticamente vulnerables.

✦ **Efectos ambientales aditivos para grupos de alto riesgo:**

a) Comidas familiares. Un factor ambiental modificable que ha estado emergiendo como posible aditivo en contra del desarrollo de trastornos alimentarios en

mujeres adolescentes, son las comidas familiares encontrando que las mujeres con trastornos alimentarios tuvieron menos probabilidad de desayunar regularmente durante su infancia. Concluyendo que la frecuencia de desayunar es inversamente proporcional con la presencia de comportamientos de control de peso y dietas y positivamente relacionado a actividad física en la adolescencia.

- b) Tolerancia al estrés y manejo a la ansiedad. Otro factor que promete ser un aditivo potencial en contra del desarrollo de trastornos de la alimentación, son habilidades emocionales óptimas, por lo que intervenciones para aumentar las habilidades de regulación emocional pueden ser de particular beneficio para grupos de alto riesgo.

Por otro lado, la adolescencia es una etapa particularmente importante en el ciclo de vida. Una de las principales señales de maduración es el rápido aumento de la estatura y del peso, que en las mujeres empieza entre los 9 años y los 14 años, y en los hombres entre los 10 y los 16 años, prolongándose, aproximadamente, durante 2 años (Berhman, 1997).

Durante la pubertad y la adolescencia media, aumenta la grasa subcutánea en las mujeres, se ensancha la cadera debido al crecimiento de la pelvis y también se acumula grasa en esta zona. Igualmente se incrementan las necesidades nutricias por su relación con una mayor cantidad de estrógeno y progesterona. En los hombres, el aumento de testosterona y andrógenos produce un incremento significativo de la masa magra, de la masa esquelética y por ende, de una mayor masa celular (hipertrofia). Todo esto provoca cambios corporales importantes que pueden ser causa de sobrepeso lo cual, a su vez, puede dar lugar a conductas alimentarias alteradas que se reflejan en restricciones, conductas purgativas y a modificaciones en la calidad y en la cantidad de nutrientes. Esto repercute en el estado de salud y ocasiona fallas en el crecimiento físico y psicológico de los jóvenes (Morales, 1995).

La preferencia actual por la delgadez y por un físico pre-pubescente propicia que las mujeres se muestren muy insatisfechas con sus cuerpos en el proceso de su desarrollo adolescente. En general, las niñas que maduran más tarde que sus

compañeras (en las que se presenta la menarca después de los 14 años) tienen una imagen corporal más positiva que aquellas a las que les llega más temprano (antes de los 11 años) o a tiempo (entre los 11 y los 14 años) [Thompson, 1995]. Contrariamente, se ha observado que los varones prefieren una figura más gruesa durante el crecimiento, hecho que les produce mayor satisfacción. A diferencia de las mujeres, el desarrollo temprano en los varones se asocia con una mejor aceptación de sus compañeros, más equilibrio, tranquilidad, tendencia a ser líderes y a mostrar menos impulsividad. A todas las edades, las mujeres están menos satisfechas con su propio peso y con su figura corporal, siendo éste el factor en el que hay más discrepancia entre ambos sexos (Siegel, 1999).

Se han hecho investigaciones desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se hace hincapié en la importancia del papel que desempeña el desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal. La etapa de la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos y se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal. En la adolescencia aumenta la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, a la creciente introspección, a la importancia que se le da al grupo de pares, a los rasgos físicos, y a la creciente tendencia a compararse con las normas de origen cultural. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con su estado físico (Schonfeld, 1973).

Fichter (1990) menciona que el “ideal de delgadez” tiene una especial influencia negativa en las personas jóvenes que buscan su identidad, en los que suprimen o no reconocen sus propias capacidades y, por lo tanto, no son capaces de expresarlas. Estas personas dependen en gran medida de la atención y el reconocimiento de los demás, por lo que si se desvían de la persecución del ideal de delgadez sobrevalorado por la cultura de los jóvenes, e incluso por su misma familia, puede traer consigo graves crisis y, en casos extremos, forzarlos a someter su cuerpo a condiciones anómalas para conseguir dicho ideal.

En las últimas tres décadas del siglo XX, ocurrió un cambio en los países occidentales que está relacionado con los ideales estéticos del cuerpo. Este cambio es comprensible desde la perspectiva antropológica, epidemiológica y de la evolución del hombre, ya que se ha comprobado que la obesidad es un factor de riesgo para contraer múltiples enfermedades (Rimm, 1995). El someterse a dietas y el deseo de ser delgada han alcanzado el estatus de una obsesión cultural, y las principales protagonistas de esta demanda contemporánea son las mujeres, hecho atribuible al importante papel de la apariencia física y la atracción sexual como condiciones para la autoestima y el éxito social de la mujer.

La autopercepción de la obesidad se relaciona con la propia insatisfacción por la forma del cuerpo y con poca autoestima, de lo que resultan los intentos para bajar de peso. Es por esto que se ha considerado a la obesidad premórbida como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (Hill, 1993). Cattarin y Thompson (1994) en un estudio longitudinal de tres años, encontraron que la obesidad es un predictor de insatisfacción por la figura y el peso en las adolescentes. Los autores señalan que la apariencia física es un buen predictor del riesgo que corren de recibir retroalimentación negativa en relación con su cuerpo. Según los hallazgos de Thompson et al. (1995), la crítica desempeña un papel mediador entre el peso corporal y la insatisfacción corporal.

Esto significa que la obesidad por sí misma y en conjunto con sus consecuencias sociales, como la crítica, contribuyen a desarrollar un malestar subjetivo por la apariencia física y como los problemas que surgen por la imagen corporal son aspectos integrales de la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad, resulta necesario comprender los aspectos teóricos y prácticos relacionados con las diferentes alteraciones de la imagen corporal, ya sea la insatisfacción o la percepción de la misma, para diseñar el tratamiento.

Gómez Peresmitré (1997) encontró en una muestra de preadolescentes mexicanas ( $X=10.8$ ,  $0.846$  años) de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal ( $n=200$ ), que las niñas habían seleccionado como figura ideal una más delgada que su IMC real, y que esta tendencia se incrementaba a medida que aumentaba la edad de

los sujetos. Asimismo, la actitud de las preadolescentes con respecto al peso corporal fue muy favorable para la delgadez, ya que una tercera parte de la muestra respondió que le gustaría pesar menos de lo que pesaba aunque se encontrara en el rango de delgadez o de emaciación. Estos resultados concuerdan con lo encontrado en muestras de adolescentes mexicanas de 13 a 18 años de edad de escuelas públicas, privadas y de ballet (n=148). Todas mostraron una visión negativa hacia la gordura, a la que consideraron como una condición antiestética no deseable, causante de problemas psicológicos y de salud, con repercusiones en el desempeño y en la calidad de vida. Esta tendencia fue más notable en las estudiantes de ballet (1998).

Entre los hombres mexicanos se ha encontrado que, a diferencia de las mujeres, su figura ideal es más grande que la figura actual (Bolaños, 1998), lo que concuerda con lo citado por Gómez et al. (2000), acerca de que el ideal del cuerpo masculino es una figura musculosa, sin que esto implique que aumente la grasa.

Se sabe que la obesidad es multifactorial, donde se enlazan tanto elementos genéticos, como hábitos de vida y aspectos emocionales que modulan la ingesta alimentaria. En algunos casos, puede ser una manifestación clínica de otras entidades nosológicas, relacionadas con disfunción del sistema endocrino.

Aunque las características de estos pacientes no han sido bien determinadas, todos ellos comen independientemente de su hambre o saciedad. Los patrones de alimentación pueden incluir desde atracones intermitentes, hasta una ingestión constante de alimentos, pasando por períodos restrictivos o conductas purgativas.

### **3. JUSTIFICACION**

La prevalencia de obesidad en la población pediátrica se ha triplicado en los años recientes (Ogden, 2006). La obesidad y el sobrepeso en la juventud ponen a los individuos en alto riesgo de convertirse en adultos obesos (Freedman, 2001; Guo, 2002; Field, 2005). Debido a las consecuencias perjudiciales tanto médicas como psicosociales (Puhl, 2001; Strauss, 2003) del exceso de peso; la obesidad en la niñez y adolescencia es ahora un problema de salud pública. La prevención y la intervención temprana son críticos para reducir la alta prevalencia de obesidad en población pediátrica (Styne, 2003).

Lamentablemente, la contribución de los trastornos de la alimentación a la epidemia de enfermedades crónicas (como la obesidad y el sobrepeso, entre muchas otras) que México está teniendo, no puede estimarse porque los trastornos de la alimentación no han sido evaluados en encuestas basadas en población mexicana. La Encuesta de Salud y Nutrición realizada en México 2006 (ENSANUT 2006) es la primera encuesta en la que se incluyó un cuestionario validado que identifica a las personas con conductas alimentarias anormales, cuyos resultados se comentarán más adelante.

