

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN MUJERES
ESTUDIANTES DE PREPARATORIA Y UNIVERSIDAD Y SU RELACIÓN CON
FACTORES FAMILIARES Y DE PERSONALIDAD

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:

MARÍA MAGDALENA VÁZQUEZ RUBIO

COMITÉ TUTORAL

DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ

DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

DRA. ESTHER MARGARITA CASANUEVA Y LÓPEZ

DRA. CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ FORTEZA

DRA. MARÍA TERESA LARTIGUE BECERRA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I) Trastornos de la conducta alimentaria	
1.1. Historia	6
1.2. Definiciones.	7
1.2.1 Métodos de clasificación y diagnóstico de los TCA	8
Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa	9
Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa	11
Relación entre los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10	14
1.2.2 Limitaciones de los criterios diagnósticos del DSM-IV	
1.2.3. Teoría del continuo	16
1.2.4. Conductas alimentarias de riesgo	16
1.3. Aspectos epidemiológicos	17
Panorama internacional	19
Panorama nacional	23
CAPÍTULO II) Modelos explicativos y factores de riesgo de los TCA	
2.1. Modelos explicativos	26
2.2. Factores de riesgo.	29
CAPÍTULO III)	
Factores culturales	
La dieta para control de peso	32
Relación entre las dieta y los trastornos subclínicos y clínicos de la alimentación	34
Factores psicológicos	
Personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria	35
Factores familiares	38
La familia como trasmisor de valores respecto a la delgadez y la dieta	39
Dinámica familiar	40

CAPÍTULO IV) Modelo conceptual	
Marco conceptual	42
Conceptualización y operacionalización de las variables	43
CAPÍTULO V) Método	
Preguntas de investigación	44
Hipótesis	
Objetivos	45
Justificación	
Muestra	46
Diseño de estudio	47
Procedimiento	
Instrumentos	47
Análisis de resultados	54
Estudio piloto	55
CAPÍTULO VI) Resultados	
Características sociodemográficas de la muestra	58
Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo	60
Análisis de regresión logística de factores familiares	67
Análisis de regresión logística de rasgos de personalidad	70
Análisis de regresión logística de factores familiares, rasgos de personalidad y conductas alimentarias de riesgo	73
CAPÍTULO VII)	
Discusión de resultados	78
Limitaciones del estudio	84
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXO 1 Estudio piloto	101
ANEXO 2 Instrumento	116

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los trastornos de la conducta alimentaria más graves que conocemos hoy en día. Se dividen en tres categorías diagnósticas: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (APA,1994). En la actualidad estos trastornos suponen una fuente de preocupación para médicos, psicólogos, psiquiatras, nutriólogos, sociólogos y otros profesionales de la salud que trabajan en el ámbito clínico y de investigación.

En general, parecen más frecuentes de lo que podríamos sospechar ya que los datos epidemiológicos indican que, en la sociedad occidental, sufren de anorexia nerviosa entre un 0.2 y un 0.8% de personas de la población general y entre el 1 y 2% de la población adolescente de sexo femenino (Toro 1999); de bulimia nerviosa entre 1 y 3% de las mujeres (APA,1994), y entre 5 y 10% de la población en los países occidentales padece alguno o muchos de los síntomas (Shisslak y cols. 1995) lo cual pone a las personas en mayor riesgo de padecer uno de los trastornos anteriores.

En México, los estudios realizados han detectado la presencia de conductas alimentarias de riesgo características de los trastornos de la conducta alimentaria en poblaciones de estudiantes de nivel secundaria, preparatoria y universidad (Holtz,1992; Escobar, 1992; Gómez- Peresmitré G, 1993; Unikel C, Villatoro J, Medina Mora ME, Bautista C, Alcántar E, y Hernández S., 2000 y Ruíz Martínez A, González Sotomayor R y Valdez Nasser S, 2004).

Un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México mostró que un 2.8% de las mujeres y 0.9% de los hombres están en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria subclínico, debido a que presentan conductas alimentarias propias de los trastornos de la conducta alimentaria (Unikel, 2000).

Es relevante identificar a los individuos que presentan conductas alimentarias de riesgo propias de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con el fin de realizar una intervención oportuna y prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta especificados como la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, y porque en sí mismas, pueden causar daños como desnutrición y por lo tanto deficiencias en el crecimiento y desarrollo, así como problemas psicológicos como baja autoestima.

La prevención consiste en identificar los factores de riesgo, reconocer la población vulnerable y proveer una intervención eficaz a personas identificadas con conductas alimentarias de riesgo, antes de que se desarrolle el síndrome completo.

Por lo tanto, este trabajo tiene como objetivo conocer la prevalencia de las conductas alimentarias en una población de estudiantes de nivel preparatoria y licenciatura en la ciudad de Guadalajara, así como la relación de dichas conductas con los factores familiares, tales como, exceso de control, crítica, falta de apoyo, afecto y los rasgos de personalidad: neuroticismo, introversión y extroversión.

En algunos casos, las conductas alimentarias de riesgo son simplemente la presentación temprana de lo que eventualmente será un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) específico: anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). En otros, las conductas alimentarias de riesgo son estáticas y no se desarrollará un TCA específico, por ejemplo: las adolescentes que se involucran en seguir dietas dañinas (personas que utilizan fármacos o presentan otro tipo de conductas como vómitos autoinducidos para bajar de peso), tienen siete veces más probabilidades de desarrollar un TCA específico, que las que no lo hacen. Por ello, el seguimiento de dietas extremas se puede ver como un predictor en el desarrollo de TCA (Patton, 1999).

Los trastornos de la alimentación aún cuando no cumplen con todos los criterios estrictos del DSM-IV de AN y BN representan un riesgo serio para la salud y el bienestar, y se conocen con diferentes términos definidos con criterios no estandarizados como; síndromes parciales, casos subclínicos, trastornos parciales y síndromes atípicos. Todos estos términos se utilizan para determinar los casos de trastornos de la conducta alimentaria que no se han diagnosticado como trastornos de la conducta alimentaria especificado: AN y BN. En este trabajo nos referimos a conductas alimentarias de riesgo como conductas y actitudes características de los TCA que no cumplen con frecuencia y duración ni con todos los criterios diagnósticos del DSM-IV para un TCA.

Los Trastornos de la conducta alimentaria se consideran trastornos multifactoriales en cuanto a su etiología. Se han estudiado factores de riesgo de origen sociocultural, biológico, psicológico y familiar que favorecen el desarrollo de los TCA (Striegel Moore y cols, 1996).

A continuación se describe el contenido de los capítulos que conforman este trabajo de investigación.

En el capítulo I se presenta una breve historia de los trastornos de la conducta alimentaria, su definición, criterios diagnósticos y algunas de las limitaciones de dichos criterios, así como, otros conceptos pertinentes a este trabajo como la teoría del continuo, conductas alimentarias de riesgo, factores de personalidad y de familia. Además, se plantea el panorama internacional y nacional de algunos de los estudios epidemiológicos realizados sobre estos trastornos.

En el capítulo II se describen los modelos explicativos de los TCA empezando por el modelo biopsicosocial: los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, seguido por otros factores de riesgo que han sido estudiados por diferentes investigadores y que son pertinentes para el propósito de este estudio.

En el capítulo III se aborda una descripción más detallada de los estudios realizados sobre los factores de riesgo que se abordan en este trabajo: factores familiares y rasgos de personalidad, así como los factores culturales que aunque no se estudian en este trabajo mantienen una relación directa sobre estos trastornos.

En el capítulo IV se presenta el modelo conceptual.

En el capítulo V se describe la metodología para realizar el estudio: las preguntas de investigación, los objetivos, las hipótesis, muestra y el diseño del estudio.

En el capítulo VI se presentan los resultados de las variables sociodemográficas, la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo y los análisis de regresión logística realizados

En el capítulo VII se presenta la discusión de resultados y las conclusiones.

En el anexo 1 se presenta el estudio piloto y en el anexo dos el instrumento utilizado.

En el anexo 2 se presenta el instrumento

CAPÍTULO I

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.1. HISTORIA

Anorexia nerviosa

La medicina inicia el estudio de la anorexia nerviosa (AN) con la obra “*A Treatise of Consumptions*,” un texto del siglo XVII original de Richard Morton, socio del Real Colegio de Médicos de Inglaterra (1689), quién publicó un libro en donde se realiza la primera descripción de la AN con gran precisión, en el cual describe la anorexia nerviosa en dos pacientes (Silverman 1985).

Casos similares a los que describió Morton fueron descritos en 1767 por Robert Whytt, profesor de la teoría de la medicina en la Universidad de Edimburgo y en 1668 por De Valagin, del Royal College of Physicians en Londres (Garner y Garfinkel, 1979).

En los años posteriores Marcé, en 1860 describe distintos cuadros anoréxicos y los cataloga como: delirio hipocondríaco. En 1873, Gull en Londres y Lasègue en París consideran la histeria como causa del trastorno y la denominan: anorexia histérica (Lasègue, 1873) y aepsia histérica (Gull, 1874, ambos citados por Turón ,1997).

Tras un período en el que la mayoría de los autores consideraban las causas de la AN de origen nervioso, Simmonds (1914) describe una deficiencia pituitaria como la causa principal de la severa pérdida de peso en algunos pacientes. Hasta 1938 Sheehan demuestra que la AN es muy diferente a la caquexia hipofisiaria, que es de origen isquémico.

Surgen a principios del siglo XX las hipótesis psicológicas, protagonizadas por el movimiento psicoanalítico, explicando que la anorexia se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, manifestándose a través de la conversión histérica.

Durante el siglo XX, y más específicamente desde los años 60 se han multiplicado los trabajos sobre la AN. Hilde Bruch (1973, citado por Turón 1977) destaca la importancia de los trastornos de la imagen corporal y las dificultades de interpretación de los estímulos metabólicos. Russell (1977) intentó simplificar y

concentrar las tendencias más biológicas, que ponían énfasis en el papel del hipotálamo en la génesis de la enfermedad, con las psicológicas y sociológicas. A partir de estos trabajos autores como Garner y Garfinkel (1982), entre otros, consideran la AN un trastorno diferenciado de patogénesis compleja con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores concatenados: psicológicos, biológicos y sociales, que en un momento determinado desencadenen el trastorno.

Bulimia nerviosa

La historia de la bulimia nerviosa (BN) es mucho más reciente, apareciendo las primeras referencias en la década de los años 50 y aumentando considerablemente las mismas hace 15 ó 20 años.

En la BN hay que distinguir dos aspectos, por un lado está el comportamiento de ingestión incontrolada (de los que aparecen datos en la historia que se remontan al siglo XVIII) y por otro, las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para control de dicho peso.

Russell (1979), quien define el síndrome de bulimia nerviosa, la considera como una variante de la anorexia y es un hecho comprobado que un porcentaje de bulímicas tienen antecedentes de haber padecido AN.

Los primeros casos de BN, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en Alemania en los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial.

El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la BN como síndrome separado de la AN en la década de los setenta. (Tobal M, 1998)

1.2. DEFINICIONES Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TCA.

Trastornos de la conducta alimentaria

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son las alteraciones de la conducta alimentaria más graves que conocemos hoy en día. Se dividen en tres categorías diagnósticas: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados La anorexia nerviosa se define como un trastorno

caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el propio paciente, y la bulimia nerviosa como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingestión excesiva de alimentos y en ambos una preocupación exagerada por el control de peso (APA, 1994). Anorexia quiere decir literalmente falta de apetito, y es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos trastornos y enfermedades (Perpiñá, 1995). Bruch (1973) afirma que cuando hablamos de anorexia nerviosa nos encontramos en un caso en que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un “organismo hambriento”, no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda.

La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas bous (buey) y limos (hambre) significando hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido energético (Perpiñá, 1995).

1.2.1. - MÉTODOS DE CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TCA

Los métodos para clasificar y diagnosticar los TCA han variado durante las últimas décadas con relación al entendimiento de la psicopatología de estos trastornos. Algunos métodos de clasificación y de diagnóstico han desarrollado criterios operacionales que enfatizan los signos y síntomas, que generalmente incluyen funciones endocrinas y características psicopatológicas y de la conducta, como son la clasificación de Russell (1970) y los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 (Garfinkel, 1995).

A continuación se presentan las nomenclaturas diagnósticas para la clasificación y diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria descritos en el: “Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales cuarta edición” (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10: World Health Organization, 1992).

Criterios diagnósticos del DSM IV para los trastornos de la conducta alimentaria

El DSM-IV es básicamente una herramienta para clasificar trastornos mentales, su objetivo es proporcionar descripciones claras de las diferentes categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. Es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo (APA,1994).

El DSM-IV simboliza la base institucional de la práctica psiquiátrica en sociedades influenciadas por EEUU. Como otros sistemas nacionales e internacionales, constituye un protocolo oficial que certifica prácticas psiquiátricas oficiales por practicantes acreditados oficialmente. Así pues, el DSM-IV, opera como una guía que legitima servicios psiquiátricos, proporciona asesoramiento para el dominio apropiado en la investigación de esta área y valida el testimonio experto en las cortes de justicia (Mezzich y cols, 1988)

ANOREXIA NERVIOSA

Los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana “DSM-IV” son:

El DSM-IV considera la anorexia nerviosa como un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal (85% menor a lo esperado), miedo intenso a convertirse en obeso, alteración de la percepción del peso o la silueta y, utiliza los siguientes criterios para llegar a un diagnóstico

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y estatura.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

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

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

El DSM-IV especifica dos tipos de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992) son:

La CIE-10 define la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Utiliza los siguientes criterios para el diagnóstico:

1. - El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por abajo del esperado (perdido o nunca adquirido), o el Índice de Masa Corporal ó Índice de Quetelet es 17.5 o menor. Los pacientes prepúberes pueden presentar fallas para alcanzar el peso esperado en el período del crecimiento.
2. - La pérdida de peso es auto-inducida por medio de la evitación de comidas “engordadoras” y uno o más de los siguientes: vómito auto-inducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o uso de supresores del apetito.

3. - Existe distorsión de la imagen corporal en la forma de una psicopatología específica en la cual persiste el temor a la gordura como una idea intrusiva y sobrevaluada, y el paciente se auto-impone un umbral de peso bajo.

4. - Existe un desorden endócrino que involucra el eje- gónado -pituitario, que se manifiesta como amenorrea en las mujeres, y como falta de interés sexual e impotencia en los hombres.

5. - Cuando el inicio es pre-puberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene (en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños, los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, la pubertad por lo general se termina normalmente, pero la menarca es tardía.

BULIMIA NERVIOSA

Los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana “DSM-IV” son:

El DSM-IV considera la bulimia nerviosa como: la presencia de atracones recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas con el fin de perder peso (al menos dos veces por semana por un período de tres meses), provocación de vómitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, fármacos, ayuno, ejercicio excesivo. Si no se recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso entonces se denomina bulimia nerviosa del tipo “no purgativa”. Utiliza los siguientes criterios para llegar a un diagnóstico:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingestión de alimento en un corto espacio (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; Ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

El DSM-IV también especifica dos tipos de bulimia nerviosa:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

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

Los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992) de la bulimia nerviosa son:

La CIE-10 define la bulimia nerviosa como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Utiliza los siguientes criterios para el diagnóstico:

1. - Existe preocupación persistente por la alimentación y un deseo irresistible por comer. El paciente sucumbe a episodios de sobre alimentación de grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
2. - El paciente intenta contrarrestar los efectos engordadores de la comida con uno o más de los siguientes: vómito autoinducido, abuso de purgantes, períodos alternantes de ayuno, uso de drogas tales como supresores del apetito,

preparaciones tiroideas de diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos, podrán elegir el rechazo al tratamiento de insulina.

3. - La psicopatología consiste en un miedo mórbido a la gordura y el paciente se establece un umbral estrictamente definido de peso, muy por abajo del peso premórbido que constituye el óptimo saludable. Existe frecuentemente una historia de un episodio previo de anorexia nervosa, el intervalo entre ambos trastornos fluctuando entre algunos meses y algunos años. Este episodio puede haberse expresado completamente o pudo asumir una forma enigmática con pérdida de peso moderada y / o una fase transitoria de amenorrea.

Los criterios diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados del DSM-IV son:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados se refieren a aquellos trastornos que no cumplen los criterios definidos por el DSM-IV para un trastorno de la conducta específico y utiliza los siguientes criterios para llegar a un diagnóstico.

Algunos ejemplos son:

- A. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- B. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- C. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inadecuadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- D. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- E. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- F. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (DSM-IV).

1.2.2 Relación entre los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV y los criterios de investigación CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales para los TCA, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la AN y la BN. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de BN si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una AN, la CIE -10, por su parte, excluye el diagnóstico de AN si se han dado atracones de forma regular.

En la AN, la CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de “comidas grasas” y, en el hombre, una pérdida de interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea) (APA, 1994).

1.2.3 Algunas limitaciones de los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Aún cuando los criterios diagnósticos son de gran utilidad en la clasificación y el diagnóstico de los TCA, algunos autores han encontrado una serie de limitaciones en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Bulik, Sullivan y Kendler (2000) en un estudio realizado sobre la clasificación de los TCA encuentran que a pesar de que existan más categorías diagnósticas sobre los TCA (el DSM III, estableció la bulimia nerviosa como el segundo trastorno, el DSM III-R incluyó la categoría de trastornos de la conducta alimentaria no especificados), no queda claro si estos cambios representan una mejora sobre los criterios anteriores por las siguientes razones:

Los datos utilizados para realizar estos cambios provienen principalmente de muestras clínicas, las cuales reflejan sólo un subconjunto de los individuos afectados, debido a que muy pocas mujeres con trastornos de la alimentación buscan tratamiento (Welch y cols. 1994 y Fairburn y cols.1992, ambos autores citados por Bulik y cols. 2000).

Respecto al criterio diagnóstico de la AN sobre la amenorrea, Garfinkel y cols. (1996) afirman que aunque no existe ninguna duda entre los clínicos y los investigadores sobre que la amenorrea es una característica común en la AN y que, en

parte, se debe a la pérdida de peso y de grasa del cuerpo, aún no se entiende por qué se presenta la amenorrea en la AN y por qué ocurre en una minoría de mujeres antes de que exista una pérdida de peso significativa. Ellos concluyen en su estudio que la amenorrea no distingue entre mujeres con AN y mujeres con todas las características relevantes de los TCA, por ello, los autores ponen en duda la utilidad de la amenorrea como un criterio diagnóstico.

Cahelin y Maher en 1998 y Garfinkel y cols. en 1996 (citados por Polivy, 2002) plantean sus dudas sobre si el criterio diagnóstico que se refiere al 85% de peso en la anorexia nerviosa debería de mantenerse, ya que lo consideran muy estricto.

Herman y Polivy (1996) explican que aunque la práctica de atracones que es una característica de la BN y de la AN con subtipo purgativo, hace falta información sobre cómo identificar un atracón, es decir, exactamente cuánta comida es mucho más que “la cantidad normal”.

Rosen y cols. (1993) sugieren que especificar los subtipos de la AN es muy útil, pero que hacen falta una serie de especificaciones para poder diferenciarlos, por ejemplo: La frecuencia de atracones y purgas que hace que un individuo sea clasificado como tipo compulsivo / purgativo no está claro, y tampoco si existen diferencias importantes entre aquellos individuos con AN que tienen atracones y no conductas purgativas y aquellos que mantienen conductas purgativas pero no atracones.

1.2.4. Definición de conceptos.

Teoría del continuo.

Para el propósito de este estudio nos interesa conocer la teoría del continuo (Levine y Smolack,1990). De esta teoría se sabe que la AN y BN presentan manifestaciones comunes y características distintivas. Lo que caracteriza ambos trastornos es su extrema preocupación en torno al peso y la forma corporales y su idea sobrevalorada de la búsqueda de la delgadez. Algunos autores como Perpiñá, Ibáñez y Capafons (1988) consideran que los trastornos alimentarios configuran un continuo en el que establecer una línea divisoria es a veces realmente complicado. Bruch (1976) y Augestad, Saether y Gotestam (1999) señalan que los procesos psicológicos subyacentes a los TCA son similares, ya que en todos ellos la ingestión y el aspecto

corporal son manipulados en un esfuerzo inútil por resolver el estrés interno, y de ajustarse a las dificultades del ambiente.

Otros autores también describen estos trastornos (TCA), dentro de la teoría del continuo, es decir, los TCA evolucionan en un “continuum” desde conductas transitorias leves hasta las entidades clínicas mayores bien definidas que serían los trastornos de la conducta alimentaria: trastornos de la conducta alimentaria no especificados, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa (Morandé G y cols. 1995 y Shisslak y cols. 1995).

Killen y cols. (1997) afirman que los individuos con síndrome parcial suelen presentar las mismas conductas respecto de la comida que quien sufre un síndrome completo, pero con un nivel menor de frecuencia o severidad.

1.2.5 Conductas y actitudes alimentarias de riesgo

En el presente estudio las conductas alimentarias de riesgo se van a definir como: conductas y actitudes alimentarias inapropiadas características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994) que no cumplen en frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos.

Leal y Peñas (1999) afirman que estas conductas pueden ser entendidas en su conjunto como formas evolutivas de los trastornos con sintomatología completa y son tan negativas para la salud como las formas clínicas, teniendo un curso similar a éstas cuando no existe tratamiento.

1.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

En el campo de la epidemiología psiquiátrica, la prevalencia e incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria pueden variar de un estudio a otro, según los criterios metodológicos empleados: definición de “caso”, puntos de corte en los instrumentos de detección y diagnóstico, características de la población estudiada (edad, clase social y otras condiciones sociodemográficas) y método de muestreo utilizado. Parece claro, sin embargo, que las tasas de prevalencia e incidencia en la

población en general, o al menos en determinados grupos de población, han aumentado en las últimas décadas (Toro, 2000).

Respecto al aumento en las tasas de incidencia y prevalencia de los TCA en la población existe controversia, mientras que para algunos autores no existe un incremento real de estas patologías (Fombonne, 1996); para otros se está produciendo un verdadero incremento en estos trastornos, Hsu (1996) Hoek y Hoeken (2003), afirman que definitivamente ha habido un incremento en los casos registrados y un aumento en los servicios para el tratamiento de estos pacientes.

En los estudios de incidencia que se presentan a continuación, se observa un aumento de la incidencia tanto de AN y BN a lo largo de las últimas décadas.

Lucas y cols. en un estudio realizado en Rochester, Minnesota (1991), observaron que la tasa de incidencia en mujeres de 15 a 24 años aumentó significativamente, mientras que la incidencia en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 59 años y varones permanecía estable. En un período de 30 años la incidencia de AN pasó de ser de 7 por 100,000 habitantes entre 1950 y 1954 a 26.3 por 100,000 habitantes entre 1980 y 1984.

Pagsberg y cols. (1994) en Dinamarca, realizaron un estudio comparativo entre dos períodos de cuatro años evaluados con 25 años de diferencia, encontraron que tanto la incidencia de AN como BN se multiplicó por 4.25 y 4.3 respectivamente.

En un estudio más reciente Lewinsohn y cols. (2000) encontraron una incidencia menor de 2.8% para todos los trastornos de la conducta alimentaria a la edad de 18 años, 1.3% de 19 a 23 años, también encontraron el mismo nivel de psicopatología y funcionamiento en el síndrome completo y en el síndrome parcial de TCA.

Según Chinchilla (1994), el probable incremento en el número de casos de AN se debe a diferentes factores: a) mejoría en el diagnóstico, b) errores diagnósticos con otros cuadros, c) mayor tendencia en la adolescencia por restringir su consumo de alimentos, d) temprano desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones, e) necesidades y distinguos sociales, f) problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial distintos al de generaciones pasadas y g) una mayor difusión del tema en los medios de comunicación.

En el momento actual la validez de algunos de los estudios epidemiológicos sobre trastornos de la conducta alimentaria se considera dudosa, debido a que existe un número de problemas metodológicos concernientes a la selección de las poblaciones y la identificación de los casos (Hoek, 1993; Hsu, 1996; van Hoeken y cols. 2003; Smukler, 1985 y Guerro – Prado y cols. 2001).

Algunos problemas específicos a considerar en los estudios epidemiológicos sobre los TCA son: la baja prevalencia de los TCA en la población general y la tendencia de los sujetos con TCA a ocultar su enfermedad y no buscar ayuda profesional. Estos factores hacen que sea necesario estudiar un gran número de sujetos de la población general, lo que puede resultar muy costoso y requerir mucho tiempo (Hoek, 2003).

Para evitar estos problemas se han utilizado diversas estrategias como son: estudios de registro de casos, estudios transversales realizados en dos etapas (detección y confirmación de caso) y estudios en poblaciones especiales.

Los estudios transversales son los más aceptados para la identificación de casos prevalentes. En este tipo de estudios, primero se realiza una prueba de tamizaje con un cuestionario autoaplicado en una gran población para encontrar la probabilidad de trastornos de la alimentación (primera etapa). En la segunda etapa, se establece un diagnóstico de casos definitivo realizando una entrevista personal en los sujetos que se consideraron en riesgo y en una muestra de sujetos que no se consideraron en riesgo (Williams, Tarnopolsky y Hand, 1980).

Los problemas metodológicos que se presentan en este tipo de estudios son: pobre respuesta al cuestionario, sensibilidad y especificidad del cuestionario y el tamaño restringido de los grupos entrevistados particularmente aquellos que están en riesgo (Fairburn, 1990).

Los estudios en poblaciones especiales se refieren a un segmento de la población general, seleccionada *a priori* por tener un alto riesgo (ej, niñas de secundaria y preparatoria, mujeres estudiantes de universidad, atletas o una cohorte con una cierta edad). El mayor problema metodológico asociado a este tipo de estudio es la representatividad de los resultados encontrados a la población general (Hoek y Hoeken, 2003 y Garfinkel y cols. 1995).

1.3.1. Panorama internacional.

Los estudios epidemiológicos de prevalencia de TCA realizados en los países occidentales señalan que la prevalencia de AN cuando cumple todos los criterios diagnósticos del DSM IV (1994), se encuentra entre 0.5 –1 % en mujeres entre 14 y 18 años y el de BN se encuentra entre 1–3 % en mujeres de 11 a 18 años (APA,1994).

Estudios de prevalencia de los TCA

En las tablas 1 y 2 se presentan algunos de los resultados de prevalencia de AN y BN en estudios de dos etapas realizados en Norteamérica y Europa en mujeres jóvenes, obtenidos a través de una revisión de estudios realizada por Hoek y Hoeken (2003).

Tabla 1

Prevalencia de anorexia nerviosa realizados en países Norteamericanos y Europeos en estudiantes en estudios de dos etapas.

