

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**



TESIS:

Percepción de estilos de crianza parental y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en adolescentes del hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México

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

Ana Rosa García Berdeja

TUTORA:

Dra. Alma Delia Genis Mendoza

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2018



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Ana Rosa García Berdeja

Correo electrónico: anarosagarciab@gmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Alma Delia Genis Mendoza

Correo electrónico: adgenis@inmegen.gob.mx

Institución donde labora: INMEGEN - SAP

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermana por acompañarme e impulsarme en éste, mi camino, por siempre confiar en mí y ser mi más grande motivación, ejemplo de amor y constancia.

A Antonio, mi compañero en esta vida.

A mis amigos, por ser ejemplo y guía.

A mis profesores, por enseñarme más que Medicina y Psiquiatría.

A todos los pacientes, médicos, asesora y compañeros.

A todos ellos por formar eslabón a eslabón el camino para llegar hasta aquí.

RESUMEN

La adolescencia es un período crítico del desarrollo en el cual los factores asociados a la presentación de psicopatología es crucial. Los TCA en adolescentes han incrementado, con una presentación heterogénea de síntomas y un alto impacto en la morbimortalidad. **Objetivos:** identificar las diferencias en las características de presentación de los TCA, su comorbilidad, conductas autolesivas y psicopatología familiar con la percepción de los estilos de crianza. **Material y métodos:** adolescentes identificados en Urgencias y Hospitalización para aplicación de los instrumentos MINI KID, QEWP-R, Eat-26 y EMBU-I. **Resultados:** muestra conformada por 45 participantes, entre 11 y 17 años (media \pm DE 13.96 \pm 1.81; 93.3% sexo femenino), 97.8% fue población hospitalizada y el 2.2% del servicio de Urgencias, el 48.9% con diagnóstico de BN, 24.4% AN y 26.7% TPA; la detección de bajo peso únicamente se reportó en el grupo de AN. El 64.4% presentó autolesiones no suicidas y el 46.7% por lo menos un intento suicida; 53.3% contaba con antecedente de psicopatología en algún familiar de primera línea. El 91.1% presentó un diagnóstico psicopatológico adicional (trastorno depresivo, riesgo suicida y TDAH principalmente). Se observaron resultados similares en las medias de las cuatro subescalas de la percepción de crianza de la madre, con diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de rechazo y favoritismo en la percepción de crianza del padre. **Conclusiones:** Se encontró una adecuada correlación respecto a estudios previos en la percepción de rechazo del padre, así como del efecto de la relación paterna en el desarrollo de psicopatología en AN y TPA. La percepción de crianza de la madre, no mostró diferencias significativas en la presentación de los TCA.

Términos MeSH: crianza, anorexia, bulimia, TPA

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINA
Hoja de datos	2
Agradecimientos	3
Resumen	4
Índice general	5
Índice de tablas, figuras y gráficos	6
Abreviaturas	6
Introducción	7
Marco teórico	8
Planteamiento del problema	14
Justificación	15
Hipótesis	16
Objetivos	16
Material y métodos	17
Variables	18
Cronograma de actividades	19
Procedimiento	20
Instrumentos de medición (MINI KID, QEWP-R, EAT-26, EMBU-I)	21
Consideraciones éticas	23
Resultados	25
Discusión	32
Conclusiones	35
Limitaciones y recomendaciones	35
Referencias	36
Anexos	40

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁGINA	
Tabla 1	Variables de estudio	18
Tabla 2	Cronograma de actividades 2017-2018	19
Tabla 3	Distribución de TCA por sexo	25
Tabla 4	Distribución de individuos acorde a diagnóstico de peso y TCA	26
Tabla 5	Descripción de conductas autolesivas por grupos de TCA	27
Tabla 6	Presentación de psicopatología familiar por grupos de TCA	27
Tabla 7	Distribución de psicopatología en familiares por grupos de TCA	27
Tabla 8	Distribución de psicopatología comorbida por grupos de TCA	28
Tabla 9	Resultados de EMBU I en la percepción sobre la crianza de la madre por grupos de TCA	29
Tabla 10	Resultados de EMBU I en la percepción sobre la crianza del padre por grupos de TCA	30
Tabla 11	Prueba de homogeneidad de varianza y ANOVA para resultados de EMBU	31
Tabla 12	Comparación de medias de los puntajes totales EMBU para mamá y papá y resumen de resultados de Prueba t, diferencial y valor de p	31
Figura 1	Diagrama de flujo de procedimiento	20
Gráfico 1	Distribución de TCA por sexo	25
Gráfico 2	Distribución de individuos acorde a diagnóstico de peso y TCA	26
Gráfico 3	Distribución de psicopatología en familiares por grupos de TCA	28
Gráfico 4	Distribución de psicopatología comorbida por grupos de TCA	29
Gráfico 5	Dispersión de medias de subescalas del EMBU por padre y tipo de TCA	30
Gráfico 6	Comparación de medias de los puntajes totales EMBU para mamá y papá	32

ABREVIATURAS

AN. Anorexia nervosa.

BN. Bulimia nervosa.

DSM 5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, 5ª edición.

TANE. Trastorno de alimentación no especificado.

TCA. Trastorno de la conducta alimentaria.

TPA. Trastorno por atracón.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período crítico del desarrollo en el cual los factores asociados a la presentación de la psicopatología adquieren importancia, tanto para su entendimiento como para su prevención. Actualmente, los trastornos asociados al peso corporal en los adolescentes se han incrementado notablemente, presentando diferentes manifestaciones, desde la malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), hasta los TCA (AN, BN, TPA y sin especificación), constituyendo prácticas o conductas no saludables, con un alto impacto en la generación de morbi-mortalidad en adolescentes y la edad adulta. El escenario se torna aún más complicado si se toma en cuenta su estrecha interrelación, pudiendo presentarse en forma simultánea o sucesiva, migrando de una hacia otra forma de manifestación a lo largo del tiempo.

A la par del incremento en la frecuencia de dichos trastornos, ha incrementado la preocupación por los clínicos e investigadores sobre las condiciones que generan o favorecen su desarrollo. Dentro de los factores asociados se encuentran los genéticos, biológicos, psicológicos y medio ambientales, en los que se pueden incluir los aspectos familiares y en relación a la crianza. Pese a la importancia de los aspectos familiares involucrados en la generación de los TCA, son escasos los estudios realizados sobre la influencia que ejerce la familia sobre la psicopatología alimentaria. La escasez de pruebas disponibles a partir de estudios basados en la población, limita nuestra comprensión del impacto del ambiente familiar en toda la gama de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso u obesidad, así como su repercusión sobre la salud física y mental y los resultados de comportamiento entre los adolescentes.

Dado que muchos jóvenes no acceden al tratamiento o no han recibido un diagnóstico, existe un alto riesgo de la progresión de los TCA a formas más graves, o bien, estas se vean agravadas por comorbilidades asociadas, como trastornos afectivos, de la conducta, personalidad, consumo de sustancias o conductas autolesivas; por lo que es vital entender su evolución y buscar factores en los cuales incidir para limitar su progresión.

MARCO TEÓRICO

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen un pico de aparición en la adolescencia, afectando a 1 de cada 10 mujeres adolescentes¹. La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria se eleva desde la infancia hasta la adolescencia temprana, definida de los 10 a los 13 años de edad, lo que sugiere que existen condiciones que anteceden tales trastornos antes de la adolescencia². En el DSM-5, se han incluido criterios menos estrictos para la anorexia nervosa (AN) y la bulimia nervosa (BN) y reconoce el trastorno por atracón (TPA) como un diagnóstico distinto. A pesar de estos cambios, la evidencia sugiere que otros trastornos alimentarios no especificados (TANE) sigue siendo el diagnóstico más común entre los jóvenes¹. A nivel internacional, la prevalencia reportada de trastornos de la conducta oscila entre 0,5 y 1% para AN, 1-2 y 4% para BN y hasta un 14% en el caso de los TANE^{2, 3}.

En nuestro país, en la población adolescente escolar se ha estimado 2.8% de mujeres y 0.9% de varones como posibles casos de algún trastorno alimentario aunque no provean diagnósticos⁴. En el 2009, en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (12-17 años), se estimó una prevalencia del 0.5% para anorexia, 1.0% para bulimia y 1.4% para TPA, en todos los casos condicionando cierto grado de discapacidad, pese a ello, menos de una cuarta parte había recibido atención (7.3% AN, 24.3% BN y 13.7% TPA). Todos los TCA se han relacionado con trastornos de ansiedad, en AN se asocia también con depresión, BN y TPA con depresión y trastornos del control de los impulsos. La ideación suicida se asoció en un 28.2% en AN, 40.2% en BN y 34.9% en TPA, respecto a intento suicida en 9.8%, 16.8% y 20.2% respectivamente⁵.

Los TCA se encuentran entre las causas principales de enfermedades crónicas en la adolescencia, pueden presentar una variedad de daños orgánicos multisistémicos que incluyen complicaciones cardíacas, deterioro cerebral estructural y funcional, enfermedad ósea de inicio temprano y, en algunos casos, la muerte⁶.

Los trastornos en la alimentación abarcan una amplia gama de cogniciones y comportamientos desadaptativos dimensionales, relacionados con la alimentación y el peso. Estas cogniciones y comportamientos se encuentran en toda la gama de diagnósticos de trastornos alimentarios, condicionando la heterogeneidad de los síntomas^{2,7}. Una comprensión de los factores de riesgo causales de los síntomas del trastorno de la alimentación es importante porque estos síntomas aumentan el riesgo para otras patologías². Los trastornos alimentarios en los adolescentes, están asociados con alta morbilidad y mortalidad, así mismo, se han asociado como predictores de resultados negativos, incluidos los trastornos de salud mental, el uso de sustancias, la ganancia o pérdida de peso y las autolesiones, suicidas y no suicidas (relacionados con menor temor al suicidio y mayor severidad de las autolesiones), condicionando una alta carga clínica y económica para los sistemas de salud pública^{1, 2, 8, 9}.

En los estudios realizados a edades más tempranas, se ha identificado que los síntomas presentes a los 12 años que pueden predecir el desarrollo de un trastorno de la alimentación en edades futuras son: una mayor insatisfacción corporal (ambos sexos), síntomas depresivos (en niñas) y restricción dietética (en niños). Los factores que no predijeron los síntomas del trastorno alimentario a los 12 años de edad fueron el peso y el IMC. El enfoque en estos predictores puede ayudar a identificar a los niños con un fenotipo sugestivo de un elevado riesgo de futuros trastornos alimentarios².

Los trastornos de la conducta alimentaria, al igual que la obesidad, han experimentado un incremento progresivo. Estas son enfermedades de salud mental serias que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes. Sin embargo, el perfil de quienes los presentan se ha ido ampliando, incluyendo a personas de sexo masculino^{1,10}, población que actualmente se estima en relación 1:10, sin embargo existen variaciones importantes en el reporte de su prevalencia, llegando a estimarse hasta el 25% de la población total con TCA (1:4)⁶. En los varones se han identificado patrones de síntomas alimenticios relacionados con la importancia de la percepción de la imagen

corporal, comportamientos alimenticios desordenados orientados hacia la musculatura, síntomas depresivos y consumo de sustancias^{6, 10}.

En el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad existen numerosos factores de riesgo interrelacionados. De acuerdo con un enfoque genético/ambiental, la expresión diferente del núcleo psicopatológico puede estar influenciada por la variabilidad genética, explicando una parte de la varianza de la susceptibilidad a los trastornos de la alimentación y diferentes características fenotípicas. Varios genes han sido investigados como posibles candidatos; los estudios se han centrado inicialmente en los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos implicados en la regulación del peso corporal; sobre el sistema dopaminérgico, se sabe que está implicado en AN y BN (principalmente el alelo 7 repetido del gen del receptor D4 de dopamina), el gen de la COMT, que regula el catabolismo de DA y NE y su polimorfismo Val158Met aumenta la susceptibilidad para AN, y el FTO (gen de la masa grasa y la obesidad), previamente solo asociado con obesidad^{1,3,11}.

Recientemente se ha investigado una rara mutación en el gen para la inhibición transcripcional de la histona deacetilasa4 (HDAC4), en estudios con ratones transgénicos portadores de esta mutación, los ratones machos heterocigotos para HDAC4^{A778T} no mostraron diferencias metabólicas o de comportamiento, las hembras presentaron varios déficits de alimentación y de comportamiento¹².

Además de los aspectos genéticos y metabólicos, se estima que el rápido aumento de los dos desórdenes, en especial de la obesidad, se debe a la confluencia de características personales, conductuales y ambientales³. En el análisis de la conducta alimentaria, se han detallado tres componentes individuales que afectan la elección de los alimentos: cognitivo, conductual y afectivo. En individuos con TCA, se ha identificado que experimentar emociones desagradables antes y después del consumo de los alimentos, previo a la ingesta se ha identificado enojo, sensación de vacío, desesperación, preocupación e insatisfacción y después del consumo de los alimentos culpa, vergüenza, arrepentimiento, remordimiento y auto desprecio¹³.

