



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 55
FRESNILLO, ZACATECAS.

“FACTORES ASOCIADOS PARA DESARROLLO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS “

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. BELÉN ROMERO MARTÍNEZ

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS

ASESOR ESTADÍSTICO:

LIC. EN MATEMÁTICAS OLIVIA DELGADILLO RUIZ

FRESNILLO; ZACATECAS.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FACTORES ASOCIADOS PARA DESARROLLO DE TRASTORNOS
ALIMENTICIOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. BELÉN ROMERO MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICO GENERALES
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 55

LIC. OLIVIA DELGADILLO RUIZ
ASESOR METODOLÓGICO

UNIDAD ACADÉMICA DE MATEMÁTICAS, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
ZACATECAS

DR. SERGIO VALENCIA SEGURA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

FACTORES ASOCIADOS PARA DESARROLLO DE TRASTORNOS
ALIMENTICIOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. BELÉN ROMERO MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

I. Antecedentes

II. Planteamiento del problema

III. Justificación

IV. Objetivo de la investigación

Objetivo general

Objetivos específicos

V. Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Hipótesis específicas

VI. Metodología

Material y Método

Diseño Metodológico

Población

Lugar

Tiempo

Muestreo

Tipo de Muestra

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

Criterios de exclusión

Variables de estudio

Variable Dependiente

VARIABLES INDEPENDIENTES

Definición Operacional de las variables

Procedimiento de captura

Aspectos Éticos

Análisis Estadístico.

VII. Resultados

VIII. Discusión

IX. Conclusiones

X. Referencias bibliográficas

XI. Anexos

Anexo 1. Hoja de recolección de datos.

Anexo 2. Consentimiento informado

Anexo 3. Instrumentos de medición.

1. ANTECEDENTES

Trastornos alimenticios.

Los trastornos de conducta alimenticia (TCA) son un conjunto de patologías clasificadas en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV). Los TCA son poco comunes en la población general pero son considerados como uno de los principales problemas psiquiátricos en mujeres jóvenes; además, están asociados con un alto riesgo de mortalidad, una tasa baja de recuperación, una comorbilidad alta y un alto riesgo de recaídas [1]

Las categorías definidas como trastornos de la conducta alimentaria son: la bulimia nerviosa purgativa o no purgativa, la anorexia nerviosa, purgativa o restrictiva y los trastornos alimentarios no especificados. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, (1995). [2]

En el siglo XVII (1689) Richard. Morton informó de un caso de una muchacha de 17 años que “lucía como esqueleto cubierto de piel” concluyó que tenía “consunción nerviosa” además describe sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años y un chico de 16, en ambos casos descarta cualquier tipo de enfermedad física como la causa explicativa de la pérdida de peso de los enfermos, es entonces que la medicina inicia su atención hacia la **Anorexia nerviosa (AN)** con la obra A Treatise Of. Consumptions. [3]

El término de Anorexia Nerviosa parece ser acuñado por William Gull, Charles y Lasague quienes publicaron descripciones clínicas del trastorno. En 1914, Simmonds llegó

a confundir la anorexia nerviosa con insuficiencia hipofisiaria, pero en 1930 Berhman público su experiencia en 117 pacientes y enfatizó que las anormalidades fisiológicas de la anorexia se debían a un disturbio psíquico. [4]

Entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como hambre patológica, expresivos de los estados de voracidad que acompañan la ingesta excesiva de comida y emesis. Los primeros casos de **Bulimia nerviosa (BN)** (definido por Russell), desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la 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 en la década de los sesenta.

Etiología no se conoce la causa exacta de estos, sin embargo, se piensa que es multifactorial en donde influyen la cultura, las familias, las características individuales y algunas alteraciones en neurotransmisores Por ejemplo, se ha observado una disminución en los niveles de serotonina (5HT), la cual normalmente crea saciedad y un aumento de niveles de opioides endógenos en el LCR. En el caso de la anorexia nervosa: son pacientes con problemas de identidad, con dependencia excesiva, inmaduros y aislados, se ha detectado síntomas maniaco-depresivos. Son personas muy perfeccionistas, se ponen metas altas y tienen que probarse sus competencias, muy estudiosas y exitosas académicamente. “Niños modelo”, son hipersensibles al rechazo, sienten culpabilidad irracional, miedo y preocupación obsesiva. Sienten que el control de su vida es por medio de la comida y el peso, el número de la báscula determina si tuvieron éxito o fracaso. [5]

A pesar del interés en torno a la problemática de los trastornos alimenticios, los diversos modelos teóricos que intentan explicarla, la naturaleza exacta de esta patología sigue siendo

considerada un misterio. Sin embargo, ha sido posible, basándose en revisiones bibliográficas y en el análisis de investigaciones nacionales y extranjeras, identificar ciertos factores biológicos, psicológicos y ambientales, decisivos en la manifestación de este cuadro clínico, constatándose un modelo etiopatogénico biopsicosocial [6]

En los Estados Unidos los trastornos alimenticios en adolescentes presentan una incidencia en antecedentes superior al 5%, cifra que ha aumentado drásticamente en las últimas décadas. [7]

En Madrid, los trastornos alimenticios en 1985 - 1986 era de 0.3% y en 1993 - 1994 aumento a un 0.68% en adolescentes de 15 años. Una investigación llevada a cabo con estudiantes mujeres de enseñanza media, de la V Región de Chile, encontró que el 18% de las jóvenes podían ser incluidas dentro de la categoría de “potencialidad patológica” para el desarrollo de Anorexia Nerviosa. En un estudio posterior, se estimó que la posibilidad de evolución hacia una patología alimentaría era de un 15% y un 41% para las adolescentes portadoras de sobrepeso del total de los casos diagnosticados con este trastorno, el 95 % corresponde a mujeres y sólo el porcentaje restante a hombres y se manifiesta frecuentemente entre los 10 y 30 años de edad. [8]

En 1988 se realizó un estudio en diversas secundarias y preparatorias de la ciudad de México, donde se muestra que el 87% de las adolescentes en edad promedio de 15 años, han realizado dietas restrictivas para bajar de peso, 11% se han provocado vómito, 8% han usado laxantes, 21% han utilizado diuréticos para tratar de controlar el peso, el 27% de las encuestadas han usado pastillas para bajar de peso. La incidencia se encuentra en todos los estratos socioeconómicos de la población y en edades cada vez más tempranas. [9]