Estudio	Edad	N	Instrumento	Prevalencia %
Button y Whitehouse (1981)	16 – 22	446	EAT	0.2
Szmulker (1983)	14 –19	1,331	EAT	0.8
Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling (1988)	14 –16	1,010	EAT	0
Steinhausen, Winkler y Meier (1997)	14 –17	276	EDE-S	0.7
Gual et al. (2002)	12 –21	2,862	EAT	0.3

EDE: Eating Disorders Examination (Fairburn C. 1993)

EAT: Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1982)

Como puede observarse la tasa de prevalencia encontrada en los países Norteamericanos y Europeos occidentales varía de 0% a un 0.8% .

En la Tabla 2 se presentan algunos de los resultados de prevalencia de bulimia nerviosa en estudios de dos etapas en mujeres jóvenes.

Tabla 2

Prevalencia de BN en estudiantes en estudios de dos etapas.

Estudio	Edad	N	Instrumento	Prevalencia %
Whitaker et al (1990)	13 – 18	2,544	EAT	4.2
Rathner and Messner (1993)	11 – 20	517	EAT	0
Santonastaso et al (1996)	16	359	EAT	0.5
Steinhausen, Winkler y Meier (1997)	14 – 17	276	EDE-S	0.5
Gual et al. (2002)	12 –21	2862	EAT	0.8

Como puede observarse la tasa de prevalencia encontrada en los países Norteamericanos y Europeos occidentales varía de 0% a un 4.2%.

A continuación se presentan algunos de los estudios epidemiológicos realizados sobre los síndromes parciales de TCA.

Los síndromes parciales también conocidos como Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, se refieren a los trastornos de la conducta alimentaria que cumplen con algunos de los criterios diagnósticos tanto para AN como BN de el DSM-IV y la CIE-10.

Como ya se mencionó, varios investigadores Berkman (1948); Loeb (1964); Nylander, (1971); Russell (1972); Fries (1977) (todos los anteriores citados por Dancynger y cols. 1995) afirman que la AN representa el extremo de dieta severa y prácticas de control de peso. Estudios empíricos apoyan el punto de vista del continuo (Attie y Brooks-Gunn, 1989 y Striegel Moore y cols. 1989).

Es importante realizar estudios sobre los síndromes parciales, ya que algunos estudios realizados en poblaciones clínicas, con sujetos con trastornos alimentarios han puesto en evidencia que: 1) las formas subclínicas son formas frecuentes de presentación de los trastornos alimentarios, 2) son tan negativas para la salud como las formas clínicas, teniendo un curso similar a éstas cuando no existe tratamiento y 3) pueden aparecer como formas residuales de los trastornos alimentarios con sintomatología completa (Leal y Peñas, 1999).

La mayoría de los estudios realizados sobre síndromes parciales reportan ser mucho más comunes que los síndromes completos. Típicamente, se ha encontrado una razón de síndrome parcial a síndrome completo de 5 a 1 (Dancynger y Garfinkel, 1995).

En estudios realizados en Norteamérica, Garfinkel y cols. (1996) encontraron una razón de síndrome parcial a síndrome completo de 3 a 1, mucho menor que los datos que se presentan en estudios anteriores. Whitehouse, Cooper, Vize, Hill, y Vogel (1992) encontraron una prevalencia de 1.5% para el síndrome completo de BN y 5.4% para el síndrome parcial.

En otro estudio Shisslak y cols. (1995) encontraron entre un 5 y un 10% de la población adolescente femenina padece algunos o muchos de los síntomas característicos de los TCA.

En España, el porcentaje de mujeres que –en una primera fase de detección– presentan un riesgo potencial de padecer algún tipo de trastorno alimentario se sitúa en un 9.8% y en hombres 1.2% (Toro, 1989). Otro estudio realizado en el mismo país encontró una prevalencia de 3% para trastornos de la conducta alimentaria no especificados en mujeres estudiantes de nivel licenciatura (Pérez Gaspar, 1997).

Del mismo modo, el estudio de Buddeberg, Fisher y cols. (1996) realizado con una muestra de adolescentes suizos de ambos sexos encontró que el 8.3% de las mujeres encuestadas y el 1.5% de los hombres presentaban un alto riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria.

En un estudio realizado en Chile utilizando el EAT 40 (Garner y Garfinkel, 1979) encontraron que el riesgo de desarrollar un TCA era de 18% en estudiantes de licenciatura (Marín, 2004).

Por lo general se acepta que la AN es más frecuente en el rango de edad comprendido entre los 10 y 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y 18 años, la BN es más frecuente en mujeres adolescentes y jóvenes adultas, estando la media de aparición alrededor de los 20 años de edad (Guerro Prado y cols. 2001).

La relación mujeres y varones viene siendo de 9 -10: 1, pues casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90% – 95% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres (Lucas, 1991).

Aunque estudios epidemiológicos evidencian una incidencia similar en todos los estratos sociales (Garfinkel y Garner 1982), contrariamente a la predominancia de clases sociales media- altas que se mantuvo en un principio (Crisp, 1976), la relación entre el nivel socioeconómico sigue siendo una cuestión controvertida. Gard y Freeman (1996) afirman que la AN es más prevalente en los niveles socio-económicos elevados y la BN afecta en mayor medida a las clases sociales más desfavorecidas.

Los estudios en países no occidentales demuestran tasas de prevalencia similares a las encontradas en los países occidentales (Key y Lacey, 2002). Un estudio reciente realizado en Irán por Nobakht y Dezhkam (2000), en población de adolescentes muestra una tasa de prevalencia de 0.9 % de anorexia, 3.2 % bulimia y 6.6% para el síndrome parcial. Tsai (2000) investigó la prevalencia entre las poblaciones asiáticas y encontró menores tasas de prevalencia, pero niveles comparables en la práctica de dietas restrictivas y de insatisfacción corporal.

Los trastornos de la conducta alimentaria parecen ser más prevalentes en las sociedades industrializadas, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona con el atractivo físico (especialmente en mujeres). Este trastorno es más frecuente en Canadá, Estados Unidos, Europa, Australia, Japón y Nueva Zelanda. De la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. El 90% de los casos se observa en mujeres y la edad de inicio oscila entre 14 y 18 años (DSM-IV, 1994).

1.3.2 Panorama Nacional

Uno de los estudios epidemiológicos realizado en México nos presenta datos de prevalencia de bulimia nerviosa (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003), pero en general, los estudios realizados en nuestro país nos presentan la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo características de los TCA en diferentes poblaciones.

Para la realización de los estudios epidemiológicos en México se han validado algunos de los instrumentos más utilizados en el ámbito mundial, como es la Prueba de Actitudes Alimentarias (EAT 40) elaborado por Garner y Garfinkel (1979) (validado en México por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado, 2004), y el

Inventario de Trastornos alimentarios (EDI) (Álvarez y Franco, 2001). También se han desarrollado instrumentos de medición para la conducta alimentaria de riesgo (Gómez-Peresmitre, 1993; Gómez Peresmitré, Unikel y Corvera, 1998; Unikel, Bojorquez y Carreño, 2004),

Entre los primeros estudios realizados en México, Holtz (1992) realizó un trabajo exploratorio con 90 estudiantes de una preparatoria privada de la Ciudad de México aplicando una traducción del Eating Disorders Inventory –2 (EDI-2) (Álvarez y Franco, 2001). y encontró la presencia de conductas alimentarias de riesgo como seguimiento de dietas (59%), accesos bulímicos (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%) y laxantes (6%).

También se han encontrado la presencia de conductas alimentarias de riesgo en pre-adolescentes y en púberes (Gómez- Perezmitre, 1998, 2001).

En otro estudio en nuestro país realizado con una muestra no probabilística de tipo intencional (n= 524) en estudiantes universitarias, con una edad promedio de 19 años, utilizando como instrumento el EAT-40 (Álvarez y cols, 2004) y el Test de bulimia BULIT (Thelen MH y cols, 1991). Se encontró un 8.3 % con TCA en general (Mancilla y cols. 1998). En este estudio los autores no especifican si se refieren a trastornos de la conducta alimentaria no especificados o a “posibles casos”.

Los datos encontrados en la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol 1997, realizado con una muestra representativa de estudiantes entre 12 y 19 años de edad (n = 9,755) realizado con un cuestionario diseñado para este propósito, mostró que 2.8 % de las mujeres de la muestra y 0.9 % de los hombres se encuentran en riesgo de padecer un TCA específico o no especificado (Unikel y cols, 2000).

Los datos encontrados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica son los más recientes, aplicado en una población no institucionalizada de 18 a 65 años de edad, Medina Mora y cols. (2003), muestran que la prevalencia de bulimia nerviosa en mujeres, fue de 1.8% para aquéllas que han padecido esta enfermedad alguna vez en su vida; en el caso de las que han sufrido este trastorno en el último año la prevalencia fue de 0.8% y para finalizar, un 0.5% reportó haber tenido bulimia en el

último mes. En los hombres, en cambio, sólo el 0.6% reportó haber tenido bulimia nerviosa alguna vez en la vida.

En otro estudio realizado recientemente por Ruiz Martínez y cols. (2005) en una muestra de 130 mujeres estudiantes de licenciatura de 16 a 25 años de edad, de una universidad privada y una universidad pública de la ciudad de México, utilizando el EAT 40 (Eating Attitudes Test. Garner y Garfinkel, 1982), con un punto de corte de 28 puntos y el BULIT (Bulimia Test. Thelen MH. y cols 1991) encontraron que un 14.5% en la universidad privada y de 21.73% en la universidad pública mostraron sintomatología de anorexia nerviosa, mientras que el 21.73% de la privada y 19.67 % de la pública mostraron sintomatología bulímica.

Otra investigación llevada a cabo en 92 estudiantes de danza clásica de secundaria y preparatoria, mostró la presencia de algunas de las conductas características de estos trastornos, sobresaliendo la realización de dietas para controlar el peso, en la que 53.5 % de las estudiantes de danza clásica la realizaban, a pesar de que sus IMC estaban por debajo de la normalidad. En cuanto, al grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria, un 21.3 % dijeron seguir esta práctica. Por otra parte las estudiantes se auto percibieron, en general, con más peso del que realmente tenían y manifestaron además, el deseo de ser más delgadas (Unikel y Gómez- Peresmitré, 1999).

También en México se ve un incremento, tal y como se ve en otros países. Un ejemplo es el aumento en las consultas que se ha presentado en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Los datos de este Instituto muestran un incremento importante en los ingresos de primera vez a la clínica de los trastornos de la conducta alimentaria, la demanda del servicio es 15 veces mayor de 1992 al 2002 (Unikel, 2003).

El estudio de los TCA en México es relativamente nuevo por lo que es importante incrementar estudios para tener un mayor conocimiento de los trastornos alimentarios en esta población, así como, de los principales factores de riesgo. Una de las limitaciones que existe en los estudios realizados en México es la variabilidad y falta de confiabilidad en el uso de cuestionarios para estudiar los TCA, debido a esto, se pueden explicar las diferencias que muestran los resultados de los diferentes estudios.

Las investigaciones en su mayoría son de carácter exploratorio y están realizados en población general.

El hecho de confirmar la presencia de alguno o algunos de los factores de riesgo de los TCA en diversas poblaciones y con porcentajes elevados, ya representa problemas para la salud.

CAPÍTULO II.

2.1 Algunos Modelos explicativos y factores de riesgo en los TCA.

Para explicar la etiología de los TCA, se han descrito varios modelos que explican cómo los factores de riesgo interactúan e intervienen en el desarrollo de los TCA.

A continuación se van a describir algunos de estos modelos y algunos factores de riesgo que tienen relación con el propósito de este estudio.

Uno de los primeros modelos es el de Garner y Garfinkel (1982), en el cual los investigadores reunieron una serie de factores de riesgo asociados a la AN, es el modelo “biopsicosocial”. Leung y cols. (1996) afirman que este modelo tiene la ventaja de tomar en cuenta un amplio rango de factores que van desde lo más amplio que es la cultura hasta lo más estrecho como es lo biológico, pasando por lo familiar, social, cognoscitivo, personalidad y otros factores.

Garner y Garfinkel (1982) dividen los factores de riesgo en: factores precipitantes, predisponentes y perpetuantes. Los factores predisponentes se refieren a aquellos factores que favorecen la aparición de la enfermedad y éstos se dividen en individuales, familiares y culturales, los factores predisponentes se refieren a los hechos desencadenantes del trastorno, o aquellos que marcan el momento del inicio, y los factores perpetuantes son aquellos que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, actúan como mantenedores del proceso morbo, llevándolo a la cronicidad (Garner y Garfinkel, 1982, citados por Unikel 2003),

En la tabla 3 se presentan los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la anorexia nerviosa propuestos por Garner y Garfinkel (1982).

Tabla 3

Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento

FACTORES PREDISPONENTES
Factores genéticos Edad 13 – 20 años Sexo femenino Trastorno afectivo Introversión / Inestabilidad Sobrepeso en la pubertad y adolescencia Nivel Social medio / alto Familiares con trastorno afectivo Familiares con trastorno de la alimentación Obesidad materna Valores estéticos dominantes
FACTORES PRECIPITANTES
Criterios corporales Separaciones y pérdidas Rupturas conyugales del padre Contactos sexuales Incremento rápido de peso Críticas sobre el cuerpo Enfermedad adelgazante Traumatismo desfigurados Incremento en la actividad física Acontecimientos vitales
FACTORES PERPETUANTES
Consecuencias de la inanición Interacción familiar Aislamiento social Cogniciones anoréxicas Actividad física excesiva Iatrogénica

Como puede observarse algunos ejemplos de los factores precipitantes son: factores genéticos, edad, sexo femenino, factores de personalidad y familiares; de los factores precipitantes: incremento de peso y actividad física, críticas sobre el cuerpo y criterios corporales y de los factores perpetuantes: interacción familiar y consecuencias de la inanición.

En la tabla 4 se presenta el modelo de Garner y Garfinkel (1982) donde proponen una separación de los factores predisponentes en: 1) factores individuales, 2) factores familiares y 3) factores culturales.

Tabla 4
Factores predisponentes de la AN

<ul style="list-style-type: none">1) Individuales<ul style="list-style-type: none">a. relacionados con la autonomía, identidad y separación<ul style="list-style-type: none">- déficit del yo- miedo a madurar- pubertad temprana- distribución por edad y sexob. alteraciones perceptualesc. problemas de pesod. desarrollo de personalidade. proceso cognoscitivof. trauma perinatalg. otras enfermedadesh. variables desconocidas2) Familiares<ul style="list-style-type: none">a. características demográficas<ul style="list-style-type: none">- edad de los padres- clase socialb. aspectos culturales<ul style="list-style-type: none">- peso corporal y alimentación- expectativas de desempeñoc. historia de enfermedad afectiva en los padres y posible alcoholismod. historia familiar de anorexia nerviosae. obesidad materna (grupo de bulímicas)f. un posible componente genéticog. interacciones específicas de padres – hijos.3) Culturales<ul style="list-style-type: none">a. presión hacia la delgadezb. expectativas de desempeño
--

Como podemos observar, algunos ejemplos de los factores individuales son: el desarrollo de la personalidad y problemas de peso; dentro de los factores familiares se consideran las interacciones específicas de los padres –hijos y dentro de los culturales la presión hacia la delgadez.

Otros modelos también explican la multicausalidad de ambos trastornos, unos modelos han puesto mayor énfasis en las variables socioculturales como factor principal de inicio como el modelo de Striegel-Moore (1993), otros en el desajuste emocional como el de Rosen y Leitenberg (1985) y Mc Carthy (1990), y otros modelos son más integradores como el de Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins (1990) donde se considera que el trastorno es causado y mantenido por la interacción de factores psicológicos, sociales y culturales (todos los anteriores citados por Tobal y cols, 1998).

El modelo de Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins (1990) sostiene que para conceptualizar los trastornos alimentarios hay que contemplar tanto los factores etiológicos como de mantenimiento.

2.2 Algunos de los Factores de riesgo relacionados con los TCA

El término “factores de riesgo” se refiere a aquellos factores que aumentan la probabilidad de que se altere el equilibrio y se desencadene alguna enfermedad (Medina-Mora, 1982).

A continuación, se describen algunos de las investigaciones realizadas en diferentes países, sobre los factores de riesgo de los TCA.

Factores culturales: la cultura de la delgadez, la influencia de los modelos estéticos corporales a través de la publicidad, la familia y los pares (Toro, 2000). Los cambios del rol de la mujer dentro de la sociedad (Selvini, 1974 citada por Garner, 1996).

Factores familiares: la dinámica familiar (Minuchin y cols. 1978), poca empatía entre padres e hijas y hostilidad (Humphrey, 1986,1989), falta de comunicación, cuidado y expectativas de los padres (Newmark S y cols. 2000), críticas de los familiares sobre el físico de los hijos (Hill y Franklin, 1998, Pike y Rodin, 1991), actitudes y comportamientos sobre la alimentación aprendidos a edades tempranas (Agras 1999), madres que refuerzan los factores culturales en sus hijas (Pike y Rodin, 1991) y el rol del sistema familiar disfuncional, el control y déficit en el afecto de los padres influyen en la etiología de los TCA (Minuchin y cols. 1978).

A continuación se describen más detalladamente algunos de los factores de riesgo familiares que son pertinentes para el propósito de este estudio.

Pike y Rodin (1991), proponen que la familia, específicamente las madres, pueden reforzar o minimizar la influencia de los factores culturales en sus hijas, y que los ambientes familiares que son más críticos, particularmente de la apariencia física del hijo (a), aumentan la necesidad del adolescente de cambiarse a sí mismo a través de cambiar su cuerpo. Neumark Sztainer y cols. (2000) proponen que los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria perciben una menor comunicación familiar, un menor cuidado de los padres a los hijos y menores expectativas de los padres, y aquellos que reportan abuso físico o sexual tienen un mayor riesgo de desarrollar TCA.

Factores individuales: factores afectivos (Wichstrom, 2000), baja auto estima (Fairburn y cols. 1997), rasgos de personalidad (Crisp, Hsu y Stonchill, 1979), perfeccionismo (Salde y cols. (1991), pensamientos obsesivos y patrones rígidos de pensamiento (Gleaves y cols. 2000), disociación (Heatherton y cols. 1991, impulsividad (Bruch, 1973), un elevado neuroticismo (Strober 1980).

A continuación se presentan mas detalladamente los estudios sobre los factores de riesgo individuales relevantes para el propósito de este estudio.

Garner y cols. (1976) intentaron definir mediante el cuestionario de personalidad de Eysenck, el temperamento anoréxico comparándolo con el temperamento de mujeres normales y obesas, encontrando que las anoréxicas eran más inestables emocionalmente y mas introvertidas que los otros dos grupos.

Díaz Marsá y cols. (1999) estudiaron el temperamento de las pacientes con TCA según el modelo de Eysenck y según el modelo de Cloninger y sugieren que el perfil de la paciente anoréxica se caracteriza por un alto neuroticismo, aunque menor en el subtipo restrictivo que en el subtipo compulsivo – purgativo y que en la bulimia, así como una elevada persistencia y una baja autosuficiencia, también observó que el temperamento bulímico se caracterizaba por evitación al peligro y por un elevado neuroticismo.

Strober (1980) siguiendo el modelo psicobiológico de Cloninger constituido por rasgos temperamentales con base hereditaria y constitucional, ha desarrollado un modelo para la AN. Este autor considera que las anoréxicas restrictivas típicas se

caracterizan por una baja búsqueda de novedades, por una alta evitación del peligro y por una elevada dependencia del refuerzo (citado por Díaz Marsá, 1999).

Factores relacionados con las conductas alimentarias como las dietas y el ejercicio excesivo (Shisslak y cols, 1987).

Factores biológicos: predisposición genética (Kendler y cols, 1991, (Wade y cols. 1999), disfunción en los neurotransmisores (Kaye y cols, 1990) y mala regulación hormonal (Mitchell, 1986, citado por León y cols, 1997).

Los factores de riesgo que se estudiaron en este trabajo fueron los rasgos de personalidad y los factores familiares. Con base en el modelo propuesto por Garner y Garfinkel (1982), los rasgos de personalidad se clasifican como factores predisponentes y los factores familiares se clasifican como factores precipitantes. No se consideraron los factores perpetuantes dado que no se trata de un estudio longitudinal.

CAPÍTULO III

FACTORES CULTURALES

La dieta para control de peso

Aunque los factores culturales no se incluyen en el propósito de este estudio, su descripción es relevante porque como se describe a continuación, se han encontrado muy relacionados con los TCA.

En nuestra sociedad existe una preocupación significativa por la comida, las dietas para bajar de peso y la imagen corporal. El control de peso a través del seguimiento de dietas restrictivas que practican ampliamente las mujeres jóvenes con peso normal y sobrepeso está influenciada por la preferencia social actual por la delgadez.

Por ejemplo el estudio de Mellin y Col (1986), muestra que el ochenta por ciento de las niñas menores de trece años ya han seguido una dieta. Esto se hace particularmente patente en el mundo occidental, donde se sobrepone la identificación del bienestar y la sobreabundancia de alimentos con la identificación del atractivo físico con la delgadez. Toro (2000), describió estos paradigmas culturales como cultura de la delgadez y “lipofobia”, afirmando que son dos paradigmas que satanizan todo lo que tenga semejanza con la obesidad, según él, fue como consecuencia de la generalización en la sociedad de estos paradigmas que surgió un mercado del control de peso. Esta glorificación de la delgadez, se piensa, ha sido también una de las grandes influencias culturales en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Es también esta presión cultural, este deseo social de estar delgado, el que ha llevado, por ejemplo, a que en 1981 en E.E.U.U. se gastaran diez billones de dólares anuales en servicios y productos relacionados con la pérdida de peso y veinte millones de personas estuvieran siguiendo algún tipo de dieta rigurosa. La preocupación por el peso y la imagen corporal está tan extendida, especialmente entre las mujeres, que en la actualidad puede considerarse parte normal de la experiencia femenina (Silverstein y cols. 1987).

En un estudio dirigido y llevado a cabo por Cash (1986) con población estadounidense, queda claro que 38% de las mujeres y 34% de los hombres manifestaron plena insatisfacción por su apariencia física, el 55% de las mujeres señalaron que el peso corporal constituye un motivo básico de esta insatisfacción. Esta insatisfacción encuentra como vía de solución la dieta con el ánimo de adelgazar y es la práctica más difundida y más peligrosa en cuanto al riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria.

French y Jeffrey (1994), resumiendo algunos de los trabajos epidemiológicos, concluyeron que entre 1967 y 1993 alrededor del 40% de las mujeres y 23% de los hombres estaban intentando perder peso en el momento de la investigación.

Se ha visto que no sólo las personas con sobrepeso quieren bajar de peso, Davis y Furham (1986b) muestran que el 4% de las jóvenes británicas tenían sobrepeso, pero más del 50% deseaban adelgazar, 60% estaban considerando restringir su comida o alterar su tipo de alimentación habitual, y el 20% seguían dietas estrictas.

En un estudio más reciente Killen y cols, (1997) y Rierdan (1991) muestran que muchas de las niñas que siguen dietas no tienen sobrepeso y algunas tienen peso inferior al normal.

En otra investigación sobre la incidencia del esfuerzo por bajar de peso, realizada entre estudiantes de nivel medio superior, Rosen y Gross (1987) encontraron que en el día del estudio 63% de las niñas y 16.2% de los niños estaban haciendo una dieta con propósito de control de peso, a pesar que la mayoría de los estudiantes tenían un peso normal.

En un estudio realizado en Barcelona en 1989 con 1554 estudiantes de 12 a 19 años de edad (Toro y cols. 1989) encontraron que en un sentido estricto el 5% de esta población presentaba sobrepeso; sin embargo, se consideraban obesos el 26% y el 44% deseaban bajar de peso.

Los estudios realizados en México nos muestran que en población estudiantil de enseñanza básica, los niños entre 10 y 11 años de edad, el 25% realiza dietas intencionales, el 19% con la finalidad de bajar de peso y el 6% para subir el mismo (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998).

De todos estos datos de incidencia de dietas podemos concluir que las mujeres sienten más la presión de estar delgadas (o por lo menos reportan mayor deseo de estar delgadas) que los hombres e intentan bajar de peso restringiendo su dieta.

Relación entre las dieta y los trastornos subclínicos y clínicos de la alimentación

La presión cultural hacia estar delgado no sólo ha reducido el peso corporal considerado estético o normal, sino que además se ha confirmado que la realización de dietas de forma prolongada y estricta constituye el principal factor de riesgo en el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria. Una investigación realizada por Patton (1999), con una muestra de 888 niñas y 811 varones adolescentes, de los cuales 3.3% y 0.3% respectivamente presentaban criterios parciales de trastornos de la conducta alimentaria, la tasa de aparición de un nuevo TCA por mil sujetos y año de observación fue de 21.8% en mujeres y 6.0% en varones. El riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria en chicas que hacían dietas moderadas es cinco veces superior al que presentaban las chicas que no hacían dietas. Cuando la dieta era estricta el riesgo se multiplicaba por 18.

Rhyme-Winkler (1994) en un estudio de niñas de 9, 11 y 13 años reveló que el único factor común que permitía prever actitudes y conductas alimentarias anormales era la historia de sus dietas. Levine, en 1994 describió, que los niños de escuelas primarias que hacían dieta se sentían menos satisfechos con su cuerpo y presentaban más actitudes y conductas alimentarias anormales en el test realizado dos años más tarde que los que no seguían dieta alguna.

Podemos concluir que actualmente muchos investigadores están de acuerdo en que la dieta juega un papel importante en la aparición y el mantenimiento de los TCA (Polivy y Herman 1985,1987; Russell 1979).

Aunque no todas las personas que siguen una dieta se vuelven bulímicos o anoréxicos y existe una diferencia importante entre las personas que siguen dietas y aquellos con trastornos de la alimentación más serios (Polivy & Herman (1985).

FACTORES PSICOLÓGICOS.

Definición de personalidad

La personalidad es la suma total de los patrones de conducta actuales o potencial que determinados por la herencia y el ambiente se originan y desarrollan mediante la interacción del sector cognoscitivo, conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución) (Eysenck, 1985).

En este estudio nos interesa la teoría de la personalidad propuesta por Eysenck en la que se reconoce la existencia de tres dimensiones en la personalidad: extraversión-introversión, neuroticismo y psicoticismo

La hipótesis de Eysenck se basa en dos consideraciones teóricas: las anormalidades psiquiátricas son esencialmente un continuo con la normalidad y la neurosis y la psicosis son dimensiones completamente diferentes e independientes. También afirma que existe una gran influencia ejercida por la herencia en las dimensiones de extroversión, neuroticismo y psicoticismo que se ha demostrado en diversos estudios, por lo que quedan muy pocas dudas respecto a si los factores genéticos contribuyen más a las diferencias individuales en la personalidad que los factores ambientales. Las dimensiones de Eysenck se refieren a conductas normales, las cuales se consideran patológicas solamente en los casos extremos (Lara, 1989).

Los factores de riesgo psicológicos que se incluyen en algunos de los estudios de TCA son: personalidad, temperamento, actitudes y procesos de aprendizaje como la imitación y respuestas al estrés (León, 1993).