Desde el inicio de la investigación médica respecto a los trastornos alimenticios, su etiología, evolución y tratamiento se ha relacionado estrechamente con factores familiares, cuando en 1874 se acuñó el término de “anorexia nerviosa” por Sir William Gull (Inglaterra) y “anorexia histerica” por Charles Lasegue (Francia), Tanto Gull como Lasegue sugirieron que las familias probablemente contribuyeron al desorden, pero Jean-Martin Charcot responsabilizó directamente a las familias y abogó por la separación completa de los individuos afectados de sus familias, cuya influencia consideraba "perniciosa" ^{14, 15, 16}.

El trastorno alimentario puede suponer un estilo de relación con el entorno familiar, una forma de manejar estados emocionales displacenteros o un patrón de respuesta secundario a situaciones traumáticas pasadas, sucesos que pueden ocurrir en estadios tempranos del desarrollo^{3, 11, 17}, denotando la importancia de las relaciones familiares en la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria. Estudios realizados en lactantes muestran que la proximidad y el tacto están especialmente alterados en los trastornos de la alimentación, lo que sugiere dificultades de relación fundamentales¹⁸.

Las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienden a diferenciarse por presentar mayores conflictos, mayor nivel de desorganización, deficiencias en los cuidados hacia los hijos, sobreprotección de uno de los padres, menor orientación hacia las actividades recreativas y menor apoyo emocional¹⁹. En 1978, Minuchin describió la interacción de las familias de pacientes con AN, identificando la presencia de límites poco definidos entre sus miembros, tendencia a la negación y a evitar la resolución de conflictos, tendientes a generar respuestas psicósomáticas²⁰.

En el estudio realizado por Vidovic y colaboradores (2005), encontraron que las pacientes con TCA consideraban a sus familias con menor cohesión y menor adaptabilidad, así mismo, percibieron la comunicación con sus madres como alterada. Las madres de las pacientes percibieron también menor cohesión y flexibilidad en su

familia²¹. Dentro de las familias de pacientes con AN y BN se ha identificado un alto grado de disfunción familiar, siendo esta una variable que se relaciona con la gravedad de los síntomas, principalmente los síntomas bulímicos y la baja autoestima, así como en la presentación de comorbilidades psicopatológicas²², influyendo en el abordaje y el pronóstico. En el grupo de pacientes con TPA, se ha relacionado con la presencia de experiencias de abuso sexual, negligencia parental o rechazo en la infancia (bullying)²³.

La regulación emocional y la presentación de síntomas alimentarios también han sido estudiados, de acuerdo con Rodríguez y Gempeler (2017), frente a emociones negativas, se observó que los pacientes con TCA (independientemente del tipo) usan preferentemente estrategias de supresión; las pacientes con AN suelen afrontar las emociones negativas con síntomas restrictivos, aquellas con BN, lo realizan a través de atracones y/o purgas. Todas las pacientes presentan dificultad para nombrar y discriminar sus emociones, asociadas con sus comportamientos maladaptativos²⁴. La intensidad de las dificultades está modulada por edad y gravedad del trastorno, las pacientes adultas muestran una mayor dificultad para reconocer emociones, que las adolescentes, ambos grupos muestran dificultades similares en la aceptación y regulación emocional³³. Los trastornos de personalidad han sido de las comorbilidades más frecuentemente asociadas a los TCA en jóvenes, estimándose una prevalencia del 25-35%, principalmente los tipos límite e histriónico²⁵, recordando que estos también son relacionados con mayores niveles de disfunción familiar.

La crianza se define como la responsabilidad asumida por los padres respecto al crecimiento físico y desarrollo emocional y social de un hijo. Existen datos sólidos que sugieren que los ambientes de crianza ejercen efectos importantes sobre una variedad de desenlaces, que incluyen desde variaciones en el contexto del funcionamiento adaptativo, el desarrollo psicológico saludable y el éxito escolar, hasta desenlaces psicopatológicos como el abuso de drogas, el comportamiento agresivo y problemas de ansiedad en niños y adolescentes²⁶.

La adolescencia implica la transformación de las relaciones padre-hijo que caracterizaron a la niñez. Es por ello que la adolescencia, como transición crítica que entraña demandas sociales emergentes, es un periodo del ciclo vital de especial vulnerabilidad. Durante la adolescencia, los conflictos entre padres e hijos a menudo se consideran como una expresión de autonomía, pero el vínculo entre ellos sigue siendo crucial para el desarrollo psicológico del adolescente. Si no se desarrollan habilidades para resolver los conflictos, se generará una separación afectiva o la convivencia se basará en emociones negativas^{26, 27}. Se sugiere que el conflicto, la falta de cohesión, la distancia emocional y el rechazo se relacionan con el desarrollo de psicopatología^{26, 28}. La ausencia de recuerdos de crianza positivos juega un papel clave en los comportamientos desordenados relacionados con la alimentación, Ferreira y colaboradores (2017) lo explican a través de los recuerdos del impacto de la crianza mediante mecanismos de seguridad social, la vergüenza externa y la comparación social centrada en la apariencia²⁸.

Al momento de explicar la forma en la que se solucionan los conflictos es necesario considerar los estilos parentales, definidos como las actitudes de los padres, prácticas y expresiones no verbales que caracterizan la naturaleza de las interacciones entre padres e hijos a través de diversas situaciones. En este sentido, Pérez y Aguilar (2009) encontraron que los adolescentes reportan más conflictos cuando sus padres son más autoritarios o violentos al comunicarse y cuando perciben inflexibilidad familiar²⁷.

Yamaguchi et al. (2000), analizó los estilos de crianza en pacientes con TCA y la conducta suicida, encontrando una relación con la sobreprotección de ambos padres en estos pacientes²⁹. Cava, Rojo y Livianos (2003), observó que los adolescentes diagnosticados de TCA recuerdan a sus madres con menor *calor emocional* (afecto), más *sobreprotección* y más *rechazo*, mientras que perciben a sus padres con más *rechazo* hacia ellos, siendo esta última dimensión la que presentaba mayor riesgo relativo de desarrollar un TCA^{30, 31}.

Desde el punto de vista pronóstico, Fassino, Piero, Tomba y Abbate-Daga (2009), identificaron que, tanto la sobreprotección, como la falta de cuidados paternos, se relacionaban con un peor pronóstico, es decir, mayor gravedad de la BN y menores índices de recuperación de la AN³², así, el estilo de crianza influiría en la actitud que el paciente adopta para iniciar y mantener un cambio en su conducta patológica^{11, 33}. Los recuerdos positivos de crianza se asocian con niveles más bajos de actitudes alimenticias desordenadas, influenciados por los sentimientos actuales de seguridad social y conectividad²⁸. La familia, los amigos y los medios son tres fuentes de influencia sociocultural, que juegan un papel crucial en el uso de patrones de control de peso por parte de las adolescentes³⁴.

Es por ello que debido a la asociación de los TCA con la dinámica familiar, dentro de las intervenciones terapéuticas se han incluido diversas formas de terapia familiar e inclusión de las familias en intervenciones diseñadas específicamente para usar las habilidades parentales para interrumpir los comportamientos desadaptativos¹⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al abordar a un paciente con trastorno de la alimentación, sea un TCA o sobrepeso/obesidad, resulta crucial tratar de identificar los factores asociados con su desarrollo, buscando incidir en ellos para tratar de modificar su evolución y mejorar el pronóstico. La entrevista clínica generalmente se dirige a la identificación de los signos y síntomas que conforman alguno de estos trastornos, así como los posibles factores genéticos (heredabilidad) y biológicos (metabólicos) con los que se asocia, sin embargo, en pocas ocasiones se realiza un abordaje integral que incluya dentro de los factores medioambientales involucrados la dinámica familiar y su repercusión en la génesis de la psicopatología, elemento indispensable y estrechamente relacionado con la evolución de un trastorno en la alimentación. En diversos estudios se ha establecido la relación que existe entre las características de la crianza con el desarrollo de psicopatología, entre ellas trastornos afectivos, por consumo de sustancias y

recientemente trastornos de la alimentación, influyendo en la actitud que el paciente adopta para iniciar y mantener un cambio en su conducta patológica.

Es por ello que la presente investigación pretende identificar dentro del grupo de pacientes adolescentes que acuden al servicio de Urgencias, consulta externa y hospitalización (UAV, UAM), del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con diagnóstico de alguno de los trastornos de la conducta alimentaria (AN, BN, BED, TANE), sobrepeso u obesidad, si existe o no una diferencia sustancial en la percepción de los estilos de crianza, con la finalidad de proponerse como factores asociados a los trastornos en el abordaje clínico, como punto de intervención en manejo y pronóstico de los pacientes, durante el periodo comprendido del 1º de mayo del 2017 al 1º de mayo de 2018.

Partiendo de este precepto, el objetivo del presente estudio será responder a la siguiente pregunta: ¿Existe una diferencia significativa entre las distintas percepciones de los estilos de crianza entre los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad?

JUSTIFICACIÓN

En el desarrollo de un trastorno de la alimentación, se puede suponer un estilo de relación con el entorno familiar, una forma de manejar estados emocionales displacenteros o un patrón de respuesta secundario a situaciones traumáticas pasadas¹¹. La familia es también un aspecto clave en el análisis de la psicopatología y evolución clínica de los TCA.

En una revisión realizada en el 2013 por Ruíz Martínez, se realiza un análisis de los factores familiares que pueden estar relacionados con los TCA, poniendo en evidencia la heterogeneidad de trabajos y la necesidad de estudios longitudinales que ayuden a clarificar la compleja interacción entre familia y TCA. En otro estudio realizado en el 2015 por Beato Fernández se confirma la importancia de las relaciones familiares en la

génesis de los TCA, así como en la evolución clínica^{11, 27}. A pesar de la importancia de los aspectos familiares en los TCA, son escasos los estudios realizados sobre la influencia que ejerce la familia sobre la psicopatología alimentaria, sin contarse con ningún estudio al respecto en nuestro país.

HIPÓTESIS

Hi1. Existe una asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad con factores relativos a la crianza

H01. No existe una asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad con factores relativos a la crianza

Hi2. Las diferentes percepciones de los estilos de crianza (rechazo, calidez, control y favoritismo) se asocian con diferentes trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad

H02. No existen diferencias entre las diferentes percepciones de estilos de crianza con los trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad.

OBJETIVOS

General.

Investigar la relación entre la percepción de los estilos de crianza parental con la presentación de Trastornos de la Conducta Alimentaria, como, la anorexia, la bulimia, el trastorno por atracón y el sobrepeso/obesidad, en adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México (HPIJNN).

Específicos.

1. Comparar la relación entre los resultados de las diferentes percepciones de estilos de crianza (rechazo, calidez, control y favoritismo) con los trastornos específicos de la conducta alimentaria y obesidad.
2. Evaluar las variaciones específicas entre la percepción de los estilos de crianza maternos y paternos en relación con los trastornos de la conducta

alimentaria/obesidad.

3. Identificar la comorbilidad entre los diferentes estilos de crianza, los trastornos de la conducta alimentaria/obesidad y otras psicopatologías en adolescentes

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Tipo de diseño:** Trasversal, descriptivo, prospectivo.
- **Universo:** Pacientes que acuden al servicio de Urgencias, la consulta externa y servicio de hospitalización (UAM, UAV) del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- **Población de Estudio:** La población incluyó a pacientes captados del universo que cumplieran con los criterios de inclusión, que dieron su asentimiento y consentimiento informado por parte de los tutores. Se obtuvo una muestra de 45 participantes.
- **Muestra:** Se aplicaron las escalas y se obtuvo la muestra de sangre de los pacientes con diagnóstico de TCA, que acudieron a su cita programada en el servicio de Urgencias, Consulta externa o que se encontraban en alguno de los servicios de hospitalización (Unidad de Adolescente Mujeres y Unidad de Adolescentes Varones) del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que aceptaron participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado por el tutor y el asentimiento del paciente. Se aplicaron los siguientes instrumentos: MINI KID (entrevista estructurada niños y adolescentes), Cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada (QEWPR) y EMBU-I (“Mis recuerdos de crianza”, permite el abordaje de la crianza parental desde la percepción de los hijos) en el periodo del 1º de mayo de 2017 al 1º de mayo de 2018.

✓ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes en un rango de edad entre 12 y 17 años de edad, ambos sexos
- Pacientes captados en urgencias, consulta externa y servicios de hospitalización del Hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”
- Pacientes con diagnósticos de alguno de los TCA (AN, BN, BED, TANE), sobrepeso u obesidad

- Pacientes que otorgaron el consentimiento para participar voluntariamente en el estudio mediante firma de consentimiento por el tutor y asentimiento informado, posterior a explicárseles el procedimiento y garantizarles la confidencialidad de la información recabada
- × CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. Pacientes que no cumplieron con criterios diagnósticos o cuyos padres no aceptaron voluntariamente la participación de su hijo(a).
- × CRITERIOS DE ELIMINACIÓN. Pacientes que no concluyeron el procedimiento (toma de muestra y culminación de instrumentos)

- **Variables:**

Tabla 1. Variables de estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Edad cronológica en años	Cuantitativa	Independiente
Sexo	Características fenotípicas	Cualitativa. Nominal dicotómica (hombre-mujer)	Independiente
Trastorno de la conducta alimentaria	Trastorno caracterizado por patrones de ingesta de alimentos restringido o variable, subdividido en AN, BN, TPA, TANE	Cualitativa nominal (presente/ausente)	Independiente
Sobrepeso Obesidad	Se define como sobrepeso IMC >25kg/m ² y obesidad >30 kg/m ²	Cualitativa nominal (presente/ausente)	Independiente
Percepción de estilos de crianza	Percepción de los procesos donde se incorporan las normas, las costumbres o las ideologías que brindan al individuo las habilidades para adaptarse a la sociedad.	Cualitativa nominal (tipo de percepción)	Dependiente

- **Cronograma:**

Tabla 2. Cronograma de actividades 2017-2018.