Estudios realizados por la Fundación Internacional CBA muestran que en los últimos años la incidencia de los trastornos alimenticios ha aumentado de una manera alarmante, la edad de inicio fluctúa entre los 13 y 18 años de edad [10] por lo tanto, la población considerada de alto riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio, lo constituyen los jóvenes adolescentes en edad escolar existiendo ciertos sectores más sensibles que otros, sobre todo aquellos que viven en países desarrollados y que poseen un alto status económico.[11]

Es más frecuente que la anorexia con una prevalencia que va del 1-3% de la población femenina. La mayoría son mujeres adolescentes (90-95%). Más frecuente en pacientes que fueron obesas, con historia de abuso de sustancias o abuso sexual. Los hombres afectados tienen frecuentemente historia de deportes como la lucha en donde el peso es algo importante. [12]

La prevalencia de este trastorno se ha calculado en 0.5 - 1% de la población femeninas sin embargo, se considera que ha aumentado la incidencia en las últimas dos décadas. Es más frecuente en mujeres (90%), la relación mujer/hombre es de 1 a 3 [13]

En la mayoría de los casos inicia en la adolescencia entre 13-15 años. Es más frecuente en mujeres con disciplinas como ballet, nado sincronizado y gimnastas y en hombres homosexuales, también es más frecuente en países desarrollados y en familias con padres obesos. Se presenta de igual manera en todos los grupos étnicos y raciales. Interesantemente, la mitad de las pacientes con anorexia hacen transición a bulimia y se ha reportado una mortalidad que oscila entre el 10-20% debido a las complicaciones. [14]

Es evidente para muchos expertos que los factores emocionales negativos en la familia y en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos del comer. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de bulímicos desinteresadas. Aunque las madres pueden tener una influencia fuerte en sus hijos con trastornos de comer, los estudios también han indicado que los padres y los hermanos desempeñan una función en el desarrollo de anorexia en las niñas.

Los trastornos alimenticios, aspectos clínicos y epidemiológicos de la patología, identificación de la población de riesgo, características del trastorno y estudios de factores tales como perfeccionismo e insatisfacción corporal. [15]

Los trastornos de la conducta alimenticia, (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y algunos otros Trastornos Alimentarios no especificados) que se caracterizan por una seria alteración en la conducta alimenticia, debido a una excesiva preocupación por la imagen corporal y un miedo intenso a subir de peso. Los diversos signos y conductas de riesgo que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos, depende de factores ambientales, sociales, culturales, individuales y familiares.

Anorexia nerviosa.

La Anorexia Nerviosa (AN), se denomina como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por la propia paciente, se presenta de dos tipos

I. Tipo restrictiva:

Se limita severamente la ingesta de hidratos de carbono y grasas, pacientes con múltiples dietas y restricción en el alimento llegando hasta el ayuno.

II. Tipo compulsiva-purgativa:

Se tiende a alimentarse con periodos compulsivos de comida, y después purgarse con mecanismos compensatorios como vómito inducido, enemas y laxantes.

Bulimia nervosa:

Bulimia nervosa (BN), (Hambre animal de origen nervioso). Este trastorno de la conducta alimenticia se presenta con ingestión episódica descontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimento, generalmente comida con poco valor nutritivo, en periodos cortos de tiempo menor a 2 horas, en donde posteriormente sienten culpabilidad del pobre control y esto les genera ansiedad y depresión, lo que los lleva a mecanismos compensatorios como vómito inducido, enemas, laxantes, diuréticos, ayuno prolongado o ejercicio excesivo. Estos pacientes sí tienen conciencia de la enfermedad, por lo que generalmente comen a escondidas. Una comilona compulsiva es diferente en cada paciente, puede variar entre 1,000-10,000 calorías, generalmente mayor a 5,000, pero para otros puede ser una simple galleta.

I. Tipo purgativa:

Pacientes que se comen grandes cantidades de comida con bajo valor nutritivo y van a compensarlo con vómito inducido, enemas, laxantes o diuréticos.

II. Tipo no purgativa:

Pacientes que comen grandes cantidades de alimento y después hacen ayuno o un ejercicio tremendo para eliminar la grasa. [16]

Factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento, como conducta de dieta, sexo, y etapa de adolescente para patología de trastornos alimenticios de etiología multifactorial y ligado a la organización genético-biológica, estructura de personalidad, organización familiar, sistemas de creencias, crianza y presión social, son considerados como predisponentes de la patología divididos en individuales y familiares.

FACTORES FAMILIARES

Evitación De Conflictos

Es común encontrar en las familias de pacientes anoréxicas un funcionamiento que se caracteriza por una combinación de manifestaciones con cierto grado de patología, como el aglutinamiento, la sobreprotección y la rigidez, lo que trae como consecuencia la baja tolerancia del sistema para enfrentar y manejar adecuadamente situaciones estresantes.

La estructura familiar particular determinara la forma en que cada una de ellas evitara un conflicto. Como consecuencia negativa de esta situación no se genera una instancia en donde se produzca una negociación explicita de las diferencias; todo esto conlleva a que los problemas que surjan al interior de la familia queden sin resolver,

representando una amenaza constante que activa una y otra vez los circuitos de evitación del sistema. Esto lleva a que la familia se conduzca como si no existieran problemas, otorgándole una imagen de sistema perfecto hacia el exterior.

En estas familias, la fuente de la evitación puede ser variada y complementaria; se puede dar el caso que uno de los conyugues sea el evitador, en otros la familia se caracteriza por la existencia constante de discusiones entre sus miembros, pero las interrupciones típicas y los constantes cambios de temas que caracterizan a los sistemas aglutinados, terminara por diluir cualquier conflicto antes de que se pueda llegar a planear una solución para resolverlo. Otros sistemas negaran la existencia de cualquier conflicto, provocando un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de los síntomas, además de incrementar la falta de conciencia de la adolescente acerca de su problema, actuando como si su situación fuera normal, poniendo cada vez más en peligro su salud.

Paciente designado en los conflictos familiares

Aquel hijo usado como un agente, mediante el cual se pueden desviar los conflictos conyugales, como la manera de mantener un equilibrio en el subsistema conyugal. Esta característica se expresa por medio de tres tipos de coaliciones. En la primera, lo que el hijo diga o haga significara que ella tomará partido por uno de los progenitores, produciéndose una alianza o coalición de un padre en contra del otro, ocasionado una triangulación. La segunda coalición padre –hija o madre-hija, se diferencia del anterior por la estabilidad temporal del vinculo entre uno de los progenitores y su hija. El último patrón es el de desviación conyugal, la interacción se presenta unida en la postura de protección o

acusación frente a la hija enferma y sus conflictos, definiéndola como el único problema familiar. Lo que preocupa a los padres, en estos casos, son las obligaciones parentales que absorben a la pareja, de tal modo que pueden llegar a ignorar cualquier señal de tensión alrededor de ella, utilizando como “chivo espiratorio” a la hija, de manera tal de no enfrentar directamente la situación como un problema conyugal.