Para el propósito de este trabajo sólo se van a describir algunos de los estudios de personalidad y su relación con los TCA.

Estudios realizados por diferentes autores sobre la personalidad y los TCA

El estudio de la personalidad en personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria constituye una área de importancia creciente en los últimos años por su potencial implicación en el desarrollo y mantenimiento de los mismos. Persigue tres objetivos fundamentales: conocer su implicación en la génesis del trastorno, averiguar su repercusión sobre la respuesta al tratamiento y sobre el pronóstico y permitir la

detección de adolescentes con riesgo de desarrollar estas enfermedades (Díaz Marsá y cols. 1999).

Los estudios clínicos realizados coinciden en considerar la personalidad premórbida de la AN como obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida (Garfinkel, 1987 y Strober, 1980).

La posibilidad de que algunos rasgos propios de las anoréxicas, como la dependencia, la introversión y la obsesividad, pudieran ser exacerbados significativamente por el estado de desnutrición, causa cierta confusión entre cuáles son rasgos propios de la persona y cuáles secundarios a la pérdida de peso.

Casper (1990) en un estudio realizado en pacientes con antecedentes de AN estableció que la personalidad de estas pacientes como: niveles elevados de inhibición y evitación del riesgo, restricción en la expresión de las emociones y la iniciativa y alto grado de conformidad, sugiriendo que estos rasgos son propios de la AN y no el producto de la desnutrición.

En una muestra de adolescentes recuperadas de anorexia nerviosa, encontraron mayor perfeccionismo y desconfianza interpersonal que en el grupo control, observando que la depresión y las fobias, incluyendo la social, era la comorbilidad psiquiátrica más frecuente (Pla y Toro, 1999; Olza, y cols. 1999).

Garner y cols. (1980), intentaron definir el temperamento anoréxico mediante la escala CPE (Cuestionario de Personalidad de Eysenck) de Eysenck (1975) comparando con el temperamento de mujeres normales y obesas, y llegaron a la conclusión de que las personas con anorexia nerviosa eran más inestables emocionalmente y más introvertidas que los restantes grupos de población.

Por otra parte, el análisis de las dimensiones de la personalidad de Eysenck muestra diferencias entre pacientes anoréxicas restrictivas y anoréxicas compulsivo - purgativas. Así mientras el elevado neuroticismo (alta emotividad) caracteriza ambos subtipos (De Silva, 1987), las anoréxicas con componente bulímico puntúan, preferentemente en extroversión y las anoréxicas de tipo restrictivo en introversión (Casper, 1992).

Sainz Martínez y cols. (1999) en otro estudio realizado en España encontraron resultados similares: una interrelación en el sexo femenino, entre el hecho de ser un

“posible caso” y presencia de una elevada emotividad (niveles elevados de neuroticismo) y dureza (niveles elevados de psicoticismo).

Díaz Marsa (1999), estudiando la personalidad y el temperamento con el CPE (Cuestionario de personalidad de Eysenck) y el TCI (Cuestionario de temperamento y carácter de Cloninger), encontró que el grupo con trastornos de la conducta alimentaria, presentaba puntuación alta en neuroticismo y puntuación baja en auto dirección. En este mismo trabajo se encontró que las pacientes bulímicas presentaban situaciones extremas, un grado alto de impulsividad y por otro lado un elevado neuroticismo en la escala de Eysenck y una elevada evitación al daño. Se encontró una alta persistencia en las pacientes anoréxicas.

Strober (1980), siguiendo el modelo psicobiológico de la personalidad de Cloninger, considera que las anoréxicas restrictivas se caracterizan por una falta de búsqueda de la novedad, por una alta evitación al daño (se refiere a la habilidad individual para enfrentar los eventos estresantes) y por una elevada dependencia de reforzamiento.

La utilización de la Escala multidimensional de personalidad (MPQ, Multidimensional Personality Inventory) ha mostrado en las anoréxicas un alto grado de control (vs contra impulsividad) e inhibición y una receptividad de las experiencias sensoriales menor que en las pacientes bulímicas. Con respecto al grupo control, se presentaban menores puntuaciones en la sensación de bienestar, integración social y afecto positivo, así como puntuaciones elevadas en la reacción al estrés y en el afecto negativo (Wonderlich y cols, 1990).

Se ha demostrado que los pacientes con TCA suelen ser cautos, rígidos, tímidos y más inhibidos que el grupo sin TCA (Brewerton, 1993).

Patton y colaboradores (1999), encontraron que los síntomas neuróticos y depresivos, así como las características obsesivas de la personalidad, se asocian con factores de riesgo para el desarrollo del trastorno alimentario.

Toro y Villardel (1987, citado por Saucedo Molina, 2003) encontraron que los sujetos que padecen algún trastorno alimentario suelen presentar trastornos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, los pensamientos que la anoréxica tiene acerca de su cuerpo, su peso, su necesidad de control, las comidas,

etcétera, son reiterados y constantes. Por otro lado, las conductas más o menos extravagantes relacionadas con la comida y el peso, realizadas día a día, siempre de la misma manera e insistentemente practicadas con un escasísimo grado de “libertad” asemejan auténticas compulsiones.

Podemos resumir con base en los estudios anteriores que las pacientes anoréxicas parecen caracterizarse por una elevada perseverancia y las pacientes bulímicas por una elevada impulsividad en la escala propuesta por Cloninger. Ambos subgrupos parecen caracterizarse por un alto neuroticismo y evitación al daño y por una baja autosuficiencia,

Dado que las dimensiones de la personalidad de Eysenck están condicionadas biológica y genéticamente, (Eysenck, 1967) podrían considerarse como predisponentes en el desarrollo de los TCA.

FACTORES FAMILIARES

La familia es una de las agrupaciones humanas más antiguas de la historia, en cada una de las civilizaciones, aparece en multitud de formas, como respuesta a las necesidades de la naturaleza humana. Pero, la esencia de lo familiar no cambia y siempre se presenta como un fenómeno vital que se transforma de generación en generación y de época en época, donde los lazos de consanguinidad siempre están presentes así como la relación de la pareja para la continuidad de la especie (Valdés, 1993, citado por Andrade, 1998).

Desde una perspectiva psicológica, la familia tiene dos funciones: asegura la supervivencia física y constituye lo humano en el individuo. La satisfacción de las necesidades biológicas indispensables y esenciales para la sobre vivencia no garantizan el desenvolvimiento de lo humano, es la experiencia de la vida familiar lo que constituye y da las condiciones para el desarrollo de lo humano (Andrade, 1998).

Ciertos tipos de relaciones familiares también se han asociado con los TCA; éstos se describen más adelante.

De los factores familiares que han sido estudiados, los que vamos a ver en este estudio son: la preocupación de los padres por el peso corporal de sus hijos y la dinámica familiar.

La familia como transmisor de valores respecto a la delgadez y dieta.

Las influencias sociales (como el modelo estético corporal vigente) que reciben los niños y niñas son mediatizadas primordialmente por la familia. El modelo estético corporal actual, define a la delgadez como sinónimo de valores como belleza, éxito, elegancia, prestigio, juventud, autoestima alta, aceptación social y estar en forma y estos valores nos han sido inculcados desde la infancia (Toro, 1999).

Hill y Franklin (1998) y Toro (1999), entre otros, han sugerido que la preocupación desmedida de los padres respecto al peso y al comportamiento dietético puede ser transmitido y adoptado por los hijos y concluyen que las madres pueden tener un papel importante en la transmisión de valores culturales en cuestiones de peso, forma y apariencia. Estos autores citan el trabajo de Pike y Rodin (1991), quienes reportaron mayores niveles de trastornos alimentarios en las madres de adolescentes de 16 años con síntomas y sugirieron “una agenda familiar acordada de preocupación por el peso que lleva a la delgadez y a hacer dietas”.

Clínicamente, sin embargo, los comentarios de los miembros masculinos de la familia sobre la apariencia física de las hijas o hermanas constituyen, frecuentemente, un precipitante hacia la dieta (Hill y Pallin, 1995). Hill y Franklin (1998) notaron que las mujeres que seguían una dieta y tenían hermanos varones eran el doble que las que hacían dieta y no tenían hermanos varones. Es por eso que también debe tomarse en cuenta la contribución de los miembros varones de la familia en el desarrollo de preocupaciones sobre peso y la forma del cuerpo. Smolak y cols. (1999) han estudiado la contribución relativa de los comentarios de padres y madres sobre la preocupación por el peso de sus hijos y encontraron que los comentarios directos, particularmente de las madres, tenían más influencia que el comportamiento modelador y como en la mayor parte de los estudios, las niñas eran más afectadas que los niños. La preocupación de las hijas por la gordura estaba relacionada tanto con las preocupaciones de la madre por su propio peso, como por el peso de sus hijas. Las

preocupaciones de las hijas estaban también correlacionadas positivamente con las preocupaciones de los padres por su propia delgadez.

Striegel-Moore y Kearney-Cooke (1994) han sugerido que aunque los padres están generalmente satisfechos con la apariencia de sus hijos, los comentarios negativos al respecto van aumentando con la edad del infante. Así, cuando el niño es pequeño no hay comentarios negativos sobre el físico de sus hijos, pero al crecer, los padres, y sobre todo las madres, se vuelven más críticos y se preocupan más por el peso de las hijas. Las madres pueden también estar más preocupadas por el peso de sus hijas que por el de sus hijos, particularmente cuando la madre misma sufre de algún trastorno alimentario (Agras y cols. 1999). Estos comentarios negativos sobre el físico de los hijos es un factor de riesgo en el desarrollo de los TCA.

En México se realizó un estudio en el que se mostró que la socialización familiar alimentaria autoritaria, que genera sentimientos de culpa por formas de comer y no toma en cuenta al niño para los contenidos de ingestión, se mostró significativamente asociada con el hecho de que los estudiantes se preocuparan por el seguimiento de dietas para bajar de peso (Gómez Pérez Mitré, 1998).

Con respecto a los trabajos anteriores, podemos concluir que la influencia de los padres sobre la apariencia física de sus hijos no puede subestimarse, en muchos casos se da una mayor importancia a la apariencia que a la salud y bienestar físico.

Dinámica familiar

Desde un modelo sistémico uno de los primeros estudios sobre el papel que juega la familia en la génesis de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es el modelo de la “familia psicósomática” de Minuchin (1978). Pionero en describir las características familiares que propician un trastorno psicósomático como la anorexia, describe cuatro patrones de interacción: sobreprotección, rigidez, carencia de resolución de conflictos y una elevada implicación personal. Suele ser típico que cada uno de los padres sienta la necesidad de justificar sus propias decisiones como si vinieran dictadas por consideraciones procedentes del otro.

Algunos estudios más recientes han comparado familias de AN y BN, encontrando que las relaciones familiares en la BN presentan más alteraciones que en

la AN: mayor nivel de conflicto, menor organización y cohesión, más pobreza en la relación afectiva con los padres y un modo diferente en el desarrollo de la individualización (Turón 1997; Gil y Franklyn 1998).

También se ha constatado que en familias con dinámicas disfuncionales -con problemas de comunicación provocados por rigidez en el trato y autoritarismo– se da un aumento en el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria (Ganley, 1992). Igualmente, se ha observado que la disfunción familiar predispone a las niñas a patologías alimentarias por su efecto directo sobre la autoestima (Lung, 1995).

Otros estudios sobre trastornos alimentarios y la familia (Fonseca y cols, 1999) encontraron que, la falta de expectativa de los padres de los hijos, falta de cuidado a los hijos y la falta de comunicación son factores de riesgo en el desarrollo de un trastorno alimentario, en este mismo estudio encontraron que la presencia materna y el cuidado de los padres son factores protectores de las conductas alimentarias de riesgo.

Humprey (1986 a citada por Saucedo, 2003), ha encontrado que las jóvenes con AN y BN experimentan la crianza materna como emocionalmente fría, distante, indiferente y rechazante en comparación con las jóvenes sin trastornos,

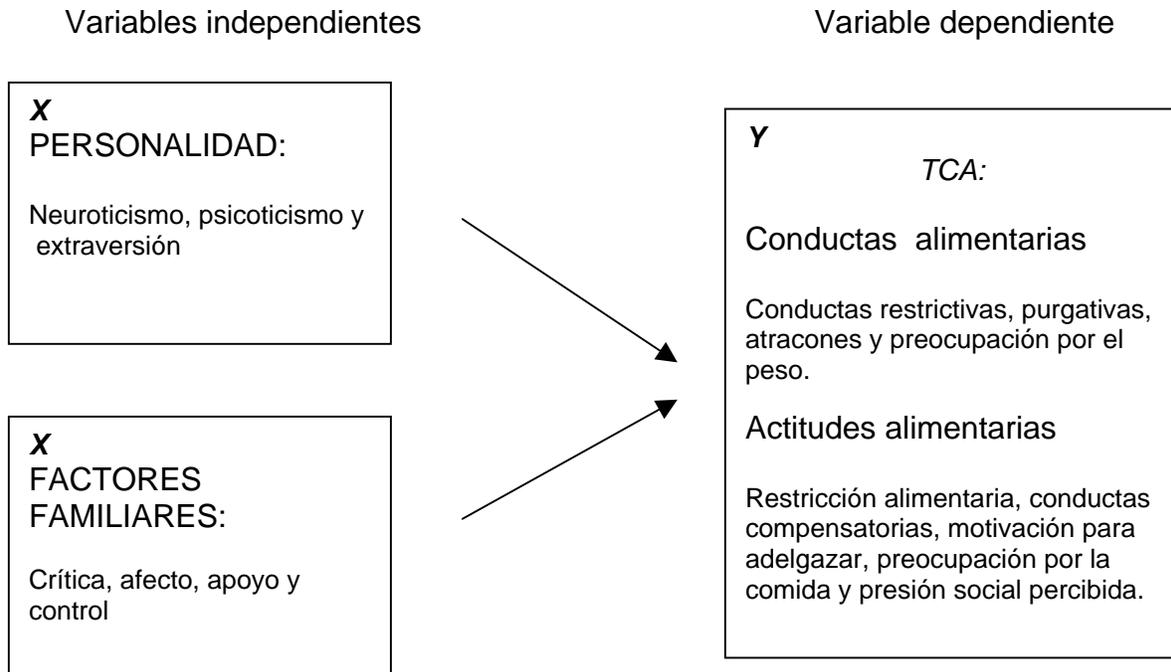
Se ha encontrado que las familias de pacientes con trastornos alimentarios muestran una dinámica familiar disfuncional, donde se observan problemas de intercomunicación y se caracterizan por ser particularmente rígidas y autoritarias (López y cols. 1998).

En resumen, el modelo sistémico propuesto por Minuchin (1978) describe las familias de los pacientes con TCA como: Familias sobre protectoras, rígidas, que carecen de la resolución de conflictos y con elevada implicación interpersonal. Y con lo que respecta a los factores familiares que se han relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria son: problemas de comunicación entre padres e hijos, problemas de relación afectiva, menor cohesión en la familia, expectativas de los padres y el cuidado de los hijos.

CAPÍTULO IV MODELO Y MARCO CONCEPTUAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

Con base en lo anterior se propone el siguiente modelo conceptual en el cual consideramos como variables independientes: los rasgos de personalidad y los factores familiares y como variable dependiente: las conductas y actitudes alimentarias características de los TCA.



A partir de lo anterior consideramos que los rasgos de personalidad: neuroticismo, psicoticismo y extraversión – introversión, así como, los factores familiares: crítica de los padres, exceso de control, falta de apoyo y afecto se relacionan con la presencia de las conductas y actitudes alimentarias de riesgo características de los TCA.

4.2 CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: *Conductas alimentarias de riesgo*

Conductas y actitudes alimentarias características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994) que no cumplen en frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos y incluyen: conductas restrictivas, purgativas, atracones y preocupación por el peso y (Unikel, 1997).

Para evaluar esta variable se utilizaron dos cuestionarios de medición: “Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo” (para el propósito de este trabajo se abreviará como: CAR10) (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004) y “La prueba de actitudes alimentarias” (EAT 40) (Garner y Garfinkel, 1979).

El Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo evalúa algunas de las conductas características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria DSM-IV (APA, 1994), cuando se hayan presentado en los últimos tres meses, y en cuánto a qué tan frecuentemente se realizan dichas conductas y actitudes y el EAT-40 evalúa sintomatología característica de los TCA.

VARIABLE INDEPENDIENTE: *Factores familiares*

Los factores familiares se entienden como las manifestaciones conductuales de crítica, afecto, control y apoyo por parte del papá y afecto, crítica, exigencia y expectativas por parte de la madre (Unikel, 2003).

Estas variables se medirán con la respuesta a las preguntas de la escala de “Relación con papá y mamá” (Unikel y Gómez Pérez Mitré, 2003), la cual se formó de preguntas provenientes del “Drug Risk Scale”-DRS (Climent, Aragón y Plutchick, 1989) en la versión validada en México por Gonzáles-Forteza (1992), y de preguntas elaboradas para la tesis “Investigación de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria” (Unikel, 2003). La escala consta de 50 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert, con valores de 1 a 4 siendo mayor puntuación el indicador de una mejor relación con cada uno de los progenitores.

VARIABLE INDEPENDIENTE: *Rasgos de personalidad*

La suma total de los patrones de conducta actuales o potenciales determinados por la herencia y el ambiente, que se desarrollan mediante la interacción del sector cognoscitivo, conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución)”, (Eysenck, 1984). Esta variable será evaluada a partir de las respuestas dadas al Cuestionario de Personalidad de Eysenck (1985) que mide tres dimensiones: neuroticismo, psicoticismo, extraversión-introversión. Se califica con las respuestas positivas o negativas a cada uno de los indicadores según su definición.

CAPÍTULO V MÉTODO

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Por lo antes planteado, surgen las siguientes preguntas de investigación:

- 1.- ¿Cuál es la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de dos preparatorias y una universidad en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco?
2. - ¿Influyen los factores familiares falta de afecto, apoyo, y exceso de control y crítica sobre las conductas alimentarias de riesgo?
- 3.- ¿Influyen los rasgos de personalidad neuroticismo, psicoticismo, extraversión-introversión en las conductas alimentarias de riesgo?
4. - ¿Influyen los factores familiares falta de afecto, apoyo y exceso de control, crítica y los rasgos de personalidad neuroticismo, extraversión-introversión en las conductas alimentarias de riesgo?

HIPÓTESIS.

Hipótesis general:

Se encontrará una prevalencia de alrededor de 5% de conductas alimentarias y actitudes alimentarias de riesgo en estudiantes de preparatoria y licenciatura.

Las condiciones familiares: falta de afecto, apoyo, exceso de control y crítica se encontrarán con mayor frecuencia en estudiantes que presenten conductas alimentarias de riesgo.

Los rasgos de personalidad: neuroticismo y psicoticismo serán encontrados con mayor frecuencia en las estudiantes que presenten conductas alimentarias de riesgo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de preparatoria y licenciatura y su relación con el ambiente familiar y la personalidad.

Objetivos específicos:

1. -Determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en mujeres estudiantes de preparatoria y licenciatura.
2. -Determinar la relación entre el ambiente familiar: Afecto, apoyo, control, crítica y las conductas alimentarias de riesgo.
3. - Determinar la personalidad en las estudiantes con conductas alimentarias de riesgo.
4. - Determinar la relación entre conductas alimentarias, rasgos de personalidad y el ambiente familiar.

JUSTIFICACIÓN

Como se ha visto, los estudios realizados en México ya han dado cuenta de la prevalencia de los TCA en el Distrito Federal, y de porcentajes importantes de conductas alimentarias de riesgo por lo que considero importante realizar un estudio de prevalencia en una población diferente, utilizando una metodología que nos permita realizar comparaciones con los estudios realizados en la Ciudad de México y en otros países.

Los estudios de prevalencia realizados en México presentan algunas limitaciones: son escasos, se han utilizado instrumentos de medición diferentes, por lo que los resultados no son comparables y muestran mucha variación, además de que se realizaron en su mayoría con muestras no probabilísticas.

La importancia de desarrollar esta investigación radica en el incremento del número de mujeres jóvenes con conductas alimentarias de riesgo y que por sí mismas

representan daños a la salud ya que podrían evolucionar en TCA: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa.

La prevención de padecer conductas alimentarias de riesgo se basa en el reconocimiento de las personas en riesgo, para poder prevenir las complicaciones clínicas y psicosociales que conllevan los TCA, como son: secuelas de la mala nutrición, incluyendo el compromiso cardiovascular, el retardo en la maduración sexual y el desarrollo físico general, igualmente, el deterioro en la autoestima y en las relaciones familiares y sociales.

MUESTRA

La muestra total intencional, con selección no probabilística quedó formada por $N = 730$ mujeres estudiantes de dos preparatorias y una universidad privadas de la Ciudad de Guadalajara. La edad osciló de los 15 a los 30 años.

En un principio se había planteado seleccionar la muestra utilizando la forma de muestreo de probabilidad proporcional al tamaño, de la misma forma que se realizó el estudio piloto.

Primeramente, se calculó la N para las estudiantes de licenciatura tomando como prevalencia 5% y se decidió un tamaño de muestra de 400 alumnas. Posteriormente, la universidad nos proporcionó la información de los alumnos de cada cuatrimestre de cada carrera clasificados por grupos y por salón. Con la información proporcionada y utilizando una lista de números aleatorios se seleccionaron los salones en que se iba a aplicar la encuesta.

Una vez que se empezó a aplicar la encuesta nos encontramos que con gran frecuencia, varias de las alumnas que no estaban presentes en el salón en el momento de la aplicación, por lo cual había que estar regresando en varias ocasiones a cada salón para buscar a las alumnas. Adicionalmente en algunos de los salones seleccionados en muestra los maestros se rehusaron a cooperar. Por ello se tomó la decisión de aplicar el cuestionario en todos los salones en que los maestros lo

permitieron durante los días que se visitó la universidad para la aplicación de cuestionarios, de modo que la muestra no fue probabilística.

En el caso de la preparatoria se tuvo un mayor grado de colaboración por lo que fue posible censar a todas las alumnas de todos los salones. No se tomó una muestra para no caer en el mismo tipo de problemas que se tuvieron en el caso de la universidad y además que por ser relativamente pequeña la preparatoria resultó sencillo el censar a toda la población.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de prevalencia de tipo transversal, de correlación, en donde los sujetos a estudiar son mujeres de preparatoria y licenciatura.

Se planteó su realización en una universidad y en dos preparatorias privadas en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

Con una población de mujeres estudiantes de preparatoria y licenciatura que fueron seleccionadas conforme a los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión: Mujeres que sean alumnas que cursen preparatoria y licenciatura que acepten de manera voluntaria participar en esta investigación.

Criterios de exclusión: Alumnas que por recomendación de un médico tuvieran que llevar una dieta para control de peso.

Criterios de eliminación: Alumnas que no contestaran completo el cuestionario.

PROCEDIMIENTO

Una vez que la universidad y las dos preparatorias aceptaron participar en el estudio, se aplicaron los cuestionarios directamente en el salón de clase. Inicialmente se explicaron los objetivos de la investigación, el papel de su participación en el estudio y que su participación era voluntaria, podían elegir no participar. Se informó también que el cuestionario era anónimo.

Posteriormente, las alumnas respondieron los cuestionarios de forma individual.

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado consta de 234 preguntas dividido en cinco áreas que se describen a continuación:

Datos socio - demográficos. Consta de 8 preguntas para determinar la edad, nivel escolar, presencia o ausencia de figuras parentales y ocupación y escolaridad de los padres.

Para medir las conductas y actitudes alimentarias de riesgo se utilizaron dos cuestionarios, con el propósito de comparar nuestros resultados con los resultados de otros estudios realizados en México y en el extranjero.

“Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo” (en este estudio se abreviará como CAR10). Consta de 11 preguntas sobre las conductas alimentarias (Unikel, 2003).

“Prueba de actitudes alimentarias” (EAT40) consta de 40 preguntas para conocer las conductas y actitudes alimentarias (Garner y Garfinkel, 1979).

“Relación con papá y mamá”. Consta de 50 preguntas para determinar la relación de apoyo, control, afecto y crítica, que tiene las estudiantes con su papá y su mamá (Unikel, 2003).

“Cuestionario de personalidad de Eysenck”. Consta de 86 preguntas para el cuestionario para adultos y 82 preguntas para el cuestionario de jóvenes (menores de 17 años) para determinar los rasgos de personalidad: neuroticismo, extraversión-introversión de las estudiantes (Eysenck, 1975).

A continuación se describen las características de cada uno de los cuestionarios utilizados.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

1) Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CAR 10) (Unikel, 2004).

El Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CAR10), fue elaborado por Unikel y cols. en 1997, con el propósito de conocer el grado en que se presentan las conductas alimentarias de riesgo en la población estudiantil del Distrito Federal. Se aplicó en las “Encuestas sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y

Alcohol” en 1997 y 2000 (Unikel, Villatoro, Medina Mora, Alcántar, Fleiz y Hernández, 2000) y en la tesis para obtener el grado de Doctor de Unikel (2003).

Diseñado y validado por Unikel (2004) en una población de mujeres con diagnóstico de trastorno alimentario en tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Instituto Nacional de Psiquiatría, y en una muestra de mujeres estudiantes de nivel medio y medio superior en la Ciudad de México.

Este cuestionario se basa en los lineamientos propuestos por el DSM-IV (APA, 1994). Consta de 11 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos) en los tres meses previos a la aplicación del instrumento, con cuatro posibilidades de respuesta tipo Likert: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces por semana) y muy frecuentemente (más de dos veces por semana).

Unikel (2004), estableció un punto de corte de 10, el cuál arrojó una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.78, con un valor predictivo positivo de 0.38 y un valor predictivo negativo de 0.96. La escala en su conjunto obtuvo un valor de consistencia interna alpha de Cronbach de 0.83.

El análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua (Unikel, 2004), arrojó una distribución en tres factores puros que explicaron el 64.7% de la varianza total en siete iteraciones. El factor uno agrupó los ítems: práctica de atracones, sensación de falta de control al comer, vómito autoinducido y práctica de ayunos y explicó el 42.3% de la varianza total. El factor dos agrupó los ítems: uso de pastillas, uso de diuréticos y uso de laxantes para bajar de peso, y explicó el 12% de la varianza total. El factor 3 agrupó los ítems “me preocupó engordar”, practica de dietas y práctica de ejercicio para bajar de peso y explicó el 10.2 % de la varianza total.

2) Prueba de actitudes alimentarias (EAT 40) (Garner y Garfinkel, 1979)

La prueba de actitudes alimentarias (Eating Attitudes Test) (EAT 40) fue diseñado por Garner & Garfinkel, (1979), es un cuestionario elaborado para realizar una primera detección (tamizaje) o caracterización de los síntomas de trastornos de la

conducta alimentaria en poblaciones comunitarias o de alto riesgo. Es el cuestionario más utilizado con dicho fin en el ámbito mundial (Garner, 1996).