ACTIVIDAD	ABRIL	JUNIO	JULIO	AGOSTO MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Integración a línea de investigación							
Preparación del anteproyecto							
Revisión del anteproyecto							
Presentación y revisión del anteproyecto							
Toma de muestras y aplicación de instrumentos							
Análisis estadístico							
Presentación de resultados							
Elaboración de documento final							
Entrega de tesis							

- **Procedimiento:**

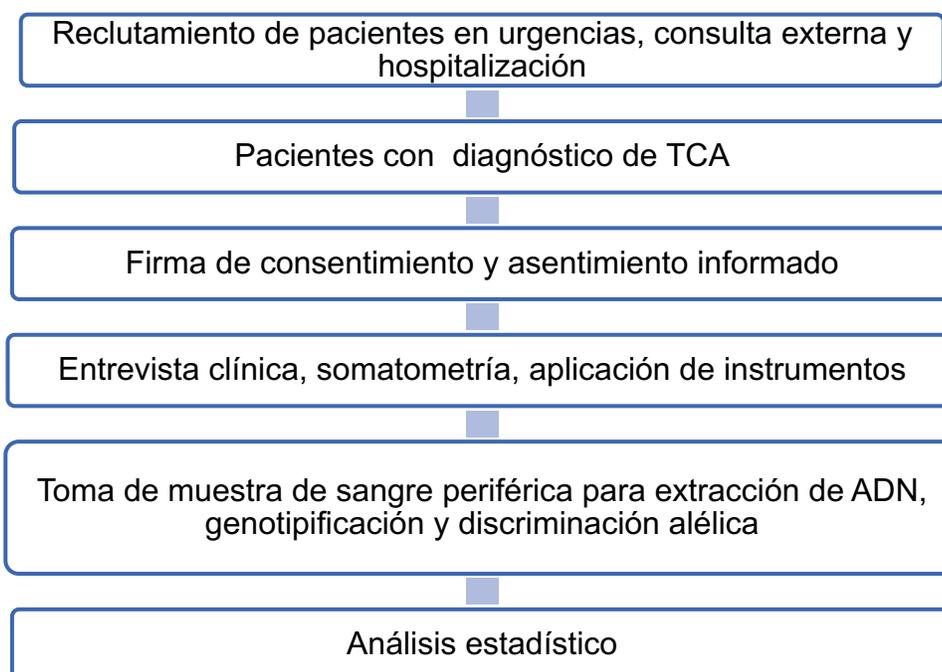
El presente proyecto forma parte de la línea de investigación titulada: Asociación genética en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad, cuyo investigador principal es la Dra. Alma Delia Genis Mendoza, fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y está registrado con el número: II3/01/0913 (Anexo1). El proyecto actual cuenta el número de registro II3/01/0913/Tf (Anexo 2), a continuación se describe el procedimiento utilizado:

- Búsqueda e identificación de pacientes con diagnóstico de TANE, con o sin sobrepeso u obesidad en la población del Hospital Psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”
- Se reclutaron a los pacientes que cubrieron con los criterios de inclusión al protocolo de investigación de origen
- Se planteó con paciente y familiar responsable los objetivos del estudio, las actividades en las que participó el paciente (aplicación de escalas clinimétricas, toma de medidas antropométricas y de muestra de sangre). Posterior a

- aceptarse por el paciente y familiar su participación en el estudio se llevó a cabo la explicación y forma del consentimiento informado (Anexo 3) y el Asentimiento informado (Anexo 4)
- d. Se realizó la entrevista con duración aproximada de 60 minutos en la cual se aplicaron los siguientes instrumentos:
 - I. MINI KID: entrevista estructurada niños y adolescentes (Anexo 5)
 - II. Cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada (QEWP-R, Anexo 6) y Eating attitudes test (EAT-26, Anexo 7)
 - III. EMBU (“Mis recuerdos de crianza”, permite el abordaje de la crianza parental desde la percepción de los hijos, Anexo 8)
 - e. Se recabaron medidas antropométricas y metabólicas, que incluyeron:

I. Peso	V. Diagnóstico de peso por percentil
II. Talla	VI. Presión arterial
III. Índice de masa corporal	VII. Glucosa
IV. Percentil de peso (CDC)	
 - f. Se realizó la toma de muestra de sangre periférica o raspado de mucosa para el estudio genético y se transportó al INMEGEN, para análisis genómicos posteriores

Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento.



- **Instrumentos de medición:**

1. Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para niños y adolescentes, (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents, MINI KID, Anexo 5).

Se aplicó a los adolescentes participantes esta entrevista diagnóstica clínica estructurada, desarrollada en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10, dirigida a los niños y adolescentes (de 6 a 17 años 11 meses), se aplica fácil y rápidamente (aproximadamente 25-35 minutos). El MINI KID incluye 23 trastornos psiquiátricos, divididos en módulos y añade el riesgo de suicidio como uno de éstos. Preferentemente se debe administrar al niño o al adolescente menor de 13 años en presencia del padre o el tutor. Con respecto al K-SADS-PL tiene concordancia en todos los trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias, TDAH y trastornos de la conducta, así como en los trastornos de alimentación (AN y BN), (AUC= 0.81-0.96, $k=0.56-0.86$). La sensibilidad fue sustancial (0.61-1.0) para 15/20 trastornos individuales del DSM-IV. La especificidad fue de 0.81-1.0 para 18 trastornos incluyendo trastornos de alimentación. El MINI-KID identifica una media de 3 trastornos por sujeto comparado con 2 con el K-SADS-PL, además de que se realiza en dos terceras parte de tiempo menos (34 vs 103 minutos). El test-retest fue de $k=0.64-1.0$ para todos los trastornos individuales excepto Distimia (Sheehan et al., 2005)³⁵.

2. Cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada (Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised, QEWP-R, Anexo 6)

Se aplicará el cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada, que fue desarrollado por Spitzer y colaboradores en 1992. Se utiliza para identificar individuos con TPA, recurrentes, con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo al DSM-IV. Está compuesto por 13 reactivos, donde se indaga acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, la duración del mismo y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso. Los reactivos se califican de acuerdo a la regla de decisión propuesta por Spitzer. De esta manera, los individuos pueden ser diagnosticados con trastorno por atracón o con bulimia nerviosa. El QEWP-R es capaz de identificar de manera precisa a individuos con

probabilidad baja y alta para TPA y a discriminar entre niveles clínicos y no clínicos de este trastorno. Tiene una adecuada confiabilidad y validez en mujeres europeas y americanas. Se utiliza en la investigación como prueba de tamiz para identificar individuos que podrían tener TPA. También puede utilizarse para verificar la efectividad de las diversas formas de tratamiento de los trastornos por atracón^{36, 37}. López Aguilar y cols. (2012), en un estudio exploratorio realizado en 448 mujeres mexicanas, concluyeron que es un instrumento adecuado de tamizaje para población mexicana con sintomatología de TPA y BN³⁶.

3. Eating attitudes test (EAT-26, Anexo 7)

Una de las escalas más utilizadas para la evaluación de los trastornos alimentarios es la prueba de actitud a la comida (EAT) de 40 ítems desarrollada por Garner y Garfinkel (1979), sin embargo, existe una versión abreviada de 26 ítems (EAT-26, Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982), la cual evalúa la relación de la imagen corporal, el peso y la dieta. En México Álvarez y colaboradores (2004), evaluaron las propiedades psicométricas de esta prueba, reportando un nivel adecuado de consistencia interna en la muestra clínica (alfa de Cronbach = 0,90), concluyendo que la versión mexicana de la EAT es un instrumento económico, confiable y potencialmente útil para la investigación en este campo^{37, 38, 39}.

4. Cuestionario sobre la memoria de crianza percibida (Egna Minnen Beträffanden Uppfostran -EMBU – I, Anexo 8)

El EMBU-I es un instrumento desarrollado inicialmente en Europa, adaptado y evaluado psicométricamente en más de 25 países, cuya validez, confiabilidad y ventaja transcultural se han establecido plenamente. En el 2007 Márquez-Caraveo validaron el instrumento en población mexicana, confirmaron valores alfa de Cronbach superiores a .65 para tres de las escalas (calidez, rechazo y control) con excepción de la de favoritismo, en congruencia con lo reportado en otras investigaciones. De este modo se obtuvieron altas correlaciones entre las escalas de padre y madre en cada dimensión, lo que sugiere que los perfiles emocionales de ambos padres son similares. Este estudio aportó datos respecto a la consistencia interna y la congruencia de las dimensiones de calidez, rechazo y control del EMBU-I. La validez convergente se propuso a partir de las correlaciones positivas de calidez con cohesión, organización e interés de los padres, y de rechazo con conflicto. Las correlaciones negativas

de calidez con conflicto y de rechazo con cohesión, organización e interés de los padres apoyaron su validez divergente. Las subescalas que valora son:

- a. *Rechazo*: hostilidad verbal y física, agresividad e indiferencia. Se evalúa mediante 8 ítems (3, 15, 16, 22, 30, 31, 34 y 38), por lo que sus intervalos de puntuación comprenden de 8 y 32 puntos.
- b. *Calor emocional*: signos verbales y físicos de amor parental, aceptación y disponibilidad. Se evalúa mediante 15 ítems (1, 5, 11, 14, 17, 18, 19, 21, 25, 26, 29, 33, 35, 37 y 41), por lo que sus intervalos de puntuación comprenden de 15 y 60 puntos.
- c. *Sobreprotección*: intento de controlar los progenitores la conducta del hijo, excesiva preocupación por la seguridad del hijo. Se evalúa mediante 10 ítems (6, 9, 10, 12, 20, 23, 24, 27, 28 y 36), por lo que sus intervalos de puntuación comprenden de los 10 a los 40 puntos.
- d. *Favoritismo*: evalúa el trato más favorable y privilegiado de los progenitores hacia el hijo en relación con los cuidados con sus hermanos. Se evalúa mediante 8 ítems (2, 4, 7, 8, 13, 32, 39 y 40), por lo que sus intervalos de puntuación comprenden de 8 a 32 puntos.

Estas dimensiones son las que permiten la comprensión de la naturaleza de la crianza, y es a través de ellas como toman sentido las relaciones de la crianza parental con la psicopatología. La evidencia internacional señala que la percepción de crianza parental positiva por los hijos podría tener efectos protectores contra la aparición de conductas externalizadas^{27, 40, 41, 43}.

Este cuestionario permite obtener de forma independiente puntuaciones para ambos progenitores. Las tres primeras dimensiones han mostrado estabilidad en las adaptaciones del EMBU a diferentes culturas, pues ha sido adaptado a las necesidades de 25 países (Perris et al., 1985)³⁹.

- **Consideraciones éticas:**

El estudio se adaptó a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki (59a Asamblea General, Seúl, Corea,

octubre 2008), así como al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (DOF: 02/04/2014).

El presente trabajo corresponde a una investigación riesgo mínimo, acorde a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, título segundo (De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos), capítulo I, Artículo 17, que define a tales estudios como sigue: Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

El proyecto general fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (Anexo 9), así como el proyecto actual (Anexo 10). Así mismo, la autora del presente trabajo realizó el curso de los NIH (Anexo 11).

Se solicitó consentimiento y asentimiento informado de los participantes. Se canalizó a los pacientes a otros servicios, como Nutrición y Psicología.

El manejo de información se realizó acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Se garantizó en el anonimato el nombre de los pacientes, la información se manejó con confidencialidad. Se dieron a conocer los resultados

de los instrumentos aplicados a los pacientes y familiares. No existió conflicto de intereses, no se gratificó monetariamente ni se les cobró a los pacientes que participaron en el estudio.