En la actualidad, la prevención y la intervención temprana son críticos para reducir la alta prevalencia de obesidad en niños y adolescentes, y así poder evitar el incremento en la incidencia de enfermedades agudas y crónico- degenerativas derivadas de ésta. Es necesario realizar estudios de las conductas alimentarias de riesgo en ésta población a fin de poder desarrollar estrategias educativas en torno a los hábitos dietéticos de nuestra población, adaptadas a las características de la misma; tomando en cuenta que la presencia de dichas conductas alimentarias anormales pueden ser las responsables de la ausencia de respuesta a los tratamientos indicados o bien, ser la causa misma de la obesidad.

De acuerdo con la ENSANUT del 2006, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene obesidad, con un IMC en o por arriba de la percentila 95 para la edad y sexo. Tanto el sobrepeso como la obesidad, si se presentan en la infancia, se relacionan con un incremento en el riesgo de presentar síntomas que se asocian con desordenes de la alimentación incluyendo preocupación excesiva por la figura y el peso corporal, la realización de dietas y otras formas no sanas para control de peso, así como el trastorno por atracón; una asociación que también ha sido observada en adultos (Neumark- Sztainer, 2000; Croll, 2002; Tanofsky- Kraff, 2004).

Esto es preocupante, no solo por las consecuencias negativas asociadas a la obesidad y/o sobrepeso y al desorden de la alimentación (Lock, 2001; Jacobi, 2004; Steinhausen, 2005); sino también debido a que cada condición perpetúa la otra. Esto es, tanto el sobrepeso como la obesidad en la infancia incrementan el riesgo para desarrollar desórdenes en la alimentación (Shisslak, 1998) y simultáneamente, el

desorden de la alimentación predice la ganancia ponderal. La obesidad en la niñez y los desórdenes en la alimentación son factores de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Tanofsky- Kraff, 2006).

#### **4. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

¿Los adolescentes con obesidad presentan más conductas alimentarias de riesgo en comparación con adolescentes sin obesidad?

#### **5. HIPOTESIS**

Los adolescentes con obesidad presentarán más conductas alimentarias de riesgo en comparación con adolescentes con un IMC normal.

#### **6. OBJETIVOS**

##### **General**

Detectar la presencia con que se presentan conductas alimentarias de riesgo en una población de adolescentes con obesidad en comparación con una muestra de adolescentes con un IMC normal para su edad y sexo.

##### **Específicos**

1. Detectar la presencia de conductas alimentarias de riesgo en un grupo de adolescentes con obesidad
2. Detectar la presencia de conductas alimentarias de riesgo en un grupo de adolescentes con un IMC normal para su edad y sexo.
3. Describir las variables sociodemográficas de un grupo de adolescentes con obesidad.
4. Describir las variables sociodemográficas de un grupo de adolescentes con un IMC normal para su edad y sexo.
5. Comparar las variables sociodemográficas entre un grupo de adolescentes con obesidad y un grupo de adolescentes con un IMC normal para su edad y sexo.

6. Evaluar si existen variables sociodemográficas asociadas con la presencia de conductas alimentarias de riesgo en un grupo de adolescentes con obesidad
7. Evaluar si existen variables sociodemográficas asociadas con la presencia de conductas alimentarias de riesgo en un grupo de adolescentes con un IMC normal para su edad y sexo.

## 7. MATERIAL Y METODOS

### Diseño del estudio

Se trata de un escrutinio clínico, transversal, comparativo.

### Características de la muestra

Adolescentes varones y mujeres entre 12 y 18 años, con Tanner mayor a II, con y sin obesidad (según IMC).

### Cálculo de la muestra

En este estudio nos interesa construir un intervalo de confianza para una proporción o un porcentaje poblacional, que en este caso se trata del porcentaje de adolescentes con conductas alimentarias de riesgo. Donde  $p$  es el porcentaje de personas con la característica de interés en la población y  $\hat{p}$  es su estimador muestral. Por lo anterior se decidió tomar un intervalo de 95% de confianza para la proporción poblacional  $p$ , donde  $Z\alpha$  es igual a 1.96 (el valor de  $Z$  es una constante). La  $n$  en este estudio es mayor a 30 sujetos por lo que se asume que los datos tienen una distribución normal. Cuando el tamaño de muestra es pequeño y para calcular el tamaño de muestra, el intervalo de confianza requiere de utilizar la distribución  $t$  de Student (con  $n-1$  grados de libertad, siendo  $n$  el tamaño de muestra), en vez de distribución normal.

Se calculó la muestra de acuerdo a las prevalencias reportadas de las variables a estudiar:

- 10% de los adolescentes mexicanos con IMC normal presentan conductas alimentarias de riesgo (CAR).
- 40% de los adolescentes obesos presentan conductas alimentarias de riesgo.
- Se utilizó comparación entre dos proporciones:

$$n = \frac{\left[ Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\alpha} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

$n$  = sujetos necesarios en cada una de las muestras

$Z_{\alpha}$  = Valor Z correspondiente al riesgo deseado (1.96)

$Z_b$  = Valor Z correspondiente al riesgo deseado (0.842)

$p_1$  = Proporción de sujetos con obesidad y conductas de riesgo

$p_2$  = Proporción de sujetos con IMC normal y conductas de riesgo

$p$  = Media de las dos proporciones  $p_1$  y  $p_2$

**$n = 32$  pacientes en cada grupo. Muestra total 64 pacientes**

## **Grupo de adolescentes con obesidad**

### **Criterios de inclusión**

- Adolescentes varones o mujeres, de entre 12 a 18 años de edad, con tanner mayor a II, que presenten un IMC correspondiente a obesidad (>percentila 95), sin patología sistémica que comprometa la distribución de grasa o diagnósticos psiquiátricos previamente conocidos, que sepan leer y escribir y que acepten participar previa información del estudio y consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Adolescentes que por cualquier motivo presenten dificultad para la adecuada comprensión y respuesta de los instrumentos.

### **Criterios de eliminación**

- Aquellos participantes que abandonen el estudio ó que no hayan completado las evaluaciones.

### **Grupo control**

#### **Criterios de inclusión**

- Adolescentes varones o mujeres, de entre 12 a 18 años de edad, con tanner mayor a II, con IMC dentro de rangos normales, pareados por edad y sexo con el grupo muestra, sin diagnóstico de patología sistémica o diagnósticos psiquiátricos previos conocidos, que sepan leer y escribir y que acepten participar previa información del estudio y consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión**

- Adolescentes que por cualquier motivo presenten dificultad para la adecuada comprensión y respuesta de los instrumentos.

#### **Criterios de eliminación**

- Aquellos participantes que abandonen el estudio ó que no hayan completado las evaluaciones.

### **Procedimiento**

El estudio fue realizado por una residente de segundo año de psiquiatría infantil, quien realizó el muestreo en el Instituto Nacional de Pediatría.

Para la realización del mismo, se tomó un grupo muestra de adolescentes con obesidad y un grupo control de adolescentes con IMC dentro de rangos considerados normales de acuerdo con las percentilas para edad y sexo.

Tanto los adolescentes del grupo muestra con obesidad, como los adolescentes del grupo control con IMC en rangos normales, fueron captados en una secundaria

pública (Escuela Secundaria Diurna No. 139 “José Enrique Rodo”) y evaluados en el Instituto Nacional de Pediatría.

Los adolescentes del grupo control, se buscaron pareados por edad y sexo en función del grupo muestra. Los adolescentes de ambos grupos, se pesaron y midieron en el servicio de consulta externa de endocrinología del Instituto Nacional de Pediatría.

### **Descripción y definición de la intervención**

Previo asentimiento y consentimiento informado, tanto a los sujetos del grupo muestra como a los sujetos controles se les aplicaron dos instrumentos autoaplicables: los cuestionarios EAT- 40 y BULIT. Previa respuesta de dichos instrumentos, se proporcionaron instrucciones verbales por parte de la investigadora respecto al correcto llenado de datos.

La convocatoria de los sujetos del grupo de adolescentes con obesidad se llevó a cabo desde el mes de agosto del 2011 y cerró en febrero 2012 (6 meses). Los cuestionarios fueron aplicados en 2 fechas distintas durante el mes de abril. Al mismo tiempo se seleccionó la muestra del grupo control, el cual no fue necesario convocarlo pues se tomaron sujetos pareados por edad y sexo de un grupo de estudiantes de secundaria con IMC normal.

La evaluación de los pacientes se realizó en un espacio otorgado para el área de Salud Mental. El material incluyó en hojas de captación con claves diseñadas para el vaciado ex-profeso de los datos socio-demográficos. Los costos del estudio corrieron por parte de la investigadora.

### **Variables**

- **Dependiente**

Conductas alimentarias de riesgo.

- **Independientes**

Adolescencia

Características sociodemográficas

IMC normal

Obesidad

### **Definición conceptual de variables**

- **Adolescente:** La adolescencia es un periodo de desarrollo bio-psico-social que comienza con la pubertad. La OMS define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años para los sujetos de cualquier género.
- **Obesidad:** La obesidad es la enfermedad crónica de origen multifactorial que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo.
- **IMC:** Índice de masa corporal, también conocido como índice de Quelet es la estimación estandarizada de acuerdo a la OMS para calcular el peso ideal de una persona en función de su talla y peso. y se calcula mediante la fórmula  $IMC = (kg/mt^2)$
- **Conductas Alimentarias De Riesgo:** Se consideran conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), a ciertas conductas sintomáticas que no cumplen con los criterios de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, pero que son conductas características de los mismos, tales como práctica de dietas, atracones, conductas purgativas y miedo a engordar.