Para la validación en México se empleó la traducción del EAT 40 realizada en España por Castro y cols. (1991), la cual fue adaptada para la población mexicana por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004).

Es un cuestionario de autoreporte de 40 preguntas, diseñadas bajo el formato de una escala Likert con seis opciones de respuesta que van desde nunca a siempre.

El punto de corte propuesto por los autores es de 30 puntos, y el punto de corte recomendado en México por Álvarez y cols. (2004) es de mayor o igual a 28 en población en riesgo de anorexia y bulimia nerviosa y de 22 en población en riesgo de trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

La validación en México se desarrolló por Álvarez y cols, (2004), en una población de 556 mujeres (media = 19.3): 276 eran pacientes externos que atienden la clínica de trastornos de la alimentación en el Instituto Nacional de Psiquiatría (media de edad = 19.5). Los 280 sujetos restantes eran estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, los cuales formaban el grupo control (media de edad = 19.1). El análisis mostró que el EAT cuenta con una adecuada consistencia interna ($\alpha = .90$).

Respecto a la correlación existente entre cada uno de los 40 reactivos con el valor total de la escala, se encontró que todos ellos correlacionaron significativamente y de manera positiva (p mayor o igual que .0001). (Álvarez y cols. 2004)

Se realizó el análisis factorial de componentes principales que arrojaron cinco factores con valores Eigen superiores a la unidad, explicando 46.6% de la variabilidad total, con un valor de consistencia interna bueno (coeficientes de 0.88 a 0.76). Estos cinco factores solamente incluyeron 25 de los 40 ítems. Con estos cinco factores se puede predecir la presencia o ausencia de un TCA. (Álvarez y cols. 2004)

El primer factor, *restricción alimentaria*, explicó el 25.58% de la variabilidad ($\alpha = 0.88$); el segundo factor, *bulimia*, explicó 5.6% de la variabilidad ($\alpha = 0.87$); el factor tres, *motivación por adelgazar*, explicó 5.48% de la variabilidad ($\alpha = 0.85$); en tanto el cuarto factor, *preocupación por la comida*, explicó 4.71 % ($\alpha = 0.77$), el

quinto factor, *Presión social percibida*; explicó 3.78% ($\alpha = 0.76$), de la variabilidad. (Álvarez y cols. 2004)

Acorde con los análisis realizados respecto a las propiedades psicométricas del EAT 40 en población clínica mexicana, (Álvarez y cols. 2004) se puede determinar que posee consistencia interna aceptable, ya que en la muestra comunitaria se encontró un coeficiente de 0.72, mientras que en el caso de la muestra clínica fue de 0.76.

Este cuestionario es muy útil en la investigación epidemiológica sobre factores de riesgo o sintomatología de TCA, no olvidemos que es útil solamente en detectar posibles casos.

RASGOS DE PERSONALIDAD

El cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE), fue diseñado por Eysenck y estandarizado en Inglaterra (1975). Ha sido ampliamente utilizado en otros países y en México desde su validación realizada por Lara Cantú (1989).

El cuestionario está basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: Neuroticismo (N), Psicoticismo (P) y Extraversión (E). El modelo puede considerarse como jerárquico ya que describe tres grandes dimensiones que, subdivididas en niveles más bajos, evalúan rasgos más específicos que, a su vez, pueden subdividirse en hábitos de reacción o en instancias conductuales. La medida en que pueden considerarse estas tres dimensiones como las más básicas o elementales, dependerá del nivel que se escoja para describir la personalidad. Este instrumento es el apropiado para estudiarla a un nivel elevado de la jerarquía. Según los autores, a éste nivel de “súper – rasgos”, es más fácil obtener réplicas entre sexos, edades, métodos y cuestionarios.

El cuestionario es de autoreporte, consta de 86 reactivos para mayores de 17 años y 82 reactivos para menores de 17 años, con dos opciones de respuesta: sí y no

Las tres dimensiones que mide el instrumento, neuroticismo (N), psicoticismo (P) y extraversión (E), se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es de naturaleza psiquiátrica. Una cuarta escala, deseabilidad social (L) intenta medir la intención de falsificar las respuestas

Se llevó a cabo un estudio en México (Lara, 1989) con el fin de determinar la validez y confiabilidad del CPE a partir de una muestra probabilística de mil sujetos. La muestra estuvo compuesta por 474 hombres y 514 mujeres de la Ciudad de México, de 36.99 +/- 15.45 años y 38.14 +/- 15.26 años respectivamente, fueron seleccionados de una gama muy amplia de ocupaciones. Aunque no fue una muestra de cuota, se trató que hubiera un número representativo de sujetos de diversas edades entre los 17 y 70 años.

El instrumento había sido traducido al español por el procedimiento de traducción doble o back translation. (Eysenck y cols., citados por Lara Cantú, 1992).

Escala Neuroticismo. El análisis (análisis de comunalidad, realizado por el método de mínimos cuadrados) mostró una comunalidad de 6.41, lo que representa el 30.5 % de la varianza total. En el análisis factorial, el primer factor explicó el 27.52 % de la varianza y todos los reactivos mostraron pesos positivos arriba de .34. el coeficiente de confiabilidad para la escala fue de 0.85 (Lara Cantú y cols., 1992).

Escala Extraversión-introversión. El análisis (análisis de comunalidad, realizado por el método de mínimos cuadrados) mostró una comunalidad de 4.20, que representa el 24.7 % de la varianza total. En el análisis factorial el primer factor explicó el 27.22 % de la varianza, con todos los reactivos con pesos positivos arriba de .38. El coeficiente de confiabilidad fue de 0.82 (Lara Cantú y cols., 1992).

Escala Psicoticismo. El análisis (análisis de comunalidad, realizado por el método de mínimos cuadrados) mostró una comunalidad de 3.59, lo que representa el 16.3 % de la varianza total. El análisis factorial mostró que el primer factor explicó el 15.4% de la varianza y todos los reactivos obtuvieron pesos positivos superiores a .24. el coeficiente de confiabilidad fue de 0.73. (Lara Cantú y cols., 1992).

Escala Deseabilidad Social. El análisis (análisis de comunalidad, realizado por el método de mínimos cuadrados) mostró una comunalidad de 4.1, lo que representa el 21.5 % de la varianza total. El análisis factorial mostró que el primer factor explicó el 25.23 % de la varianza y todos los reactivos obtuvieron pesos positivos superiores a .32. el coeficiente de confiabilidad fue de 0.83 (Lara Cantú y cols., 1992).

En términos generales. Los resultados de los análisis mostraron una alta validez interna y confiabilidad adecuada. (Lara Cantú 1990).

FACTORES FAMILIARES

El cuestionario de “Relación con papá y mamá” forma parte del instrumento “Factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria” diseñado por Unikel (2003). Se diseñó con el objetivo de contar con un instrumento válido y confiable para la detección de factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes y jóvenes adultas mexicanas con sus determinaciones cualitativas y cuantitativas (puntos de corte). Siendo la principal aportación que el instrumento fue construido tomando como base la experiencia de mujeres mexicanas diagnosticadas con TCA (Unikel., 2003).

La escala “Relación con papá y mamá” consta de 50 preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, con frecuencia, con mucha frecuencia) con valores de 1 a 4.

Escala “Relación con papá

El análisis de consistencia (Unikel, 2004) interna de la escala “Relación con papá” arrojó un alpha de Cronbach global de 0.94. El análisis factorial arrojó 5 factores en 39 iteraciones, con un 55.2% de la varianza total explicada. Los valores de consistencia interna de alpha de Cronbach de los factores fluctuaron entre .63 y .94.

El factor 1: “Afecto” agrupo 11 ítem, 3 de estos corresponden al factor 1 “Comunicación de la escala del “Drug Risk Scale”-DRS (Climent, Aragón y Plutckick, 1989) en la versión validada por González-Forteza (1992), y se refieren a manifestaciones tendientes a expresar sentimientos de afecto y convivencia y 6 corresponden al factor 2 “Afecto” de la misma escala. Los otros dos ítem elaborados para el instrumento. *El factor 2: “Control”*, incluyó 8 ítem, 3 de los cuales corresponden a la escala de maltrato emocional de Marshall (1992) y validada por Ramírez y Patiño (1997), y 5 fueron elaborados para el instrumento, y se refieren a la excesiva vigilancia y exigencia en la relación padre-hija. *El factor 3: “Apoyo”*, incluyó 4 ítem, 3 de ellos elaborados para el instrumento y 1 correspondiente al factor 2 “Apoyo” del DRS (Climent, Aragón y Plutckick,1989) y se refiere a las expectativas que la hija cree que su padre siente hacia ella. *El factor 4: “Crítica”*, incluye 5 preguntas todas elaboradas para la presente investigación, relacionadas con la crítica y comparación del aspecto físico y la forma de ser de la hija.

Escala "Relación con mamá"

La escala "Relación con mamá" obtuvo un valor de consistencia interna alpha de Cronbach de .93. El análisis factorial arrojó 5 factores puros de 19 iteraciones, que explicaron el 57.1 de la varianza total. Los valores de consistencia interna alpha de Cronbach fluctuaron entre .60 y .93 para cada uno de los factores. Los factores "Afecto positivo" y "Crítica", hacen referencia a los mismos conceptos explicados para la escala "Relación con papá", pero a diferencia de éstas en la escala de relación con mamá se formó un factor denominado "Valía" o "Exigencia" que incluyó 4 ítem elaborados para el instrumento, dos de ellos hacen referencia a la percepción, por parte de la hija, sobre la exigencia que su madre ejerce sobre ella, y dos ítem que se refieren a la percepción de la hija acerca de la apreciación de la madre hacia ella. El factor 4, "Expectativas hija-madre", incluyó 4 preguntas relacionadas con la percepción de la hija con respecto a las expectativas que su madre tiene sobre ella.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico de SPSS versión 10 para Windows.

Los estadísticos descriptivos que se utilizaron son: porcentajes, medias y desviaciones estándar.

La prueba estadística que se utilizó en el análisis de los datos fue el análisis de regresión logística paso a paso (stepwise), cuyo objetivo es predecir los cambios en una única variable dependiente discreta en respuesta a cambios en varias variables independientes, permitiendo interpretar la influencia de cada variable independiente en la predicción de la dependiente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la universidad y de la preparatoria en las que se aplicó el estudio. Además, se informó clara y ampliamente a cada participante sobre los objetivos, justificación del estudio, procedimiento, contenido de los instrumentos y los beneficios del estudio.

Además, se les preguntó si aceptaban participar en el estudio, aclarándoles que su participación era voluntaria y que tendrían la posibilidad de plantear cualquier duda con la certeza de ser contestada, se les ofreció a las estudiantes la garantía de la confidencialidad de la información obtenida. Al finalizar, se les proporcionó la dirección de correo electrónico de la investigadora, para consultar cualquier información adicional, una vez realizado el estudio.

ESTUDIO PILOTO

Objetivos generales

Se realizó un estudio piloto con el objetivo de: evaluar la factibilidad del tipo de muestreo seleccionado, la comprensión del instrumento y el tiempo requerido para contestarlo y revisar que la aplicación del cuestionario fuera adecuada, a través de analizar las formas de respuesta y compararlas con los datos de referencia

Objetivos específicos

1. Factibilidad de cumplir con los requisitos del muestreo

La importancia de este objetivo se deriva de la revisión de los diferentes tipos de muestreo para seleccionar a las estudiantes que participarían en el estudio, con el fin de poder decidir que tipo de muestreo era el más factible

a. La primera sugerencia fue realizar un muestreo aleatorio simple, es decir, de un listado de todas las estudiantes mujeres inscritas en la universidad y preparatoria se escogerían al azar 60 estudiantes, después se les ubicaría por materia y por salón de clase, una vez encontradas, se les explicaría el propósito del estudio y se les invitaría a participar de forma voluntaria.

b. La segunda sugerencia fue realizar un muestro con probabilidad proporcional al tamaño (en este caso al número de mujeres), es decir, de la información que nos proporciona la universidad de todos los grupos por carrera, y por número de mujeres en cada uno. Se procede a escoger un número de grupos al azar (los grupos que tengan más mujeres tienen mayor probabilidad de ser seleccionados), para aplicar el

instrumento a todas las alumnas que se encuentren presentes en el grupo seleccionado en el momento del estudio. Se decidió utilizar este tipo de muestreo para el estudio piloto.

2. Evaluar la comprensión del instrumento
3. Determinar el tiempo necesario para contestar el instrumento
4. Validar la aplicación del instrumento a través de analizar las formas de respuesta del estudio piloto y compararlas con los datos de referencia de cada uno de los cuestionarios

Diseño del estudio

Sujetos

Se trabajó con una muestra previamente seleccionada con números al azar un grupo de cada una de las tres carreras de la universidad. Respecto a la preparatoria se seleccionó un salón de cada año.

Lugar

Una universidad y una preparatoria privadas en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, misma en la que se llevaría a cabo el estudio final.

Procedimiento

Se aplicaron los cuestionarios directamente en el salón de clases. Inicialmente se explicaron los objetivos de la investigación y el papel de su participación. Posteriormente, las alumnas respondieron los cuestionarios de forma individual.

Resultados

En el estudio piloto participaron 40 estudiantes de preparatoria y 52 estudiantes de universidad con edades entre 15 y 20 años.

Respecto a los objetivos propuestos los resultados son los siguientes

1. Se comprobó que el tipo de muestreo seleccionado (probabilidad proporcional al número de mujeres), fue factible ya que:
 - a. Se contó con la ayuda de las autoridades tanto de la universidad como de la preparatoria, las cuales accedieron a que se realizara el estudio y prestaron su apoyo.

b. Una vez seleccionados los grupos que participarían en el estudio, se contactó a las estudiantes que participaron, se les explicó el objetivo del estudio, beneficios y procedimiento, y se les invitó a participar en el estudio de forma voluntaria

c. Todas las estudiantes que se encontraron en el momento de la aplicación del cuestionario aceptaron participar en el estudio.

d. El 95% de las estudiantes contestaron completo el cuestionario

e. Respecto a los cuestionarios “Conductas alimentarias de riesgo”, “EAT 40”, “Relación con papá y mamá” y “Cuestionario de personalidad de Eysenck”, no se encontró ninguna duda para contestarlos.

f. El tiempo necesario para contestar el cuestionario se determinó entre 30 y 45 minutos.

g. Los análisis estadísticos mostraron semejanza entre los datos del estudio piloto y los datos de referencia.

h. Respecto a los datos demográficos se encontró que había preguntas que no nos proporcionaban información pertinente para el propósito de éste estudio por lo que se cambiaron o eliminaron.

Se procedió a agregar la pregunta: ¿Tú familia vive en Guadalajara? Considerando que hay muchas estudiantes que son de otros estados de la República.

Se eliminaron las preguntas: Estudias preparatoria, estudias universidad y que carrera, porque ya conocemos esta información.

Respecto a las preguntas: En qué colonia vives, cuántos años tienes de vivir ahí, cuántas personas viven en su casa y quienes son ellos, se eliminaron porque la información no es útil para el propósito de este estudio. También se eliminaron las siguientes preguntas: Tienes papá, Tienes mamá, Sí no viven contigo nos podrías decir porqué. Y se incluyó la pregunta Tus papás está: casados, separados u otros.

Una vez capturados los datos de los cuestionarios en spss se procedieron a realizar los análisis de frecuencias: medias, desviaciones estándar y porcentajes con el propósito de compararlos con los datos de referencia de cada uno de los cuestionarios

Una explicación mas amplia de los resultados del estudio piloto se presentan en el anexo 1.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas.

Escolaridad y edad.

La muestra total de estudiantes de preparatoria y licenciatura fue de 730 estudiantes. La media de edad de toda la muestra fue de 18.3 años (DE= 2.85). El 43.6 % eran estudiantes de preparatoria con una media de edad de 16.3 años (DE = .95) y el 56.4 % estudiantes de licenciatura con una media de 20.3 años (DE= 2.4).

Estado civil, lugar de residencia y empleo de los padres.

En la tabla 1 podemos observar que la mayoría de los padres de las estudiantes de la muestra están casados (81.4%), un pequeño porcentaje está divorciado (11.8%) y 6.8 % son viudos, solteros o separados. La mayoría de los padres vive en la ciudad de Guadalajara (85.4%); sólo un pequeño porcentaje vive en otra ciudad (14.3%). Trabaja mayoritariamente el padre (88.2%) y sólo en una minoría las madres (11.4%), en muy pocos casos trabaja la misma alumna o algún otro miembro de la familia (2.4%).

Tabla 1

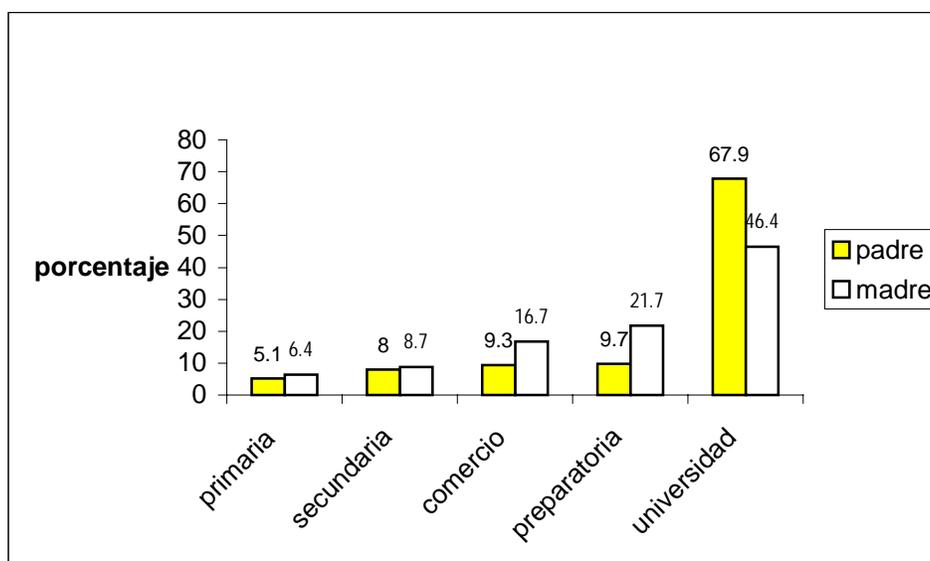
Distribución porcentual de las variables sociodemográficas: escolaridad, estado civil de los padres, lugar de residencia y empleo de los padres.

	frecuencia	porcentaje
Escolaridad		
Licenciatura	411	56.4%
Preparatoria	319	43.6%
Estado civil de los padres		
Casados	587	81.4%
Divorciados	85	11.8%
Otros (separados, viudos y solteros)	49	6.8%
Lugar de residencia de los padres		
Guadalajara	624	85.4%
Otra ciudad	104	14.3%
Empleo		
Padre	614	86.2%
Madre	81	11.4%
Otros	19	2.4%

Escolaridad de los padres.

En la gráfica 1 podemos observar el nivel de estudios de los padres de las estudiantes expresados en porcentaje: la mayoría tiene estudios universitarios (67.9% de los padres y 46.4% de las madres) y un porcentaje muy bajo tiene estudios de primaria (5.1% de los padres y 6.4% de las madres).

Gráfica 1
Escolaridad de los padres



Dado que la encuesta se aplicó en una universidad y en una preparatoria privadas era de esperarse que el porcentaje de padres con un nivel de estudios alto resultara elevado y que hubiera muy pocos padres con niveles bajos de estudios.

2. - Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo

Con el propósito de estudiar el primer objetivo: “Determinar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en mujeres estudiantes de preparatoria y licenciatura”, se analizaron los dos instrumentos de detección de conductas alimentarias de riesgo:

1.- “Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo” (CAR10), de acuerdo con la recomendación de Unikel (2004) se aplicó un punto de corte de 10 puntos.

2.- “Prueba de actitudes alimentarias” (EAT40), de acuerdo con la recomendación de Álvarez y cols. (2004), se aplicaron dos puntos de corte dependiendo del grado de patología que se busca: uno que es más estricto, de 28 puntos o mayor para detectar la población en riesgo de anorexia y bulimia nerviosa y es el más utilizado, y otro de 22 puntos, que se utiliza para clasificar la población en riesgo de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE).

Los datos faltantes se llenaron con las medias de cada uno de los reactivos.

En la tabla 2 se presenta el porcentaje de estudiantes con conductas alimentarias de riesgo. Con el CAR 10 se encontraron 25.3% de estudiantes en riesgo, con el EAT 40 con punto de corte de 22 se encontraron 25.1% y con el EAT 40 utilizando un punto de corte de 28 se encontraron 15.1%.

Tabla 2
Porcentaje de estudiantes en riesgo y sin riesgo de TCA obtenidos en los cuestionarios: “ CAR 10” y “ (EAT 40 con punto de corte de 22 y 28).

	<i>CAR 10</i>		<i>EAT 40</i>		<i>EAT 40</i>	
	<i>Punto de corte de 10</i>		<i>Punto de corte de 22</i>		<i>Punto de corte de 28</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	porcentaje
<i>En riesgo</i>	185	25.3%	183	25.1%	110	15.1%
<i>Sin riesgo</i>	545	74.7%	547	74.9%	620	72.7%
<i>Total</i>	730	100%	730	100%	730	100%

Como podemos observar los resultados de prevalencia de conductas alimentarias de riesgo obtenidos en ambos cuestionarios (CAR 10 y el EAT 40 con un punto de corte de 22) son muy similares, 25.3% y 25.1%, esto indica que la prevalencia en este grupo es de aproximadamente una cuarta parte de la población estudiada. Sin embargo, cuando se utiliza un punto de corte más estricto como es el caso del EAT 40 con punto de corte de 28, encontramos un total de 15.1% de estudiantes con conductas alimentarias de riesgo, esto es, que en estos casos tenemos sujetos con patologías más graves en cuanto a las conductas alimentarias, como se podrá ver en las gráficas de las diferentes conductas de riesgo.

2.1 Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de preparatoria y licenciatura.

Con el propósito de conocer si la prevalencia era diferente entre las estudiantes de preparatoria y licenciatura se analizaron los dos grupos por separado. En la tabla 3 se presenta la prevalencia de estudiantes con conductas alimentarias de riesgo en los estudiantes de preparatoria y en los estudiantes de licenciatura.

Tabla 3
Porcentaje de estudiantes de preparatoria y universidad en riesgo y sin riesgo de TCA obtenidos en los cuestionarios: CAR 10 y EAT 40 (con punto de corte de 22 y 28).

	CAR		EAT 40		EAT 40	
	Punto de corte de 10		Punto de corte de 22		Punto de corte de 28	
	Preparatoria	Licenciatura	Preparatoria	Licenciatura	Preparatoria	Licenciatura
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
	%	%	%	%	%	%
En riesgo	65 20.4%	120 29.2%	80 25.1%	103 25.1%	45 14.1%	65 15.8%
Sin riesgo	F 254 79.6%	291 70.8%	239 74.9%	308 74.9%	274 85.9%	346 84.2%
Total	319	411	319	411	319	411

Los resultados nos muestran que se encontró 20.4% de estudiantes de preparatoria y 29.2% de estudiantes de licenciatura en riesgo (detectadas con el CAR 10), 25.1% de estudiantes de preparatoria y de licenciatura en riesgo (con el EAT 40 con punto de corte de 22) y 14.1% de estudiantes de preparatoria y 15.8% de estudiantes de licenciatura en riesgo (con el EAT 40 utilizando un punto de corte de 28).

Los resultados de la prueba t de student nos muestran que los grupos en riesgo de preparatoria y licenciatura (detectados con el CAR 10) son diferentes, estas diferencias son significativas con una $t = -2.728$ ($p=.000$). Respecto a las estudiantes de preparatoria y licenciatura en riesgo (detectadas por EAT 40 con el punto de corte de

22) no se encontraron diferencias entre los grupos: $t = .005$ ($p=.991$). como tampoco se encontraron diferentes los grupos en riesgo de preparatoria y licenciatura detectados con el EAT 40 con punto de corte de 28, $t = -.639$ ($p=.200$).

Esto quiere decir, que cuando se utiliza el CAR10 la proporción de estudiantes de preparatoria es menor que la que la de los estudiantes de licenciatura y esta diferencia es significativa, mientras que el EAT 40 con dos puntos de corte diferentes no detecta diferencias entre los grupos.

5. - Factores familiares del padre y de la madre.

Para estudiar el objetivo: “Determinar la relación entre el ambiente familiar: en cuanto a afecto, apoyo, crítica y control de los padres y su relación con las conductas alimentarias de riesgo”, se llevaron a cabo tres análisis de regresión logística con el modelo paso a paso (stepwise). En el primer análisis se utilizó como variable dependiente la clasificación: en riesgo y sin riesgo con el “CAR 10”. En el segundo análisis se utilizó como variable dependiente la clasificación: en riesgo y sin riesgo con el “EAT 40” con punto de corte de 22. En el tercer análisis se utilizó como variable dependiente la clasificación: en riesgo y sin riesgo con el “EAT 40” con un punto de corte de 28.

En los tres análisis las variables independientes, fueron los factores familiares del padre y de la madre medidos a través del instrumento “Relación con papá y mamá” (Unikel, 2003). Los factores familiares del padre contemplan las siguientes categorías: afecto, apoyo, control y crítica; los factores familiares de la madre contemplan las siguientes categorías: afecto, crítica, exigencia y expectativas.

A continuación se presentan los resultados de la regresión logística en cada uno de los casos descritos anteriormente.

Resultados del análisis de las regresiones logísticas

Influencia de los factores familiares del padre y la madre sobre riesgo de TCA (CAR 10).

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios. Del total de la muestra se clasificaron 545 estudiantes sin riesgo y 184 estudiantes en riesgo.

En la tabla 5 los resultados nos muestran dos predictores: la crítica del padre y las expectativas de la madre.

Tabla 5

Factores familiares del padre y la madre sobre riesgo de TCA (CAR 10).

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Bajo	Alto
Paso 1	CRITICA PADRE	.000	1.281	1.172	1.400
	Constante	.000	.061		
Paso 2	CRITICA PADRE	.000	1.239	1.130	1.359
	EXPECTATIVAS DE LA MADRE	.000	1.191	1.084	1.309

Como podemos observar la crítica del padre aumenta 1.23 (IC 95% 1.13 y 1.35) veces el riesgo de conductas alimentarias de riesgo en las estudiantes, en comparación con las estudiantes que no perciben esta crítica y las expectativas de la madre lo aumentan 1.19 (IC 95% =1.08 y 1.30) veces.

Influencia de los factores familiares del padre y la madre sobre riesgo de TCA (EAT 40 punto de corte de 22).

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios. Del total de la muestra se clasificaron sin riesgo 546 estudiantes y 184 estudiantes en riesgo.

En la tabla 6 nos muestran como predictores: la crítica del padre, el control del padre y el afecto de la madre.