Limites Familiares

Hacen referencia a la dinámica familiar los patrones de interacción que se establecen entre sus miembros. Se conocen como condiciones familiares importantes la sobreprotección y el aglutinamiento.

En las familias caracterizadas por patrones de interacción sobre protectores, no es posible apreciar una clara delimitación de la individualidad de cada uno de los miembros mas bien es común observar altos grados de cohesión entre éstos. El tipo de interacciones característico de estas familias conlleva a que los hijos, especialmente el paciente, sienta gran preocupación en proteger a la familia, lo cual generalmente logra manteniendo o intensificando su sintomatología.

Aglutinamiento

Aglutinamiento se refiere la forma de proximidad de tal intensidad, que hace que cualquier alteración repercuta en toda la estructura familiar, lo que hace que el sentido de identidad personal se diluya y reemplace por la proximidad entre las percepciones individuales y familiares. En ella es común que enfrente a un conflicto y se vayan produciendo alianzas

dentro del sistema. Los límites individuales son tan difusos entre los miembros, que el espacio vital de la persona es frecuentemente transgredido, al igual que los subsistemas conyugales, parentales y fraternos, todo ello por lo difuso de sus límites.

Rigidez

Las familias rígidas operan como sistemas con límites poco flexibles, lo que sólo ocasiona límites de relaciones interpersonales y les dificulta modificar sus pautas de interacción ante crisis familiares normativas, favoreciendo una adaptación inadecuada a las exigencias que les impone el desarrollo del ciclo vital de la familia. Producto de la falta de flexibilidad, estas familias desarrollan conductas de evitación, para lo cual resulta sumamente útil para el portador del síntoma.

Una característica común a estas familias es que son vistas sin conflictos, con la excepción de la enfermedad de la hija, negando enfáticamente cualquier necesidad de cambio en la familia ya que los problemas son atribuidos sólo al paciente.

La adolescencia proporciona la ocasión para tratar temas de identidad que tienen componentes sobre la profesión, los valores y la intimidad, el trastorno en la adolescencia involucra una lucha por la autoafirmación, de tal manera que establezca la identidad. Aunque parezca doloroso los valores primordiales de la familia y otras instituciones sociales a menudo deben rechazarse para posteriormente se reclamen como propios.

La adultez temprana es una etapa que implica preocupaciones relacionadas con la intimidad, la paternidad y la iniciación en una identidad desde la adolescencia hasta relaciones adultas con la pareja y los hijos, amigos y colaboradores, con sucesos

determinantes para la vida y proporcionar la ocasión para una crisis que puede incluir un conflicto en la mujer joven para equilibrar las preferencias entre su profesión y su familia. Su selección de opciones no se realiza en el aislamiento, pero depende mucho de las actitudes y comportamiento de la familia por sus hábitos y estilo de vida.

Las familias con adolescentes presentan un proceso emocional de transición con flexibilidad de los límites familiares para dar lugar a la independencia de los hijos lo que ocasiona un cambio en las relaciones de padres e hijos para permitir a los hijos salir del sistema. [24].

FACTORES INDIVIDUALES

Depresión

No es infrecuente que la Anorexia Nerviosa y en general, los trastornos alimenticios, vayan asociados con la depresión, pero no se ha podido establecer con exactitud si es causa o resultado de la patología. Leon Fulkerson, Perry y Cudeck (1993), refieren que cuando la anoréxica es diagnosticada en el curso de la Anorexia Nerviosa, no es considerada como causa del trastorno sino más bien, algo secundario. Posteriormente los mismos investigadores realizaron un estudio con alumnas de secundaria, durante 6 meses, concluyendo que no hay relación entre la presencia de síntomas depresivos y los desordenes alimenticios. Una investigación llevada a cabo en 1997 por Stice, Hayward, Camero, pillen y Taylor (2000), se encontró que los desordenes alimenticios tendrían una relación temporal en el desarrollo de la depresión. La insatisfacción corporal temporal y la dieta estricta, serian factores predictores importantes en el desarrollo futuro de depresión, ya que si existe insatisfacción se buscara por todos los medios, lograr alcanzar la imagen

perfecta (desde su punto de vista). En el caso de fracasar pueden caer en un estado de angustia y desesperación tal, que las lleve a desarrollar depresión. Este síntoma es común en las familias de pacientes con trastornos alimenticios.

Las personas depresivas suelen experimentar y ser susceptibles a sentimientos de baja autoestima, lo cual contribuye al desarrollo de los trastornos alimenticios.

En la clasificación internacional de enfermedades de la OMS se diferencia la depresión de acuerdo con su severidad de los síntomas en leve, moderada o severa, se toma en cuenta la presencia o no de síntomas somáticos que la acompañen. (25).

En los humanos dos tipos de carácter se han vinculado con la propensión a la depresión: rasgos obsesivos, rígidos perfeccionistas y rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás. La pérdida de un objeto de amor (personas o posesiones) o la ruptura de ligas de apego procede de la iniciación de estados depresivos. La pérdida de un ser querido, de la salud. De la imagen narcisista de uno mismos, hace algunos perder su sentido de la vida y en personas susceptibles se desencadene la depresión. (7).

Dependencia Afectiva

Existe un déficit de identidad, se sienten bajo la influencia de fuerzas externas. Este déficit de la identidad personal puede derivarse en dificultades mayores cuando se carece de una orientación parental o se enfrentan a nuevas demandas ambientales. Es esto lo que le da a la persona una baja autoestima, una falta de seguridad y un perfeccionismo excesivo en todas las acciones que desempeña, incluyendo su propio cuerpo, igualmente se autorigen demasiado, en el sentido de conducirse de una forma que no permita errores en su accionar.

Esto se ha explicado a través de teorías psicodinámicas donde se establece tener relaciones personales cercanas, especialmente con la madre.