### **Definición operacional de variables**

- **Adolescencia:** Se considerarán sujetos mayores de 10 años de edad y menor de 18 años; que tengan características de desarrollo compatibles con escala de Tanner mayor a II (Berhman, 1997).

- **Obesidad:** Se definirá como un IMC mayor a la percentila 95 (IMC >30).
- **IMC normal:** Adolescentes que se encuentren entre el 5% y el 85% de acuerdo con las percentilas para género y edad. Normalmente esto corresponde a un IMC > de 19 y < de 25, determina en las tablas por sexo y edad, considerando los puntos de corte recomendados (Must, 1991; Marrodan, 1995).
- **Conductas Alimentarias De Riesgo:**

Se incluirán aquí las siguientes:

- Preocupación por engordar
- Atracones
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta
- Vómito auto-inducido
- Ayunos
- Dietas
- Ejercicio Excesivo
- Pastillas para adelgazar
- Diuréticos
- Laxantes
- Enemas, supositorios

El riesgo se consideró basándose en los puntos de corte propuestos para tamizaje:

- **EAT 40:** 22 o más puntos en la calificación global para riesgo de Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) y 28 o más puntos en la calificación global para riesgo de Anorexia y/o Bulimia (Álvarez, 2003).
  - Las subescalas se calificarán de acuerdo a la media según la validación en México:
 

▪ FACTOR I “Motivación par adelgazar”	7.5
▪ FACTOR II “Evitación de alimentos engordantes”	4.5
▪ FACTOR III “Preocupación por la comida”	6
▪ FACTOR IV “Presión social Percibida”	4.5

- FACTOR V “Obsesiones y compulsiones” 6
- FACTOR VI “Patrones y estilos alimentarios estereotipados” 6
- FACTOR VII “Conductas compensatorias” 4.5
- **BULIT:** 85 puntos en el puntaje global (Alvarez, 2000).
  - FACTOR I “Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la ingesta” 3
  - FACTOR II “Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta” 3
  - FACTOR III “Conductas compensatorias” 3

### **Descripción de los instrumentos**

Los instrumentos utilizados en el estudio, fueron elegidos en base a la validación, confiabilidad y consistencia en población mexicana y en adolescentes, además de que son los que se utilizan con mayor frecuencia en los estudios que buscan encontrar trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Tanto el EAT-40 como el BULIT son escalas de tamizaje, las cuales nos permiten conocer las conductas alimentarias de riesgo en población que no cuenta con el diagnóstico de TCA.

- **EAT- 40 (Eating Attitudes Test)**

Creado por Garner, D.M. y Garfinkel, P.E., 1979. Es un cuestionario diseñado para detectar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, así como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria., especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos; esto dividido en 7 factores: motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la

comida, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, patrones alimentarios estereotipados y conductas compensatorias.

Consta de 40 ítems, cada uno de los cuales se valora en una escala Likert de 6 puntos. La fiabilidad de la escala es de un  $\alpha = 0.79$  en muestras clínicas y de un  $\alpha = 0.94$  cuando se agrupan muestra clínica y grupo control. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 Mintz y O'Hallaron, recomendaron el EAT como una herramienta de evaluación a gran escala, como prueba de filtro, para determinar la presencia de cualquier TCA pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con trastornos de la conducta alimentaria no específico (TANE); también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento.

En México se ha examinado la confiabilidad y validez tanto del EAT-40 como del ChEAT. La versión en español del EAT-40 fue adaptada y validada por Álvarez-Rayón et al., y aplicada a una muestra clínica de 276 mujeres diagnosticadas con TCA (AN = 52, BN = 102 y TCANE = 122), de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), y a una muestra control de 280 mujeres. La consistencia interna del instrumento fue  $\alpha = 0.90$  en la muestra con TCA y 0.93 en la muestra total, coeficientes similares a los reportados por Garner y Garfinkel (1979).

El análisis factorial exploratorio (AFE) derivó cinco factores que agruparon 25 reactivos y explicaron 46.6% de la varianza: Restricción Alimentaria ( $\alpha = 0.88$ ), Bulimia ( $\alpha = 0.87$ ), Motivación para Adelgazar ( $\alpha = 0.85$ ), Preocupación por la Comida ( $\alpha = 0.77$ ) y Presión Social Percibida ( $\alpha = 0.76$ ). La puntuación total diferenció entre las mujeres con TCA y las mujeres control; además, la mejor predicción diagnóstica para AN o BN se obtuvo con el punto de corte de 28 (sensibilidad = 83% y especificidad = 91%), en tanto que para TANE se propuso el punto de corte de 22 (83% y 82%, respectivamente).

En general, se demostró que el EAT-40 cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para su empleo en mujeres mexicanas; no obstante, es importante mencionar que se encontraron dos cambios relevantes respecto al estudio original. Por

un lado, la estructura factorial fue diferente, por otro lado, el punto de corte propuesto para México fue ligeramente menor al original.

- **BULIT- R (Test de Bulimia Revisado)**

Fue elaborado por Smith y Thelen (1984) con el propósito de detectar los síntomas de la bulimia nerviosa. Para el caso de México, se propone el punto de corte de 85 y se extraen tres factores: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la ingesta, 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y 3) Conductas compensatorias (Álvarez, 2000).

El BULIT-R contiene 36 reactivos diseñados para medir los síntomas de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Los reactivos del BULIT-R se evalúan de acuerdo a una escala de cinco puntos tipo Likert. De los 36 reactivos, sólo 28 son utilizados para determinar el puntaje final, el cual se obtiene sumando los 28 reactivos, cuyo total puede fluctuar entre 28 y 140. El punto de corte para BN es de 104 puntos. El autor del instrumento informa que tiene una confiabilidad de prueba-postprueba del 95%, con una alta consistencia interna (98%); y una habilidad predictiva de falsos negativos del 80% y de falsos positivos del 40%. La sensibilidad es del 91% y la especificidad del 96%; con un poder predictivo positivo del 81% y un poder predictivo negativo del 98%.

Este instrumento se puede utilizar como prueba de tamizaje, con el fin de identificar conductas alimentarias de riesgo, donde los falsos positivos probablemente presentarán un TANE. Se sugiere que los investigadores que utilicen el BULIT-R como prueba de tamizaje deberían utilizar un punto de corte más bajo (85 puntos) para reducir el potencial de falsos negativos. La utilidad del BULIT-R como prueba de filtro se ve aumentada por la facilidad de su aplicación, la cual toma únicamente diez minutos para contestarse.

En México, Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000) adaptaron y validaron la versión en español del BULIT. Para ello realizaron un estudio con dos fases, en la primera participaron 2168 mujeres y en la segunda 35 mujeres que cumplían criterios para BN o TCANE relacionado con BN, de acuerdo al DMS-IV (APA, 1994), y 35 mujeres

control. La consistencia interna del BULIT para la muestra clínica fue  $\alpha = 0.88$  en la primera fase y 0.84 en la segunda.

Asimismo, se encontró que todos los reactivos del instrumento correlacionaron significativamente con la puntuación total. El AFE realizado en la primera fase derivó tres factores que agruparon 22 reactivos y explicaron 33.2% de la varianza total: Atracción ( $\alpha = 0.85$ ), Sentimientos Negativos Posteriores al Atracción ( $\alpha = 0.82$ ) y Conductas Compensatorias ( $\alpha = 0.58$ ), resultando insatisfactoria la consistencia interna de este último factor; además, tanto la puntuación total como los factores diferenciaron entre las mujeres con TCA y las control. Finalmente, en un estudio paralelo, Álvarez propuso el punto de corte de 85 (especificidad = 97% y sensibilidad = 79%). En conclusión, el BULIT mostró ser confiable y válido para la detección oportuna de personas en riesgo de presentar o desarrollar síntomas de BN.

### **Análisis estadístico**

El presente es un estudio clínico donde únicamente se busca conocer la frecuencia de asociación entre obesidad y la presencia de conductas alimentarias de riesgo por lo que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y de las conductas alimentarias de riesgo, en forma de porcentajes para variables nominales y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Para comparar las variables nominales entre el grupo muestra y el grupo control utilizamos  $\chi^2$  (refiriéndose a cualquier prueba en la que el estadístico utilizado sigue una distribución si la hipótesis nula es cierta., por ejemplo la prueba  $\chi^2$  de Pearson, la cual tiene varias aplicaciones, en nuestro estudio hicimos la prueba  $\chi^2$  de frecuencias).

La comparación entre grupos para las variables cuantitativas se evaluó a través de la prueba T de Student para muestras independientes, previo análisis de normalidad. Esta prueba, se aplica cuando la población estudiada sigue una distribución normal pero el tamaño muestral es demasiado pequeño como para que el

estadístico en el que está basada la inferencia esté normalmente distribuido, utilizándose una estimación de la desviación típica en lugar del valor real.