Tabla 6**Factores familiares del padre y la madre sobre riesgo de TCA****(EAT 40 punto de corte de 22)**

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Bajo	Alto
Paso 1	CRITICA PADRE	.000	1.293	1.183	1.414
	Constante	.000	.056		
Paso 2	CONTROL PADRE	.002	1.068	1.024	1.114
	CRITICA PADRE	.000	1.213	1.099	1.339
	Constante	.000	.035		
Paso 3	CONTROL PADRE	.001	1.077	1.032	1.124
	CRITICA PADRE	.000	1.230	1.112	1.360
	AFECTO MADRE	.024	.966	.937	.995

Como podemos observar la crítica del padre aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.23 (IC 95%= 1.11 y 1.36) en comparación con los estudiantes que no perciben esta crítica, el control del padre lo aumenta 1.07 (IC 95% = 1.03 y 1.12) veces y el afecto de la madre disminuye el riesgo percibido 0.96 (IC95% = .937 y .995) veces.

Este análisis coincide con el anterior al proponer la crítica del padre como el principal predictor, a diferencia del anterior aparecen además el afecto de la madre y el control del padre y no aparece la expectativa de la madre.

Nótese que la razón de momios para la variable afecto de la madre al ser menor que uno, indica que hay menos riesgo para las mujeres con alto afecto de la madre, que para las mujeres con bajo afecto de la madre.

Influencia de los factores familiares del padre y la madre sobre riesgo de TCA (EAT 40 punto de corte de 28).

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios. Del total de la muestra se clasificaron sin riesgo 619 estudiantes y 110 estudiantes en riesgo.

En la tabla 7 aparecen como predictores: crítica del padre, crítica de la madre, expectativas de la madre y afecto de la madre.

Tabla 7

Factores familiares del padre y la madre sobre riesgo de TCA

(EAT 40 punto de corte de 28)

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Bajo	Alto
Paso 1	CRITICA PADRE	.000	1.309	1.188	1.443
	Constant	.000	.026		
Paso 2	CRITICA PADRE	.000	1.275	1.153	1.410
	DECEPCIÓN MADRE	.020	1.140	1.021	1.273
	Constant	.000	.010		
Paso 3	CRITICA PADRE	.000	1.294	1.168	1.434
	AFECTO MADRE	.049	.964	.929	1.000
	DECEPCIÓN MADRE	.010	1.159	1.035	1.298
	Constant	.000	.014		
Paso 4	CRITICA PADRE	.000	1.232	1.099	1.380
	AFECTO MADRE	.011	.949	.912	.988
	EXPECTATIVAS DE LA MADRE	.041	1.128	1.005	1.267
	CRITICA MADRE	.050	1.084	1.000	1.174

Como podemos observar la crítica del padre aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.23 (IC 95%= 1.09 y 1.38) veces en comparación con los estudiantes que no perciben esta crítica, las expectativas de la madre lo aumenta 1.12 (IC 95% = 1.00 y 1.26) veces, la crítica de la madre lo aumenta 1.08 (IC 95% = 1.00 y 1.17) veces y el afecto de la madre lo disminuye 0.949 (IC 95% = 0.91 y 0.98) veces.

Este análisis coincide con los otros dos análisis de regresión, respecto a que la crítica del padre aparece como el predictor principal.

6. - Rasgos de personalidad y conductas alimentarias de riesgo

Para estudiar el objetivo “Determinar los rasgos de personalidad, en cuanto, a neuroticismo, psicoticismo y extraversión en las estudiantes con conductas alimentarias de riesgo”, se llevaron a cabo tres análisis de regresión logística utilizando el modelo paso a paso (stepwise). En el primer análisis se utilizó como variable dependiente la clasificación: en riesgo y sin riesgo en el CAR 10. En el segundo análisis se utilizó como variable dependiente la clasificación: en riesgo y sin riesgo con el EAT 40 con un punto de corte de 22 puntos o mayor. En el tercer análisis se utilizó como variable dependiente la clasificación: en riesgo y sin riesgo en el EAT 40 con un punto de corte de 28 puntos o mayor.

En los tres análisis las variables independientes que se estudiaron fueron los rasgos de personalidad: neuroticismo, psicoticismo y extraversión.

Rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA (CAR 10)

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios. Del total de la muestra se clasificaron sin riesgo 545 estudiantes y 185 estudiantes en riesgo.

Los resultados en la tabla 8 nos presentan como predictores: neuroticismo y psicoticismo.

Tabla 8

Rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA (CAR 10)

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Bajo	Alto
Paso 1	NEUROTICISMO	.000	1.140	1.092	1.190
	Constante	.000	.060		
Paso 2	PSICOTICISMO	.019	1.076	1.012	1.144
	NEUROTICISMO	.000	1.126	1.077	1.177
	Constante	.000	.051		

Como podemos observar el neuroticismo aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.12 (IC 95%= 1.07 y 1.17) veces en comparación con los estudiantes que no presentan este rasgo, el psicoticismo aumenta el riesgo 1.076 (IC 95% = 1.01 y 1.14) veces.

Debemos considerar que el valor de los momios para el psicoticismo es muy bajo esto quiere decir, que esta variable aumenta muy poco el riesgo sobre las conductas alimentarias de riesgo.

Rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA (EAT 40 con punto de corte de 22 puntos).

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios. Del total de la muestra se clasificaron sin riesgo 547 estudiantes y 183 estudiantes en riesgo.

Los resultados en la tabla 9 nos muestran un modelo en el que aparece como predictores el neuroticismo y el psicoticismo.

Tabla 9

***Rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA
(EAT 40 con punto de corte de 22 puntos).***

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Bajo	Alto
Paso 1	NEUROTICISMO	.000	1.152	1.103	1.203
	Constante	.000	.051		
Paso 2	PSICOTICISMO	.012	1.082	1.017	1.151
	NEUROTICISMO	.000	1.137	1.086	1.189
	Constante	.000	.043		

Como podemos observar el neuroticismo aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.13 (IC 95%= 1.08 y 1.18) veces en comparación con los estudiantes que no presentan este rasgo y el psicoticismo lo aumenta 1.082 (IC 95%= 1.017 y 1.189) veces.

El neuroticismo y el psicoticismo aparecen también en el modelo propuesto en el análisis anterior.

Rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA (EAT 40 con punto de corte de 28 puntos)

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios. Del total de la muestra se clasificaron sin riesgo 620 estudiantes y 110 estudiantes en riesgo. Los resultados en la tabla10 nos muestran como predictor el neuroticismo.

Tabla 10

***Rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA
(EAT 40 con punto de corte de 28 puntos)***

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Bajo	Alto
Paso 1	NEUROTICISMO	.000	1.201	1.136	1.269

Como podemos observar el neuroticismo aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.20 (IC 95%= 1.13 y 1.26) veces en comparación con los estudiantes que no presentan este rasgo.

Este resultado coincide con los resultados de los dos análisis anteriores.

7. - Factores familiares, rasgos de personalidad y conductas alimentarias de riesgo

Para estudiar el objetivo: “Determinar la relación entre conductas alimentarias, personalidad y los factores familiares”, se llevaron a cabo tres análisis de regresión logística. En el primer análisis se utilizó como variable dependiente las estudiantes clasificadas: en riesgo y sin riesgo en el CAR 10. En el segundo análisis se utilizó como variable dependiente las estudiantes clasificadas: en riesgo y sin riesgo en el EAT 40 con punto de corte de 22 puntos. En el tercer análisis se utilizó como variable dependiente las estudiantes clasificadas: en riesgo y sin riesgo en el EAT 40 con punto de corte de 28 puntos.

En los tres análisis las variables independientes que se estudiaron fueron los factores familiares del padre y de la madre (descritos anteriormente) y los rasgos de personalidad: neuroticismo, psicoticismo y extraversión.

Los factores familiares y los rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA (CAR 10)

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios. Del total de la muestra se clasificaron sin riesgo 545 estudiantes y 184 estudiantes en riesgo.

Los resultados en la tabla 11 nos muestran como predictores: crítica del padre, exigencia de la madre y neuroticismo.

Tabla 11
Factores familiares y los rasgos de personalidad
sobre el riesgo de TCA (CAR 10).

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Bajo	Alto
Paso 1	NEUROTICISMO	.000	1.140	1.092	1.190
	Constant	.000	.060		
Paso 2	CRITICA PADRE	.000	1.222	1.115	1.340
	NEUROTICISMO	.000	1.120	1.072	1.171
	Constant	.000	.019		
Paso 3	CRITICA PADRE	.000	1.200	1.093	1.318
	EXIGENCIA DE LA MADRE	.009	1.139	1.034	1.255
	NEUROTICISMO	.000	1.108	1.059	1.159

Como podemos observar la crítica del padre aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.20 (IC 95%= 1.09 y 1.31) veces en comparación con los estudiantes que no perciben esta crítica, la exigencia de la madre aumenta el riesgo 1.13 (IC 95%= 1.03 y 1.25) veces y el neuroticismo aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.10 (IC 95% = 1.05 y 1.15) veces.

Factores familiares y rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA (EAT 40 con un punto de corte de 22 puntos)

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios. Del total de la muestra se clasificaron sin riesgo 546 estudiantes y 184 estudiantes en riesgo.

Los resultados en la tabla 12 nos muestran como predictores: crítica del padre, control del padre, neuroticismo y afecto de la madre.

Tabla 12

***Factores familiares y rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA
(EAT 40 con un punto de corte de 22 puntos)***

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Bajo	Alto
Paso 1	NEUROTICISMO	.000	1.152	1.103	1.203
	Constant	.000	.052		
Paso 2	CRITICA PADRE	.000	1.232	1.122	1.351
	NEUROT	.000	1.132	1.082	1.184
	Constant	.000	.015		
Paso 3	CRITICA PADRE	.000	1.257	1.141	1.384
	AFECTO MADRE	.012	.961	.931	.991
	NEUROTICISMO	.000	1.141	1.090	1.195
	Constant	.000	.023		
Paso 4	CONTROL PADRE	.015	1.056	1.010	1.103
	CRITICA PADRE	.001	1.201	1.083	1.332
	AFECTO MADRE	.005	.956	.926	.986
	NEUROTICISMO	.000	1.131	1.080	1.185
	Constant	.000	.018		

Como podemos observar la crítica del padre aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.20 (IC 95%= 1.08 y 1.33) veces en comparación con los estudiantes que no perciben esta crítica, el neuroticismo aumenta el riesgo 1.131 (IC 95% = 1.08 y 1.18) veces, el control del padre lo aumenta 1.056 (IC 95% = 1.01 y 1.10) y el afecto de la madre disminuye el riesgo 0.956 (IC 95% = 0.92 y 0.98) veces.

El modelo presenta el neuroticismo y la crítica del padre como los principales factores de riesgo, esto es muy semejante a lo que se encontró en el análisis anterior. Además este modelo propone el afecto de la madre y el control del padre, pero, con valores muy bajos.

Factores familiares y rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA (EAT 40 con un punto de corte de 28 puntos)

El análisis de regresión logística se realizó con una N = 730 cuestionarios, Del total de la muestra se clasificaron sin riesgo 619 estudiantes y 110 estudiantes en riesgo. Los resultados en la tabla 13 nos muestran como predictores: neuroticismo, crítica del padre, crítica de la madre y afecto de la madre.

Tabla 13

**Factores familiares y rasgos de personalidad sobre el riesgo de TCA
(EAT 40 con un punto de corte de 28 puntos)**

		Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Bajo	Altor
Paso 1	NEUROTICISMO	.000	1.201	1.136	1.269
	Constant	.000	.015		
Paso 2	CRITICA PADRE	.000	1.235	1.115	1.368
	NEUROTICISMO	.000	1.179	1.114	1.249
	Constant	.000	.004		
Paso 3	CRITICA PADRE	.000	1.257	1.132	1.396
	APECTO MADRE	.015	.954	.918	.991
	NEUROTICISMO	.000	1.191	1.123	1.262
	Constant	.000	.007		
Paso 4	CRITICA PADRE	.003	1.192	1.060	1.339
	APECTO MADRE	.003	.940	.902	.979
	CRITICA MADRE	.045	1.085	1.002	1.176
	NEUROTICISMO	.000	1.186	1.119	1.257
	Constant	.000	.007		

Como podemos observar la crítica del padre aumenta el riesgo de conductas alimentarias de riesgo 1.19 (IC 95%= 1.06 y 1.33) veces en comparación con los estudiantes que no perciben esta crítica, el neuroticismo aumenta el riesgo 1.18 (IC 95% = 1.19 y 1.25) veces, la crítica de la madre lo aumenta 1.08 (IC 95% = 1.00 y 1.17) veces y el afecto de la madre lo disminuye 0.940 (IC 95% = .902 y .979) veces.

El modelo presenta el neuroticismo y la crítica del padre como los principales factores de riesgo, esto es muy semejante a lo que se encontró en el análisis anterior. Además este modelo propone el afecto de la madre y la crítica de la madre.

El afecto de la madre aparece como predictor cuando se detectan los casos en riesgo con el EAT 40 (con el punto de corte de 22 y 28 puntos), y no aparece cuando se detectan los casos con el CAR 10.

Resumiendo, los resultados de las regresiones logísticas nos muestran que las variables para las que se obtiene significancia en los dos cuestionarios (CAR 10 y EAT 40 con puntos de corte de 22 y 28), son el neuroticismo y la crítica del padre, el afecto de la madre aparece en el EAT 40 con los dos puntos de corte (22 y 28), pero no aparece con el CAR 10.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En nuestro país, los estudios epidemiológicos realizados sobre TCA son muy escasos, por lo que es difícil hacernos una idea de cuál es la situación actual en nuestra población. Hay que señalar, además, que el hecho de que los instrumentos de evaluación utilizados difieran de unos estudios a otros, así como las diferencias entre las poblaciones estudiadas, dificulta la comparación entre estudios.

Nuestro estudio se refiere a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, los trastornos alimentarios más graves que conocemos hoy en día.

Como se ha revisado anteriormente, los trabajos epidemiológicos realizados en diversos países norteamericanos y europeos reflejan la incidencia de los TCA en las últimas décadas e indican un aumento de estos trastornos (Lucas y cols 1991, Pagsberg y cols 1994). Los estudios realizados sobre síndromes parciales (trastornos alimentarios que no cumplen los criterios diagnósticos para la AN, BN) nos indican que tienen una elevada prevalencia e incidencia entre la población adolescente (Guerro Prado, 2001).

Los TCA son enfermedades graves, en ocasiones letales, que presentan diversas complicaciones médicas (Kaplan y Garfinkel, 1993).

Por lo anterior, consideramos que es relevante identificar a los individuos que presentan conductas propias de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), con el fin de realizar una intervención oportuna y prevenir el desarrollo de trastornos de la conducta específicos como la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Una razón adicional es que en sí mismas estas conductas pueden causar daños como la desnutrición y, por lo tanto, deficiencias en el crecimiento y desarrollo, así como problemas psicológicos como baja autoestima, además de que pueden llegar a causar la muerte.

La prevención consiste en identificar los factores de riesgo, reconocer a la población vulnerable y proveer una intervención eficaz a personas identificadas con conductas alimentarias de riesgo, antes de que se desarrolle el síndrome completo

Por ello, este trabajo tuvo como objetivo conocer la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo de los TCA en una población de estudiantes de nivel preparatoria

y licenciatura en la ciudad de Guadalajara, así como la relación de dichas conductas con factores familiares, tales como exceso de control y crítica, falta de apoyo y afecto de los padres y los rasgos de personalidad: neuroticismo, introversión y extroversión.

Como ya mencionamos, el estudio de la personalidad en personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria constituye una área de importancia creciente en los últimos años por su potencial implicación en el desarrollo y mantenimiento de los mismos (Díaz Marsá y cols. 1999). Así también, estos trastornos se han encontrado relacionados con algunos factores familiares que influyen en el desarrollo y en el mantenimiento de los mismos ((Hill y Franklin 1998 y Pike y Rodin 1991).

Para cumplir con este objetivo, se realizó primeramente un estudio piloto (anexo 1) con el propósito de evaluar la factibilidad del tipo de muestreo seleccionado, la comprensión del instrumento y el tiempo requerido para contestarlo. En el estudio piloto no se presentaron problemas con el tipo de muestreo seleccionado, por lo que se decidió aplicarlo en el estudio final.

El esquema de muestreo que se decidió adoptar fue el muestro con probabilidad proporcional al tamaño (en este caso, los grupos que tuvieran más mujeres tenían mayor probabilidad de ser seleccionados). De la información que nos proporcionó la universidad, de todos los grupos de cada carrera y número de mujeres en cada uno, se procedió a escoger un número de grupos al azar para aplicar el instrumento a todas las alumnas que se encontraran presentes en el grupo seleccionado en el momento del estudio.

Una vez seleccionada la muestra, en el momento de aplicar el instrumento se tuvo el problema de que las estudiantes no se encontraban en el salón por diversas razones: habían dado de baja de cierta materia, habían faltado ese día o tenían alguna visita fuera de la universidad. Como no se contaba con el tiempo necesario para buscar a las alumnas que no se encontraban presentes y tampoco se conocía su nombre -ya que el instrumento es anónimo-, se procedió a aplicar los cuestionarios tratando de cumplir con la N que nos habíamos propuesto y aplicándolo en diversas facultades.

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo

Se encontró una prevalencia de 25.1% al utilizar el cuestionario EAT 40 con punto de corte de 22, y de 15.1% al utilizar el EAT 40 con un punto de corte de 28. Este último es el punto de corte más utilizado en los estudios realizados en México, un punto semejante a éste se utiliza en otros países, de acuerdo con Álvarez y cols., un punto de corte de 28 puntos se utiliza para detectar los casos en riesgo de anorexia y bulimia y es más estricto que cuando se considera un punto de corte de 22 puntos, que se refiere a los casos en riesgo de trastornos de la conducta alimentaria no especificados .

Este valor 15.1%, (obtenido utilizando el EAT 40 con un punto de corte de 28) es significativamente mayor al 8.4% (utilizando el EAT 40 con un punto de corte de 28) encontrado por Mancilla (1996) en un estudio con un tamaño de muestra de 524 estudiantes mujeres, y similar al de 14.5% (utilizando el EAT 40 con un punto de corte de 28) encontrado por Ruiz Martínez (2005), aunque el tamaño de la muestra de éste último fue de sólo 69 estudiantes mujeres.

Los estudios de prevalencia en mujeres europeas y norteamericanas, en estudios realizados con el EAT con puntos de corte similares varían entre un 5% y un 22% más o menos (Dancynger y cols, 1995; Brown y cols, 1989 y Patton y cols, 1990). Así, el estudio de Buddeberg, Fisher y cols. (1996), realizado con una muestra de adolescentes suizos utilizando el EAT 40 como criterio, encontró un 8.3% en riesgo de TCA. Por otra parte, el estudio italiano de Cartufo y cols. (1998), arroja resultados en el sentido de que el 23.3% de los estudiantes adolescentes estaban en riesgo de padecer un TCA. En un estudio realizado en España por Pérez Gaspar y cols. (2000), con una muestra de adolescentes, se encontró que el 11.1% presentaron una puntuación mayor de 30 puntos en el EAT 40.

En resumen, los resultados encontrados en este estudio utilizando el EAT 40 (con punto de corte de 28 puntos) son similares a los resultados encontrados en otros estudios realizados en México y en otros países norteamericanos y europeos.

Con el instrumento (CAR 10), se estimó una prevalencia de 25.3%, valor similar al encontrado con el EAT 40 con punto de corte de 22 puntos. Esta estimación de prevalencia no se puede comparar con otros estudios realizados en México en los que

se aplicó este mismo cuestionario, ya que difieren en cuanto al tipo de población y los resultados no reportan la prevalencia estimada utilizando la técnica de punto de corte.

Prevalencia en estudiantes de preparatoria y licenciatura

Cuando se utiliza el CAR 10 para detectar a las estudiantes en riesgo, se encontró una diferencia significativa ($t=2.728$, $p=.000$) entre la prevalencia en estudiantes de preparatoria de 20% y en licenciatura de 29%.

Sin embargo, al analizar los resultados del EAT 40 utilizando un punto de corte de 22, no se encontraron diferencias significativas ($t=.005$, $p=.991$) entre la prevalencia de preparatoria (25.1%) y licenciatura (25.1%). Tampoco se encontraron diferencias significativas ($t=.639$, $p=.20$) con el EAT 40 utilizando un punto de corte de 28 puntos en la prevalencia encontrada en preparatoria (14.1% y licenciatura (15.8%). Esto quiere decir, que cuando utilizamos el CAR 10 encontramos que existe una mayor prevalencia en las estudiantes de licenciatura que en las estudiantes de preparatoria, pero con el EAT 40 la prevalencia en los dos grupos es igual.

En este estudio, encontramos un 65.7% de estudiantes han seguido una dieta para bajar de peso y coincide con los resultados de Holtz (1992), en uno de los primeros estudios realizados en México sobre conductas alimentarias de riesgo, utilizando el EDI-2, se encontró un 59% en el seguimiento de dietas en la población estudiada. En otro estudio similar realizado por Escobar (1992), éste encontró un seguimiento de dietas en un 66% de la población estudiada, por lo tanto el seguimiento de dietas se considerada una práctica frecuente en las estudiantes de licenciatura en México durante la última década.

Nuestros resultados coinciden con los estudios realizados por Rosen y Gross (1987) entre estudiantes de nivel medio superior, en el que encontraron que en el día del estudio 63% de las niñas y 16.2% de los niños estaban haciendo una dieta con propósito de control de peso, a pesar que la mayoría de los estudiantes tenían un peso normal.

Un estudio dirigido y llevado a cabo por Cash (1986) con población estadounidense, queda claro que 38% de las mujeres y 34% de los hombres

manifestaron plena insatisfacción por su apariencia física, el 55% de las mujeres señalaron que el peso corporal constituye un motivo básico de esta insatisfacción.

Los estudios realizados en México nos muestran que en población estudiantil de enseñanza básica, los niños entre 10 y 11 años de edad, el 25% realiza dietas intencionales, el 19% con la finalidad de bajar de peso y el 6% para subir el mismo (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998).

Relación entre conductas alimentarias y factores familiares y de personalidad

Nuestro estudio sugiere que las dos variables sistemáticas en la precipitación de estas conductas son: la crítica del padre y el neuroticismo. Estas dos variables aparecen como significativas tanto al utilizar el EAT 40 con punto de corte de 22 como al utilizarlo con 28 como utilizar el CAR10.

Los hallazgos de la presente investigación coinciden con lo que reporta la literatura nacional e internacional respecto a las críticas familiares al físico de los hijos

En un estudio realizado en México, Unikel (2003) encontró que esta variable tiene un efecto indirecto sobre las conductas alimentarias, ya que provoca ánimo deprimido y actúa sobre las actitudes y creencias hacia la obesidad, esta última influye directamente sobre la insatisfacción corporal.

Pike y Rodin (1991) mencionan que los ambientes familiares que son menos tolerantes y más críticos, en particular con la apariencia física de los hijos, aumentan la necesidad del adolescente por querer cambiar su aspecto físico.

De acuerdo con Hill y Pallin (1998), en la práctica clínica es común encontrar que los comentarios realizados por familiares varones funjan como precipitantes para el inicio de las dietas restrictivas.

Una posible explicación de la relación de la crítica del padre y de la madre con las jóvenes con conductas alimentarias de riesgo es el modelo de Thompson y cols. (1999), en el que se propone que las presiones para estar delgado que ejercen los pares, los padres y los medios de comunicación son el resultado de un proceso social y de la internalización del ideal de la delgadez, que contribuyen al desarrollo de la insatisfacción corporal. Esta insatisfacción corporal se piensa que aumenta la práctica de dietas restrictivas y de la patología bulímica.

Fairburn y cols. (1997) afirman que los factores de vulnerabilidad que distinguen a los pacientes con TCA de otros pacientes psiquiátricos son los comentarios críticos de la familia sobre la forma y el peso del cuerpo.

Estos hallazgos nos confirman que la influencia social está presente por medio de una persuasión directa a través de la presión para satisfacer las demandas de otras personas o del entorno social. En este modelo esta presión es ejercida por los padres al criticar el físico de sus hijos, provocando de esta forma una insatisfacción corporal y en algunos casos la práctica de conductas alimentarias de riesgo.

Otra de las variables familiares que se encontró relacionada con las conductas alimentarias de riesgo, fue el afecto de la madre. El CAR10 no lo detecta como predictor, pero aparece en el EAT 40 con los dos puntos de corte utilizado.

Respecto a la relación del afecto de la madre y las conductas alimentarias de riesgo, algunos autores como Fonseca y cols. (1999) encontraron que la presencia materna, la comunicación positiva, la supervisión de los hijos por los padres, son factores protectores de las conductas alimentarias de riesgo.

En una investigación realizada por Vázquez (1997) en una muestra de familias españolas, encontró que los grupos de hijas con trastorno alimentario perciben significativamente una menor expresividad en sus hogares y un mayor conflicto familiar.

Humphrey (1986a, citada por Saucedo, 2003) ha encontrado que las jóvenes anoréxicas y bulímicas experimentan la crianza materna como emocionalmente fría, distante, indiferente y rechazante en comparación con las jóvenes sin trastorno.

Por lo que se refiere a los rasgos de personalidad, la variable neuroticismo aparece en nuestros resultados como el principal predictor de las conductas alimentarias de riesgo.

Sainz Martínez y cols. (1999), en un estudio realizado en España, encontraron resultados similares, una interrelación en el sexo femenino, entre el hecho de ser un "posible caso" y presencia de una elevada emotividad (niveles elevados de neuroticismo) y dureza (niveles elevados de psicoticismo).

Gual y cols. (2001) afirman que, el concepto de neuroticismo está relacionado con el de perfeccionismo, pero en el caso de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1964) se

refiere principalmente a una alta vulnerabilidad ante el estrés, debida ésta a la inestabilidad emocional y a la hipersensibilidad. Usualmente, al neuroticismo se le considera, como uno de los dos extremos en el rango bipolar, con “estabilidad y autocontrol” en uno de los extremos y “neuroticismo” en el otro.

El presente estudio confirma la posibilidad de identificar, a través del cuestionario de personalidad de Eysenck, rasgos específicos o dimensiones de la personalidad que están presentes en las estudiantes con conductas alimentarias de riesgo.

Debemos considerar que en los estudios de personalidad y TCA se han encontrado limitaciones metodológicas: la mayoría de los estudios no se realizan en muestras representativas y los rasgos de personalidad generalmente se estudian después de la aparición de la enfermedad, lo que hace muy difícil identificar si las características de la personalidad son causa o simplemente efecto del trastorno (Garner, 1993). Considerando que las dimensiones de la personalidad de Eysenck están condicionadas biológica y genéticamente, (Eysenck, 1967) podrían considerarse como predisponentes en el desarrollo de los TCA.

Finalmente, los resultados obtenidos en este estudio sugieren la conveniencia de realizar más estudios destinados a la identificación de los problemas alimentarios en el ámbito de estudiantes de preparatoria y universidad, así como la de implantar programas de prevención.