La focalización en el logro es un aspecto central de una conducta obsesiva-compulsiva y la delgadez corporal se convierte, de esta manera, en un importante desafío en las pacientes anoréxicas, producto de su intensa autoexigencia. [17]

Insatisfacción corporal

Uno de los factores de riesgo que se ve agravado por los marcados estándares, sociales actuales que asignan una importancia fundamental a la delgadez. Sumado a los estados de ánimo negativos, puede conducir a uso y abuso anormal de los alimentos.

Los adolescentes son grupo que se encuentra en riesgo de presentar diversos trastornos por distorsión o insatisfacción de su imagen corporal, aunado a la falta de comunicación al interior de las familias. Se ha reportado a nivel mundial que en los últimos 30 años, se ha triplicado el número de casos de suicidio e personas de 15 a 19 años. (3).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es considerado actualmente un grave problema de salud pública los trastornos de la conducta alimenticia en nuestro medio, por la poca información y el no diagnóstico oportuno así como las graves complicaciones afección de la calidad de vida del paciente, de la familia y los seres que rodea a estos individuos, la posible discapacidad derivada de las complicaciones en sujetos productivos. Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y los posibles factores asociados al desarrollo de los trastornos alimenticios, en donde su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida.

La trascendencia de estas patologías involucra a todos los ámbitos tanto individual, familiar y social en su tratamiento por la no aceptación inmediata de la patología de la paciente ingesta inadecuada de alimentos por lo tanto es indiscutible la importancia de estos trastornos ya que actualmente en nuestra sociedad se desarrollan en edades cada vez mas tempranas y es un auténtico reto para los administradores en salud, ya que como es bien sabido, los efectos colaterales de un padecimiento su magnitud, recaídas y su alta morbimortalidad por el gran fracaso de los tratamientos por el pobre apego al tratamiento por la propia paciente de abandono familiar al mismo y aún mas los daños irreversibles a la salud; debido al derroche económico que hacen los pacientes, ya que en estudios realizados con este propósito arrojan poco éxito.

Los trastornos alimenticios son una enfermedad determinada psiquiátrica de la sociedad actual con máximo desarrollo en la adolescencia y que en gran medida se asocia a factores relacionados con nuestra forma actual de vida, en la que el sujeto presenta alteraciones en

su estado físico, químico, biológico y emocional. ¿Cuales son los factores asociados al desarrollo de trastornos alimenticios en estudiantes de nuevo ingreso a la Licenciatura de Médico Veterinario-Zootecnista, de la Unidad Académica de Veterinaria-Zootecnia, de la Universidad Autónoma de Zacatecas?

3. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia y la juventud son etapas de la vida con gran vulnerabilidad a la aparición de trastornos psicológicos, la distorsión de la imagen corporal, aparición de caracteres sexuales secundarios, el aumento de peso a expensas del tejido adiposo y la poca información con que se cuenta respecto a esta etapa. Así mismo, surge la necesidad de establecer una identidad y la lucha por lograr la autonomía, que puede conseguirse a través de una transformación de los hábitos alimentarios, característicos de la tradición familiar, los trastornos en la conducta alimentaria son en la actualidad uno de los principales problemas que aquejan a la juventud.

Investigaciones respecto a los trastornos alimenticios, han encontrado que los índices de prevalencia a nivel mundial han aumentado considerablemente en las últimas décadas. En los años sesenta, la incidencia de Anorexia Nerviosa alcanzaba el 0.35%, aumentado a un 0.64% en los años 70. En el último decenio se estima que la prevalencia de la patología en mujeres adolescentes fluctúa alrededor del 1%.

En los Estados Unidos los trastornos alimenticios en adolescentes presentan una incidencia en antecedentes superior al 5%, cifra que ha aumentado drásticamente en las últimas décadas. En Madrid, los trastornos alimenticios en 1985 - 1986 era de 0.3% y en 1993 - 1994 aumento a un 0.68% en adolescentes de 15 años. Una investigación llevada a cabo con estudiantes mujeres de enseñanza media, de la V Región de Chile, encontró que el 18% de las jóvenes podían ser incluidas dentro de la categoría de “potencialidad patológica” para el desarrollo de Anorexia Nerviosa. En un estudio posterior, se estimó que la

posibilidad de evolución hacia una patología alimentaria era de un 15% y un 41% para las adolescentes portadoras de sobrepeso del total de los casos diagnosticados con este trastorno, el 95 % corresponde a mujeres y sólo el porcentaje restante a hombres y se manifiesta frecuentemente entre los 10 y 30 años de edad.

En 1988 se realizó un estudio en diversas secundarias y preparatorias de la ciudad de México, donde se muestra que el 87% de las adolescentes en edad promedio de 15 años, han realizado dietas restrictivas para bajar de peso, 11% se han provocado vómito, 8% han usado laxantes, 21% han utilizado diuréticos para tratar de controlar el peso, el 27% de las encuestadas han usado pastillas para bajar de peso. La incidencia se encuentra en todos los estratos socioeconómicos de la población y en edades cada vez más tempranas.

Estudios realizados por la Fundación Internacional CBA muestran que en los últimos años la incidencia de los trastornos alimenticios ha aumentado de una manera alarmante, la edad de inicio fluctúa entre los 13 y 18 años de edad por lo tanto, la población considerada de alto riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio.

4. Objetivos.

4.1 Objetivo General.

Determinar los factores de riesgo asociados para desarrollar trastornos alimenticios en los estudiantes de nuevo ingreso a la Licenciatura de Médico Veterinario Zootecnista, de la Unidad Académica de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

4.2 Objetivos Específicos.

- 1 Determinar la asociación de factores individuales : depresión y autoestima para el desarrollo de trastornos alimenticios
- 2 Determinar la asociación de factores familiares: crisis familiares, cohesión y adaptabilidad para el desarrollo de trastornos alimenticios.
- 3 Determinar la asociación de factores sociodemográficos: sexo, edad, estrato socioeconómico para el desarrollo de trastornos alimenticios
- 4 Determinar sintomatología previa de trastornos alimenticios

5. HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis General

Para el desarrollo de los trastornos alimenticios existen factores asociados

5.2 Hipótesis Específicas

- 1 Factores individuales (síntomatología previa de anorexia o bulimia, depresión autoestima negativa, distorsión de la imagen corporal) se asocia para el desarrollo de trastornos alimenticios.
- 2 Factores individuales de antecedentes de sintomatología de trastornos alimenticios se asocia como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimenticios
- 3 Factores familiares (crisis familiares, familias semirelacionadas, familias rígidas, aglutinadas, flexibles se asocian para el desarrollo de trastornos alimenticios.
- 4 Factores sociodemográficos (edad 12 a 25 años, sexo femenino, nivel socioeconómico medio alto) se asocia para el desarrollo de trastornos alimenticios.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Diseño

Encuesta, retrospectiva, transversal analítica, observacional.