Para buscar asociación entre la obesidad y la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, se utilizó la correlación de Pearson, el cual es un índice que mide la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. El análisis se llevó a cabo en el programa SPSS versión 15.

### **Consideraciones éticas**

De acuerdo al Artículo 17, Título II Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, se considera un estudio de riesgo mínimo, debido a que se trata de un estudio observacional en donde se realizaron procedimientos comunes como registro de peso, talla y aplicación de cuestionarios.

Independientemente del bajo riesgo, se solicitó consentimiento informado de los participantes y de sus padres y/o tutores, explicándoles el motivo de la investigación y aclarando el anonimato de los datos proporcionados.

Los casos con sospecha de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria o bien con riesgo de desarrollarla, fueron canalizados al servicio de salud mental del INP para su valoración y tratamiento en caso de ameritarlo.

## 8. RESULTADOS

El análisis se realizó en una muestra de 64 sujetos, 32 casos y 32 controles. La muestra total estuvo conformada por 30 hombres (46.9%) y 34 mujeres (53.1%). En ambos grupos, se obtuvo una edad promedio de  $13.6 \pm 1.23$  años, con una edad máxima de 17 años y mínima de 12 años. Respecto a la escolaridad, 30 (93.8%) de los sujetos cursan la secundaria y 2 de ellos (6.3%), preparatoria.

### **Resultados del Grupo de Adolescentes con Obesidad:**

La frecuencia por género fue de 15 varones (46.9 %) y de 17 mujeres (53.1%). Un Índice de Masa Corporal (IMC) con media de  $28.9 \pm 2.8$ , con valor mínimo de 24.3 y un máximo de 34.5.

En el EAT-40 el puntaje promedio fue de 18.2 puntos  $\pm 8.2$ , con un puntaje máximo de 39 y un mínimo de 3. Cuatro sujetos (14.8%) resultaron con riesgo según el resultado total de EAT.

El factor 1 (motivación para adelgazar) presentó un promedio de 3.5 puntos  $\pm 3.8$ , con un máximo de 13 y un mínimo de 0. Cinco sujetos (18.5%) resultaron con riesgo en este factor.

El factor 2 (evitación de alimentos engordantes) resultó con una media de  $1.03 \pm 1.7$ , con un máximo de 6 y un mínimo de 0, ningún sujeto mostró riesgo.

Los factores 3, 4 y 7, no alcanzaron la unidad como promedio. Un sujeto (3.7%) resultó con riesgo en el factor 3 (preocupación por la comida).

El factor 5 (obsesiones y compulsiones) presentó un promedio de 2.4 puntos  $\pm 1.21$  con un máximo de 6 y mínimo de 0. Un sujeto (3.7%) con riesgo.

El factor 6 (patrones y estilos alimentarios estereotipados) presentó un promedio de 3.3 puntos  $\pm 2.7$  con un valor máximo de 12 y un valor mínimo de 0.

Para el BULIT la media fue de 65.4 puntos  $\pm 12.4$ , con un puntaje máximo de 88 y un mínimo de 45. Un sujeto (3.7%) con puntuación total que lo pone en riesgo de

desarrollar algún TCA. En el factor 2 (sentimientos negativos posteriores a la ingesta) 3 sujetos (11.1%) resultaron con riesgo.

En cuanto a la interpretación de los datos de los instrumentos aplicados se obtuvo que en la muestra, 5 sujetos (15.6%) presentaron conductas de riesgo para sospechar en TANE y 4 adolescentes (12.5%) obtuvieron puntajes más altos, con riesgo para desarrollar Anorexia o Bulimia de acuerdo al EAT. Según el puntaje global de la escala BULIT, 2 sujetos (6.3%) presentaron sospecha de bulimia.

Cabe mencionar que no se encontraron diferencias significativas para los puntajes totales de los instrumentos aplicados ni de los factores de los mismos con respecto al género.

### **Resultados del Grupo de Adolescentes con IMC en límites normales:**

La frecuencia por género fue de 15 varones (46.9 %) y de 17 mujeres (53.1%). Un Índice de Masa Corporal (IMC) con media de  $22.1 \pm 1.71$ .

En el EAT-40 el puntaje promedio fue de 15.38 puntos  $\pm 7.0$ , con un puntaje máximo de 34 y un mínimo de 4. Cinco sujetos (18.5%) resultaron con riesgo.

El factor 1 presentó un promedio de 1.84 puntos  $\pm 3.15$ , con un máximo de 12 y un mínimo de 0. El factor 2 con una media de  $1.19 \pm 2.5$ , con un máximo de 11 y un mínimo de 0. Tres sujetos (11.1%) con riesgo en este factor. El factor 3, 4 y 7 no alcanzaron la unidad. En el factor 4, se reportó un sujeto con riesgo (3.7%). El factor 5 presentó un promedio de 1.69 puntos  $\pm 1.5$ , con un máximo de 6 y mínimo de 0. Un sujeto con riesgo. El factor 6 presentó un promedio de 1.87 puntos  $\pm 1.71$ , con un máximo de 6 y un mínimo de 0.

Para el BULIT el puntaje promedio fue de 52.91 puntos  $\pm 9.1$ , con un puntaje máximo de 81 y un mínimo de 42. No se reportó riesgo en ninguno de los factores.

En cuanto a la interpretación de los datos de los instrumentos aplicados se obtuvo que en la muestra 2 sujetos (6.3 %), presentaron puntajes totales para descartar TANE y 3 adolescentes (9.4%) presentaron puntuación suficiente para

sospechar en anorexia o bulimia según la escala EAT y ningún sujeto alcanzó el punto de corte en BULIT para sospechar la presencia de bulimia.

No se encontraron diferencias significativas en los puntajes totales de los instrumentos aplicados respecto al sexo.

## **ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE GRUPOS**

No se encontraron diferencias en edad y sexo dado que se trató de grupos pareados en dichas variables. En cuanto al IMC se encontró diferencia significativa entre grupos, siendo mayor en la muestra, con una media de 28.9 en comparación con 22.1 del grupo control [ $T = -11.5$ , gl 62,  $p = 0.0001$ ].

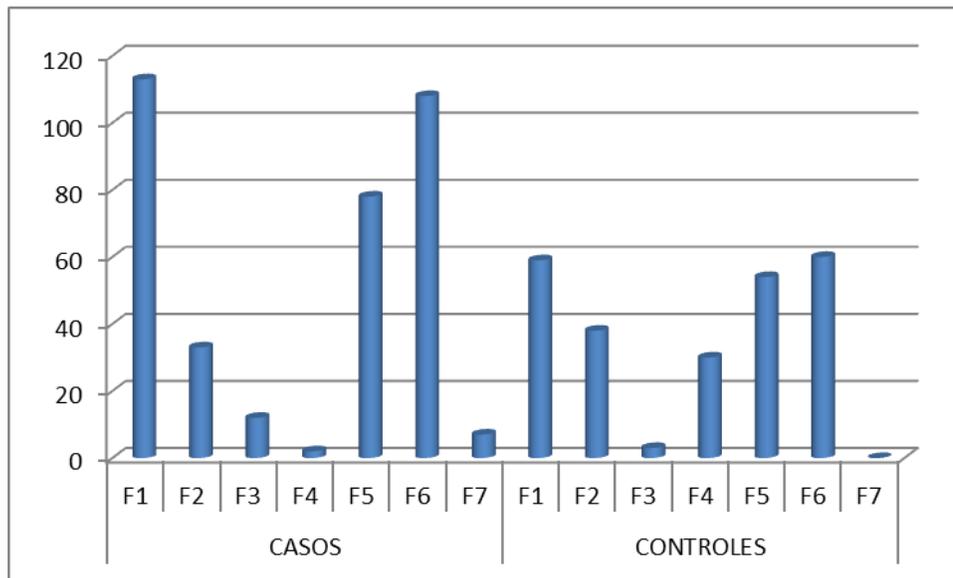
En los instrumentos utilizados para determinar los objetivos del estudio y comprobación de hipótesis se encontraron los siguientes resultados (TABLA 3):

El puntaje total del EAT no mostró diferencias significativas entre grupos, con una media de 18.2 para los casos y 15.3 para controles ( $T = -1.4$ , gl 62, sig 0.14). Cabe señalar que en el grupo muestra se detectaron 9 casos y en el grupo control 5 sujetos de acuerdo con el punto de corte de la escala.

Respecto al análisis de los factores del EAT, el factor 4 (presión social percibida) obtuvo un mayor el puntaje en los adolescentes controles en comparación con los adolescentes del grupo de los casos ( $T = 3.4$ , gl 62, con una significancia de 0.001).