Queremos dejar claro que nuestros resultados son preliminares y que no establecen causalidad, por lo que se requiere de mayor investigación en las relaciones aquí establecidas.

Sesgos y rendimientos.

A pesar de que el 100% de las alumnas encuestadas aceptó contestar el cuestionario, encontramos que algunos de los cuestionarios no estaban completos, faltando una o dos preguntas, por lo que se decidió llenar los faltantes con las medias de cada reactivo.

Limitaciones del estudio.

1. - Una de las limitaciones se encuentra en el hecho de que las muestras estudiadas no son representativas de la población de estudiantes de preparatoria y universidades privadas de la ciudad de Guadalajara por lo que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados, por ello se sugiere realizar el mismo tipo de estudio en diferentes zonas de la ciudad con otras poblaciones.

2. – Otra limitación está relacionada con los valores de varianza explicada, ya que en general los resultados fueron bajos, varían de un 16 % a un 22% dejando en promedio un 75% de la varianza sin explicar. Esto es comprensible si reconocemos que en esta investigación solamente se consideraron algunas de las muchas variables asociadas con los TCA.

4.- Por lo que recomendamos la realización otros estudios con muestras más grandes.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez G, Mancilla JM, Vazquez R, Unikel C, Caballero A, Mercado D. (2004) Validity of the Eating Attitudes Test:: A study of mexican eating disorders patients. *Eating Weight Disorders*, 4(9), 243-248.
- Álvarez RG. Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría, UNAM, 2000.
- Álvarez G, Vázquez A.R, Mancilla J.M, Gómez Peresmitré G. (2002) Evaluación de las propiedades Psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 9, 47-56.
- Agras SA. (1999) Prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 253-262.
- Attie I, Brooks J, Petersen AC. (1989) Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4th ed., Barcelona, Masson, 1994.
- Andrade P. El ambiente familiar del adolescente (tesis), México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.1998.
- Ash JB. (1995) Change symptomatology in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 23-38.
- Augestad LB, Saerher B, Gotestam KG. (1999) The relationships between eating disorders and personality in physically active women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 9, 304-312.
- Berkman JM. (1948) Anorexia nervosa, anterior pituitary insufficiency. Simmonds cachexia and Sheehan's disease including some observations on disturbances in water metabolism associated with starvation. *Postgraduate Medicine*, 3, 237-246.
- Brewerton TD, Hand LD, Bishop ER. (1993) The three-dimensional personality questionnaire in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*. 14 (2), 213-8.
- Brown TA, Cash TF, Lewis RJ. Body image disturbances in adolescent female binge-

- purges: A brief report of the results of national survey in the U.S.A. *J. Child Psychology Psychiatry*, 30, 605-13.
- Bojórquez I. Construcción de género, actitudes y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes mexicanas (tesis). México DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 2004
- Bruch H. Eating disorders, obesity, anorexia nervosa and the person within, New York; Basic Books, 1973.
- Bruch H. (1976) The treatment of eating disorders. *Mayo Clinic Proceedings*, 51, 266– 272.
- Bruch H. The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. Harvard University Press: Cambridge, MA (1978).
- Buddeberg-Fisher B, Bernet R, Sieber M. (1996) Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14 to 19 year old Swiss students. *Acta. Psiquiátrica Scandinava*, 93, 296-305.
- Bulik C, Sullivan P, Kendler K. (2000) An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 6.
- Button y Whitehouse A. Sub clinical Anorexia nervosa, *Psychological Medicine*.11, 509-516.
- Castro J, Toro J, Salamero M, Guimerá E. (1991) The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Castro J, Toro J, Cruz M.(2000) Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 30(1), 61-67.
- Cachelin FM, Maher BA. (1998) Is amenorrhoea a critical criterion for anorexia nervosa. *Journal of Psycosom. Research*, 44, 435-440.
- Cartufo P, Barreta V, Monteleone P. (1998) Un estudio epidemiológico sobre los trastornos de la conducta alimentaria en dos institutos de segunda enseñanza en Nápoles. *Acta Psiquiátrica Scandinava.*, 98, 112-5.
- Carrasco Perrera JI, Prieto López R, Sáenz Ruiz J. (1999) El papel de la personalidad

- en los trastornos de la conducta alimentaria, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(1), 43-50.
- Casper RC, Hedeker D, Mc Clogh JF. (1992) Personality dimensions in eating disorders and their relevance for sub typing, *Child Adolescent Psychiatry*, 31 (5), 830-40.
- Cash TF, Green G. (1987) Body weight and body image among college women: Perception, cognition, and affect. *Journal of Personality Assessment* 1986; 50, 290-301.
- Cash TF, Brown TA. Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521
- Cash TF, Winstead BA, Janda, LH. (1986) The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 30-37.
- Casper RC. (1990) Personality features in women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosom Medicine*, 52, 156-70.
- Cervantes MC. Violencia contra la mujer en la relación de pareja: prevalencia y dimensiones de abuso emocional. (Tesis).México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México;1999.
- Chinchilla A Guía teórico práctico de los Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona, Masson
- Climent CE, Aragón LV, Plutchick R.(1989) Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria Bol. Of. Saint. Panam, 107, 568-576.
- Crisp AH, Palmer RL, Kalucy RS.(1976) How common is anorexia nervosa. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*,128, 549-54.
- Crisp AH, Hsu LK, Stonehill E. (1979) Personality, body weight and ultimate outcome in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 332-5.
- Croll J, Neumark – Sztainer D, Story M, Ireland M.(2002) Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviours among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Adolescent health*, 31 (2),166-75.
- Dacynger IF, Garfinkel PE. (1995) The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychol. Medicine*. 25,1019-1025.

- De Silva P, Eysenck S. (1987) Personality and addictiveness in anorexic and bulimic patients, *Personal Individual Differences*. 1987;8:749-51, citado por Díaz Marsá, 1999.
- Díaz Marsá M, Carrasco Perrera J.I, Prieto López R, y Sainz Ruiz J.(1999) El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(1), 43-50.
- Escobar GMI. (1992) *Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la ciudad de México*, (tesis) Universidad Iberoamericana, México, DF.
- Eysenck HJ, Eysenck MW. (1985). *Personality and individual differences*. New York: Plenum Press.
- Eysenck HJ. *The biological basis of personality*. Springfield I. Il. Charles C Thomas. (Citado por Díaz M y cols, 1999).
- Eysenck HJ, Eysenck, (1975) *Manual of The Eysenck Personality Questionnaire*. Hodder & Stoughton. London.
- Fairburn CG, Beglin SJ. (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn CG, Cooper JP. (1992) Self induced vomiting and bulimia nervosa: an understand problem. *British Med. Journal*, 284, 1153-1155.
- Fairburn CG y Beglin SJ. (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 147, 401-408.
- Fairburn CG, DM, Welch, Sarah L. Doll, Helen A. Davies, Beverley A. O'Connor, Marianne E. (1997) Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community-Based Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Fairburn C, Cooper P.(1993) *The Eating Disorders Examination*. In: Fairburn C, Wilson G, eds. 12th ed. Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. New York, NY: Guilford Press; 1993:317-360.
- Fonseca H, Ireland M, Resnick MD, (2002) Familial correlates of extreme weight control behaviours among adolescents, *International Journal of Eating Disorders*, 32 (4), 441-8.

- Fombonne E. (1996) Is bulimia nervosa increasing in frequency? *International Journal of Eating Disorders*,19, 287-96.
- French SA, Jeffrey RW. (1994) Consensus of dieting to lose weight. Effects on physical and mental health. *Health psychology*, 13, 195-212.
- French SA, Story M, Downes B, Resnick M, Blum R W. (1995) Frequent Dieting among Adolescents: Psychosocial and Health Behavior Correlates. *American Journal of Public Health*.85 (5), 695-701.
- French SA, Jeffery RW. (1994) The consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. *Health Psychology*. 13, 195-212
- Fries H. *Studies on secondary amenorrhoea, anorectic behaviour an body image perception In Anorexia nervosa* (ed. R. Vigersky) 1977. pp163-176, New York, Raven Press
- Gard MCE, Freeman CP. (1996) The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socio-economic status. *International Journal of Eating Disorder*. 20, 1-12.
- Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 2, 15-33.
- Garner D.M. & Garfinkel P.E. (1979) The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*,9, 273-279.
- Garner DM, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. (1982) The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*.12, 871-878.
- Garner DM. (1993) Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*. 341(8861):1631-1635,
- Garner DM. (1995) Dieting Maelstrom or Painful Evolution?. *American Psychologist*. 50(11), 944-945,.
- Garner DM, Garfinkel PE, Swartz D. (1980) Thompson M. Cultural expectations of thinness in women. *Psychology Reports*, 47, 483-491.
- Garner DM, Garfinkel PE, Stancer HC, Moldofsky. (1976) H. Body image disturbances in

- anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic Medicine*. 38, 327-36.
- Garfinkel PE, Garner DM, Golbloom DS. (1987) Eating disorders: implications for the 1990's. *Canadian Journal of Psychiatry*. 32, 624-631.
- Garfinkel PE. (1995) *Classification and diagnosis of eating disorders*. In *eating disorders and obesity: A comprehensive Handbook* 125-135, New York: Guilford Press.
- Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, Kaplan S y Woodside B. (1996) Should Amenorrhoea be necessary for the diagnosis of AN, *British Journal of Psychiatry*. 168, 500-506.
- Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan, AS; Woodside D. (1995) Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups. *American Journal of Psychiatry*. 152(7), 1052-1058.
- González Salazar LM, Lizano Martínez M. y Gómez Pérez Mitré G. (1999) Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios y auto atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista mexicana de Psicología*, 16(1), 117-126.
- González-Forteza C. (1992) *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. (tesis), México. D.F. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gómez Peresmitré G. (1993) Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. *Investigación Psicológica*, 2, 95-112.
- Gómez Peresmitré G. (1995) Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 1995; 2,:185-197.
- Gómez Peresmitré G. Alteraciones de la Imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40
- Gómez Peresmitré G, Ávila E. (1998) ¿Los escolares mexicanos preadolescentes

- hacen dieta con propósito de control de peso? *Psicología. Iberoamericana* 6 (2), 37-45.
- Guerro-Prado D, Romero B y Chinchilla A. (2001) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: revisión de la literatura, *Actas Españolas de Psiquiatría*. 29 (6), 403-410.
- Gull W. (1973) Anorexia hysterica (apepsia hysterica) *British Med Journal*. 2, 527-528.
- Gual P, Pérez Gaspar M, Martínez González SA, Lahortiga F. (2002) *Self esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of prospective population bases cohort*. By Willey Periòdicals, Inc,
- Halmi KA, Falk JR. y Schwartz E. (1981) Binge-eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychological Medicine*. 11, 697-706.
- Herman CP y Polivy J. (2002) What does abnormal eating tell us about normal eating ? In Food Choice, Acceptance and Consumption, ed H Meiselman, H MacFie 1996;297-238. London: Blackie Acad. Prof, citado por Polivy en: Causes of Eating disorders, *Annual. Review. Psychology* 2002; 53: 187-213.
- Herzog DB, Copeland PC. (1985) Eating disorders, *New England Journal of Medicine*. 313, 295-303.
- Heatherton TF y Baumeister RF. (1991) . Binge eating as escape from self awareness. *Psychological Bulletin*,110, 86-108.
- Heatherton TF, Mahamedi F, Striepe M, Field AE y Keel P. (1997) 10-Year Longitudinal Study of Body Weight, Dieting, and Eating Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 106(1), 117-125.
- Hoek HW y van Hoeken D. (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. 34, 383.96.
- Hoek HW. (1993) Review of the epidemiology studies of eating disorders. *International Review of Psychiatric*. 5, 71-74
- Holtz V. (1992) *Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria*. (tesis) Universidad Iberoamericana, México.
- Hsu LK. (1996) Epidemiology of the eating disorders, *Psychiatry. Clinic. North America*.

19, 681-700.

Hsu LK. (1997) George Can Dieting Cause an Eating Disorder? *Psychological Medicine*. 27(3), 509-513.

Hill AJ, Franklin JA, (1998) Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Psychoanalytic Research*. 44,1627-1637.

Hill AJ, Pallin V. (1995) Low self-esteem and weight control: related issues in 8-year old girls but not boys. *International Journal of Obesity*, 19 (suppl 2),128.

Humphrey L. (1986) Structural Analysis of Parent-Child Relationships in Eating Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 395-402.

Johnson WG, Boutelle KN, Torgrud I, Davig JP. (2000) Turner S. What is a binge? The influence of amount, duration, and loss of control criteria on judgments of binge eating, *International Journal of Eating Disorders*, 27, 471-79.

Kaplan AS, Garfinkel. (1993) Medical issues and the eating disorders, New York: Brunner/Mazel.

Key A, Lacey H. (2002) Progress in eating disorders research, current opinion in *Psychiatry*, 15, 143-148.

Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Haydel KF, Wilson DM, Hammer Ld, Kraemer HC, Blair- Greiner A, Strachowski D, (1997) Weight concerns influence the development of eating disorders: A four – year prospective study, *Journal of Consulting and Clinical psychology*.

Klump KL, McGue M, Iacono W. (2002) Age Differences in Genetic and Environmental Influences on Eating Attitudes and Behaviours in Preadolescent and Adolescent Female Twins. *Journal of Abnormal Psychology*. 109(2), 239-251.

Lara Cantú MA y Eysenck SB. (1989) Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. *Salud Menta* , V. 12 No.3.

Lara Cantú MA. y Verduzco A. (1990) Manual para el uso del Cuestionario de Personalidad de Eysenck en México. *Reporte interno del Instituto Mexicano de Psiquiatría*.

- Leal FJ, Peñas LL. (1999) Estudio diferencial de las formas completas y subclínicas de la bulimia nerviosa. *Actas Españolas Psiquiátricas*. 27 (6), 359-365.
- Leon GR, Perry JA, Cudeck R. (1993) Personality and behavioural vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*; 102, 438-44.
- Leon GR, Keel PK, Klump KL y Fulkerson JA. (1997) The future of risk factor research in understanding the aetiology of eating disorders. *Psychopharmacology*, Bull. 33:405-11.
- Lasègue C. (1873) De l'anorexia histriqua. *Archives of general Medicine*, 9, 429-448.
- Levine MP, Smolak L. (1992) Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders. The example of early adolescence. En Crowther, JH., Thennernbaum, D.L. Hobfoll, S.E. y Stevens, M.A.P. *The aetiology of bulimia nervosa: The individual and familiar context* , 59 – 80 Washington, D.C. Hemisphere.
- Levine MP, Smolak L, Moodey AG, Shuman MD y Hessen LD. (1994) Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 11-20.
- Leung G, Geller J, Katzman M. (1996) Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 249-56.
- Lewinsohn PM, Striegel Moore RH, Seeley JR. (2000) Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of American Child Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292.
- Loeb L. (1964) Clinical course of anorexia nervosa. *Psychosomatics*, 5, 345-347.
- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. (1991) Fifty year trends in the incidence of anorexia nervosa y Rochester, Minnesota: a population bases study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-22.
- McCarthy M, (1990) The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research an Therapy*, 28, 205-215.
- Maloney MJ, McGuirre J, Daniels SR. (1989) Dieting behaviour and eating attitudes in

- children. *Pediatrics*, 84, 482-489.
- Marín V. (2002) Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes, *Revista Chilena Nutrición*, Vol 20, 2
- Marshall L. (1992) Development of the severity of violence against women scales. *Journal of Family Violence*, 7, 103-121.
- Mancilla JM, Álvarez G, López X, Mercado L, Manríquez E y M Román. (1998) *Revista Psicología y Ciencia Social*. 1998.
- Medina – Mora ME. (1982) Prevalencia de trastornos emocionales factores de riesgo. En IMP (comp.) Memorias de la 1 reunión de investigación y enseñanza, México.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro JA, Rojas E, Zambrano J, Casanova L y Aguilar-Gaxiola S. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Mellin LM, Scully S y Irving CE. (1996) Prevalence of disordered eating in girls. *Journal of the American Dietetic Association*, 92, 851-53.
- Minuchin S, Rosman B, Baker L. (1978) *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*, Cambridge: Harvard University Press.
- Mintz LB y Betz NE. (1988) Prevalence and correlated of eating disorders behaviours among undergraduate women. *Journal of Counselling Psychology*, 35,463-471.
- Morandé G, Casas JJ, Calvo R, Marcos A, Hidalgo I, Elisman G. (1995) *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*, Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Must A, Dallal GE, Dietz WH. (1991) Reference data for obesity: 85th percentiles of body mass index (wt / ht².) and triceps skin folds thickness. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 839-846.
- Nobakht M, Dezhkam M. (2000) An epidemiological study of eating disorders in Iran, *International Journal of Eating Disorders*, 28, 265-271
- Newmark Sztainer D, Story H, Hannan PJ y Renick MD. (2000) Disordered eating

among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 28,249-258.

Neumark-Sztainer D; Story M; Resnick M, Garwick A, Blum R. (1995) Body Dissatisfaction and Unhealthy Weight-Control Practices Among Adolescents with and without chronic illness: A Population-Based Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*,149(12),1330-1335.

Neumark-Sztainer D. (2000) Weight-Related Behaviours Among Adolescent Girls and Boys: Results From a National Survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(6), 569-577.

Nylander. (1971)The felling of being fat and dieting in a school population. *Acta Socio Médica Scandinava*, 3, 17-26.

Olza I, Velilla MJ, Quintanilla MA, Sisteré M. (1999) Bulimia y autoestima: revisión bibliográfica, *Revista psiquiátrica infanto – juvenil*, 39-44. citado por: Aguinaga M y Fernández LJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización.

Organización Mundial de la Salud. OMS ICD 10.(1992) Décima revisión de la Clasificación Internacional de la enfermedades. Madrid.

Pagsberg AK y Wang AR. (1994) Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm country Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatrica, Scandinava*, 90, 259-65.

Patton GC, Selzer R, Coffey C. Carlin JB, Wolfe R. (1999) Onset of eating disorders, population bases cohort over 3 years *British Medical Journal*, 318, 756-758.

Patton GC, Johnson E, Wood K. (1990) Abnormal eating attitudes in London schoolgirls a prospective epidemiological study. *Psychological Medicine*, 20, 383-94.

Pérez Gaspar M, Gual P, de Irata Estévez J, Martínez González F, Cervera S, (2000) Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaría en adolescentes navarras, *Medicina Clínica*, 114, 481-486.

Perpiñá C. (1995) Trastornos alimentarios: En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (EDS). *Manual de Psicopatología*. Vol 1. Madrid: Mc Graw – Hill.

- Perpiñá C, Ibáñez E, y Capafóns A. (1988) Trastornos alimenticios o el límite entre lo normal y lo patológico. *Anales de Psiquiatría*, 176-182.
- Pike HM, Rodin J. (1991) Mothers daughters and disordered eating, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Pla C, Toro J. (1999) Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: 8 year longitudinal study. *Acta Psiquiatrica Scdinava*, 100, 441-446.
- Polivy J, Herman P. (2002) Causes of eating disorders, *Annual Review Psychology*, Vol 53, 187-213.
- Polivy J, Herman CP. (1985) Dieting and binge eating. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Polivy J, Herman CP. (1987) The diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consult. Clinical Psychology*, 55, 635-44.
- Resnick MD, Harris LJ, Blum RW. (1993) The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 29(suppl):S1-S10
- Roberts SJ, Mc Guinness PJ, Bilton RF, Maxwell SM. (1999) Dieting behaviour among 11-15 year-old girls in Merseyside and the northwest of England. *Journal of Adolescent Health*, 25, 62-67.
- Rosen JC, Leitenberg H. (1987) Exposure plus response prevention treatment of bulimia. En Garner y Garfinkel. A handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford Press
- Rosen JC, Gross J, Vara L. (1987) Psychological Adjustment of Adolescents Attempting to Lose or Gain Weight. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55(5):742-747.
- Rosen JC, y Gross J. (1987) Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*, 6, 131-147.
- Russell GFM. (1977) The present status of anorexia nervosa. *Psych. Medicine*. 7, 363-367.
- Russell JD, Kopec-Schrader E, Rey JM, Beumont PJV. (1992) The Parental Bonding

- Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psiquiátrica Scandinica* 86, 236-239.
- Ruiz Martínez R, González Sotomayor R. y Valdez Nasser S. (2005) Sintomatología de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas. Universidad del Valle de México: *Dirección General Académica. Episteme* No.3. Año 1.
- Sainz Martínez PA, González García M, Bascarán FM, Fernández J. (1999) Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(6),367-374.
- Selvini Palazzoli M, Cirilos S, Selvini M y Sorrentino AM, (1993) *Los juegos sicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós, 187-191.
- Silverman JA. Richard M. (1985) 1637-1698: Limer of anorexia nervosa: His life and times. *Journal of Psychiatry Research*,19, 83-88.
- Shisslak CM, Crago M, Estes LS. (1995) The spectrum of eating disturbances, *International Journal of Eating disorders*,18, 209-219
- Shisslak C, Ranger R, Sharpe T, Crago M, McKnight K. (1999) *Development and evaluation of the Mc Knight risk factor survey for assessing potential risk and protective factors for disordered eating in preadolescent and adolescent girls*. 1999, John Wiley & sons.
- Striegel Moore RH y Kearney – Cooke A. (1994) Exploring parent's attitudes and behaviours about their children's physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*,15(4), 377-85.
- Striegel Moore RH, Silverstein LR. y Rodin J. (1996) Toward an understanding o risk factors for bulimia, *American Psychologist*, 141, 246-63.
- Striegel Moore R.H, Silverstein LR. y Rodin J. (1989) A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 499-509.
- Striegel Moore RH y Kearny-Cooke A. (1994) Exploring parent's attitudes and

- behaviours about their children's physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 377-385
- Striegel-Moore, Ruth H, Silberstein LR, Rodin J. (1986) Toward an Understanding of Risk Factors for Bulimia. *American Psychologist*, 41(3), 246-263.
- Smolak L, Levine MP, Shermer.F. (1999) Parental input and weight concerns among elementary school children, *International Journal of Eating Disorders*, 25,263-271.
- Stein A. (1995) Eating disorders and childrearing in *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (Eds. KD. Brownell CG. Fairburn), 188-190. New York, Guilford.
- Strober M. (1980) Personality and symptomatological features in young no chronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatics Research*, 24, 353 – 9.
- Smukler GI. (1985) The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19,143-153.
- Tobal M, Díaz MD y Díaz EM. (1998) Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el ámbito deportivo. *Selección revista española de la medicina de la Educación física y el deporte*. 7 (2), 55-68.
- Toro J. (1999) *El cuerpo como delito, anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ed. Ariel, 311.
- Toro J. (2000) La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica* 114, 543-544.
- Toro J. y Villardel E. (1987) Anorexia nerviosa. Barcelona: ediciones Martínez Roca.
- Turón Gil VJ. (1997) *Trastornos de la alimentación, anorexia nerviosa, bulimia y obesidad* . Barcelona: Masson.
- Treasure J, Holland AJ. (1995) Genetic factors in eating disorders, en Szmukler G, Dare C, Treasure JL, eds. *Handbook of eating disorders*. London Wiley, citado en: García Camba de la Muela. *Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual*.1995.
- Tsai G. (2000) Eating disorders in the Far East, *Eating Weigh Disorder*, 5, 183-197.
- Unikel C, Villatoro J, Medina Mora ME, Bautista C, Alcántar E, y Hernández S. (2000)

- Conductas Alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del DF. *Revista de Investigación Clínica*, 52, 140-147.
- Unikel C. (1998) *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet*. Tesis de maestría en Psicología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Unikel C. (2003) *Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria*. (tesis) Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México. México DF.
- Unikel C. Bojorquez I, Carreño S, (2004) Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo, *Salud Pública de México*, 46 (6),509-515.
- Vázquez A.R, Raich Escursell R.M. (1998) Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario, *Revista de Psicología y Ciencia Social*, UNAM campus Iztacala, 2 (1), 59-69.
- Vaz Leal FJ, Peñas Lledó EM. (1999) Estudio diferencial de las formas completas y subclínicas de bulimia nerviosa. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 359-365.
- Vitousek K, Manke, F.(1994) Personality Variables and Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*,103(1),137-147.
- Wade T, Martin NG, Neale MC, Tiggemann M, Treloar S. (1999) The structure of generic and environmental risk factors for three measures of disordered eating. *Psychological Medicine*, 29, 925-934.
- Welch SL, Fairburn CG. (1994) Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrates case control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402-407.
- Whitehouse AM, Cooper PI, Vice CV, Hill C y Vogel L. (1992) Prevalence in eating disorders in three Cambridge general practices. *British Journal of General Practice*. 42,57-70.
- Wichstrom L. (2000) Psychological and behavioural factors unpredictable of disordered eating: a prospective study of the general adolescent population in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 28:33-42.
- Williams P, Tarnopolsky A, Hand D. (1980) Case definition and case identification in

psychiatric epidemiology: review an assessment. *Psychological Medicine*, 10,101-114.

Williamson DA, Davies CJ, Duchmann EG, McKenzie SM y Watkins PC. (1990)

Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia y bulimia nervosa. New York: Pergamon Press.

Wonderlich SA. *Personality an eating disorders* en Browell KD y Fairburn CG. Eating disorders an obesity (170-76), New York: Guilford.

ANEXOS
Estudio piloto

ESTUDIO PILOTO

Objetivos generales

1. Evaluar la factibilidad del tipo de muestreo seleccionado, la comprensión del instrumento y el tiempo requerido para contestar el cuestionario
2. Validar qué la aplicación del cuestionario sea adecuada, a través de analizar las formas de respuesta y compararlas con los datos de referencia

Objetivos específicos

5. Factibilidad de cumplir con los requisitos del muestreo

La importancia de éste objetivo es porque cuando se pensó en hacer el estudio piloto se revisaron los diferentes tipos de muestreo para seleccionar las estudiantes que participarían en el estudio, y poder decidir que tipo de muestreo era el más factible

- La primer sugerencia fue realizar un muestreo aleatorio simple, es decir, de un listado de todas las estudiantes mujeres inscritas en la universidad y preparatoria se escogerían al azar 60 estudiantes, después se les ubicaría por materia y por salón de clase, una vez encontradas, se les explicará el propósito del estudio y se les invitaría a participar de forma voluntaria. Este tipo de muestro presentaba muchas dificultades, ya localizar a las alumnas, invitarlas a participar en el estudio, agrupadas por salones para que pudieran ser encuestadas y explicarles a las que no participarían por qué.

- La segunda sugerencia fue realizar un muestro con probabilidad proporcional al tamaño (en éste caso al número de mujeres), es decir, de la información que nos proporciona la universidad de todos los grupos por carrera, y por número de mujeres en cada uno. Se procede a escoger un número de grupos al azar (los grupos que tengan mas mujeres tienen mayor probabilidad de ser seleccionados), para aplicar el instrumento a todas las alumnas que se encuentren presentes en el grupo seleccionado en el momento del estudio.