6.2. Población De Estudio

6.2.1 POBLACIÓN

Alumnos de nuevo ingreso a la Unidad Académica de Veterinaria- Zootecnia, de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

6.2.2 Lugar

Unidad Académica de Veterinaria – Zootecnia de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Calera de Víctor Rosales, Zacatecas.

6.2.3 Tiempo

30 de marzo – 30 de agosto 2006

6.3 Muestreo

6.3.1 Técnica muestral

Muestreo no probabilística

6.3.2 Tamaño de la muestra

No se determinó tamaño de la muestra ya que se realizó un censo de todos los alumnos inscritos de nuevo ingreso en la Unidad Académica de Veterinaria Zootecnista.

6.4 Criterios de Selección

6.4.1 Criterios de Inclusión.

- 1 Alumnos inscritos de nuevo ingreso a la Unidad Académica de Veterinaria-Zootecnia de la Universidad Autónoma de Zacatecas.
- 2 Alumnos que deseen participar en el proyecto de investigación.

6.4.2 Criterios de Exclusión.

- 1 Alumnos portadores de alguna enfermedad crónica
- 2 Alumnos que no se encuentren en el momento de la aplicación de la encuesta.

6.5 Variables de Estudio

6.5.1 Variable Dependiente

- 1 Trastornos Alimenticios. (Anorexia, Bulimia)

6.5.2 Variables independientes.

- 2 Factores individuales: (depresión, autoestima)
- 3 Familiares: (Crisis familiares, Cohesión y Adaptabilidad)
- 4 Sociodemográficos: (edad, sexo, estrato socioeconómico).

6.5.3 Definición Operacional de las Variables

ANOREXIA

Definición conceptual: Anorexia significa literalmente “falta de apetito”. Enfermedad de causas no precisadas que se manifiesta por cambios en la conducta y se caracteriza por miedo mórbido a la gordura pertinaz de la delgadez.

Existe acuerdo en definir la Anorexia Nerviosa como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por la propia paciente.

Definición operacional: Lo resultante de la aplicación del inventario estructurado para trastornos alimenticios de Garner

Escala de medición: nominal

Categorías: Anorexia nerviosa restrictiva, compulsiva/purgativa.

BULIMIA:

Definición conceptual: Síndrome caracterizado por episodios repetidos de Ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el autocontrol del peso.

Definición operacional: Lo resultante de la aplicación del Inventario estructurado para trastornos alimenticios de Garner.

Escala de medición: Nominal

Categorías: Purgativa o no purgativa

DEPRESIÓN:

Definición conceptual: Abatimiento del estado de ánimo persistente y con suficiente intensidad para interferir en las actividades habituales del individuo, los sentimientos de minusvalía, o baja autoestima, el autoreproche, la culpa etc. Con duración de mas de dos semanas.

Definición operacional: Trastorno del estado de ánimo encontrado al momento de la encuesta y se medirá con el inventario estructurado de Hamilton.

Escala de medición: Ordinal

Categorías:

Normal:	0-7 puntos
Depresión menor:	08-12 puntos
Menor que depresión mayor:	13-17 puntos
Depresión mayor:	18-29 puntos
Mas que depresión mayor:	32-52 puntos

AUTOESTIMA

Definición conceptual:	La autoestima comprende dos elementos psíquicos: Es un sentimiento: El aprecio y amor que experimentamos hacia nuestra propia persona, la consideración que mantenemos hacia nuestros intereses, creencias, valores y modos de pensar.
Definición operacional:	Autoestima positiva o autoestima negativa encontrada en el momento de la aplicación de la encuesta. Ítems de autoestima para alumnos de enseñanza secundaria de Rosemberg.
Escala de medición.	Nominal
Categorías:	Autoestima positiva Autoestima negativa

CRISIS FAMILIARES:

Definición conceptual:	El estrés es aquel que se presenta como resultado de las diferentes etapas naturales de la evolución del ciclo vital denominado “crisis familiar”
Definición operacional:	Se determinará de acuerdo a lo resultante de la aplicación del cuestionario de Holmes.
Escala de medición:	Ordinal
Categorías:	No existen problemas..... 0-149 puntos Crisis leve150-199 puntos Crisis moderada..... 200-299 puntos Crisis severa.....+ 300 puntos

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR:

Definición conceptual: Es la capacidad de la familia de llevar a cabo las funciones preestablecidas y son cinco las principales: adaptación social, cuidado, afecto, reproducción y otorgamiento de estado.

Definición operacional: De acuerdo a lo resultante en el Faces III.

Escala de medición: Nominal con el FACES III

Categorías:	Cohesión:	Adaptabilidad
	10 a 34 familia no relacionada	10 a 19 rígida
	35 a 40 semirelacionada	20 a 24 estructurada
	41 a 45 relacionada	25 a 28 flexible
	46 a 50 aglutinada	25 a 50 caótica

EDAD:

Definición conceptual: el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad

Definición operacional: Años cumplidos que refiere el paciente al momento de levantar la encuesta.

Escala de medición: De razón

Categorías: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 años.

SEXO

Definición conceptual: Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.

Definición operacional: de acuerdo a sus características fenotípicas.

Escala de medición: Nominal

Categorías: Femenino _____ Masculino _____

ESTRATO SOCIOECONÓMICO:

Definición conceptual: Es el estado que guarda el individuo en la sociedad de acuerdo a su economía.

Definición operacional: De acuerdo al método de Graffar

Escala de medición: Nominal

Categorías: Estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal.

6.6 PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Se incluyeron a alumnos de nuevo ingreso de la Unidad Académica de Veterinaria-Zootecnia que estaban presentes en el momento de la evaluación y se les aplicó una cédula de recolección de datos. A los alumnos se les explicó ampliamente el propósito del proyecto en el que voluntariamente aceptaron participar, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se procedió a la aplicación de la encuesta, que contenía las variables de estudio, los instrumentos de medición: EDI, Fases III, Método de Graffar, Hamilton, Rosember, Holmes, mismos que fueron aplicados por el investigador y un equipo previamente capacitado. Los datos fueron capturados en Excel y analizados en el programa SPSS versión 12; se utilizó estadística descriptiva para determinar la media, desviación estándar para variables cuantitativas. Se determinó la asociación de factores de riesgo mediante razón de momios y el intervalo de confianza del 95% estableciendo la significación estadística del valor $p < 0.05$.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se tomaron en consideración las disposiciones emitidas en la declaración de Helsinki con sus modificaciones hasta la de Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000, así como las dispuestas por la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos. El protocolo fue autorizado por el comité local de Investigación del Hospital General de Zona No 2 de Fresnillo, Zacatecas.