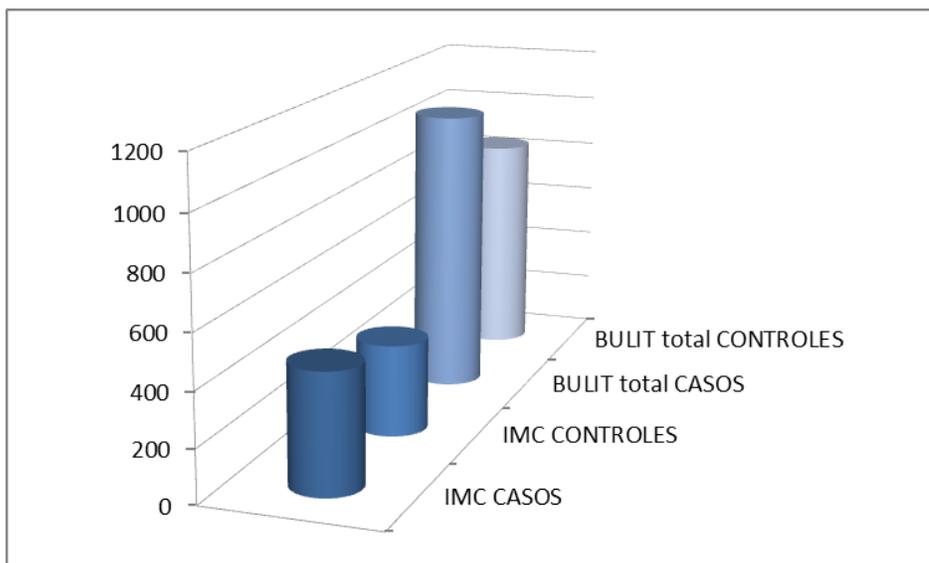
Contrario a lo anterior, en el factor 6 correspondiente a patrones y estilos alimentarios estereotipados, se encontró un mayor riesgo en el grupo de adolescentes obesos ( $T = -2.6$ , gl 62, sig= 0.01) y menor en los controles (GRÁFICA 3). El factor 5 de conductas obsesivas y compulsivas mostró diferencias significativas con un mayor puntaje para el grupo muestra ( $T = -1.5$ , gl 62, sig 0.03).

**GRÁFICA 3. Comparativo de los factores EAT- 40**



La escala de BULIT (GRÁFICA 4) mostró diferencia significativa en la media de puntaje total entre grupos ( $T= -4.5$ ,  $gl\ 62$ ,  $p=0.0001$ ), con mayor puntaje para los adolescentes del grupo muestra, con una media de 65.4 en comparación con 52.9 en los controles. Sin embargo, tomando en cuenta el punto de corte que es de 85 puntos sólo dos sujetos (6.3%) pudieron clasificarse con riesgo para desarrollar un TCA ( $p= 0.49$ ).

**GRÁFICA 4. Comparativo puntaje total BULIT**



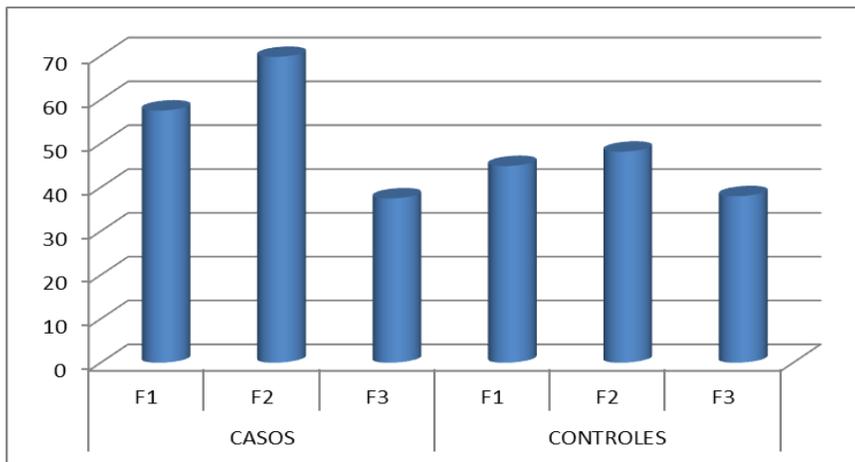
Dentro de los factores de éste instrumento hubo significancia estadística en el factor 1, que mide sobre-ingesta y sensación de pérdida de control de la ingesta ( $T = -3.2$ ,  $gl\ 62$   $p = 0.002$ ), siendo mayor el puntaje para los casos con una media de 1.7 en comparación con 1.4 de los adolescentes con IMC normal (TABLA 3). En el Factor 2 que mide sentimientos negativos posteriores a la ingesta ( $T = -5.2$ ,  $gl\ 62$   $p = 0.0001$ ), la media para la muestra fue de 2.1 en comparación con 1.5 de los controles, obteniéndose una significancia estadística en el grupo de adolescentes obesos ( $T = -5.2$ ,  $gl\ 62$   $p = 0.0001$ ). El factor 3 de conductas compensatorias no mostro significancia estadística (GRÁFICA 5).

**TABLA 3. Comparativo T de Student**

RESULTADOS EN INSTRUMENTOS EVALUACIÓN	CASOS			CONTROLES			p	
	SEXO	M: 32, F: 32	DS	M: 32, F: 32	DS			
	EDAD	13.33	±1.23	13.33	±1.23			
	IMC	28.9	±2.88	22.1	±1.71			
MEDIAS								
<b>BULIT total</b>	<b>Factores</b>	65.4	±12.4	52.9	±9.1	0.0001	***	
Sobreingesta y pérdida de control	Factor 1	1.79	±0.54	1.4	±0.4	0.002	**	
Sentimientos negativos	Factor 2	2.18	±0.63	1.5	±0.37	0.0001	***	
Conductas compensatorias	Factor 3	1.17	±0.37	1.18	±0.27	0.85		
<b>EAT total</b>	<b>Factores</b>	18.2	±8.28	15.3	±7.05	0.14		
Motivación para adelgazar	Factor 1	3.53	±3.86	1.84	±2.99	0.055	*	
Evitación alimentos engordantes	Factor 2	1.03	±1.76	1.19	±2.54	0.77		
Preocupación por la comida	Factor 3	0.38	±1.15	0.09	±0.39	0.197		
Presión social percibida	Factor 4	0.06	±0.35	0.94	±1.39	0.001	**	
Obsesiones y compulsiones	Factor 5	2.44	±1.21	1.69	±1.51	0.033	*	
Patrones y estilos alimentarios	Factor 6	3.38	±2.73	1.88	±1.71	0.01	*	
Conductas compensatorias	Factor 7	0.22	±0.79	0	±0	0.124		

\*p< 0.05    \*\*p< 0.001    \*\*\*p< 0.0001    DS= desviación standard

**GRÁFICA 5. Comparativo factores BULIT**



Mediante el análisis de correlación de Pearson, se encontró asociación entre el IMC y la calificación total del BULIT ( $p= 0.001$ ). También se encontró asociación significativa en la relación de IMC con sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la ingesta ( $p= 0.0001$ ) así como con sentimientos negativos posteriores a la ingesta ( $p=0.0001$ ). Sin embargo, la significancia bilateral resultó en cero por lo que no podemos definir cuál es la direccionalidad del fenómeno, es decir, que el IMC elevado dé como resultado la presencia de conductas alimentarias de riesgo o viceversa, que las conductas alimentarias de riesgo resulten en obesidad (TABLA 4).

**TABLA 4. Correlación de Pearson (BULIT)**

Característica	Índice de Masa Corporal	BULIT	Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la ingesta	Sentimientos negativos posteriores a la ingesta	Conductas compensatorias
Correlación de Pearson	1	0.592**	0.481**	0.558**	0.093
Sig. (bilateral)		0	0	0	0.465
n	64	64	64	64	64

Respecto al puntaje del EAT no se encontró asociación con el IMC (ns=0.05); con asociación significativa para la motivación para adelgazar ( $p= 0.02$ ) y los patrones y estilos alimentarios estereotipados ( $p= 0.001$ ) con un mayor IMC, mientras que la presión social percibida fue mayor en los sujetos con menor IMC ( $p= 0.0001$ ) (TABLA 5).

**TABLA 5. Correlación de Pearson (EAT- 40)**

Característica	EAT40 Total	Motivación para adelgazar	Evitación de alimentos engordantes	Preocupación por la comida	Presión social percibida	Obsesiones y compulsiones	Patrones y estilos alimentarios estereotipados	Conductas compensatorias
Correlación de Pearson	0.243	0.277*	0.045	0.130	-0.443**	0.196	0.312*	0.184
Sig. (bilateral)	0.053	0.027	0.726	0.307	0	0.120	0.012	0.145
n	64	64	64	64	64	64	64	64

## 9. DISCUSIÓN

En este estudio se incluyeron 64 adolescentes con edad entre 12 y 17 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo, concordando esto con los resultados reportados por Unikel et al. (2007) donde tampoco encontró diferencia entre varones y mujeres respecto a la frecuencia de presentación de conductas alimentarias de riesgo.

Se encontraron diferencias significativas entre adolescentes con obesidad y adolescentes con IMC dentro de lo normal respecto al puntaje total de la escala BULIT; que orienta hacia la mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo asociadas al posterior desarrollo de bulimia en los pacientes con obesidad, incluso reportándose 2 sujetos (6.3%) con datos francos para sospechar en bulimia, ambos casos mujeres.