RESULTADOS

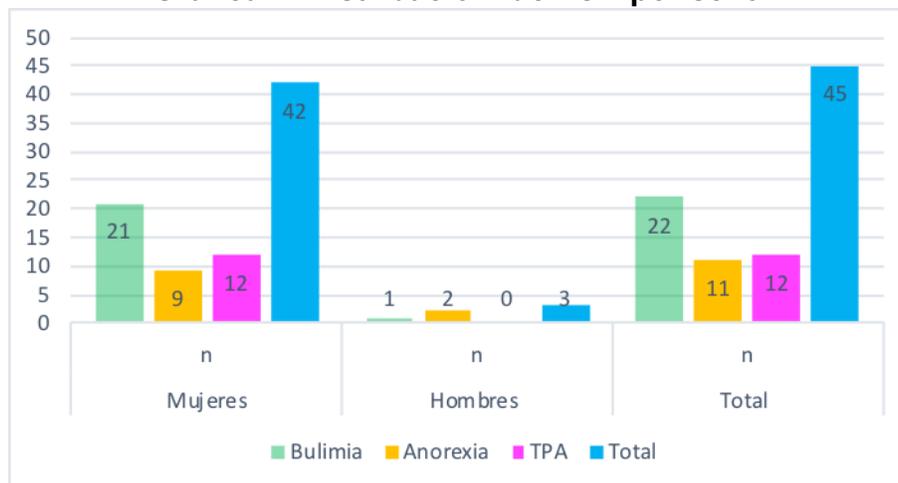
La muestra se conformó por 45 participantes, con edades entre 11 y 17 años (media \pm DE 13.96 \pm 1.81), para BN/TPA 13.92 \pm 1.83 y en AN 14.09 \pm 1.81. El 11% con escolaridad primaria (n=5), 60% secundaria (n=27) y 28.9% preparatoria (n=13). El 97.8% (n=44) se recabo directamente de servicios de hospitalización, mientras que el 2.2% (n=1) se recolectó en el servicio de Urgencias.

Del total de participantes mujeres, el 93.3% correspondía al sexo femenino (n=42) y 6.7% al masculino (n=3). En el 48.9% (n=22) se estableció el diagnóstico de bulimia, en el 24.4% (n=11) anorexia y en el 26.7% (n=12) trastorno por atracón (Tabla 3, Gráfica 1).

Tabla 3. Distribución de TCA por sexo

TCA	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Bulimia	21	46.7	1	2.2	22	48.9
Anorexia	9	20	2	4.4	11	24.4
TPA	12	26.7	0	0	12	26.7
Total	42	93.3	3	6.7	45	100

Gráfica 1. Distribución de TCA por sexo.

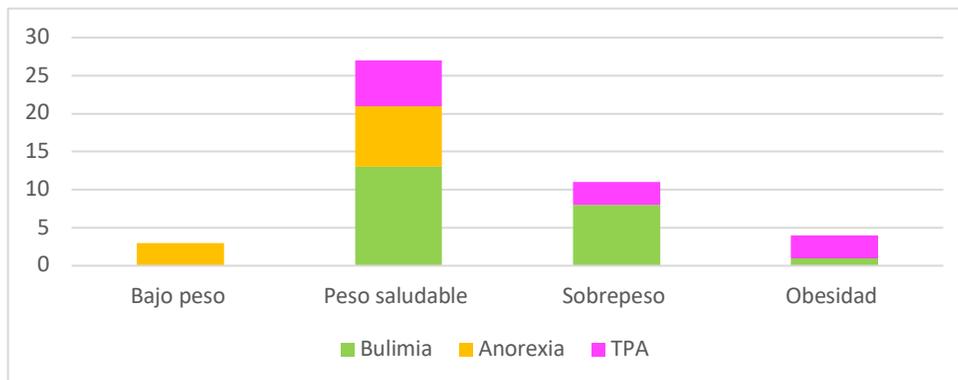


Respecto a la estatificación de peso en bajo, saludable, sobrepeso y obesidad, en todos los grupos (bulimia, anorexia y TPA) el mayor número de participantes se ubicó en peso saludable (60%, n=27). La detección de bajo peso únicamente se reportó en el grupo de anorexia (6.7%, n=3), mientras que el mayor porcentaje de sobrepeso se identificó en la población con BN y obesidad en la muestra con TPA (Tabla 4, Gráfica 2)

Tabla 4. Distribución de individuos acorde a diagnóstico de peso y TCA

TCA	BAJO PESO		PESO SALUDABLE		SOBREPESO		OBESIDAD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bulimia	0	0	13	28.9	8	17.8	1	2.2
Anorexia	3	6.7	8	17.8	0	0	0	0
TPA	0	0	6	13.3	3	6.7	3	6.7
Total	3	6.7	27	60	11	24.1	4	8.9

Gráfica 2. Distribución de individuos acorde a diagnóstico de peso y TCA



NOTA: Se muestra la relación entre el número de adolescentes con bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obesidad en relación con el tipo de diagnóstico de TCA

En la descripción de la muestra en relación conductas autolesivas, el 64.4% presento autolesiones no suicidas, mientras que el 46.7% refirió haber presentado por lo menos un intento suicida a lo largo de su vida, en ambos grupos, los individuos con bulimia ocuparon el primer lugar (Tabla 5).

Tabla 5. Descripción de conductas autolesivas por grupos de TCA

TCA	AUTOLESIONES		INTENTO SUICIDA	
	Presentes	Ausentes	Presentes	Ausentes
Bulimia	15 33.3%	7 15.6%	11 24.4%	11 24.4%
Anorexia	4 8.9%	7 15.6%	3 6.7%	8 17.8%
TPA	10 22.2%	2 4.4%	7 15.6%	5 11.1%
TOTAL	29 64.4%	16 35.6%	21 46.7%	24 53.3%

El 53.3% (n=24) de la muestra, el paciente contaba con antecedente de psicopatología en algún familiar de primera línea (Tabla 6). Del total de 24 adolescentes en quienes se reportó psicopatología familia, el mayor porcentaje se identificó entre la población de hermanos (37.5%, n=9), en orden consecutivo de presentación se encontró a la madre, tíos, padre y abuelos (Tabla 7, Gráfica 3).

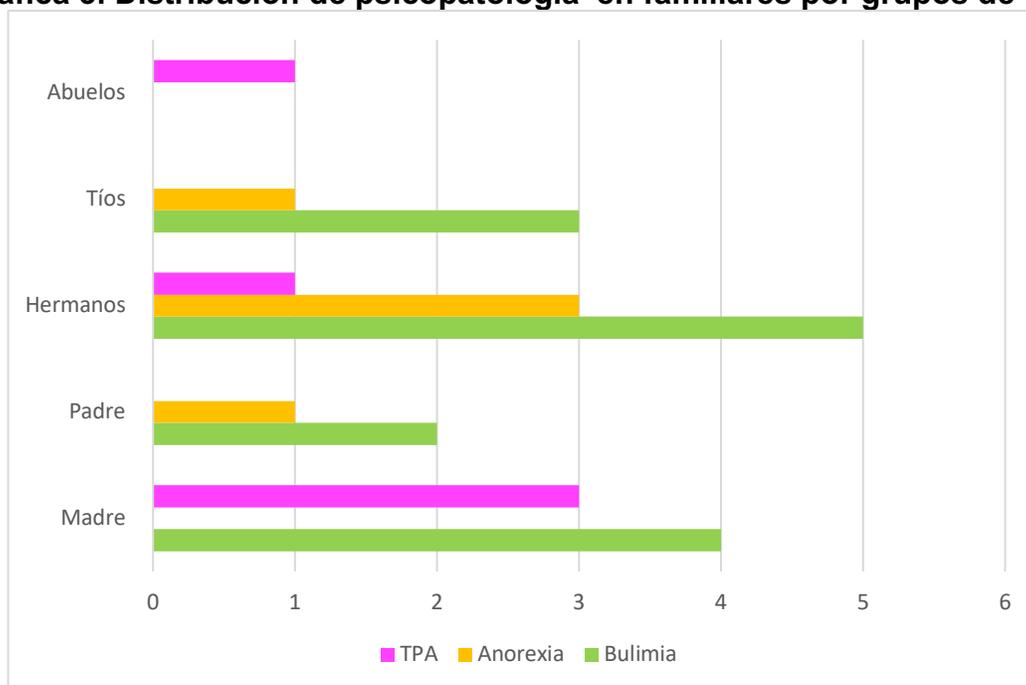
Tabla 6. Presentación de psicopatología familiar por grupos de TCA

	CON PSICOPATOLOGÍA FAMILIAR		SIN PSICOPATOLOGÍA FAMILIAR	
Bulimia	14 31.1%		8 17.7%	
Anorexia	5 11.1%		6 13.3%	
TPA	5 11.1%		7 15.5%	
TOTAL	24 53.3%		21 46.6%	

Tabla 7. Distribución de psicopatología en familiares por grupos de TCA

	MADRE PADRE HERMANOS TÍOS ABUELOS					TOTAL
Bulimia	4 16.6%	2 8.3%	5 20.8%	3 12.5%	0 0%	14 58.3%
Anorexia	0 0%	1 4.1%	3 12.5%	1 4.1%	0 0%	5 20.8%
TPA	3 12.5%	0 0%	1 4.1%	0 0%	1 4.1%	5 20.8%
TOTAL	7 29.1%	3 12.5%	9 37.5%	4 16.6%	1 4.1%	24 100%

Gráfica 3. Distribución de psicopatología en familiares por grupos de TCA



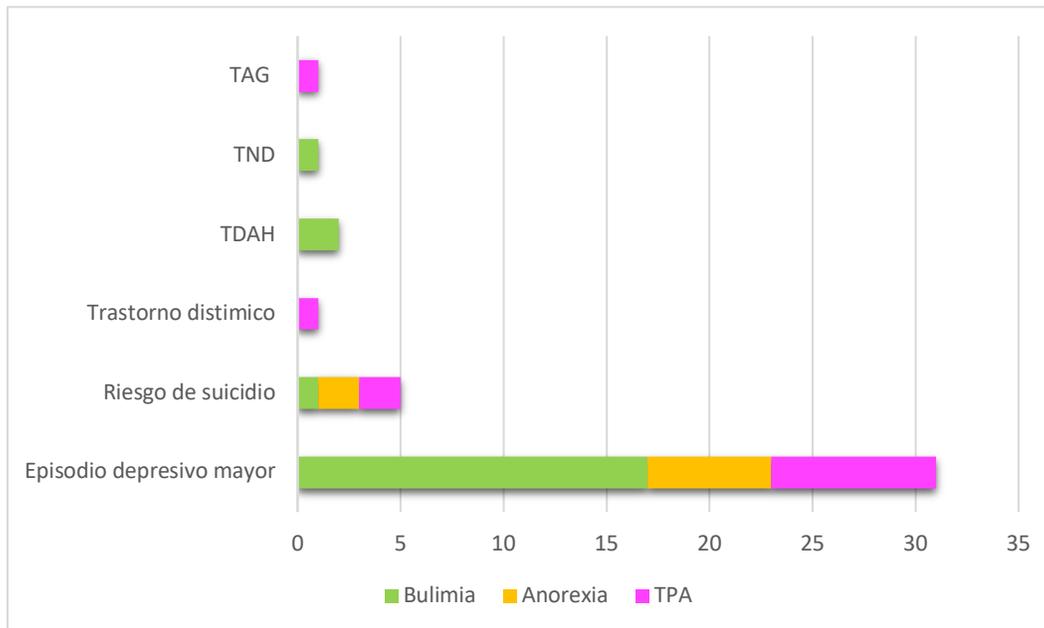
Comparación del número de familiares acorde a parentalidad y tipo de diagnóstico de TCA.

El 91.1% (n=41) presentó un diagnóstico psicopatológico adicional acorde a la entrevista estructurada MINI, el 80% (n=36) presentó 2 diagnósticos adicionales al de TCA, el 46.6% (n=21) 3 diagnósticos adicionales al de TCA y el 24.4% (n=11) 4 diagnósticos adicionales. En orden de presentación de psicopatología asociada a TCA, se identificó de la siguiente manera: 1) Episodio depresivo mayor (n=31, 75.6%), 2) Riesgo de suicidio (n=5, 12.2%), 3) TDAH (n=2, 4.9%), en porcentajes similares se identificó TND, TAG y Trastorno distímico (n=1, 2.4%). (Tabla 8, Gráfica 4).

Tabla 8. Distribución de psicopatología comorbida por grupos de TCA

DIAGNÓSTICO MINI KID	BN		AN		TPA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Episodio depresivo mayor	17	41.5	6	14.6	8	19.5	31	75.6
Riesgo de suicidio	1	2.4	2	4.9	2	4.9	5	12.2
Trastorno distímico	0	0	0	0	1	2.4	1	2.4
TDAH	2	4.9	0	0	0	0	2	4.9
TND	1	2.4	0	0	0	0	1	2.4
TAG	0	0	0	0	1	2.4	1	2.4
TOTAL	21	51.2	8	19.5	12	29.3	41	100

Gráfica 4. Distribución de psicopatología comorbida por grupos de TCA



Representación de psicopatología comorbida detectada mediante MINI KID por grupo de diagnóstico de TCA.

Los resultados obtenidos de la aplicación de la escala EMBU I para evaluar la percepción de la crianza de la madre por grupo de adolescentes según TCA se muestra en la tabla 9, los resultados de la percepción sobre la crianza del padre se muestran en la tabla 10 y gráfica 5.