Se solicitó consentimiento informado a los alumnos de nuevo ingreso de la Unidad Académica de Veterinaria Zootecnista de la Universidad Autónoma de Zacatecas (anexo 2), y una vez obtenida la información que contenía datos personales y el instrumento de medición de trastornos Alimenticios de Garner, Autoestima de Rosember, Crisis Familiares de Holmes, Cohesión, Adaptabilidad de cuestionario de Faces III, Estrato socioeconómico de Graffar Anexo I), se guardó confidencialidad de los datos obtenidos.

De los resultados se obtuvieron los factores de riesgo asociados para el desarrollo de trastornos alimenticios en los alumnos de nuevo ingreso de la Unidad Académica de la Unidad Académica de Veterinaria y Zootecnia, dichos resultados se enviaron de manera confidencial en un sobre al director de dicha unidad para en su momento proceder a su adecuada derivación con especialistas para evitar el desarrollo de dichos trastornos alimenticios y evitar riesgo de complicaciones.

6.8 Análisis Estadístico

Se realizó estadística descriptiva, media, moda y desviación estándar para cada una de las variables (Tabla 1), incluyendo aquellas medidas por las subescalas del instrumentó EDI.

En el caso del puntaje en el EDI total por cada tipo de estrato socioeconómico se presenta la media, desviación estándar de la escala y valores mínimos y máximos.

	N	Media	Moda	D. estándar
Edad	80	18.68	18	1.28
Peso	80	67.31	72	17.36
Adaptabilidad	80	Flexible	Flexible	4.09
Cohesión	80	Semirelacionada	Semirelacionada	4.42
E. socioeconómico	80	Medio Bajo	Medio Estrato	3.64
Crisis familiar	80	Crisis Leve	Crisis Moderada	82.14
Depresión	80	No depresión	No depresión	2.44

Tabla 1

Los hallazgos del presente estudio muestran una correlación significativa en la mayoría de las variables estudiadas, destacando principalmente la asociación entre las variables estrato socioeconómico y depresión, así como la asociación entre las variables adaptabilidad y crisis familiares, así como crisis familiares y depresión.

7. RESULTADOS

La población correspondió a 80 alumnos de primer semestre de la Unidad Académica de Veterinaria-Zootecnia de la Universidad Autónoma de Zacatecas, entre 18 y 25 años de edad. Se tomó en cuenta tanto a hombres como a mujeres, siendo por censo la aplicación de la cédula de recolección de datos ya que se contaba con la lista de alumnos inscritos de nuevo ingreso, encuestados por grupo.

Se realizó un análisis de componentes principales, arrojando cuatro factores:

Factor 1: Agrupo los items trastornos de esquema corporal, miedo a ganar peso, fijación mental en figura delgada, peso insuficiente (modificado), restricción cualitativa de la nutrición, comportamientos compulsivos con respecto a la comida, exceso de movimiento, fijación mental en la comida, vómito, orientación interior al rendimiento, dependencia de la autoestima de figura y peso, límites calóricos, amenorrea (modificada), estreñimiento, rumiación y negación del peligro de peso insuficiente. Y explicó 24.5% de la varianza total ($\alpha = 0.11$), mientras que para el máximo desarrollo antes la variabilidad fue 25.2% ($\alpha=0.11$).

El Factor 2: Agrupo los items reducción de la confianza en las propias capacidades, pensamientos depresivos, estado de ánimo depresivo, disminución de la autoestima, miedos, alteraciones de sueño, sensación de insuficiencia propia y de desamparo, pensamientos y cavilaciones compulsivas, pensamientos suicidas, fobias, control y repetición compulsivas, actos suicidas, conductas auto agresivas y limpieza compulsiva, y explicó 7.5% de la varianza total ($\alpha = 0.06$), para el máximo desarrollo antes la varianza

fue de 8.87% con ($\alpha = 0.06$).

Factor 3: agrupo los items ataques compulsivos por comer, frecuencia de ataques compulsivos por comer, ataques compulsivos de comer (subjetivos), perdida del control, sensación de sufrimiento o de preocupación en relación con los ataques compulsivos por comer, vómitos, compulsión por comer o voracidad, transcurso temporal de los ataques compulsivos por comer, y explico el 7.1% de la variación total ($\alpha = 0.075$) con un máximo desarrollo antes de 24.9% con ($\alpha = 0.11$).

El cuarto Factor: agrupo los items frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos, aumento de la cantidad de comida ingerida bajo estrés y agobio, agradable sensación de saturación después de ataques compulsivos por comer y explico 7.89% de la varianza total ($\alpha = 0.19$). Y para el máximo desarrollo el 10.42% explico la varianza ($\alpha = 0.11\%$). (Ver tablas 2 y 3)

Tabla 2.

Factores últimos 3 meses	Media	Varianza	Desviación estándar	α
Esquema Corporal e ideal de delgadez	0.75	0.25	0.50	0.11
Psicopatología gral. E integración social	0.33	0.27	0.08	0.06
Síntomas bulímicos	0.13	0.27	0.07	0.06
Ataques compulsivos de comer atípicos	0.36	0.89	0.79	0.20

Tabla para los últimos tres meses

Tabla 3.

Factores (máximo desarrollo antes)	Media	Varianza	Desviación estándar	α
Esquema Corporal e ideal de delgadez	0.37	0.50	0.25	0.11
Psicopatología gral. E integración social	0.19	0.30	0.09	0.07
Síntomas bulímicos	0.22	0.50	0.25	0.11
Ataques compulsivos de comer atípicos	0.14	0.32	0.10	0.07

Tabla para el máximo desarrollo antes

Para cada uno de nuestros factores se presentan una grafica de frecuencia con factores positivos y negativos, para los últimos tres meses y máximo desarrollo antes. Tablas 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.