Estos resultados igualmente coinciden con lo reportado por Unikel et al. (2002) donde reportan que las CAR se incrementan conforme aumenta el IMC en los adolescentes estudiados, siendo los catalogados dentro de obesidad y sobrepeso los más afectados; sin dejar de tomar en cuenta que los adolescentes de menor edad que presentan este tipo de conductas puedan desarrollar una patología alimentaria mayor en los años subsecuentes pues, como menciona Hill (1993), la experiencia temprana de insatisfacción con la propia figura y la práctica de dietas durante largo tiempo, incrementa su susceptibilidad a que se presenten posteriormente otros factores precipitantes.

Dentro de los factores explorados mediante BULIT, encontramos que los adolescentes con obesidad, como era de esperarse, presentan mayores índices de sobre-ingesta y sensación de pérdida de control sobre la ingesta (factor 1), así como sentimientos negativos posteriores a la ingesta (factor 2) al compararse con el grupo control. Esto concuerda con lo reportado por Tanofsky- Kaff et al. (2007) quienes mencionan que los problemas sociales, el afecto negativo (o sentimientos negativos) y la pérdida de control sobre la ingesta están interrelacionados positivamente. Se refiere que la asociación entre los problemas sociales del adolescente y la pérdida de control sobre la ingesta son consistentes con el rol del afecto negativo como mediador y como

consecuencia. Sin embargo, la significancia bilateral resultó en cero por lo que concluimos que BULIT no resultó ser un instrumento confiable para detectar la direccionalidad del fenómeno.

Aunque en el puntaje total de la EAT no se encontró asociación significativa con el IMC, se encontraron más sujetos con puntajes altos suficientes para sospechar en algún trastorno de la conducta alimentaria en el grupo de adolescentes obesos. Respecto a los factores de la EAT encontramos que la presión social percibida tuvo mayor relevancia en los adolescentes con IMC dentro de lo normal que en el grupo muestra. Al respecto, Unikel (2003) menciona como una teoría que los adolescentes con mayor IMC al encontrarse más alejados del ideal estético prevaleciente, son los que sienten mayor presión proveniente de los medios de comunicación, compañeros y familiares para que “mejoren su imagen” y que por lo anterior son los que más recurren a estrategias anómalas para perder peso.

Esto no se confirma en nuestro estudio puesto que el resultado en nuestra muestra fue exactamente el contrario. Esto podría explicarse por la alta incidencia y prevalencia de obesidad en nuestro país; aunque el ideal estético occidental sea hacia la delgadez (incluso extrema), la población mexicana parece ser más “tolerante” que otras culturas respecto al peso aceptado socialmente. Sin embargo, la motivación para adelgazar y los patrones alimentarios estereotipados fueron significativamente mayores en el grupo muestra; lo que podría resultar contradictorio. Se sabe que la preocupación por el peso corporal es una de las variables de más alto riesgo y que más directamente puede contribuir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Gómez-Peresmitre, 1997).

Como mencionan Heinberg, Thompson y Stormer (1995), a lo largo de la historia, el ideal de belleza ha cambiado con los estándares estéticos y la evidencia sugiere que principalmente las mujeres han tratado de alterar su cuerpo en función de las demandas sociales. Este proceso de comparación puede tener un impacto negativo en la insatisfacción con la figura corporal de mujeres y hombres.

Este último hallazgo nos orienta a la realización de futuros estudios en México con mayor tamaño de muestra y donde se explore la impulsividad como un factor de riesgo para las conductas de atracón como respuesta a la pérdida de control sobre la ingesta. Dentro de los elementos que se acompañan de impulsividad incrementada en la adolescencia, debemos tomar en cuenta el Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad e impulsividad, los trastornos de ansiedad y los rasgos de personalidad que orientan a rasgos limítrofes.

Autores como Da Ross y Clerici han reportado la presencia de alexitimia en éstos pacientes, donde la falla de reconocimiento emocional se traduce en la actuación de las emociones negativas en conductas poco asertivas. Dichos elementos se tomarán en cuenta para futuros estudios. En el presente se podría concluir que las estrategias cognitivo-conductuales que ayuden al control de impulsos, serían de utilidad en estos adolescentes.

## 10. CONCLUSIONES

1. Respecto a los objetivos planteados al inicio de esta investigación, se logró detectar la presencia de CAR con mayor frecuencia en adolescentes con obesidad que en los adolescentes no obesos.
2. Respecto a las características sociodemográficas, no encontramos diferencias significativas en cuanto a la edad y al sexo de los pacientes respecto a la frecuencia de presentación de dichas CAR, independientemente del IMC.
3. Los resultados del presente estudio permiten confirmar la mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo, características de los trastornos alimentarios, en adolescentes mexicanos con obesidad. Si bien los datos no proporcionan el diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria, expresan las tendencias subclínicas que ponen en riesgo la salud física y mental de estos adolescentes. Es importante resaltar que aunque no se tenga un diagnóstico confirmatorio, no se debe subestimar la presencia de estas conductas, principalmente porque en México se desconoce el porcentaje de casos subclínicos que evolucionan hacia un trastorno clínico. Sin embargo, se sabe que estas patologías se encuentran entre los padecimientos psiquiátricos más comunes entre los jóvenes, que los casos subclínicos comparten los mismos síntomas y que se asocian con altos porcentajes de morbi- mortalidad por lo que es importante detectarlos y tratarlos a tiempo.
4. Este estudio en particular tuvo como limitante una muestra relativamente pequeña, mismo que repercute en la significancia de los resultados obtenidos. Debido a la importancia de este problema de salud pública, es necesario continuar la investigación a este respecto.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez G, Mancilla JM y Vázquez R. Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea* 2000; 7 (1): 74-85.
2. Álvarez G, Mancilla JM y Gómez- Peresmitré G. Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* 2003; 19(1): 47- 56.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association; 2000.
4. Barriguete JA. L'Alliance thérapeutique dans l'anorexie mentale. *Revue Perspectives Psychiatriques* 2002; 41:24-32.
5. Barriguete JA, Aguilar CA, Moro MR, Ríos E, Lerin S. Élever un enfant ce n'est pas seulement le nourrir: Approche ethnopsychanalytique de la crianza chez les Purépechas du Mexique. *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés. Revue Transculturelle. Cliniques des Amériques* 2003; 4:347-357.
6. Barriguete JA, Rivera MT, Pérez A, Emmelhainz M. La conducta alimentaria y el equilibrio bio-psico-familiar. *Rev Iberoamericana Psicol* 2005; 13:68-73.
7. Barriguete JA. Trastornos de la conducta alimentaria en el sobrepeso y la obesidad. Obesidad y riesgo cardiometabólico. *Revista Enlaces Médicos Francia-México. Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP* 2006; 4:31-38.
8. Barriguete, J.A., Unikel, C., Aguilar, C., Córdova- Villalobos, J.A., Shamah, T., Barquera, S., Rivera, J.A., Hernández, M. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública de México* 2009; 51(4): 638-644.
9. Berhman RE, Vaughan VC. *Nelson: Textbook of Paediatrics*. Saunders, Philadelphia, 1997.
10. Bolaños MCR. Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1998.

11. Cattarin JA, Thompson JK: A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders Journal Treatment Prevention* 1994; 2:114-125.
12. Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Mexicana* 2008; 5:419-427.
13. Crisp AH, Palmer RL, Kalucy RS. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry* 1976; 128: 549- 54.
14. Croll J, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland, M. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *J of Adoles Health* 2002; 31 (2): 166-75.
15. Chamorro R, Flores- Ortiz Y. Acculturation and disordered eating patterns among mexican american women. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 125-9.
16. Devlin M, Golfein JA, Dobrow I. What is this thing called BED? Current Status of Binge Eating Disorder Nosology. *Int J Eat Disord* 2003; 34:2-18.
17. Fichter MM: Bulimia nervosa and bulimic behaviour. En: *Bulimia Nervosa: Basic Research, Diagnosis and Therapy*. Fichter MM (ed.). John Wiley & Sons, Chichester, 1990.
18. Field AE, Cook NR, Gillman MW. Weight status in childhood as a predictor of becoming overweight or hypertensive in early adulthood. *Ob Res* 2005; 13(1): 163-9.
19. Franco L, Dorer M, Manzo M, Safia A, Jakson C, Keel P, et al. Predictors of Onset and Recovery for Alcohol Abuse in eating disorders. Orlando (FL): Conference of the Academy for Eating Disorders; 2004.
20. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2001; 108(3): 712-8.