Tabla 9. Resultados de EMBU I en la percepción sobre la crianza de la madre por grupos de TCA

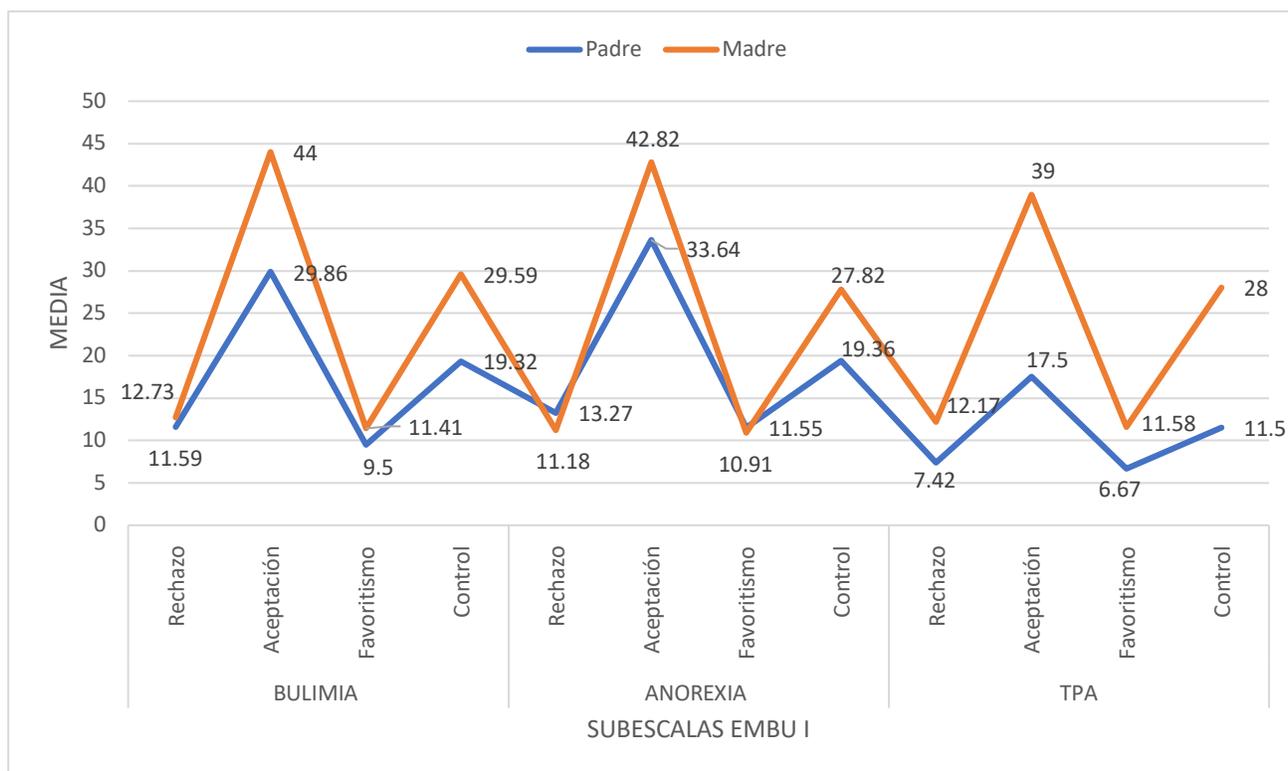
TCA	Parámetro	Media	95% de intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
			Límite inferior	Límite superior		
Bulimia	Rechazo	12.73	11.11	14.35	7	21
	Aceptación	44.00	39.88	48.12	20	55
	Favoritismo	11.41	10.11	12.70	8	17
	Control	29.59	27.07	32.12	19	40
Anorexia	Rechazo	11.18	10.11	12.26	9	14
	Aceptación	42.82	34.08	51.56	15	60
	Favoritismo	10.91	9.36	12.45	8	15
	Control	27.82	23.34	32.29	15	37
TPA	Rechazo	12.17	9.89	14.45	7	18
	Aceptación	39.00	31.23	46.77	19	56
	Favoritismo	11.58	10.06	13.10	8	15
	Control	28.00	25.03	30.97	17	34

Tabla 10. Resultados de EMBU I en la percepción sobre la crianza del padre por grupos de TCA

95% de intervalo de confianza
para la media

TCA	PARÁMETRO	MEDIA	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	MÍNIMO	MÁXIMO
Bulimia	Rechazo	11.59	9.07	14.11	0	22
	Aceptación	29.86	23.28	36.44	0	48
	Favoritismo	9.50	7.40	11.60	0	20
	Control	19.32	15.28	23.36	0	35
Anorexia	Rechazo	13.27	11.42	15.13	8	17
	Aceptación	33.64	24.31	42.96	15	50
	Favoritismo	11.55	9.21	13.88	0	18
	Control	19.36	15.25	23.48	11	29
TPA	Rechazo	7.42	2.99	11.84	0	18
	Aceptación	17.50	6.34	28.66	0	49
	Favoritismo	6.67	2.81	10.52	0	14
	Control	11.50	4.68	18.32	0	26

Gráfica 5. Dispersión de medias de subescalas del EMBU por padre y tipo de TCA



NOTA: Representación gráfica comparativa de la distribución de medias de las cuatro subescalas del EMBU I (rechazo, aceptación, favoritismo, sobreprotección) de acuerdo a cada grupo de TCA y percepción de crianza en padre y madre

En el análisis ANOVA únicamente en las subescalas de rechazo y favoritismo del padre se identificó significancia estadística (<0.05), posterior a la corrección por prueba F, se encontraron tendencias en rechazo, aceptación y control del padre (Tabla 11).

Tabla 11. Prueba de homogeneidad de varianza y ANOVA para resultados de EMBU

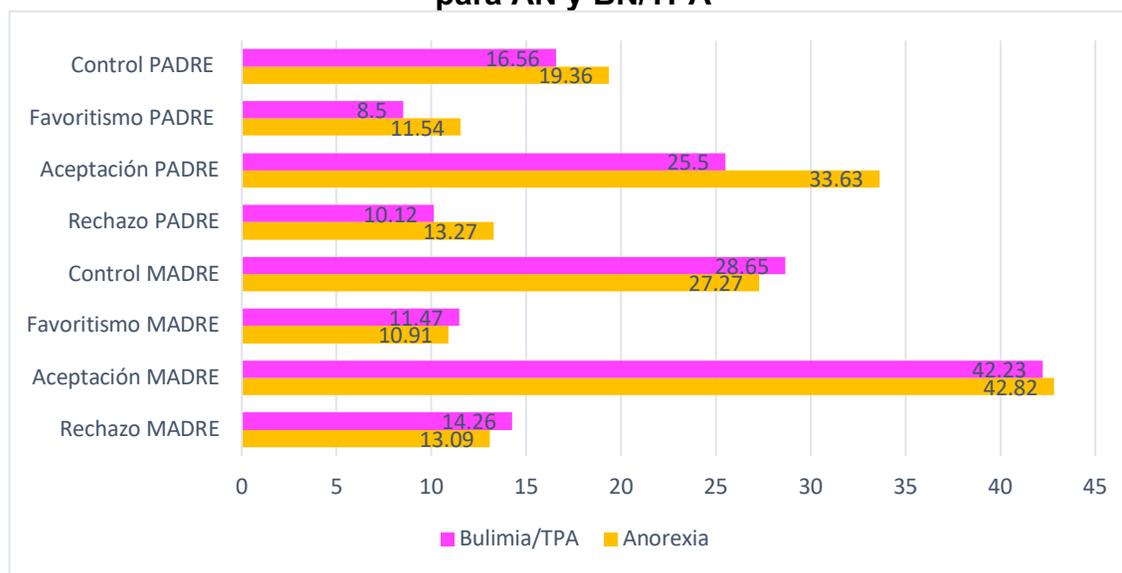
		ESTADÍSTICO DE Levene	gl1	gl2	Sig.	MEDIA CUADRÁTICA	F	Sig.
MAMÁ	Rechazo	4.384	2	42	0.019	8.767	0.822	0.446
	Aceptación	.850	2	42	0.435	98.471	0.802	0.455
	Control	.833	2	42	0.442	15.923	0.490	0.616
	Favoritismo	.829	2	42	0.443	1.428	0.203	0.817
PAPÁ	Rechazo	4.659	2	42	0.015	109.014	3.559	0.037
	Aceptación	.548	2	42	0.582	868.554	3.668	0.034
	Control	2.411	2	42	0.161	269.996	3.349	0.045
	Favoritismo	3.692	2	42	0.033	69.709	2.943	0.064

En los resultados de EMBU I para valoración de la percepción de los estilos de crianza parental en adolescentes con TCA acorde a la división de MINI-KID (AN y BN/TPA), mediante el análisis por la prueba *t* de Student (para comparación de muestras independientes en dos grupos), se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en las subescalas de rechazo y favoritismo en los padres en la comparación de los grupos de AN y BN/TPA, con estimación de $p= 0.0273$ y $p=0.0375$ respectivamente, identificándose una puntuación mas alta de percepción de *rechazo y favoritismo paterno* en el subgrupo de adolescentes con AN (tabla 12, Gráfica 6).

Tabla 12. Comparación de medias de los puntajes totales EMBU para mamá y papá y resumen de resultados de Prueba t, diferencial y valor de p

Evaluación	RESULTADOS EMBU I EN MAMÁ				RESULTADOS DE EMBU I EN PAPÁ			
	Rechazo	Aceptación	Favoritismo	Control	Rechazo	Aceptación	Favoritismo	Control
AN (media)	13.09	42.82	10.91	27.27	13.27	33.63	11.54	19.36
BN/TPA (media)	14.26	42.23	11.47	28.65	10.12	25.50	8.50	16.56
Prueba <i>t</i>	-1.3264	0.1350	-0.6725	-0.656	2.2939	1.6044	2.1909	1.0991
Diferencial	36.84	14.49	19.79	14.365	39.09	20.22	26.372	29.208
Valor de <i>p</i>	0.1929	0.8945	0.509	0.522	0.0273	0.1241	0.0375	0.2807

Gráfica 6. Comparación de medias de los puntajes totales EMBU para mamá y papá para AN y BN/TPA



Nota: Comparación de medias de las subescalas del EMBU I para madre y padre acorde a división de grupos de TCA por MINI KID (AN y BN)

DISCUSIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un grupo heterogéneo de síntomas, que comparten comportamientos y cogniciones (Creo que el termino cogniciones no esta bien empleado, hay que buscar otra palabra) condicionadas por la preocupación intensa por el peso, la alimentación y la distorsión en la imagen corporal, alteraciones caracterizadas por un curso crónico y desadaptativo, los cuales generalmente inician durante la adolescencia y tienden a la cronicidad.

Al igual que se ha reportado en la literatura internacional^{2, 4, 6}, en el presente estudio se detecto el inicio de los TCA en la adolescencia temprana, con una muestra que incluyó adolescentes de los 11 a los 17 años de edad (13.96 años \pm 1.81), así mismo, se reportó un mayor porcentaje en el sexo femenino (93.3%), estimándose una relación hombre:mujer en 1:14.

Los resultados obtenidos respecto a relación entre la proporción de BN, TPA y AN (48.9%, 26.7% y 24.4% respectivamente) son similares a los reportados en la literatura, con un mayor porcentaje de presentación de BN^{2, 3}.

En cuanto a los resultados obtenidos respecto al diagnóstico de peso, el mayor porcentaje de paciente de todos los grupos de TCA se ubicó en peso saludable, como se ha descrito en la población adolescente con TCA, el bajo peso se identificó únicamente en la población con AN, mientras que el mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad se encontraron en BN y TPA respectivamente, concordando con lo reportado en otros estudios².

En relación a la comorbilidad de los TCA evaluados mediante la aplicación del MINI KID, llama la atención la alta tasa de presentación reportada (un diagnóstico asociado 91.1%, dos 80%, tres 46.6%, cuatro 24.4%), lo cual se explicaría debido a que la muestra se recolectó en el área de hospitalización y Urgencias del hospital, sitios de atención para la psicopatología más grave. El episodio depresivo mayor fue la principal patología asociada en todos los grupos de TCA, al igual que el riesgo suicida en segundo lugar; en tercer lugar se ubicó el TDAH, con presentación exclusiva en BN, el último lugar fue ocupado por los trastornos de ansiedad, datos consistentes con lo reportado en otros estudios⁵.

Respecto a la descripción de las conductas autolesivas, estas se reportaron en porcentajes más elevados a los descritos en la literatura^{5, 29}, encontrándose que el 64.4% presentó autolesiones no suicidas y el 46.7% por lo menos un intento suicida a lo largo de su vida, comparados con el reporte de intento suicida en el 9.8% en AN, 16.8% en BN y 20.2% en TPA⁵, dicha severidad en las conductas autolesivas, nuevamente se relaciona con el tipo de población recabada.

Debido a que en el desarrollo de los TCA, se encuentran implicados factores personales, medioambientales y familiares, la comprensión de las características que rodean a su desarrollo son de suma importancia, por lo que dentro de los resultados obtenidos en el presente estudio se describen las características del ambiente familiar, encontrando que el 53.3% los adolescentes contaba con antecedentes de psicopatología familiar, representando los hermanos el mayor porcentaje de la muestra, lo cual orienta a que tanto la carga genética familiar combina (madre/padre), así como la exposición al ambiente familiar, son un factor de impacto en el desarrollo de la psicopatología de la conducta alimentaria, resultados

concordantes con las descripciones que se han realizado de las familias de adolescentes con TCA (mayores conflictos y desorganización, deficiencias en los cuidados hacia los hijos, sobreprotección de uno de los padres, menor apoyo emocional, cohesión y adaptabilidad)¹⁹.