6. Evaluar la comprensión del instrumento
7. Determinar el tiempo necesario para contestar el instrumento

8. Validar la aplicación del instrumento a través de analizar las formas de respuesta del estudio piloto y compararlas con los datos de referencia de cada uno de los cuestionarios

Diseño de investigación

Tipo de estudio

Es un estudio piloto de tipo transversal.

Población

Se seleccionaron tres carreras y con números al azar 1 grupo de cada carrera
Respecto a la preparatoria se seleccionó un salón de cada año.

Lugar

Una universidad y un colegio particular en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

Recursos Humanos

La investigadora

Procedimiento

1) Muestra

Para seleccionar la muestra se utilizó el tipo de muestreo con probabilidad proporcional al número de mujeres en cada grupo, el cuál se desarrolló en dos etapas:

1) Selección de los grupos y 2) Censo de las mujeres en los grupos seleccionados.

En la primera etapa se seleccionaron 3 carreras.

Cada carrera nos proporcionó un listado de los grupos y el número de mujeres en cada grupo. (ver información al final del estudio piloto).

En cada carrera se seleccionó, con probabilidad proporcional al tamaño, un grupo.

Por ejemplo para la carrera X en que hay un total de 29 mujeres. Con un generador de números aleatorios de una distribución uniforme entre 0 y 1 se generó un número al azar y se tomaron las dos primeras cifras. Si están dos cifras exceden 29 se ignoró el resultado, se procedió así hasta tener dos cifras cuya combinación fuera menor o igual que 29.

Si el número al azar hubiera estado entre 1 y 8 se habría elegido al primer grupo. Sí el número al azar hubiera estado entre 8 y 11 se habría elegido el segundo grupo y así sucesivamente. Como el número al azar fue 26 se eligió el último grupo. Para cada carrera se procedió de manera similar

Para la preparatoria se escogió al azar un grupo de cada año.

2.- Invitación y aplicación del instrumento

Una vez ubicados los grupos seleccionados en la muestra, la investigadora se presentó a cada grupo y explicó a las alumnas el objetivo del estudio, la utilidad y el procedimiento para contestar el cuestionario.

Se invitó a las alumnas a participar en el estudio explicando que su participación es voluntaria y que podía contestar cualquier duda que surgiera para contestar el cuestionario y agradecería los comentarios sobre el mismo. Se procedió a aplicar el cuestionario a todas las alumnas de los grupos seleccionados

Instrumento

El instrumento utilizado consta de 234 preguntas dividido en 5 áreas que se describen a continuación:

Datos socio - demográficos. Consta de 8 preguntas para determinar la edad, nivel escolar, presencia o ausencia de figuras parentales y ocupación y escolaridad de los padres.

“Conductas alimentarias de riesgo”. Consta de 16 preguntas: para determinar el peso y estatura aproximados, la percepción del peso corporal y la frecuencia de conductas y actitudes alimentarias (Unikel C. 1997)

“Prueba de actitudes alimentarias” (EAT40) consta de 40 preguntas para conocer las conductas y actitudes alimentarias (Garner y Garfinkel, (1979).

“Relación con papá y mamá”. Consta de 50 preguntas para determinar la relación de apoyo, control, crítica y afecto, que tiene la estudiantes con su papá y la relación de afecto, crítica, expectativas y exigencia (Unikel, 2003).

“Cuestionario de personalidad de Eysenck”. Consta de 86 preguntas para el cuestionario para adultos y 82 preguntas para el cuestionario de menores de 17 años,

para determinar los rasgos de personalidad: neuroticismo, extraversión-introversión de las estudiantes (Eysenck, 1975)

Análisis de resultados

Para cumplir con el primer objetivo del estudio piloto se evaluó la factibilidad de cumplir con los requisitos del muestreo

1. Obtener los datos de los grupos de las carreras y la preparatoria en las que se realizó el estudio piloto
2. Obtener un número aleatorio de los grupos en los que se realizó la encuesta
3. Facilidad para contactar a los grupos seleccionados en la muestra
4. Aceptación de las alumnas para contestar el cuestionario

Para cumplir con los objetivos: comprensión del instrumento y tiempo necesario para contestar el cuestionario, se tomaron notas de las dudas que se presentaron en el momento de la aplicación del cuestionario y se tomó el tiempo que tardaron en contestarlo.

Para cumplir con el último objetivo: validar qué la aplicación del cuestionario sea adecuada, se analizaron las formas de respuesta y se compararon con los datos de referencia, es decir, una vez que se capturaron los datos del estudio piloto y se realizaron análisis estadísticos, media y desviación estándar se compararon con los datos de referencia.

Resultados

En el estudio piloto participaron 40 estudiantes de preparatoria y 52 estudiantes de universidad con edades entre 15 y 20 años.

El nivel de estudios de los padres de la población estudiada es: 1) carrera universitaria 58% de los padres y el 38% de las madres y 2) 15 % de los padres preparatoria o estudios de comercio y un 39% de las madres estudios de preparatoria o comercio

La ocupación principal de los padres es 1) 54% trabaja por su cuenta o es dueño de algún negocio y 2) 23% profesionista. Respecto a las madres el 1) 37% es ama de casa, 2) 17% es profesionista, 3) 11.3 % es propietaria de algún negocio y 4) 9.4 % trabaja por su cuenta.

El 16 % de los padres están separados o divorciados.

Respecto a los objetivos propuestos los resultados son los siguientes

- i. Se comprobó que el tipo de muestreo seleccionado (probabilidad proporcional al número de mujeres), es factible ya que:
 - a. Se contó con la ayuda de las autoridades tanto de la universidad como de la preparatoria, las cuales accedieron a que se realizara el estudio y prestaron su apoyo.
 - b. Una vez seleccionados los grupos que participarían en el estudio, se contactó a las estudiantes que participaron, se les explicó el objetivo del estudio, beneficios y procedimiento, y se les invitó a participar en el estudio de forma voluntaria
 - c. Todas las estudiantes que se encontraron en el momento de la aplicación del cuestionario aceptaron participar en el estudio.
 - d. El 95% de las estudiantes contestaron completo el cuestionario
- j. Respecto a los cuestionarios “Conductas alimentarias de riesgo” , “EAT 40” , “Relación con papá y mamá” y “Cuestionario de personalidad de Eysenck” , no se encontró ninguna duda para contestarlos.
- k. El tiempo necesario para contestar el cuestionario se determinó entre 30 y 45 minutos.
- l. Los análisis estadísticos mostraron semejanza entre los datos del estudio piloto y los datos de referencia.
- m. Respecto a los datos demográficos se encontró que había preguntas que no nos proporcionaban información pertinente para el propósito de éste estudio por lo que se cambiaron o eliminaron.

Se procedió a agregar la pregunta: ¿Tú familia vive en Guadalajara? Considerando que hay muchas estudiantes que son de otros estados de la república.

Se eliminaron las preguntas ¿Sí estudias preparatoria? Y ¿Sí estudias universidad ? Que carrera. Porque conocemos esta información

Las preguntas ¿En qué colonia vives? ¿Cuántos años tienes de vivir ahí? ¿Cuántas personas viven en su casa? Y ¿ Quienes son ellos? , se eliminaron porque la información no es útil para el propósito de este estudio.

Se cambiaron las siguientes preguntas ¿Tienes papá?, ¿Tienes mamá?, ¿Sí no viven contigo nos podrías decir porqué?, por la pregunta ¿ Tus papás están ? casados, separados, otros.

Resultados de los análisis estadísticos

Una vez capturados los datos de los cuestionarios en spss se procedió a realizar los análisis de frecuencias: medias y desviaciones estándar y porcentajes con el propósito de compararlos con los datos de referencia de cada uno de los cuestionarios

Resultados obtenidos en el cuestionario “Conductas alimentarias de riesgo “ y comparación con los datos de referencia .

En la tabla 1 se presentan los resultados explicados en porcentajes de los datos de referencia obtenidos de la respuesta práctica frecuente en una población de estudiantes de 18- 19 años (Unikel C. 2000) y los resultados del estudio piloto obtenidos de la respuesta de práctica frecuente de las conductas características de los trastornos de la conducta alimentaria del cuestionario de “Conductas alimentarias de riesgo”.

Podemos observar que la práctica de conductas características de los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en los resultados obtenidos en el estudio piloto que en los datos de referencia.

Tabla 1

Datos de referencia y datos del estudio piloto obtenidos en la respuesta práctica frecuente de las conductas características de los trastornos de la conducta alimentaria (porcentajes)

	Datos de referencia * 18 19 años	Datos estudio piloto 15 a 20 años
Preocupación por engordar	18.6	21.7
Práctica de atracones	8.9	14.1
Sensación de falta de control al comer	4.8	15.2
Práctica de vómito autoinducido	1.4	2.2
Práctica de ayunos	4.1	9.8
Seguimiento de dietas	5.2	20.7
Ejercicio para bajar de peso	15.8	25.0
Uso de pastillas	2.4	4.3
Uso de diuréticos	2.7	5.4
Uso de laxantes	2.1	4.4

Unikel C, Villatoro J, Medina Mora ME, Fleiz C, Alcántar E, Hernández S, 2000

Resultados del cuestionario “EAT 40” y datos de referencia

En la tabla 5 se presentan las medias y desviación estándar de los datos de referencia en un grupo clínico y en un grupo control y los datos obtenidos en el estudio piloto.(separados por el punto de corte establecido). El punto de corte de este cuestionario se estableció en 28 puntos; los estudiantes que presenten 28 puntos o más se consideran en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Podemos observar que los resultados de los estudios de referencia son similares a los resultados obtenidos en el estudio piloto.

Tabla 5

Medias y desviaciones estándar de los datos de referencia en un grupo clínico y un grupo control y los datos obtenidos en el estudio piloto separados por el punto de corte establecido

Subescalas	Grupo Clínico *	Grupo Control *	piloto + de 28	piloto - de 28
Restricción alimentaria	8.97	1.59	8.76	1.60
	0.41	0.14	5.29	2.19
Bulimia	5.81	0.39	1.57	0.38
	0.29	0.06	2.18	0.79
Motivación por adelgazar	10.20	3.32	9.52	2.70
	0.26	0.23	3.12	3.56
Preocupación por la comida	4.41	0.52	2.85	0.67
	0.22	0.06	2.97	1.06
Presión social percibida	3.79	1.16	1.66	0.29
	0.19	0.12	1.68	0.93

Resultados obtenidos en el cuestionario “Relación con papá y mamá” y datos de referencia

En la tabla 6 se presentan las medias y desviaciones estándar de los datos de referencia y los datos del estudio piloto del cuestionario “Relación con papá y mamá”. Podemos observar que los resultados obtenidos en el estudio piloto y los datos de referencia en el cuestionario de “relación con papá” no son semejantes, en la subescala de afecto los resultados obtenidos en el estudio piloto son mucho menores que los datos de referencia, en la subescala de control y apoyo los resultados en el estudio piloto son mayores que los de referencia y en la subescala de crítica son semejantes. Respecto al cuestionario de “relación con mamá” podemos observar que los datos de referencia y los resultados del estudio piloto en la subescala de afecto no son semejantes siendo mucho más bajos los resultados obtenidos en el estudio piloto, en la subescala de control los resultados obtenidos en el estudio piloto son más altos que los datos de referencia, en la subescala de apoyo se encontraron semejantes los

datos de referencia con los resultados obtenidos en el estudio piloto y en la subescala de crítica los datos del estudio piloto fueron más altos que los datos de referencia

Tabla 6

Datos de referencia en un grupo en riesgo y un grupo comunitario y los resultados del estudio piloto del cuestionario “Relación con papá y mamá”

	Escalas	Grupo En riesgo*	Grupo Comunitario*	Piloto + de 28	Piloto -de 28
Relación con Papa	Afecto	29.5	32.0	25.38	21.12
		10.3	10.5	9.0	7.08
	Control	13.8	11.6	15.72	14.10
		5.8	4.9	4.32	4.4
	Apoyo	6.9	5.9	9.42	10.0
		3.0	2.0	1.95	1.97
	Crítica	7.0	5.9	7.47	7.09
		2.7	2.0	2.45	2.45
Relación con mamá	Afecto	32.1	34.7	15.09	15.9
		8.7	7.2	7.42	6.06
	Control	10.05	10.4	12.38	11.73
		2.7	2.1	1.80	1.63
	Apoyo	9.5	8.6	9.46	8.72
		3.1	2.5	2.06	1.76
	crítica	7.7	6.6	8.80	8.25
		3.3	2.6	3.80	3.32

- Unikel C, 2003

Resultados obtenidos en el cuestionario “Personalidad de Eysenck” de adultos y datos de referencia

En la tabla 7 se presentan medias y desviaciones estándar de los datos de referencia y los datos del estudio piloto del cuestionario de “Personalidad de Eysenck” para adultos (17 años en adelante).

Tabla 7

Medias y desviaciones estándar de los datos de referencia y los datos del estudio piloto del cuestionario de "Personalidad de Eysenck" para adultos (17 años en adelante)

	Referencia Media*	Referencia DS	Piloto Media	Piloto DS
Psicoticismo	2.91	2.62	4.88	3.70
Extraversión	13.93	4.20	15.89	3.54
Neuroticismo	11.52	5.21	14.30	4.74
Deseabilidad social	10.79	4.36	8.41	3.77

*Eysenck S y Lara Cantú MA, 1989

Resultados obtenidos en el cuestionario "Personalidad de Eysenck" de jóvenes y datos de referencia

En la tabla 8 se presentan las medias y desviaciones estándar de los datos de referencia y los datos del estudio piloto del cuestionario de "Personalidad de Eysenck" junior (menores de 17 años)

Tabla 8

Medias y desviaciones estándar de los datos de referencia y los datos del estudio piloto del cuestionario de "Personalidad de Eysenck" junior (menores de 17 años)

	Referencia Media*	Referencia DS	Piloto Media	Piloto DS
Psicoticismo	2.00	2.30	3.50	2.66
Extraversión	13.04	3.58	19.35	1.93
Neuroticismo	11.61	4.92	12.05	4.22
Deseabilidad social	9.88	4.54	6.90	2.67

*Eysenck S y Lara Cantú MA, 1992

En la tabla 9 y 10 se presentan los datos proporcionados por la universidad del grupo y numero de mujeres de cada una de las carreras.

Tabla 9
Grupos por carrera del turno matutino y vespertino

Turno Matutino		Turno Vespertino	
Grupo	No. de alumnas	Grupo	No. de alumnas
1ºA	23	3º	13
1ºB	19	6º	21
2ºA	37	7º	15
2ºB	27	9º	24
3ºA	20		
3ºB	24		
3ºC	17		
3ºD	18		
4ºA	19		
4ºB	20		
5º	24		
6ºA	26		
6ºB	28		
6ºC	17		
7º	25		
8ºA	14		
8ºB	24		
9ºA	27		
9ºB	17		
10º	24		

Tabla 10
Grupos por carrera del turno matutino y vespertino

Turno Vespertino		Turno Matutino	
Grupo	No. de alumnas	Grupo	No. de alumnas
6º	8	1º	8
7º	3	2º	19
8º	4	3ºA	18
9º	4	3ºB	18
10º	1	4º	7
11º	1	5º	14
12º	8	6ºA	9
		6ºB	24
		7º	10
		8º	13
		9ºA	14
		9ºB	2
		10º	7

ANEXO 2
INSTRUMENTO
DE PREPARATORIA Y UNIVERSIDAD



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES DE PREPARATORIA

INSTRUCCIONES

Por favor lee las siguientes instrucciones con mucho cuidado

- Este cuestionario **NO** es un examen, **NO** hay respuestas correctas o incorrectas, por favor trabaja con cuidado y contesta con toda franqueza
- Para cada pregunta, busca la respuesta que a ti te parezca la mejor
- Debes rellenar completamente el círculo, no solo tacharlo o subrayarlo.
- Utiliza lápiz del 2 ó 2 $\frac{1}{2}$.
- En las preguntas deberás escoger sólo una opción
- Recuerda que debes leer muy bien cada pregunta antes de contestarla, si tienes alguna duda. pregunta con confianza a la persona encargada de aplicar el cuestionario.

- Cualquier duda que tengas puedes consultarla con la investigadora: Magdalena Vázquez a la siguiente dirección electrónica vazquez_rubiomm@ hotmail o en la Clínica de Nutrición de la UNIVA.

POR FAVOR CONTESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS, NO MARQUES EN ESTE CUADERNO

CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las siguientes preguntas son para conocer sobre ti y tu familia

¿Cuántos años tienes?		
1. ¿Tu familia vive en Guadalajara ?	1. SI	2. NO
2. ¿Tus papás están ?	1. Casados 2. Divorciados 3. Otros	
3. ¿Quiénes trabajan y dan dinero para mantener a tu familia? Puedes marcar más de una opción	1. Papá 2. Mamá 3. Tú misma 4. Hermano (as) 5. Otros	
¿Hasta que año estudiaron tus padres o sustitutos?	4. Papá (sustituto)	5. Mamá(sustituto)
1. Primaria	1	1
2. Secundaria	2	2
3. Estudios de comercio, administrativos o técnicos	3	3
4. Preparatoria	4	4
5. Carrera universitaria	5	5

CUESTIONARIO ALIMENTACIÓN A

Para empezar me gustaría que me contestaras algunas preguntas sobre tu estatura , peso aproximados y tu alimentación .

¿Cuánto pesas aproximadamente?

¿Cuánto mides aproximadamente?

¿ Cuánto ha sido el peso máximo que has tenido en toda tu vida?

¿ Cuánto ha sido el peso mínimo que has tenido en tu vida después de haber empezado a menstruar?

¿Tú te consideras ?

1. Muy delgada
2. Delgada
3. Ni gorda ni delgada
4. Gorda
5. Muy gorda

En los últimos 3 meses	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1. Me ha preocupado engordar	0	1	2	3
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	0	1	2	3
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	0	1	2	3
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.	0	1	2	3
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.	0	1	2	3
11. He usado enemas	0	1	2	3

CUESTIONARIO ALIMENTACIÓN B

En los últimos tres meses	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas	1	2	3	4	5	6
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	1	2	3	4	5	6
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas	1	2	3	4	5	6
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	1	2	3	4	5	6
5. Procuro no comer aunque tenga hambre	1	2	3	4	5	6
6. Me preocupo mucho por la comida	1	2	3	4	5	6
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar	1	2	3	4	5	6
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	1	2	3	4	5	6
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	1	2	3	4	5	6
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (ej pan, arroz, papa)	1	2	3	4	5	6
11. Me siento llena después de las comidas	1	2	3	4	5	6
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más	1	2	3	4	5	6
13. Vomito después de haber comido	1	2	3	4	5	6
14. Me siento muy culpable después de comer	1	2	3	4	5	6
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada	1	2	3	4	5	6
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	1	2	3	4	5	6
17. Me peso varias veces al día	1	2	3	4	5	6
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	1	2	3	4	5	6
19. Disfruto comiendo carne	1	2	3	4	5	6
20. Me levanto pronto por las mañanas	1	2	3	4	5	6
21. Cada día como los mismos alimentos	1	2	3	4	5	6
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	1	2	3	4	5	6
23. Tengo la menstruación irregular	1	2	3	4	5	6
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada	1	2	3	4	5	6
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	1	2	3	4	5	6
26. Tardo en comer más que las otras personas	1	2	3	4	5	6
27. Disfruto comiendo en restaurantes	1	2	3	4	5	6
28. Tomo laxantes (purgantes)	1	2	3	4	5	6
29. Procuro no comer alimentos con azúcar	1	2	3	4	5	6
30. Como alimentos dietéticos	1	2	3	4	5	6
31. Siento que los alimentos controlan mi vida	1	2	3	4	5	6
32. Me controlo en las comidas	1	2	3	4	5	6
33. Noto que los demás me presionan para que coma	1	2	3	4	5	6
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	1	2	3	4	5	6
35. Tengo estreñimiento	1	2	3	4	5	6
36. Me siento incomoda después de comer dulces	1	2	3	4	5	6
37. Me comprometo a hacer dietas	1	2	3	4	5	6
38. Me gusta sentir el estómago vacío	1	2	3	4	5	6
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	1	2	3	4	5	6
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	1	2	3	4	5	6

CUESTIONARIO FAMILIA (PAPÁ)

Ahora vamos a hacerte una serie de preguntas acerca de la relación que has llevado con tu papá o con la persona que lo ha sustituido. Rellena el círculo que corresponda a la frecuencia con que sucede lo que plantea la pregunta o afirmación.

Papá o la persona que lo sustituye	Nunca o casi nunca	A veces	Con Frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Es justo contigo	1	2	3	4
2. Desconfía de ti	1	2	3	4
3. Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)	1	2	3	4
4. Habla contigo sobre tus problemas	1	2	3	4
5. Se muestra interesado en ayudarte	1	2	3	4
6. Es difícil complacerlo	1	2	3	4
7. Eres importante para él	1	2	3	4
8. Tienes miedo de que se enoje contigo	1	2	3	4
9. Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	1	2	3	4
10. Crees que le correspondes como se merece	1	2	3	4
11. Te demuestra afecto o cariño	1	2	3	4
12. Se preocupa porque haya límites bien definidos, por ejemplo el horario de comida, horario para dormir, para salir.	1	2	3	4
13. Muestra que se preocupa por ti	1	2	3	4
14. Realiza alguna actividad agradable contigo	1	2	3	4
15. Se preocupa porque tengas cubiertas tus necesidades básicas (casa, vestido, alimento, educación, salud, transporte, diversión, vacaciones)	1	2	3	4
16. Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos (as)	1	2	3	4
17. Te exige que te quedes en casa	1	2	3	4
18. Se preocupa porque haya lo necesario en la casa, (alimento, enseres, etc.)	1	2	3	4
19. Controla o critica tu forma de vestir	1	2	3	4
20. Te vigila en exceso	1	2	3	4
21. Te comparas físicamente con él	1	2	3	4
22. Controla tu forma de comer	1	2	3	4
23. Esperaba que tu fueras más femenina	1	2	3	4
24. Te expresa el amor que sienta por ti	1	2	3	4
25. Te exige demasiado	1	2	3	4
26. Se deprime	1	2	3	4
27. Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas	1	2	3	4

CUESTIONARIO FAMILIA (MAMÁ)

Vamos a hacerte una serie de preguntas acerca de la relación que has llevado con tu mamá o con la persona que la ha sustituido. Rellena el círculo que corresponda a la frecuencia con que sucede lo que plantea la pregunta o afirmación.

Mamá o la persona que la sustituye	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Se preocupa porque tengas cubiertas tus necesidades básicas (casa, vestido, educación, salud, transporte, diversión, vacaciones, etc.)	1	2	3	4
2. Te sientes merecedora de su afecto	1	2	3	4
3. Compara tu forma de ser con la de tus hermanos /as	1	2	3	4
4. Controla o critica tu forma de vestir	1	2	3	4
5. Te demuestra afecto o cariño	1	2	3	4
6. Habla contigo sobre tus problemas	1	2	3	4
7. Trata de darte lo que necesitas	1	2	3	4
8. Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	1	2	3	4
9. Eres importante para ella	1	2	3	4
10. Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos /as	1	2	3	4
11. Esperaba que tu fueras más femenina	1	2	3	4
12. Realiza alguna actividad agradable contigo	1	2	3	4
13. Se muestra interesada en ayudarte	1	2	3	4
14. Es justa contigo	1	2	3	4
15. Te exige demasiado	1	2	3	4
16. Consideras que le causas muchos problemas	1	2	3	4
17. Te ha hecho sentir menos	1	2	3	4
18. Muestra que se preocupa por ti	1	2	3	4
19. Te expresa el amor que siente por ti	1	2	3	4
20. Es difícil complacerla	1	2	3	4
21. Piensas que la has defraudado	1	2	3	4
22. Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)	1	2	3	4
23. Te consideras mala hija	1	2	3	4

CUESTIONARIO PERSONALIDAD

Vamos a preguntarte sobre tu forma de ser y de relacionarte con los demás. Por favor contesta cada pregunta rellenando el círculo que corresponda el "SI" o "NO" según creas que eres tú. No hay contestaciones correctas ni incorrectas, no hay preguntas engañosas. Trabaja rápidamente y no pienses demasiado en el significado de las preguntas.