21. Gomez-Peresmitre G: Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana Psicología* 1997; 14(1):31-40.
22. Gómez-Peresmitre G, Granados A, Jauregui J, Tafoya S, Unikel C. Trastornos de la alimentación: factores de riesgo en muestras del género masculino. *Revista Psicología Contemporánea* 2000; 7 (1): 4-15.
23. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *The Am Jour Clin Nutr* 2002; 76(3): 653-8.
24. Heinberg LJ, Thompson JK, Stormer S. Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. *Int J Eat Disord* 1995; 17: 81-9.
25. Hill A: Pre-adolescent dieting implications for eating disorders. *Int Rev Psych* 1993; 5:87-100.
26. Hill AJ Causes and consequences of dieting and anorexia. *The Proceedings of the Nutrition Society* 1993; 52 (1): 211-8.
27. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383- 96.
28. Holland AJ, Sicotte N, Tressure J: Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; 32: 561- 71.
29. Jacobi C, Abascal L, Taylor CB. Screening for eating disorders and high-risk behavior: Caution. *Int J Eat Disord* 2004; 36(3): 280-95.
30. Kendler KS, MacLean C, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psych* 1991; 148: 1627- 1635.
31. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders. *Int Rev of Psych.* 2003; 15: 205-16.
32. Lock J, Reisel B, Steiner H. Associated health risks of adolescents with disordered eating: how different are they from their peers? Results from a high school survey. *Child Psychiatry Human Development* 2001; 31(3): 249-65.

33. Marrodan SMD, Montero de Espinosa GM, Prado MC: Antropología de la Nutrición. Técnicas, Métodos y Aplicaciones. NOESIS, Madrid, 1995.
34. Mazzeo, S. E., Bulik, C. M. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2008; 18: 617-82.
35. Mission interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT). La prévention des toxicomanies. Paris: La Documentation Française, 2003.
36. Morales M, Casanueva E: Nutrición en el adolescente. En: Casanueva EM, Kaufman-Horwitz AB, Pérez Lizaur P, Arroyo (eds.). *Nutriología Médica*. Médica Panamericana, México; 1995: 72-84.
37. Must A, Dallal GE, Dietz WH: Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht<sup>2</sup>) and triceps skinfolds thickness. *American Journal of Clinical Nutrition* 1991; 53: 839-46.
38. Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJ. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Journal of American Diet Association* 2000; 100(12): 1466-73.
39. Ogden C, Carroll M, Curtin L, McDowell M, Tabak C, Flegal K. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999- 2004. *Journal of American Medical Association* 2006; 295(13): 1549-1555.
40. Pérez A, Barriguete JA, Rivera T. Prevención de las alteraciones de la conducta alimentaria en grupos específicos: Diabetes Mellitus. *Revista Iberoamericana de Psicología* 2005; 13:84-87.
41. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Ob Res* 2001; 9(12):788-805.
42. Rimm E, Stampfer M, Giovannucci E, Ascherio A, Spiegelman D, Colditz G, Willett W. Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among middle aged and older US men. *American Journal Epidemiology* 1995; 141(12):1117-1127.

43. Rivera T, Parra S, Barrigüete JA. Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para la osteoporosis. *Salud Pública Mexicana* 2005; 47:308-318.
44. Russell G. Anorexia nervosa of early onset and its impact on puberty. Feeding problems and eating disorders in children and adolescents. Edited by Cooper P, Stein A. Reading, UK, Harwood Academic Publishers 1992, pp 99- 111.
45. Schonfeld WA: El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En: Caplan G, Lebovici S (eds.) *Psicología de la Adolescencia*. Paidós, Buenos Aires, 1973.
46. Shisslak CM, Crago M, McKnight KM, Estes LS, Gray N, Parnaby OG. Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; 44(3-4): 301-13.
47. Shisslak CM, Crago M, Estes LS. The spectrum of eating disturbances. *Int J Eat Disord* 1995; 18: 209- 19.
48. Siegel JM, Yancey AK, Aneshensel CS, Schuler R: Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *Journal Adolescent Health* 1999; 25:155- 165.
49. Steinhausen HC, Gavez S, Winkler Metzke C. Psychosocial correlates, outcome, and stability of abnormal adolescent eating behavior in community samples of young people. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37(2): 119-26.
50. Strauss RS, Pollack HA. Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2003; 157(8): 746-52.
51. Striegel- Moore R. Psychological factors in the etiology of binge eating. *Addict Behav* 1995, 20: 713-23.
52. Strober M. Family genetic studies. *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Edited by Halmi K. Washington, D.C, American Psychiatric Press, 1995, pp 61- 78.
53. Styne DM. A plea for prevention. *Am J Clin Nutr* 2003; 78(2): 199-200.
54. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ. Eating disorder or disordered eating? Non-normative eating patterns in obese individuals. *Ob Res* 2004; 12(9): 1361-6.
55. Tanofsky-Kraff M, Rahimi AM, Yanovski SZ, Ranzenhofer LM, Roberts MD, Theim KR, Menzie CM, Mirch MC, Yanovski JA. Differences between the perceived and

- actual age of overweight onset in children and adolescents. *Medscape General Medicine* 2006, Jul 25; 8(3): 18.
56. Tanofsky- Kaff M, Goossens L, Eddy KT, Ringham R, Goldschmidt A, Yanovski SZ, et al. A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75(6): 901-913.
57. Thompson JK, Coovert MD, Richards KJ, Johnson S, Cattarin JA: Development of body image, eating disturbance, and general pshychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *Int J Eat Disord* 1995; 18:221-236.
58. Unikel C. Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1998.
59. Unikel C, Mora J, Gomez-Peresmitre G: Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas inapropiadas del comer. *Revista Interamericana de Psicología* 1999; 33(1):11-29.
60. Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Alcantar EN, Hernández SA. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica* 2000; 52:140-147.
61. Unikel C, Saucedo- Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25 (2): 49-57.
62. Unikel C. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria (Thesis). Mexico City: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.
63. Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública* 2004; 46(6): 509-15.
64. Unikel C, Bojorquez I. A review of eating disorders research in Mexico. *International Journal of Psychology* 2007; 42:59-68.

## 12. ANEXOS

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### “Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes obesos”

Se me ha explicado que el propósito de la presente investigación es determinar si los adolescentes con obesidad, presentan más conductas alimentarias anormales que los ponga en riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria (Anorexia Nerviosa, Bulimia, Trastorno por Atracción y otros), en comparación con adolescentes con peso normal.

La participación voluntaria de mi hijo (a) contribuirá a aportar información valiosa que será empleada en esta investigación y consistirá únicamente en contestar ya sea dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Pediatría o bien, dentro de aula de clases dos cuestionarios: EAT- 40 (Test de Actitudes Alimentarias) y el BULIT- R (Test de Bulimia Revisado), en aproximadamente 40 minutos.

Mi participación como padre consistirá en acceder a que mi hijo (a) participe en esta investigación.

#### Beneficios

A los participantes se les brindará una valoración mediante la aplicación de los cuestionarios ya mencionados. En caso de que el investigador llegara a encontrar algún dato relevante que pudiera poner a mi hijo (a) en riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, se le dará seguimiento para normar la conducta a seguir. A los adolescentes con obesidad, se les incluirá en un grupo para que reciban atención por parte de diferentes servicios (pediatría, endocrinología, nutrición, salud mental) dentro del Instituto Nacional de Pediatría.

#### Confidencialidad

Mi identidad y la de mi hijo no serán reveladas en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información personal solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio y para fines del mismo.

#### Contacto

En caso de existir alguna duda respecto al estudio contactar con la Dra. Montserrat Gómez Oliver Tel 5527288090 correo electrónico: mgomezoliver@hotmail.com o bien dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias negativas para mi persona o para mi hijo(a). De la misma manera, mi información, será destruida en el momento en que yo decidiera ya no participar en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Testigo 1 Nombre y Firma.

\_\_\_\_\_  
Testigo 2 Nombre y Firma

Fecha: \_\_\_\_\_

## CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

### “Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes obesos”

Se me ha explicado que el propósito de la presente investigación es determinar si los adolescentes con obesidad, presentan más conductas alimentarias anormales que los ponga en riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria (Anorexia Nerviosa, Bulimia, Trastorno por Atracción y otros), en comparación con adolescentes con peso normal.

Con mi participación voluntaria contribuiré a aportar información valiosa que será empleada en esta investigación.

MI participación consistirá en contestar ya sea dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Pediatría o bien, dentro de mi aula de clases dos cuestionarios: EAT- 40 (Test de Actitudes Alimentarias) y el BULIT- R (Test de Bulimia), en aproximadamente 40 minutos.

#### Beneficios

Mediante los cuestionarios que responda, se valorará si mi forma de alimentación es adecuada y si estoy en riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria (como anorexia, bulimia, etc...). En caso de que se detecte que estoy en riesgo, se me citará para que me valore un especialista. A los participantes que presenten obesidad, se les atenderá en el Instituto Nacional de Pediatría para control de su salud.

#### Confidencialidad

Mis datos personales no serán revelados en ninguna publicación de los resultados. La información personal solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

#### Contacto

En caso de existir alguna duda respecto al estudio contactar con la Dra. Montserrat Gómez Oliver Tel 5527288090 correo electrónico: mgomezoliver@hotmail.com o dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

He leído la hoja de Información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias negativas para mí. De la misma manera, mi información, será destruida en el momento en que yo decidiera ya no participar en el estudio.

Nombre del paciente y/o alumno:\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o Tutor:\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_

Nombre y del testigo:\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Nombre del Investigador responsable:\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## BULIT

### INSTRUCCIONES

Responde a cada pregunta poniendo una cruz en la respuesta que se ajuste mejor a tu caso particular.  
RECUERDA NO HAY RESPUESTAS CORRECTA NI INCORRECTAS, la mejor respuesta es la que corresponde con lo que a ti le sucede particularmente. POR FAVOR, responde a cada pregunta con SINCERIDAD.  
Recuerda que toda la información que nos des será estrictamente confidencial.