Dentro de los resultados obtenidos, se compararon las diferentes subescalas del EMBU I, se observaron resultados similares en las medias de las cuatro subescalas en AN, BN y TPA en la percepción de la crianza de la madre, con una mayor percepción de rechazo, control y aceptación en BN y mayor percepción de favoritismo en TPA, las percepciones más bajas de rechazo, favoritismo y control se identificaron en AN y menor aceptación en TPA. En los resultados de la percepción de crianza del padre, en este se identificaron diferencias importantes entre los grupos de TCA, las medias más altas de rechazo, aceptación, favoritismo y control se presentaron en AN, las medias más bajas se presentaron en rechazo, aceptación, favoritismo y control en TPA.

Sin embargo, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de rechazo y favoritismo en la percepción de crianza del padre, así como una tendencia en los resultados de rechazo, aceptación y control del padre, resultados concordantes al analizar los grupos de AN, BN y TPA mediante ANOVA, así como en el análisis por *t* de los dos tipos de TCA agrupados mediante MINI KD (AN y BN/TPA). En ambos, con puntuación más alta de percepción de *rechazo y favoritismo paterno* en el subgrupo de adolescentes con AN y más bajas en TPA.

Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan los publicados por Cava, Rojo y Livianos (2003), donde se refiere que los adolescentes diagnosticados de TCA identifican a sus padres con más *rechazo* hacia ellos, siendo esta última dimensión la que presentaba mayor riesgo relativo de desarrollar un TCA³⁰, así como los resultados de Fassino, Piero, Tomba y Abbate-Daga (2009), donde identificaron que tanto la sobreprotección paterna como la falta de cuidados paternos, se relacionaba con un peor pronóstico, es decir mayor gravedad de la BN y menores índices de recuperación de la AN³². Al igual que en los estudios citados, los resultados aquí obtenidos señalan la percepción del padre como uno de los factores relacionados con la presentación de los diferentes tipos de TCA.

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se indagó sobre las características de los adolescentes con TCA, obteniendo datos respecto a edad de inicio, presentación por género y relación de presentación entre BN, AN y TPA.
2. Se encontraron diferencias en la presentación de conductas autolesivas, tanto autolesiones no suicidas como intentos suicidas, siendo estas de mayor severidad y presentación.
3. Se describió el número y tipo de las comorbilidades más frecuentemente reportadas, identificándose al trastorno depresivo, riesgo suicida y TDAH como los más frecuentes.
4. Se definió la alta frecuencia de presentación de psicopatología familiar, así como el mayor porcentaje de esta dentro del grupo de hermanos.
5. Se identificó que una mayor percepción de rechazo del padre en los adolescentes está relacionado con el desarrollo de la psicopatología tanto en AN como en el TPA. La percepción de crianza de la madre, no mostró diferencias significativas en la presentación de los TCA.
6. Debido a que la adolescencia es un período crítico, en el cual los factores asociados al desarrollo de la psicopatología cobra importancia por su impacto, es importante identificar la confluencia de características personales, conductuales y ambientales, mismas que servirán de guía para el tratamiento y prevención, proporcionando pautas para una intervención temprana.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La presente investigación se realizó en un periodo breve de tiempo, con una muestra pequeña, recabada por cuota de tiempo, por lo que se sugiere ampliar el número de adolescentes de la muestra, así como los servicios de captación, ya que si bien se obtuvieron únicamente algunos datos de significancia estadística, si se identificaron diferencias porcentuales y tendencias importantes en la descripción de los resultados.

REFERENCIAS

1. Micali N, Somi F, Horton N, Crosby R, Eddy K, Calzo J, Sonnevile K. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54 (8):652-661.
2. Evans E, Adamson A, Basterfield L, Couteur A, Reilly J. Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: A 6-year longitudinal cohort study. *Appetite*. 2017; 108:12-20.
3. López C, Raimann X, Gaete V. Preventing eating disorders in the age of obesity: the clinician's role. *Rev Med Clin Condes*. 2015; 26 (1):24-33.
4. Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora M, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clin* 2000;52:140-147.
5. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora M. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*. 2012; 35:483-490.
6. Murray S, Griffiths S, Nagata J. Community-Based Eating Disorder Research in Males: A Call to Action. *Journal of Adolescent Health*. 2018; 62:649-650.
7. Forbush K, Hagan K, Kite B, Chapa D, Bohrer B, Gould S. Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 79:40-52.
8. Flament M, Henderson K, Buchholz A, Obeid N. Weight Status and *DSM-5* Diagnoses of Eating Disorders in Adolescents From the Community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54 (5):403-411
9. Brausch A, Perkins N. Nonsuicidal self-injury and disordered eating: Differences in acquired capability and suicide attempt severity. *Psychiatry research*. 2018; 266:72-78.
10. Calzo J, Horton N, Sonnevile K, Swanson S, Crosby R, Micali N. Male Eating Disorder Symptom Patterns and Health Correlates From 13 to 26 Years of Age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55 (18):693-703.
11. Beato L, Ramirez C, O'ferrall C, Rodríguez T. influence of parental rearing styles on attitude towards change in eating disorders. *Rev Mex de trastornos alimentarios*. 2015; 7: 56-63
12. Lutter M, Khan M, Satio K, Davis K, Kidder I, McDaniel L, Darbro B, Pieper A. The Eating

- Disorder Associated HDAC4^{A778T} Mutation Alters Feeding Behaviors in Female Mice. *Biological Psychiatry*. 2017; 81:770-777.
13. Peña E, Reidl L. Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de Investigación Psicológica*. 2015; 5 (3):2182-2193.
 14. Lock J, Via M. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54 (5):412-425.
 15. Gull W. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transact Clin Soc Lond*. 1874;7:222-228.
 16. Silverman J. Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1997;21:295-298.
 17. Chung Y, Kim J, Lee J. Onset of dieting in childhood and adolescence: implications for personality, psychopathology, eating attitudes and behaviors of women with eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2017; 22 (3):491-497.
 18. Feldman R, Keren M, Gross O, Tyano S. Mother–Child Touch Patterns in Infant Feeding Disorders: Relation to Maternal, Child, and Environmental Factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43 (9):1089-1097.
 19. Kucharska-Pietura K, Nikolaou V, Masiak M, Treasure J. The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2004;35:42–47.
 20. Minuchin S, Rosman B, Baker L. *Psychosomatic families; anorexia nervosa in context*. United States of North America: Harvard University Press; 1978.
 21. Vidovic V, Juresa V, Begovac L, Mahnik M. Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev*. 2005;13:19–28.
 22. Lejja M, Saucedo J, Ulloa R. Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud Mental*. 2011; 34:203-210.
 23. Cuadro E, Baile J. Binge eating disorder: analysis and treatment. *Rev Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2015; 6:97-107.
 24. Rodríguez M, Gempeler J, Mayor N, Patiño C, Lozano L, Pérez V. Emotion dysregulation and eating symptoms: Analysis of group sessions in patients with eating disorder. *Rev Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2017; 8: 72-81.

25. Jáuregui I, Santiago M, Estébanez S. Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Aten Primaria*. 2009; 41 (4):201-206.
26. Márquez-Caraveo M, Hernandez L, Aguilar J, Pérez V, reyes M. Datos psicometricos del EMBU-I "Mis memorias de crianza" como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2007; 30 (2):58-66.
27. Ramos M, Alvarado C. Los Estilos Parentales: Su Relación en la Negociación y el Conflicto entre Padres y Adolescentes. *Acta de investigación psicológica*. 2015; 5 (2):1972-1983.
28. Ferreira C, Silva C, Mendes A. How do warmth, safeness and connectedness-related memories and experiences explain disordered eating?. *Eat Weight Disord*. 2017: 1-8.
29. Yamaguchi N, Kobayashi J, Tachikawa H, Sato S, Hori M, Suzuki T. Parental representation in eating disorder patients with suicide. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000; 49(2):131-136.
30. Cava G, Rojo L, Livianos L. Influencia de la percepción de la crianza en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anorexia nerviosa*. 2003;147-163.
31. Hong S, Peltzer K, Jalayondeja C. Parental misperception of child's weight and related factors within family norms. *Eat Weight Disord*. 2017; 1-8.
32. Fassino S, Piero A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BioMed Central Psychiatry*. 2009; 9: 67-68.
33. Calvo R, Solórzano G, Morales C, Kassen M, Codesal R, Blanco A. Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*. 2014; 25:19-37.
34. Balantekin K, Birch L, Savage J. Family, friend, and media factors are associated with patterns of weight-control behavior among adolescent girls. *Eat Weight Disord*. 2017; 1-9.
35. Thabrew H, McDowell H, Give K, Murell K. Systematic review of screening instruments for Psychosocial problems in Children and adolescents with long-term physical conditions. *Global pediatric health*. 2017; 4: 1-25.
36. López Aguilar X, Mancilla Díaz JM, Vázquez Arévalo R, Álvarez Rayón GL, Franco Paredes K. Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del cuestionario de patrones de alimentación y peso-revistado (QEWP-R). *Psicología.com*. 2011; 15:19.

37. Franco K, Álvarez G, Ramirez R. Eating disorders questionnaires validated in Mexican women: A review of the literature. *Mexican Journal of Eating Disorders*. 2011; 2: 148-164
38. Álvarez G, Mancilla J, Vazquez C. Validity of the Eating Attitudes Test: a study of Mexican eating disorders patients. *Eat Weight Disord*. 2004; 9 (44):243-248.
39. Kamryn E, Celio A, Rienecke R, Herzog D. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47 (2):693-703.156.164.
40. Villegas M, Alonso M, Alonso B, Martínez R. Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *AQUICHAN*. 2014; 14 (1):41-52.
41. Rodríguez B, Oudhof H, Gonzalez N, Unikel C. Desarrollo de una escala para medir la percepción de la crianza parental en jóvenes estudiantes mexicanos. *Pensamiento psicológico*. 2011; 9 (17):9-20.
42. Merino C, Díaz M, De Roma V. Validación del inventario de conductas parentales: un análisis factorial confirmatorio. *Sembrant*. 2004: 145-162
43. Franco N, Pérez M, Dios M. Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*. 2014; 1 (2): 149-156.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto general.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Oficio: DI/CI/869/1013
Dictamen: Aprobación
México, D.F., a 4 de Noviembre de 2013

Dr. Humberto Nicolini Sánchez
Presente

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado “*Asociación genética en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*”, registrado en esta División de Investigación con la clave **11301/0913**, ha sido dictaminado como: **Aprobado**, puede pasar al comité de ética para su evaluación.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Mayo y noviembre, en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir no olvide llenar el informe final en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Mtra. Enf. Lucía Arciniega Buenrostro
Secretaria del Comité de Investigación

Ccp. Alma Delia Genis Mendoza. INMEGEN. Presente
Registro de productividad, HPIIDINN. Presente
Archivo

Anexo 2. Carta de aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto actual.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



División de Investigación

Oficio: DI/CI/993/0418
Asunto: Registro de tesis derivada
México, D.F., a 17 abril de 2018

Dra. Alma Delia Genis Mendoza
Investigador responsable
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: Asociación genética de trastornos de la conducta alimentaria y obesidad
No. Registro: 11301/0913
Aprobación CI: 01 junio 2016

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**

Título: **Percepción de estilos de crianza parental y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México**
No. Registro: **11301/0913/1f**
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**
Tesisista: **Ana Rosa García Berdeja**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesisista:

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de los avances del proyecto derivado así como envío de pdfs de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por emienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad
Archivo

Recibi original Dra Ana Rosa Garcia Berdeja

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación, Tlalpan, C.P. 14080, México, Ciudad de México.
Teléfono 63-88-80-26. investigacionhpi@gmail.com www.sap.salud.gob.mx

Anexo 3. Formato del Consentimiento informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO (HPIJNN)

Asociación genética en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad

Nombre del Paciente: _____

Estamos invitando a su hijo (a) a participar en un estudio de investigación en el cual colabora el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN), y el cual requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y por favor pregunte lo que no entienda claramente.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO. Se le ha solicitado a su hijo (a) participar en un proyecto de investigación para determinar la existencia de ciertos genes en niños y adolescentes que se ha observado en otros países pueden favorecer la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso u obesidad. En la actualidad la obesidad es un importante problema de salud ya que aumenta el riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades que afectan el corazón, las arterias, el páncreas, además de que en muchas ocasiones también afecta la autoestima y favorece la presencia de conductas de alimentación poco sanas. Hasta el momento en el hospital no se han realizado estudios genéticos en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Por lo que consideramos necesaria la búsqueda posibles grupos de alto riesgo con la finalidad de poder reducir el impacto sobre la salud a través de programas de prevención más específicos. Le pedimos a su hijo (a) que participe porque tienen las características de la población que estamos buscando. Su participación, de ninguna manera afectará o modificará su tratamiento médico. Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN. Esta es la única Institución Médica participante en el estudio. Los procedimientos mencionados a continuación, se realizarán únicamente con propósitos de investigación. Si usted acepta que su hijo (a) participe, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de la investigación en dos visitas:

PASO 1: a. Se le realizará a su hijo (a) una entrevista (de aproximadamente 60 minutos) durante la cual se les realizarán preguntas acerca de sus problemas médicos, de salud mental y sobre la historia de enfermedades médicas y mentales en su familia. También obtendremos información que incluye su edad, años de escolaridad, vivienda, nivel socioeconómico. Se les solicitará que respondan un breve cuestionario por escrito. Si deciden participar en esta investigación, estarán dando permiso o "autorizando" a los investigadores para que recolecten y utilicen su información personal de salud. **PASO 2:** b. Les pediremos a su hijo (a) que done una muestra de sangre de aproximadamente diez centímetros cúbicos (10 cc.), que se tomara por medio de una punción en su brazo, por personal entrenado en ello. El equipo que se utilizará para la toma de muestras vendrá empacado, cerrado y cumplirá con las normas sanitarias requeridas. La muestra de sangre será utilizada para extraer el ADN para un análisis genético. Se tomará en el Hospital Psiquiátrico Infantil al terminar la entrevista o en una segunda visita si así lo deciden, para ser analizada el Instituto Nacional de Medicina Genómica. La entrevista y el estudio genético serán sin cargo económico alguno.