1. ¿Te gusta que haya mucha animación y entusiasmo a tu alrededor?	SI	NO
2. ¿Cambia tu estado de ánimo con facilidad?	SI	NO
3. ¿Te gusta ofender a las personas que quieres?	SI	NO
4. Por ambicioso ¿has tomado alguna vez más de lo que te corresponde?	SI	NO
5. Cuando la gente te habla, ¿tienes casi siempre lista una respuesta?	SI	NO
6. ¿Te aburres fácilmente?	SI	NO
7. ¿Te divierten las bromas que puedan a veces molestar a otros?	SI	NO
8. ¿Haces siempre inmediatamente lo que te piden?	SI	NO
9. ¿Te vienen ideas a la cabeza que no te dejan dormir?	SI	NO
10. ¿Alguna vez has desobedecido algunas reglas del colegio?	SI	NO
11. ¿Te gustaría que otros compañeros te tuvieran miedo?	SI	NO
12. ¿Eres muy alegre?	SI	NO
13. ¿Hay muchas cosas que te molestan?	SI	NO
14. ¿Has tomado alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón), que no fuera tuyo?	SI	NO
15. ¿Tienes muchos amigos?	SI	NO
16. ¿Te sientes a veces triste sin ningún motivo?	SI	NO
17. ¿Te gusta algunas veces molestar a los animales?	SI	NO
18. ¿Alguna vez has hecho como si no oyeras cuando alguien te llama?	SI	NO
19. ¿Te gustaría explorar un castillo embrujado?	SI	NO
20. ¿A menudo piensas que la vida es aburrida?	SI	NO
21. ¿Crees que te metes en más discusiones y pleitos que los demás compañeros?	SI	NO
22. ¿Terminas siempre tus estudios antes de irte a jugar ?	SI	NO
23. ¿Te gusta hacer cosas que se tengas que hacer con rapidez ?	SI	NO
24. ¿Te preocupa que cosas terribles puedan suceder?	SI	NO
25. Cuando oyes a otros amigos decir malas palabras ¿tratas de callarlos?	SI	NO
26. ¿Puedes hacer que otros se diviertan en una fiesta?	SI	NO
27. ¿Te sientes fácilmente ofendido cuando los demás encuentran errores en tus trabajos o en tu conducta?	SI	NO

28. ¿Pides siempre perdón cuando has sido grosero ?	SI	NO
29. ¿Piensas que alguien quiere vengarse de ti por algo que cree que le hiciste?	SI	NO
30. ¿Crees que sería divertido esquiar en agua?	SI	NO
31. ¿A menudo te sientes cansado sin ninguna razón?	SI	NO
32. Por lo general, ¿te gusta molestar a los demás compañeros?	SI	NO
33. ¿Te quedas siempre callado cuando las personas mayores están hablando?	SI	NO
34. ¿Eres tú quien toma la iniciativa de hacer un nuevo amigo?	SI	NO
35. ¿Hay algunas cosas en las que eres muy sensible ?	SI	NO
36. ¿Crees que te metes en muchos pleitos?	SI	NO
37. ¿Has dicho algo desagradable o malo de alguna persona ?	SI	NO
38. ¿Te gusta contar chistes y cuentos divertidos a tus amigos?	SI	NO
39. ¿Te dan mareos?	SI	NO
40. En la escuela, ¿te metes en más problemas que la mayoría de los compañeros?	SI	NO
41. En general, ¿recoges los papeles y la basura que otros tiran en tu salón de clases ?	SI	NO
42. ¿Tienes muchos pasatiempos y entretenimientos?	SI	NO
43. ¿Sientes que las personas pueden herir fácilmente tus sentimientos?	SI	NO
44. ¿Te gusta hacerles bromas pesadas a los demás?	SI	NO
45. ¿Te lavas las manos siempre antes de comer ?	SI	NO
46. En una fiesta, ¿prefieres sentarte y ver, más que bailar?	SI	NO
47. ¿Te sientes con frecuencia "harto" de todo ?	SI	NO
48. ¿Te parece a veces divertido ver cómo una pandilla molesta y asusta a un niño pequeño ?	SI	NO
49. ¿ Siempre estás callado en clase, aún cuando el maestro se sale del salón?	SI	NO
50. ¿Te gusta hacer cosas que den un poco de miedo?	SI	NO
51. ¿ Te gusta juntarte con otros compañeros ?	SI	NO
52. ¿Tienes muchos sueños que te asustan ?	SI	NO
53. ¿Son tus papás demasiado estrictos contigo ?	SI	NO
54. ¿Te gustaría tirarte con un paracaídas?	SI	NO
55. ¿Te preocupa mucho tiempo cuando crees que has hecho una tontería?	SI	NO
56. ¿Te gustan las medicinas de sabor fuerte como las pastillas para la tos?	SI	NO
57. ¿Te comes siempre todo lo que te sirven en la comida?	SI	NO
58. ¿Puedes olvidarte de todo y divertirte mucho en una fiesta animada?	SI	NO
59. ¿Sientes que a veces no vale la pena vivir ?	SI	NO
60. ¿Sentirías lástima si vieras a una animal atrapado en una trampa?	SI	NO
61. ¿ Les has faltado al respeto alguna vez a tus padres ?	SI	NO

62. ¿Te gusta echarse clavados o zambullirte en una alberca o en el mar ?	SI	NO
63. En las noches, ¿te cuesta trabajo dormirte porque estás preocupado?	SI	NO
64.-¿Alguna vez has escrito o hecho garabatos en un libro de la escuela o de la biblioteca?	SI	NO
65. ¿Te regañan mucho en tu casa ?	SI	NO
66. ¿ Creen los demás que eres alegre y feliz ?	SI	NO
67. ¿Te sientes a menudo solo?	SI	NO
68. ¿Eres siempre cuidadoso con las cosas de los demás ?	SI	NO
69. ¿Siempre compartes tus dulces con los demás ?	SI	NO
70. ¿Te gusta mucho salir de paseo ?	SI	NO
71. ¿ Eres tímido con la gente que no conoces ?	SI	NO
72. ¿Ha veces tus amigos dejan de jugar contigo?	SI	NO
73. ¿Has hecho alguna vez trampa en un juego ?	SI	NO
74. ¿Te cuesta trabajo divertirte en una fiesta animada ?	SI	NO
75. ¿Te sientes unas veces muy contento y otras triste sin ninguna razón ?	SI	NO
76. ¿Tiras papeles al piso cuando no encuentras un basurero?	SI	NO
77. Por lo general, ¿te sientes contento y a gusto ?	SI	NO
78. ¿Te has atribuido el mérito de algo que sabías le correspondía a otro?	SI	NO
79. ¿Te consideras una persona despreocupada y son suerte?	SI	NO
80. ¿ Necesitas con frecuencia nuevos amigos que te entiendan y den ánimo?	SI	NO
81. ¿ Has roto o perdido alguna vez algo que era de otro?	SI	NO
82. ¿Te gustaría subirte o manejar una motocicleta veloz?	SI	NO

¡ ¡ GRACIAS POR TU COOPERACIÓN ! !



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES DE UNIVERSIDAD

INSTRUCCIONES

Por favor lee las siguientes instrucciones con mucho cuidado

- Este cuestionario **NO** es un examen, **NO** hay respuestas correctas o incorrectas, por favor trabaja con cuidado y contesta con toda franqueza
- Para cada pregunta, busca la respuesta que a ti te parezca la mejor
- Debes rellenar completamente el alveolo, no solo tacharlo o subrayarlo.
- Utiliza lápiz del 2 ó 2 $\frac{1}{2}$.
- En las preguntas deberás escojer sólo una opción
- Recuerda que debes leer muy bien cada pregunta antes de contestarla, si tienes alguna duda. pregunta con confianza a la persona encargada de aplicar el cuestionario.

- Cualquier duda que tengas puedes consultarla con la investigadora: Magdalena Vázquez a la siguiente dirección electrónica vazquez_rubiomm@ hotmail o en la Clínica de Nutrición de la UNIVA.

POR FAVOR CONTESTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS, NO MARQUES ESTE CUADERNO

CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las siguientes preguntas son para conocer sobre ti y tu familia

¿Cuántos años tienes?		
1. ¿Tu familia vive en Guadalajara ?	1. SI	2. NO
2. ¿Tus papás están ?	1. Casados 2. Divorciados 3. Otros	
3. ¿Quiénes trabajan y dan dinero para mantener a tu familia? Puedes marcar más de una opción	1. Papá 2. Mamá 3. Tú misma 4. Hermano (as) 5. Otros	
¿Hasta que año estudiaron tus padres o sustitutos?	4. Papá (sustituto)	5. Mamá(sustituto)
1. Primaria	1	1
2. Secundaria	2	2
3. Estudios de comercio, administrativos o técnicos	3	3
4. Preparatoria	4	4
5. Carrera universitaria	5	5

CUESTIONARIO ALIMENTACIÓN A

Para empezar me gustaría que me contestaras algunas preguntas sobre tu estatura , peso aproximados y tu alimentación .

¿Cuánto pesas aproximadamente?

¿Cuánto mides aproximadamente?

¿ Cuánto ha sido el peso máximo que has tenido en toda tu vida?

¿ Cuánto ha sido el peso mínimo que has tenido en tu vida después de haber empezado a menstruar?

¿Tú te consideras ?

1. Muy delgada
2. Delgada
3. Ni gorda ni delgada
4. Gorda
5. Muy gorda

En los últimos 3 meses	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia Más de 2 veces en una semana
1. Me ha preocupado engordar	0	1	2	3
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	0	1	2	3
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	0	1	2	3
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso	0	1	2	3
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.	0	1	2	3
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.	0	1	2	3
11. He usado enemas	0	1	2	3

CUESTIONARIO ALIMENTACIÓN B

En los últimos tres meses	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas	1	2	3	4	5	6
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	1	2	3	4	5	6
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas	1	2	3	4	5	6
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	1	2	3	4	5	6
5. Procuero no comer aunque tenga hambre	1	2	3	4	5	6
6. Me preocupo mucho por la comida	1	2	3	4	5	6
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar	1	2	3	4	5	6
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	1	2	3	4	5	6
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	1	2	3	4	5	6
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (ej. pan, arroz, papa)	1	2	3	4	5	6
11. Me siento llena después de las comidas	1	2	3	4	5	6
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más	1	2	3	4	5	6
13. Vomito después de haber comido	1	2	3	4	5	6
14. Me siento muy culpable después de comer	1	2	3	4	5	6
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada	1	2	3	4	5	6
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	1	2	3	4	5	6
17. Me peso varias veces al día	1	2	3	4	5	6
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	1	2	3	4	5	6
19. Disfruto comiendo carne	1	2	3	4	5	6
20. Me levanto pronto por las mañanas	1	2	3	4	5	6
21. Cada día como los mismos alimentos	1	2	3	4	5	6
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	1	2	3	4	5	6
23. Tengo la menstruación irregular	1	2	3	4	5	6
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada	1	2	3	4	5	6
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	1	2	3	4	5	6
26. Tardo en comer más que las otras personas	1	2	3	4	5	6
27. Disfruto comiendo en restaurantes	1	2	3	4	5	6
28. Tomo laxantes (purgantes)	1	2	3	4	5	6
29. Procuero no comer alimentos con azúcar	1	2	3	4	5	6
30. Como alimentos dietéticos	1	2	3	4	5	6
31. Siento que los alimentos controlan mi vida	1	2	3	4	5	6
32. Me controlo en las comidas	1	2	3	4	5	6
33. Noto que los demás me presionan para que coma	1	2	3	4	5	6
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	1	2	3	4	5	6
35. Tengo estreñimiento	1	2	3	4	5	6
36. Me siento incómoda después de comer dulces	1	2	3	4	5	6
37. Me comprometo a hacer dietas	1	2	3	4	5	6
38. Me gusta sentir el estómago vacío	1	2	3	4	5	6
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	1	2	3	4	5	6
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	1	2	3	4	5	6

CUESTIONARIO FAMILIA(PAPÁ)

Ahora vamos a hacerte una serie de preguntas acerca de la relación que has llevado con tu papá o con la persona que lo ha sustituido. Rellena el círculo que corresponda a la frecuencia con que sucede lo que plantea la pregunta o afirmación.

Papá o la persona que lo sustituye	Nunca o casi nunca	A veces	Con Frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Es justo contigo	1	2	3	4
2. Desconfía de ti	1	2	3	4
3. Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)	1	2	3	4
4. Habla contigo sobre tus problemas	1	2	3	4
5. Se muestra interesado en ayudarte	1	2	3	4
6. Es difícil complacerlo	1	2	3	4
7. Eres importante para él	1	2	3	4
8. Tienes miedo de que se enoje contigo	1	2	3	4
9. Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	1	2	3	4
10. Crees que le correspondes como se merece	1	2	3	4
11. Te demuestra afecto o cariño	1	2	3	4
12. Se preocupa porque haya límites bien definidos, por ejemplo el horario de comida, horario para dormir, para salir.	1	2	3	4
13. Muestra que se preocupa por ti	1	2	3	4
14. Realiza alguna actividad agradable contigo	1	2	3	4
15. Se preocupa porque tengas cubiertas tus necesidades básicas (casa, vestido, alimento, educación, salud, transporte, diversión, vacaciones)	1	2	3	4
16. Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos (as)	1	2	3	4
17. Te exige que te quedes en casa	1	2	3	4
18. Se preocupa porque haya lo necesario en la casa, (alimento, enseres, etc.)	1	2	3	4
19. Controla o critica tu forma de vestir	1	2	3	4
20. Te vigila en exceso	1	2	3	4
21. Te comparas físicamente con él	1	2	3	4
22. Controla tu forma de comer	1	2	3	4
23. Esperaba que tu fueras más femenina	1	2	3	4
24. Te expresa el amor que sienta por ti	1	2	3	4
25. Te exige demasiado	1	2	3	4
26. Se deprime	1	2	3	4
27. Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas	1	2	3	4

CUESTIONARIO FAMILIA (MAMÁ)

Vamos a hacerte una serie de preguntas acerca de la relación que has llevado con tu mamá o con la persona que la ha sustituido. Rellena el círculo que corresponda a la frecuencia con que sucede lo que plantea la pregunta o afirmación.

Mamá o la persona que la sustituye	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Se preocupa porque tengas cubiertas tus necesidades básicas (casa, vestido, educación, salud, transporte, diversión, vacaciones, etc.)	1	2	3	4
2. Te sientes merecedora de su afecto	1	2	3	4
3. Compara tu forma de ser con la de tus hermanos /as	1	2	3	4
4. Controla o critica tu forma de vestir	1	2	3	4
5. Te demuestra afecto o cariño	1	2	3	4
6. Habla contigo sobre tus problemas	1	2	3	4
7. Trata de darte lo que necesitas	1	2	3	4
8. Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	1	2	3	4
9. Eres importante para ella	1	2	3	4
10. Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos /as	1	2	3	4
11. Esperaba que tu fueras más femenina	1	2	3	4
12. Realiza alguna actividad agradable contigo	1	2	3	4
13. Se muestra interesada en ayudarte	1	2	3	4
14. Es justa contigo	1	2	3	4
15. Te exige demasiado	1	2	3	4
16. Consideras que le causas muchos problemas	1	2	3	4
17. Te ha hecho sentir menos	1	2	3	4
18. Muestra que se preocupa por ti	1	2	3	4
19. Te expresa el amor que siente por ti	1	2	3	4
20. Es difícil complacerla	1	2	3	4
21. Piensas que la has defraudado	1	2	3	4
22. Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)	1	2	3	4
23. Te consideras mala hija	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Vamos a preguntarte sobre tu forma de ser y de relacionarte con los demás. Por favor contesta cada pregunta rellenando el círculo que corresponda el "SI" o "NO" según su caso. No hay contestaciones correctas ni incorrectas no hay preguntas engañosas. Trabaja con rapidez y no pienses demasiado en el significado de las preguntas.

1. ¿Tienes muchos pasatiempos y entretenimientos?	SI	NO
2. ¿Tienes a menudo altibajos en tu estado de ánimo?	SI	NO
3. ¿Te has atribuido alguna vez el mérito de algo que sabías le correspondía a otra persona?	SI	NO
4. ¿Eres una persona platicadora?	SI	NO
5. ¿Te sientes alguna vez decaído, sin ninguna razón?	SI	NO
6. ¿En alguna ocasión has tomado más de lo que te correspondía por ambiciosa?	SI	NO
7. ¿Eres una persona animada?	SI	NO
8. ¿Te entristecería mucho si vieras sufrir a un niño o un animal?	SI	NO
9. ¿Te preocupas a menudo por cosas que no deberías haber dicho o hecho?	SI	NO
10. Cuando te comprometes a algo ¿cumples siempre tu promesa a pesar de las dificultades que te ocasione?	SI	NO
11. Normalmente ¿puedes relajarte y disfrutar de una reunión animada?	SI	NO
12. ¿Eres una persona irritable?	SI	NO
13. ¿Le has echado alguna vez la culpa a alguien de algo que tu eras responsable?	SI	NO
14. ¿Te gusta conocer gente nueva?	SI	NO
15. ¿Te sientes fácilmente herido en tus sentimientos?	SI	NO
16. ¿Son buenos y convenientes todos tus hábitos ?	SI	NO
17. ¿ Tiendes a mantenerse en segundo plano en reuniones sociales ?	SI	NO
18. ¿Tomarías drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligrosos ?	SI	NO
19. ¿Te sientes a menudo harto ?	SI	NO
20. ¿Has tomado alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no fuera suyo?	SI	NO
21. ¿Te gusta mucho salir?	SI	NO
22. ¿Te gusta herir a las personas que quiere ?	SI	NO
23. ¿Te atormentan a menudo sentimientos de culpa ?	SI	NO
24. ¿ Hablas a veces de cosas de las que no sabes nada ?	SI	NO
25. ¿Tienes enemigos que quieren hacerte daño ?	SI	NO
26. ¿Te considera una persona nerviosa?	SI	NO
27. ¿Tienes muchos amigos?	SI	NO
28. ¿Te gusta hacer bromas que a veces puedan realmente lastimar a las personas ?	SI	NO

29. ¿Te consideras una persona que se preocupa demasiado?	SI	NO
30. Cuando era niña, ¿hacías lo que te ordenaban inmediatamente y sin protestar ?	SI	NO
31. ¿Te consideras una persona feliz y con suerte ?	SI	NO
32. ¿Te preocupas de cosas terribles que puedan suceder?	SI	NO
33. ¿Has roto o perdido alguna vez algo que perteneciera a otra persona?	SI	NO
34. ¿Usualmente tomas la iniciativa de hacer nuevos amigos ?	SI	NO
35. ¿Te consideras una persona tensa o nerviosa?	SI	NO
36. Cuando estás con otras personas, ¿ permaneces generalmente callado?	SI	NO
37. ¿Consideras que el matrimonio es anticuado y debiera eliminarse ?	SI	NO
38. ¿Sientes algunas veces lástima por ti mismo ?	SI	NO
39. ¿Eres de los que a veces tienden a presumir ?	SI	NO
40. ¿Te resulta fácil animar una fiesta que está aburrida ?	SI	NO
41. ¿Te molestan las personas que manejan con cuidado ?	SI	NO
42. ¿Has dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien ?	SI	NO
43. ¿Te gusta contar chistes o anécdotas a tus amigos?	SI	NO
44. ¿Te cuesta trabajo interesarte por lo que sucede a tu alrededor ?	SI	NO
45. ¿De niño, fuiste alguna vez grosero con tus padres ?	SI	NO
46. ¿Te gusta estar con la gente ?	SI	NO
47. ¿Te preocupa mucho si sabes que has cometido errores en el trabajo ?	SI	NO
48. ¿ Sufres de insomnio ?	SI	NO
49. ¿Te lava siempre las manos antes de comer ?	SI	NO
50. Cuando la gente te platica ¿tienes casi siempre lista una respuesta ?	SI	NO
51. ¿Te has sentido a menudo desanimado y cansado sin ninguna razón ?	SI	NO
52. ¿Has hecho alguna vez trampa en un juego ?	SI	NO
53. ¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez ?	SI	NO
54. ¿ Es (o fue) tu madre una buena mujer ?	SI	NO
55. ¿Sientes a menudo que la vida es aburrida ?	SI	NO
56. ¿Te has aprovechado alguna vez de alguien ?	SI	NO
57. ¿ Hay varias personas que tratan de evitarte ?	SI	NO
58. ¿Te preocupas mucho por tu apariencia ?	SI	NO
59. ¿ Eres siempre cortés, aún con gente grosera ?	SI	NO
60. ¿Piensas que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros seguros ?	SI	NO
61. ¿ Has deseado alguna vez estar muerto ?	SI	NO
62. ¿ Dejarías de pagar tus impuestos si supieras que nunca lo iban a descubrir ?	SI	NO
63. ¿ Eres capaz de poner ambiente en una fiesta ?	SI	NO

64. ¿Tratas de no ser grosero con la gente ?	SI	NO
65. ¿Te preocupas demasiado después de una experiencia vergonzosa ?	SI	NO
66. ¿Has insistido alguna vez en salirte con la tuya ?	SI	NO
67. Cuando viajas en autobús, tren o avión ¿ llegas a menudo en el último minuto ?	SI	NO
68. ¿Sufres de los nervios ?	SI	NO
69. ¿Has dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien ?	SI	NO
70. ¿Terminan fácilmente tus amistades sin que tengas la culpa ?	SI	NO
71. ¿Te sientes a menudo solo ?	SI	NO
72. ¿Practicas siempre lo que predicas ?	SI	NO
73. ¿Te gusta a veces molestar a los animales ?	SI	NO
74. ¿Te ofendes fácilmente cuando la gente le encuentra errores a ti o a tu trabajo ?	SI	NO
75. Una vida sin peligros, ¿ te parecería muy aburrida ?	SI	NO
76. ¿Has llegado alguna vez tarde al trabajo o a alguna cita?	SI	NO
77. ¿Te gusta que haya mucho bullicio y animación a tu alrededor ?	SI	NO
78. ¿Te gustaría que la gente te tuviera miedo ?	SI	NO
79. ¿Te encuentras algunas veces lleno de energía y otras perezoso y desanimado ?	SI	NO
80. ¿Dejas a veces para mañana lo que podrías hacer hoy ?	SI	NO
81. ¿Piensan otras personas que eres una gente "llena" de vida ?	SI	NO
82. ¿Te cuentan muchas mentiras ?	SI	NO
83. ¿Eres muy susceptible para ciertas cosas ?	SI	NO
84. ¿Estás siempre dispuesto a admitir tus errores ?	SI	NO
85. ¿Sentirías compasión si vieras un animal atrapado en una trampa ?	SI	NO
86. ¿Te ha molestado llenar este formulario ?	SI	NO

!! GRACIAS POR TU COOPERACIÓN !!



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
 ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

INSTRUCCIONES

- 1.- NO MALTRATE, DOBLE O ENGRAPE ESTA FORMA. 4.- EN CASO DE ERROR BORRE COMPLETA Y LIMPIAMENTE.
 2.- USE SOLAMENTE LÁPIZ DEL 2 O 2 1/2. 5.- RELLENE COMPLETA Y FIRMEMENTE EL ALVEOLO.
 3.- NO USE PLUMA NI MARCADOR. 6.- RELLENE SOLAMENTE UN ALVEOLO POR RESPUESTA.

EDAD	No FOLIO
0 0	0 0 0 0
1 1	1 1 1 1
2 2	2 2 2 2
3 3	3 3 3 3
4 4	4 4 4 4
5 5	5 5 5 5
6 6	6 6 6 6
7 7	7 7 7 7
8 8	8 8 8 8
9 9	9 9 9 9

CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NIVEL DE ESTUDIOS	
MEDIO SUPERIOR	1
SUPERIOR	2

¿TU FAMILIA VIVE EN GUADALAJARA?	1 1 2
¿TUS PAPÁS ESTAN?	2 1 2 3

3 1 2 3 4 5
4 1 2 3 4 5
5 1 2 3 4 5

CUESTIONARIO ALIMENTACIÓN A

PESO APROX.
0 0
1 1
2 2
3 3
4 4
5 5
6 6
7 7
8 8
9 9

MIDES APROX.
0 0 0
1 1 1
2 2 2
3 3 3
4 4 4
5 5 5
6 6 6
7 7 7
8 8 8
9 9 9

PESO MAX.
0 0
1 1
2 2
3 3
4 4
5 5
6 6
7 7
8 8
9 9

PESO MIN.
0 0 0
1 1 1
2 2 2
3 3 3
4 4 4
5 5 5
6 6 6
7 7 7
8 8 8
9 9 9

¿TU TE CONSIDERAS?	1 2 3 4 5
--------------------	-----------

EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES				
1 0 1 2 3	7 0 1 2 3			
2 0 1 2 3	8 0 1 2 3			
3 0 1 2 3	9 0 1 2 3			
4 0 1 2 3	10 0 1 2 3			
5 0 1 2 3	11 0 1 2 3			
6 0 1 2 3				

CUESTIONARIO ALIMENTACIÓN B

EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES

1 1 2 3 4 5 6
2 1 2 3 4 5 6
3 1 2 3 4 5 6
4 1 2 3 4 5 6
5 1 2 3 4 5 6
6 1 2 3 4 5 6
7 1 2 3 4 5 6
8 1 2 3 4 5 6
9 1 2 3 4 5 6
10 1 2 3 4 5 6
11 1 2 3 4 5 6
12 1 2 3 4 5 6
13 1 2 3 4 5 6
14 1 2 3 4 5 6
15 1 2 3 4 5 6
16 1 2 3 4 5 6
17 1 2 3 4 5 6
18 1 2 3 4 5 6
19 1 2 3 4 5 6
20 1 2 3 4 5 6
21 1 2 3 4 5 6
22 1 2 3 4 5 6
23 1 2 3 4 5 6
24 1 2 3 4 5 6
25 1 2 3 4 5 6
26 1 2 3 4 5 6
27 1 2 3 4 5 6
28 1 2 3 4 5 6
29 1 2 3 4 5 6
30 1 2 3 4 5 6
31 1 2 3 4 5 6
32 1 2 3 4 5 6
33 1 2 3 4 5 6
34 1 2 3 4 5 6
35 1 2 3 4 5 6
36 1 2 3 4 5 6
37 1 2 3 4 5 6
38 1 2 3 4 5 6
39 1 2 3 4 5 6
40 1 2 3 4 5 6

CUESTIONARIO FAMILIA (PAPÁ)

PAPÁ O LA PERSONA QUE LO SUSTITUYE

1 1 2 3 4	8 1 2 3 4	15 1 2 3 4	22 1 2 3 4
2 1 2 3 4	9 1 2 3 4	16 1 2 3 4	23 1 2 3 4
3 1 2 3 4	10 1 2 3 4	17 1 2 3 4	24 1 2 3 4
4 1 2 3 4	11 1 2 3 4	18 1 2 3 4	25 1 2 3 4
5 1 2 3 4	12 1 2 3 4	19 1 2 3 4	26 1 2 3 4
6 1 2 3 4	13 1 2 3 4	20 1 2 3 4	27 1 2 3 4
7 1 2 3 4	14 1 2 3 4	21 1 2 3 4	

CUESTIONARIO FAMILIA (MAMÁ)

MAMÁ O LA PERSONA QUE LO SUSTITUYE

1 1 2 3 4	7 1 2 3 4	13 1 2 3 4	19 1 2 3 4
2 1 2 3 4	8 1 2 3 4	14 1 2 3 4	20 1 2 3 4
3 1 2 3 4	9 1 2 3 4	15 1 2 3 4	21 1 2 3 4
4 1 2 3 4	10 1 2 3 4	16 1 2 3 4	22 1 2 3 4
5 1 2 3 4	11 1 2 3 4	17 1 2 3 4	23 1 2 3 4
6 1 2 3 4	12 1 2 3 4	18 1 2 3 4	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
 ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

INSTRUCCIONES

- 1.- NO MALTRATE, DOBLE O ENGRAPE ESTA FORMA. 4.- EN CASO DE ERROR BORRE COMPLETA Y LIMPIAMENTE.
 2.- USE SOLAMENTE LÁPIZ DEL 2 O 2 1/2. 5.- RELLENE COMPLETA Y FIRMEAMENTE EL ALVEOLO.
 3.- NO USE PLUMA NI MARCADOR. 6.- RELLENE SOLAMENTE UN ALVEOLO POR RESPUESTA.

No FOLIO			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS	MEDIO SUPERIOR	1
	SUPERIOR	2

HOJA DE RESPUESTAS

1 S N	16 S N	31 S N	46 S N	61 S N	76 S N
2 S N	17 S N	32 S N	47 S N	62 S N	77 S N
3 S N	18 S N	33 S N	48 S N	63 S N	78 S N
4 S N	19 S N	34 S N	49 S N	64 S N	79 S N
5 S N	20 S N	35 S N	50 S N	65 S N	80 S N
6 S N	21 S N	36 S N	51 S N	66 S N	81 S N
7 S N	22 S N	37 S N	52 S N	67 S N	82 S N
8 S N	23 S N	38 S N	53 S N	68 S N	83 S N
9 S N	24 S N	39 S N	54 S N	69 S N	84 S N
10 S N	25 S N	40 S N	55 S N	70 S N	85 S N
11 S N	26 S N	41 S N	56 S N	71 S N	86 S N
12 S N	27 S N	42 S N	57 S N	72 S N	87 S N
13 S N	28 S N	43 S N	58 S N	73 S N	88 S N
14 S N	29 S N	44 S N	59 S N	74 S N	89 S N
15 S N	30 S N	45 S N	60 S N	75 S N	90 S N