- 1) ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente lleno(a) (atrascándote)?  
1) Una vez al mes o menos (nunca)      2) Dos o tres veces al mes      3) Una vez o dos a la semana  
4) Tres a seis veces a la semana      5) Una vez al día o más
- 2) Estoy satisfecho(a) con mis hábitos alimentarios  
1) De acuerdo    2) Neutral    3) Un poco en desacuerdo    4) En desacuerdo    5) Muy en desacuerdo
- 3) ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?  
1) Prácticamente cada vez que como      2) Muy frecuentemente      3) A menudo  
4) Algunas veces      5) Rara vez o nunca
- 4) ¿Te consideras actualmente un(a) tragon(a)?  
1) Sí, siempre      2) Sí, frecuentemente      3) A menudo      4) Alguna vez      5) Nunca
- 5) Prefiero comer:  
1) En casa solo(a)    2) En casa con otros    3) En un restaurante    4) En casa de un amigo    5) Me da igual
- 6) ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?  
1) Siempre o la mayoría de las veces    2) Muchas veces    3) Ocasionalmente    4) Raramente    5) Nunca
- 7) Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso  
1) Una vez al día o más      2) Tres a seis veces por semana      3) Una o dos veces por semana  
4) dos o tres veces al mes      5) Nunca o una vez al mes
- 8) Como hasta sentirme demasiado cansado(a) para seguir comiendo  
1) Por lo menos una vez al día    2) Tres a seis veces por semana    3) Una a dos veces por semana  
4) dos o tres veces al mes    5) Una vez al mes o nunca
- 9) ¿Con qué frecuencia comes helado, malteadas o dulces entre comidas?  
1) Siempre    2) Frecuentemente    3) Algunas veces    4) Rara vez o nunca    5) No como entre comidas
- 10) ¿En qué grado estás preocupado(a) por comer entre comidas?  
1) No como entre comidas      2) Me preocupa un poco      3) Preocupación moderada  
4) Gran preocupación      5) Probablemente es la mayor preocupación de mi vida
- 11) La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiera cuanta comida puedo consumir de un jalón.  
1) Sí      2) Muy probablemente      3) Probablemente      4) Difícilmente      5) No

- 12) ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?  
 1) Muy frecuentemente 2) Frecuentemente 3) Bastante a menudo 4) Ocasionalmente 5) Nunca
- 13) Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar.  
 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Frecuentemente 4) Algunas veces 5) Nunca
- 14) Me siento mal conmigo mismo(a) después de comer demasiado.  
 1) Siempre 2) Frecuentemente 3) Algunas veces 4) Rara vez o nunca 5) No como demasiado
- 15) ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?  
 1) Dos o más veces a la semana 2) Una vez a la semana 3) dos a tres veces al mes  
 4) Una vez al mes 5) Nunca
- 16) ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?  
 1) No como entre comidas 2) Me siento bien 3) Me siento moderadamente molesto(a) conmigo mismo(a)  
 4) Me siento bastante molesto conmigo mismo(a) 5) Me odio
- 17) Como mucho incluso cuando no estoy hambriento(a).  
 1) Muy frecuentemente 2) Frecuentemente 3) Ocasionalmente 4) Algunas veces 5) Nunca
- 18) Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente.  
 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Frecuentemente 4) Algunas veces 5) Nunca
- 19) He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.  
 1) No en el año pasado 2) Una vez en el año pasado 3) 2-3 veces en el año pasado  
 4) 4-5 veces en el año pasado 5) Más de 5 veces en el año pasado
- 20) Me siento triste o deprimido(a) después de comer más de lo que había planeado comer.  
 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Frecuentemente 4) Algunas veces 5) Rara vez o nunca
- 21) Entre comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas).  
 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Frecuentemente 4) Algunas veces 5) No como entre comidas
- 22) Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:  
 1) Mayor que la capacidad de otros 2) Más o menos la misma 3) Menor  
 4) Mucho menor 5) No tengo ningún control
- 23) Uno(a) de tus mejores amigo(a) sugiere que podrían cenar en un nuevo restaurante. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno(a). ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?  
 1) Bien, contento(a) de haber probado ese nuevo restaurante  
 2) Un poco arrepentido(a) por haber comido tanto  
 3) Algo decepcionado(a) de mi mismo(a)  
 4) Molesto(a) conmigo mismo(a)  
 5) Totalmente disgustado(a) conmigo mismo(a)
- 24) Me podría llamar, actualmente un(a) "comedor(a) compulsivo(a)" (episodios de ingesta incontrolada).  
 1) Totalmente 2) Muy probablemente 3) Probablemente 4) Tal vez 5) No, probablemente no
- 25) ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?  
 1) Más de 8 kilos 2) De 6-8 kilos 3) De 3-5 kilos 4) De 1-2 kilos 5) Menos de 1 kilo

- 26) Si como demasiado por la noche, me siento deprimido(a) a la mañana siguiente.  
 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Frecuentemente 4) Algunas veces 5) No como por la noche
- 27) ¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?  
 1) Sí, no es más problema para mí (en absoluto) 2) Sí, me es más fácil  
 3) Sí, me es un poco más fácil 4) Más o menos lo mismo 5) No, me resulta más difícil
- 28) Creo que la comida controla mi vida.  
 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Frecuentemente 4) Algunas veces 5) Rara vez o nunca
- 29) Me siento deprimida inmediatamente después de comer demasiado  
 1) Siempre 2) Frecuentemente 3) Algunas veces 4) Rara vez o nunca 5) No como demasiado
- 30) ¿Con qué frecuencia vomitas después para perder peso?  
 1) Nunca 2) Una vez al mes 3) dos a tres veces al mes  
 4) Una vez a la semana 5) dos o más veces a la semana
- 31) Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?  
 1) Más rápidamente de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida  
 2) Mucho más rápido que la mayoría de la gente  
 3) Un poco más rápidamente que la mayoría de la gente  
 4) Más o menos a la misma velocidad que la mayoría de la gente  
 5) Más lentamente que la mayoría de la gente
- 32) ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?  
 1) Más de ocho kilos 2) De seis a ocho kilos 3) De tres a cinco kilos  
 4) De uno a dos kilos 5) Menos de un kilo
- 33) Mi último periodo menstrual fue  
 1) El mes pasado 2) Hace 2 meses 3) Hace 4 meses 4) Hace 6 meses 5) Hace más de 6 meses  
 0) Aún no he comenzado a menstruar 0) Soy hombre
- 34) Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso  
 1) Una vez al día o más 2) Tres a seis veces a la semana 3) Una o dos veces a la semana  
 4) dos a tres veces al mes 5) Nunca
- 35) ¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?  
 1) Mucho mayor que la mayoría 2) Bastante mayor 3) Un poco mayor  
 4) Más o menos el mismo 5) Menor que el de la mayoría
- 36) Tengo la menstruación una vez al mes  
 1) Siempre 2) Habitualmente 3) Algunas veces 4) Rara vez 5) Nunca  
 0) Aún no he comenzado a menstruar 0) Soy hombre

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

## EAT- 40

EAT-40

### INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual.
3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más veridicamente posible.
4. No hay respuestas "buenas" ni "malas".
5. Anota una X en el cuadro que contenga la opción que más se adecue a lo que piensas.
6. Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

Nombre:						
Etnicidad:						
Edad:						
Fecha:						
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1.-Me gusta comer con otras personas.						
2.-Preparo comida para otros, pero yo no me la como.						
3.-Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de las comidas.						
4.-Me da mucho miedo pesar demasiado						
5.-Procuro no comer aunque tenga hambre						
6.-Me preocupa mucho por la comida						
7.-A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8.-Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9.-Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10.-Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)						
11.-Me siento lleno(a) después de las comidas.						
12.-Nota que los demás preferirían que yo comiese más.						
13.-Vomito después de haber comido.						
14.-Me siento culpable después de comer.						
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado(a)						

EAT-40

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
16.-Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17.-Me peso varias veces al día						
18.-Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19.-Disfruto comiendo carne.						
20.-Me levanto pronto por las mañanas.						
21.-Cada día como los mismos alimentos						
22.- Pienso en quemar calorías, cuando hago ejercicio						
23. HOMBRES: No ha disminuido mi interés sexual MUJERES: Tengo la menstruación regular.						
24.-Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)						
25.-Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26.-Tardo en comer más que las otras personas						
27.-Disfruto comiendo en restaurantes						
28.-Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia)						
29.-Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30.-Como alimentos dietéticos						
31.-Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32.-Me controlo en las comidas.						
33.-Noto que los demás me presionan para que coma.						
34.-Paso demasiado tiempo pensando y ocupandome de la comida.						
35.- Tengo estreñimiento.						
36.-Me siento incómodo(a) después de comer dulces						
37.-Me comprometo a hacer dietas						
38.-Me gusta sentir el estómago vacío.						
39.-Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40.-Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Gracias