RIESGOS Y MOLESTIAS. Los riesgos de participar en este estudio incluyen el tiempo que emplearan en la entrevista y el hecho de revelar información personal. La extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción, es decir, sentirá un pinchazo y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en su brazo, para reducir esa posibilidad la sangre será extraída por una persona experimentada. Las entrevistas serán realizadas por personas con entrenamiento en salud mental (psiquiatras), los cuales están entrenados para proteger la confidencialidad y prevenir cualquier molestia o desagrado.

BENEFICIOS. La participación de su hijo (a) en este estudio le traerá como beneficio la posibilidad de identificar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, las cuales, de resultar positivas nos permitirán iniciar un manejo dirigido a su atención para mejorar su salud física y mental. Además de que es posible que este estudio mejore nuestro conocimiento acerca de la genética de los trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad y que en un futuro con este conocimiento. Los participantes en el estudio no recibirán información concerniente a los resultados de las pruebas genéticas. Sin embargo, si se brindará información amplia acerca de los padecimientos psiquiátricos del paciente al momento de finalizar la entrevista diagnóstica.

DERECHO A RETIRARTE DEL ESTUDIO. La participación en este estudio es voluntaria. Si decide que sus hijos participen en el estudio, estará autorizando el uso y divulgación de la información recolectada (NO los datos personales que puedan identificarlos) al firmar esta forma. Puede cancelar en cualquier momento su autorización para que los investigadores recaben, usen y compartan la información personal de salud de su hijo. La solicitud para cancelar esa autorización debe hacerse por escrito con el DR. Humberto Nicolini, investigador del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". Si cancela su autorización, se dará por terminada su participación en el estudio y el personal del proyecto dejará de recolectar información médica acerca de su hijo, destruyendo las muestras de sangre y toda la información que se haya recabado hasta ese momento.

CONFIDENCIALIDAD La identidad de su hijo y cualquier otra información que nosotros obtengamos acerca de ustedes se mantendrán resguardadas de forma confidencial. Esta información no se le dará a nadie más. Su identidad se mantendrá confidencial en las publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto. La información que los identifica será guardada en la oficina del proyecto y solamente el Dr. Humberto Nicolini y las personas que trabajan con él en este proyecto tendrán acceso a ella. Esto significa que el nombre de su hijo, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que pudiera identificarlos no será proporcionado a nadie sin su consentimiento escrito. Ninguna información de este estudio será parte de su expediente clínico y no será revelada a ninguna otra persona excepto como se describe a continuación: Con base en la información que recibamos acerca de ustedes, llenaremos una forma que resume su historia de enfermedades y síntomas médicos y de salud mental y usaremos un número codificado, pero no usaremos información que los identifique. Esta forma será compartida con otros investigadores. Si otros científicos reciben su ADN para estudios relacionados, estas muestras y la forma de información serán identificadas solamente por el número codificado. La clave que conecta su número codificado con la información que le identifica será mantenida bajo resguardo del investigador principal de este proyecto Solo en caso de identificar algún otro trastorno o conducta alimentaria de riesgo que no se encuentre en su expediente del Hospital es que se anexara un breve resumen a su expediente con la

finalidad de que se brinde tratamiento y seguimiento adecuado para mejorar el pronóstico. La información personal de salud de su hijo puede ser revelada al Comité de Ética e Investigación (CEI) con el único propósito de supervisar este proyecto de investigación.

EN CASO DE LESIÓN. Como se mencionó anteriormente, la extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en el brazo. Si su hijo resultara lesionado como resultado de los procedimientos de investigación enlistados en el párrafo "PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN", se le proporcionará el procedimiento de seguridad adecuado. **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.** No tiene obligación de participar en este estudio si no lo desea. En el caso de que no quiera participar en este estudio, no perderá ningún beneficio ni acceso a tratamientos a los cuales pudiera tener derecho.

CONTACTOS. Si tiene alguna pregunta ahora, por favor hágala con confianza. Si tuviera preguntas adicionales después o deseara reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este estudio, puede dirigirse con la Dra. Ana Rosa García Berdeja dentro de las instalaciones del HPIJNN en horario matutino, al teléfono 53 50 19 00 ext 1197. El CEI que revisa las investigaciones en sujetos humanos podrá responder en caso necesario dudas acerca de sus derechos como sujeto de investigación. El teléfono es (55) 73 48 66, en la sección de Comité de Ética a cargo del Dr. Julio Flores Lázaro.

Carta de Consentimiento He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, se me han respondido todas mis preguntas en términos que he podido entender. Basado en esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD (paciente): _____

FIRMA: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR (padre, madre, tutor): _____

FIRMA: _____ PARENTESCO: _____

TESTIGO 1 (nombre y firma): _____

TESTIGO 2 (nombre y firma): _____

INVESTIGADOR (nombre y firma): _____

La muestra de sus hijos (as) si así lo desea podrá ser utilizada para crear un banco de DNA, es decir su muestra será almacenada por tiempo indefinido para futuros estudios genéticos. Si usted acepta, indirectamente ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de enfermedades con influencia genética. En el caso de que no acepte que las muestras de sus hijos sean empleadas en futuros estudios, estas serán destruidas una vez que se termine con los análisis de esta investigación. Si acepta que las muestras de sangre sean empleadas para futuros estudios genéticos, manteniendo la confidencialidad y anonimato por favor firme en el siguiente espacio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD (paciente): _____

FIRMA: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR (padre, madre, tutor): _____

FIRMA: _____ PARENTESCO: _____

TESTIGO 1 (nombre y firma): _____

TESTIGO 2 (nombre y firma): _____

INVESTIGADOR (nombre y firma): _____

Anexo 4. Formato del Asentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSIÓN PARA MENORES DE EDAD (ASENTIMIENTO)

TÍTULO DEL ESTUDIO: Asociación genética en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad

PROPÓSITO. Se te ha solicitado participar en un proyecto de investigación para determinar la existencia de ciertos genes en niños y adolescentes que se ha observado en otros países pueden favorecer la presencia de sobrepeso u obesidad. En la actualidad la obesidad es un importante problema de salud ya que aumenta el riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades que afectan el corazón, las arterias, el páncreas, además de que en muchas ocasiones también afecta la autoestima y favorece la presencia de conductas de alimentación poco sanas. Hasta el momento en México no se han realizado estudios genéticos en adolescentes con obesidad. Por lo que consideramos necesaria la búsqueda de posibles grupos de alto riesgo con la finalidad de poder reducir el impacto sobre la salud a través de programas de prevención más específicos. Te pedimos que participes porque tienes las características de la población que estamos buscando. Tu participación, de ninguna manera afectará o modificará tu tratamiento médico. Para el estudio, requerimos de tu cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN. Esta es la única Institución Médica participante en el estudio. Los procedimientos mencionados a continuación, se realizarán únicamente con propósitos de investigación. Si aceptas participar, se te pedirá que completes los siguientes procedimientos de la investigación en dos visitas: **VISITA 1:** Se te hará una entrevista (de aproximadamente 60 minutos) durante la cual se te realizaran preguntas acerca de tus problemas médicos, de salud mental y sobre la historia de enfermedades médicas y mentales en tu familia con el fin de construir tu árbol familiar. También obtendremos información que incluye tu edad, años de escolaridad, vivienda, nivel socioeconómico. Se te solicitara que respondas dos breves cuestionarios por escrito. Si decides participar en esta investigación, estarás dando permiso o "autorizando" a los investigadores y al personal de la investigación para que recolecten y utilicen tu información personal de salud. **VISITA 2:** a. Te pediremos que dones una muestra de sangre de aproximadamente diez centímetros cúbicos (10 cc.), que se tomara por medio de una punción en tu brazo, por personal entrenado en ello. El equipo que se utilizará para la toma de muestras vendrá empacado, cerrado y cumplirá con las normas sanitarias requeridas. La muestra de sangre será utilizada para extraer el ADN para un análisis genético. Se tomará en el Hospital Psiquiátrico Infantil al terminar la entrevista o en una segunda visita si así lo decides, para ser analizada el Instituto Nacional de Medicina Genómica. Las entrevistas y el estudio genético serán sin cargo económico alguno.

RIESGOS Y MOLESTIAS. Los riesgos de participar en este estudio incluyen el tiempo que emplearas en la entrevista y el hecho de revelar información personal. La extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción, es decir, sentirás un pinchazo y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en tu brazo, para reducir esa posibilidad la sangre será extraída por una persona experimentada. Deseamos asegurarte que las entrevistas serán realizadas de manera privada y que la información que nos brindes no será compartida con otros miembros de tu familia. Las entrevistas serán realizadas por personas con entrenamiento en salud mental (psiquiatras), los cuales están entrenados para proteger la confidencialidad y prevenir cualquier molestia o desagrado.

POSIBLES BENEFICIOS. Tu participación en este estudio te traerá como beneficio la posibilidad de identificar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, las cuales de resultar positivas nos permitirán iniciar un manejo dirigido a su atención para mejorar tu salud física y mental. Además de que es posible que este estudio mejore nuestro conocimiento acerca de la genética de la obesidad y trastornos de alimentación y en un futuro con este conocimiento intentar resolver problemas acerca de ellos. Los participantes en el estudio no recibirán información concerniente a los resultados de las pruebas genéticas. Sin embargo si se te brindará información amplia acerca de los padecimientos psiquiátricos que se identifiquen al momento de finalizar la entrevista diagnóstica.

DERECHO A RETIRARTE DEL ESTUDIO. La participación en este estudio es voluntaria. Si decides participar en el estudio, estarás autorizando el uso y divulgación de la información recolectada (NO los datos personales que puedan identificarte) al firmar esta forma. Puedes cancelar en cualquier momento tu autorización para que los investigadores recaben, usen y compartan tu información personal de salud. La solicitud para cancelar esa autorización debe hacerse por escrito con la Dra. Gabriela M. Cortés Meda residente de psiquiatría infantil y de la adolescencia con dirección en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". Si cancelas tu autorización, se dará por terminada tu participación en el estudio y el personal del proyecto dejará de recolectar información médica acerca de ti y destruirá las muestras de sangre y toda la información que se haya recabado hasta ese momento.

CONFIDENCIALIDAD. Tu identidad y cualquier otra información que nosotros obtengamos acerca de ti se mantendrán resguardadas de forma confidencial. Esta información no se le dará a nadie más. Tu identidad se mantendrá confidencial en las publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto. La información que te identifica será guardada en la oficina del proyecto y solamente el Dr. Humberto Nicolini Sánchez y las personas que trabajan con él en este proyecto tendrán acceso a ella. Esto significa que tu nombre, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que pudiera identificar tu nombre no será proporcionada a nadie sin tu consentimiento escrito. Ninguna información de este estudio será parte de tu expediente clínico y no será revelada a ninguna otra persona excepto como se describe a continuación: Con base en la información que recibamos acerca de ti, llenaremos una forma que resume tu historia de enfermedades y síntomas médicos y de salud mental y usaremos un número codificado, pero no usaremos información que te identifique. Esta forma será compartida con otros investigadores. Si otros científicos reciben tu ADN para estudios relacionados, estas

muestras y la forma de información serán identificadas solamente por el número codificado. La clave que conecta tu número codificado con la información que te identifica será mantenida bajo resguardo del investigador principal de este proyecto Solo en caso de identificar algún otro trastorno mental o conducta alimentaria de riesgo que no se encuentre en tu expediente del Hospital es que se anexara un breve resumen a tu expediente con la finalidad de que te den el tratamiento y seguimiento adecuados para mejorar tu pronóstico.

Tu información personal de salud puede ser revelada al Comité de Ética e Investigación (CEI) con el único propósito de supervisar este proyecto de investigación.

EN CASO DE LESIÓN. Como se mencionó anteriormente, la extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en el brazo. Si resultaras lesionado como resultado de los procedimientos de investigación enlistados en el párrafo "PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN", se te proporcionará el procedimiento de seguridad adecuado.