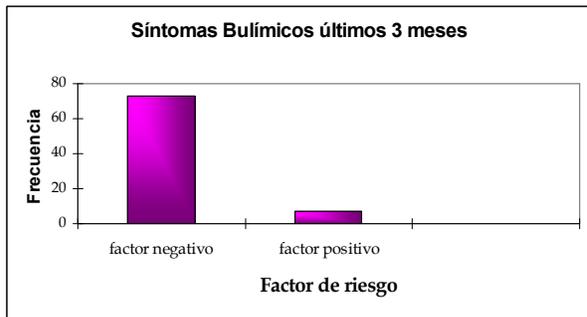


Tabla (4)

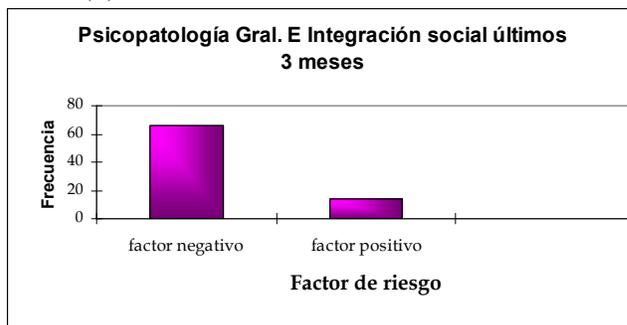


Tabla (5)

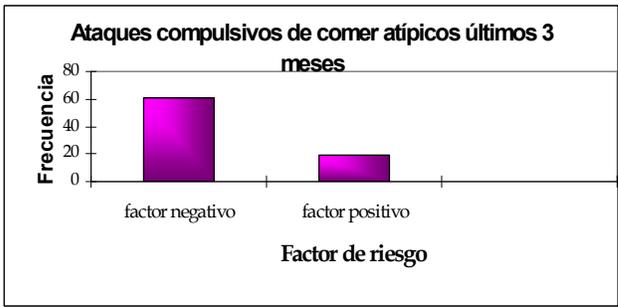


Tabla (6)

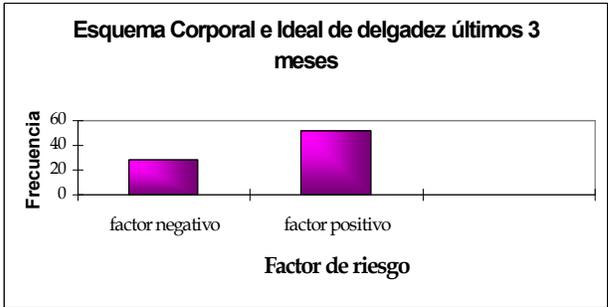


Tabla (7)

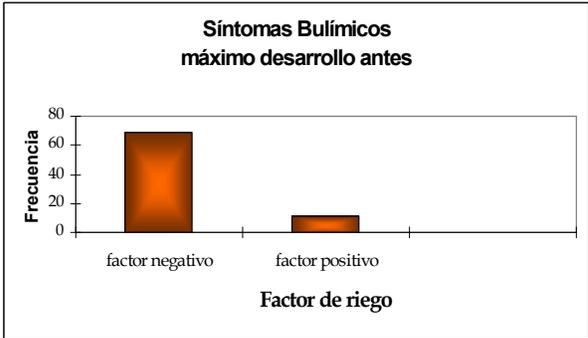


Tabla (8)

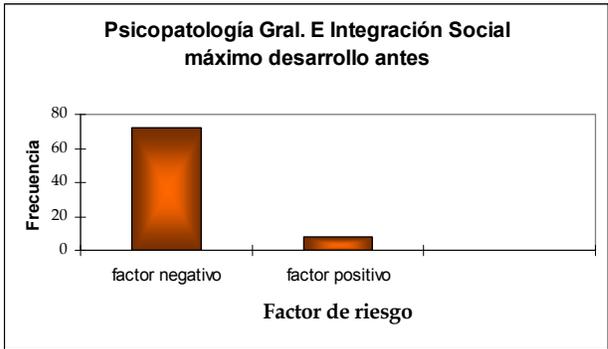


Tabla (9)

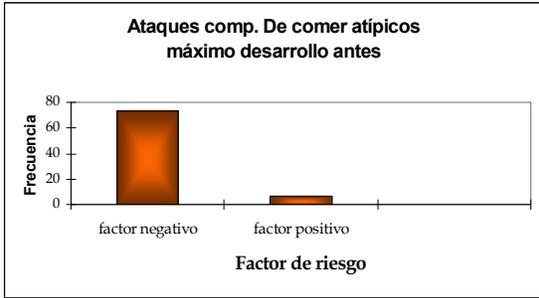


Tabla (10)

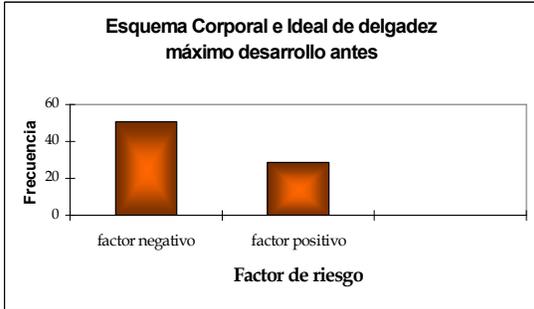


Tabla (11)