TU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA. No tienes obligación de participar en este estudio si no lo deseas. En el caso de que no quieras participar en este estudio, no perderás ningún beneficio ni acceso a tratamientos a los cuales pudieras tener derecho.

CONTACTOS. Si tiene alguna pregunta ahora, por favor hágala con confianza. Si tuviera preguntas adicionales después o deseara reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este estudio, puede dirigirse con el Dr. Humberto Nicolini Sánchez al teléfono 53 50 19 00 ext. 1197. El CEI que revisa las investigaciones en sujetos humanos podrá responder en caso necesario dudas acerca de sus derechos como sujeto de investigación. Comité de Ética a cargo del Dr. Julio Flórez Lázaro. Te daremos una copia firmada de este formulario para que la conserves.

FIRMA ESTA FORMA SÓLO SI TODO LO SIGUIENTE ES VERDADERO:

HAS DECIDIDO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACION.

AUTORIZAS LA RECOLECCIÓN, USOS Y REVELACIÓN DE TU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD, TAL COMO SE DESCRIBE EN ESTA FORMA.

HAS LEIDO LA INFORMACIÓN MENCIONADA EN ESTE FORMULARIO.

TUS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE Y CREES HABER ENTENDIDO TODA LA INFORMACIÓN QUE SE TE DIÓ ACERCA DEL ESTUDIO Y ACERCA DE LOS USOS DE TU INFORMACIÓN PRIVADA.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD (paciente): _____

FIRMA: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR (padre, madre, tutor): _____

FIRMA: _____ PARENTESCO: _____

TESTIGO 1 (nombre y firma): _____

TESTIGO 2 (nombre y firma): _____

INVESTIGADOR (nombre y firma): _____

Anexo 5. MINI KID (concentrado de resultados)

MÓDULOS		PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
B	RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A
C	TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D	EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
E	TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por Vida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
F	AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G	TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.21	F93.0
H	FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
I	FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.29	N/A
J	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
K	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
L	ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
L	DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
M	ABUSO DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
M	DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
N	TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	307.20-307.23	F95.x
O	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00-314.01	F90.0/F98.8
P	TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.x
Q	TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	313.81	F91.3
R	TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
S	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
T	BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
U	TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
V	TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.24/309.28 300.2/300.4	F43.xx

Anexo 6. Cuestionario de alimentación y patrones de peso revisado (QEWP-R)

Selecciona con una X la opción que más se acerque a tu modo de actuar y/o pensar:

<p>1. Durante los pasados 6 meses, alguna vez comiste más que la mayoría de la gente, (por ejemplo: más que tus amigos), y pensarías que ¿fue realmente una gran cantidad de alimento?</p> <p>¿Alguna vez comiste una cantidad realmente grande de alimento en un período de tiempo (más o menos 2hrs)?</p>	<p>SI _____ NO _____ -</p> <p>SI _____ NO _____</p>
<p>2. Cuando comiste una cantidad realmente grande de alimento ¿alguna vez sentiste que no podías parar de comer? o ¿Sentiste que no podías controlar que o cuanto estabas comiendo?</p>	<p>SI _____ NO _____</p>
<p>3. Durante los pasados 6 meses ¿Qué tan a menudo comiste una cantidad realmente grade de alimento con la sensación de que estabas fuera de control? (pudo haber unas semanas en las que no comiste de esta manera)</p>	<p>a). Menos de un día a la semana b). Un día a la semana c). 2 ó 3 días a la semana d). 4 ó 5 días a la semana e). Más de 5 días a la semana</p>
<p>4. Cuando comiste una gran cantidad de comida y no pudiste controlar tu alimentación, tú:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comiste muy rápido • Comiste hasta que te dolió el estómago o te sentiste enfermo del estómago • Comiste cantidades realmente grandes de alimento, aun cuando no sentías hambre • Comiste realmente grandes cantidades de alimento durante el día, fuera de las comidas regulares, como el desayuno, comida y cena • Comiste a solas porque no querías que nadie te viera cuanto comías • Te sentiste realmente mal contigo mismo(a) después de comer una gran cantidad de alimento 	<p>SI ___ NO ___</p>
<p>5. Durante los pasados 6 meses, ¿qué tan mal te sentiste cuando comiste demasiado o más alimento del que crees que sería óptimo para ti?</p>	<p>a) De ninguna manera mal b) Sólo un poco mal c) Moderadamente mal d) Muy mal e) Totalmente mal f) No comí demasiado</p>
<p>6. ¿Qué tan mal te sentiste al no poder parar de comer o no poder controlar que o cuando estabas comiendo?</p>	<p>a) De ninguna manera mal b) Sólo un poco mal c) Moderadamente mal d) Muy mal Totalmente mal e) No comí demasiado</p>
<p>7. Durante los pasados 6 meses ¿ha importado tu peso o la forma de tu cuerpo en cómo te sientes contigo mismo (a)?</p>	<p>a) No fueron en absoluto importantes en cómo me sentía conmigo mismo Fueron algo importantes en cómo me sentía conmigo mismo b) Fueron moderadamente importantes en cómo me sentía conmigo mismo</p>

	c) Fueron totalmente importantes en cómo me sentía conmigo mismo
<p>8. ¿Alguna vez te has provocado el vómito para impedir la ganancia de peso después de comer una cantidad realmente grande de alimento? (En caso de que tu respuesta sea “NO”, pasa a la pregunta número 9)</p> <p>¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?</p>	<p>SI _____ NO _____</p> <p>a). Menos de una vez a la semana</p> <p>b) Una vez a la semana</p> <p>c). 2-3 veces a la semana</p> <p>d). 4-5 veces a la semana</p> <p>e). Más de 5 veces a la semana</p>
<p>9. ¿Alguna vez has tomado medicamentos (pastillas, té u otros productos) que te hacían ir al baño con el fin de no ganar peso después de comer mucho? (En caso de que tu respuesta sea “NO”, pasa a la pregunta número 10)</p> <p>¿Fueron laxantes (hacen que tengas movimiento intestinal) o diuréticos (hacen que orines frecuentemente)?</p> <p>¿Alguna vez ingeriste más del doble de la cantidad que está indicada en la caja o envase?</p> <p>¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?</p>	<p>SI _____ NO _____</p> <p>Laxantes _____</p> <p>Diuréticos _____</p> <p>SI _____ NO _____</p> <p>a). Menos de una vez a la semana</p> <p>b). Una vez a la semana</p> <p>c). 2-3 veces a la semana</p> <p>d). 4-5 veces a la semana</p> <p>e). Más de 5 veces a la semana</p>
<p>10. ¿Alguna vez no comiste nada en todo un día para impedir la ganancia de peso después de comer una gran cantidad de alimento? (En caso de que tu respuesta sea “NO”, pasa a la pregunta número 11)</p> <p>¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?</p>	<p>SI _____ NO _____</p> <p>a). Menos de una vez a la semana</p> <p>b). Una vez a la semana</p> <p>c). 2-3 veces a la semana</p> <p>d). 4-5 veces a la semana</p> <p>e). Más de 5 veces a la semana</p>
<p>11. ¿Alguna vez hiciste ejercicio de una hora seguida únicamente para impedir la ganancia de peso después de comer mucho? (En caso de que tu respuesta sea “NO”, pasa a la</p>	<p>SI _____ NO _____</p>

<p>pregunta número 12)</p> <p>¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?</p>	<p>a). Menos de una vez a la semana b). Una vez a la semana c). 2-3 veces a la semana d). 4-5 veces a la semana e). Más de 5 veces a la semana</p>
<p>12. Durante los pasados 6 meses, ¿alguna vez tomaste pastillas para impedir la ganancia de peso después de comer mucho?</p> <p>¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?</p>	<p>SI _____ NO _____</p> <p>a). Menos de una vez a la semana b). Una vez a la semana c). 2-3 veces a la semana d). 4-5 veces a la semana e). Más de 5 veces a la semana</p>
<p>13. Estoy tratando intencionadamente de perder peso, comiendo menos:</p>	<p>SI _____ NO _____</p>

Anexo 7. Eating attitudes test (EAT-26)

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado						
2. Procuero no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuero no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo 8. EMBU I

	MAMA				PAPA			
	1= no, nunca	2= si algunas veces	3= si, frecuentemente	4= si, casi siempre	1= no, nunca	2= si algunas veces	3= si, frecuentemente	4= si, casi siempre
1. ¿Te dice tu papá (mamá) que te quiere y te abraza o te besa?								
2. ¿Te mimas tu papá (mamá) más que a tus hermanos?								
3. ¿Te sientes disgustado cuando tu papá (mamá) no te da lo que quieres?								
4. ¿Te deja tu papá (mamá) tener cosas que tus hermanos no pueden tener?								
5. Si haces algo malo, ¿puedes arreglarlo pidiendo perdón a tu papá (mamá)?								
6. ¿Te dice tu papá (mamá) cómo tienes que vestirte, peinarte, etc.?								
7. ¿Crees que tu papá (mamá) te quiere menos que a tus hermanos?								
8. ¿Te trata tu papá (mamá) peor (injustamente) que a tus hermanos?								
9. ¿Tu papá (mamá) te prohíbe hacer cosas que en cambio tus amigos pueden hacer, por miedo a que te suceda algo malo?								
10. ¿Se preocupa tu papá (mamá) por saber qué haces cuando sales del colegio, cuando vas con algún amigo, etc.?								
11. Si las cosas te salen mal, ¿crees que tu papá (mamá) trata de comprenderte y ayudarte?								
12. Cuando haces algo mal, ¿tu papá (mamá) se pone tan triste que te hace sentir culpable?								
13. ¿Crees que tu papá (mamá) te quiere más que a tus hermanos?								
14. ¿Crees que tu papá (mamá) te ayuda cuando tienes que hacer algo difícil?								
15. ¿Tu papá (mamá) te trata como "el malo de la casa" y te echa la culpa de todo lo que ocurre?								
16. ¿Le gustaría a tu papá (mamá) que te parecieras a otro niño?								
17. ¿Tu papá (mamá) te demuestra que está contento contigo?								
18. ¿Crees que tu papá (mamá) confía en ti y te deja decidir cosas por tu cuenta?								
19. ¿Crees que tu papá (mamá) escucha y tiene en cuenta lo que tú opinas?								
20. ¿Tu papá (mamá) quiere que le cuentes tus secretos?								
21. ¿Crees que tu papá (mamá) quiere ayudarte?								
22. ¿Crees que tu papá (mamá) es tacaño y "cascarrabias" contigo?								
23. ¿Te dice tu papá (mamá) cosas como ésta: "si haces esto voy a ponerme muy triste"?								
24. Al llegar a casa, ¿tienes que explicar a tu papá (mamá) lo que has hecho?								
25. ¿Tu papá (mamá) hace algo para que aprendas cosas y te la pases bien (por ejemplo comprarte libros, procurar que salgas de excursión, etc.)?								
26. ¿Te dice tu papá (mamá) que te portas bien?								
27. ¿Tu papá (mamá) te dice que no te compra algo para que no seas un niño mimado?								
28. ¿Te sientes culpable cuando no te comportas como quiere tu papá (mamá)?								
29. Cuando estas triste, ¿te consuela y anima tu papá (mamá)?								
30. ¿Te dice tu papá (mamá) que no le gusta cómo te comportas en casa?								
31. ¿Tu papá (mamá) te regaña o te llama flojo delante de otras personas?								
32. Cuando pasa algo malo en casa ¿eres tú el hermano a quien tu papá (mamá) echa la culpa?								
33. ¿A tu papá (mamá) le gusta tu forma de ser?								
34. ¿Te pega tu papá (mamá) sin motivo?								
35. ¿Juega tu papá (mamá) contigo y participa en tus diversiones?								
36. ¿Tu papá (mamá) tiene mucho miedo de que a tí te pase algo malo?								
37. ¿Crees que tu papá (mamá) te quiere y tú lo quieres a él?								
38. ¿Tu papá (mamá) se pone triste o enojado contigo sin que te diga por qué lo está?								
39. ¿Crees que tu papá (mamá) te prefiere más a ti que a tus hermanos?								
40. ¿Tu papá (mamá) le echa la culpa a tus hermanos de cosas que tú has hecho?								
41. Si tu papá (mamá) está contento contigo, ¿te lo demuestra con abrazos, besos, caricias, etc.?								

Anexo 9. Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto general.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

20 de Marzo de 2014

Dr. José Humberto Nicolini Sánchez
Investigador responsable.

Por medio de la presente le comunico que posterior a constatar que se realizaron las modificaciones sugeridas por el comité a los documentos de consentimiento/asentimiento que integran el proyecto que usted coordina: “Asociación genética en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad”; se ha decidido **aprobar** dichos documentos para su uso.

Le deseamos éxito en la realización de este proyecto, y le invitamos a supervisar de forma constante el trabajo de sus colaboradores, para que se cumplan en su totalidad los lineamientos éticos vigentes en la secretaría de salud, para el óptimo beneficio de todos los participantes.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación
Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”



c.c.p. Comité de Investigación
c.c.p. Archivo

Anexo 10. Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto actual.

Anexo 11. Certificado NIH.