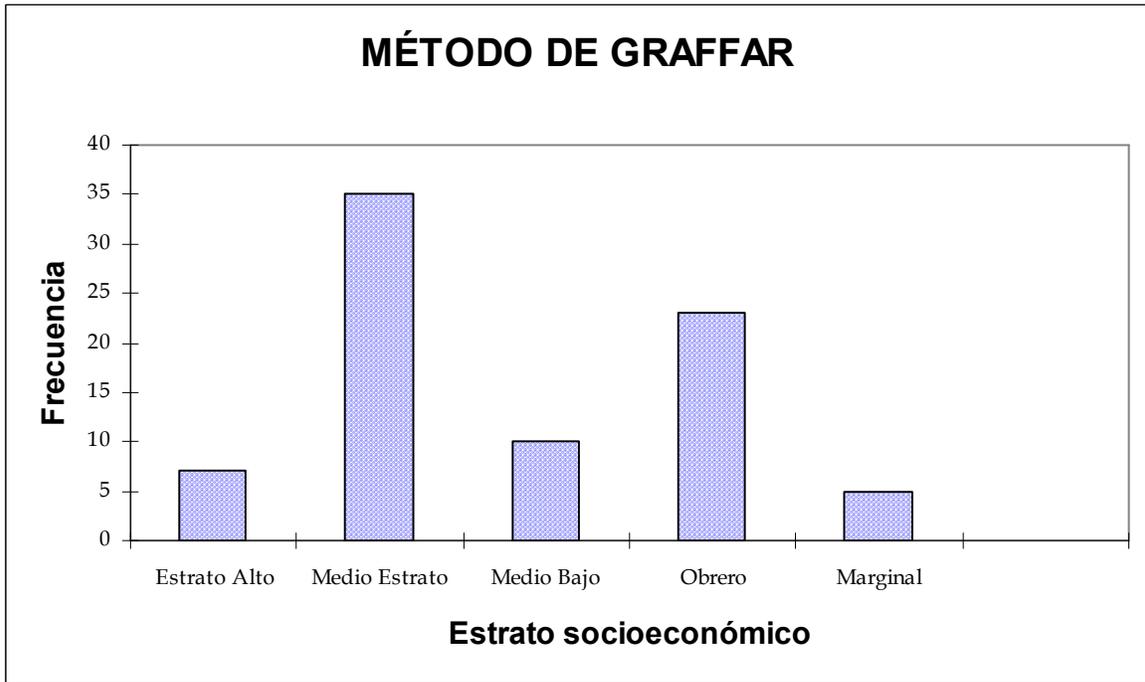


Tabla (12)

La tabla 12 muestra la frecuencia del estrato socioeconómico de la población de objeto de estudio.

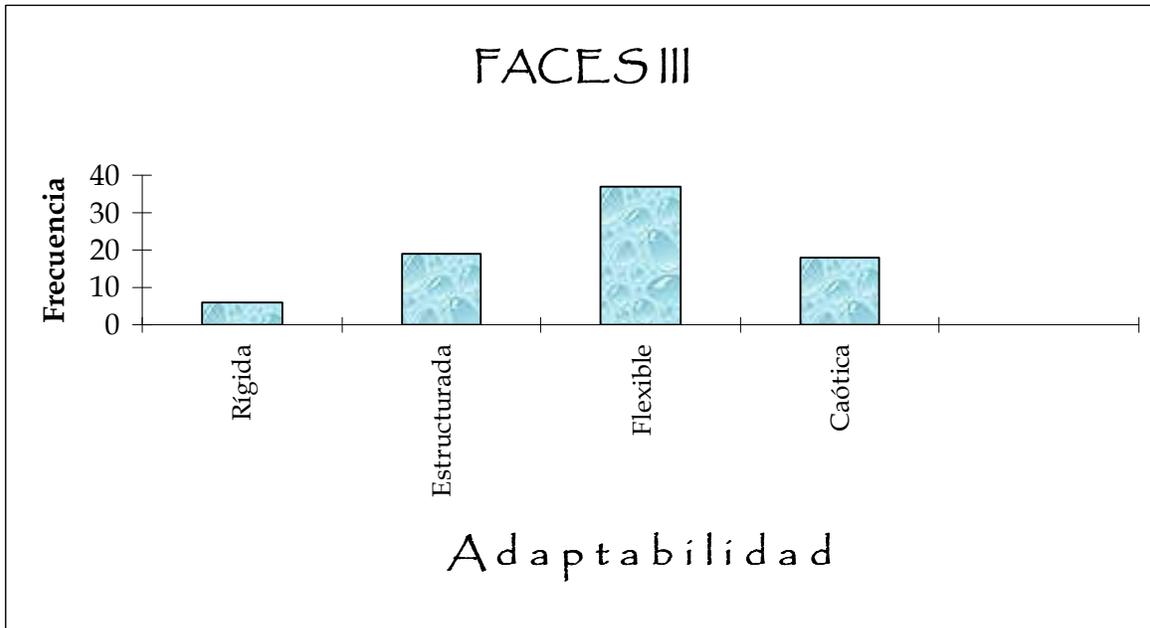


Tabla (13)

La tabla (13) nos muestra que 6 de las familias presentan una adaptabilidad rígida, 19 una adaptabilidad estructurada, 37 una adaptabilidad flexible y 18 una adaptabilidad caótica.

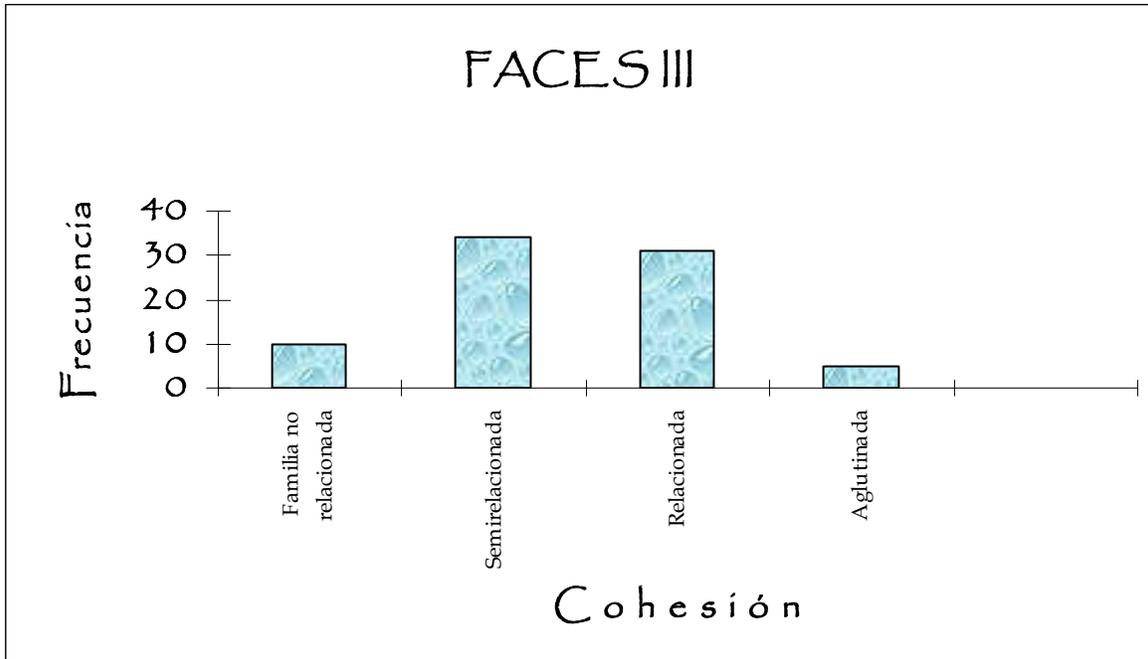


Tabla (14)

Este gráfico nos muestra que 10 familias pertenecen a familias no relacionadas, 34 a familias semirrelacionadas, 31 a familias relacionadas y 5 a familias aglutinadas. (tabla14)

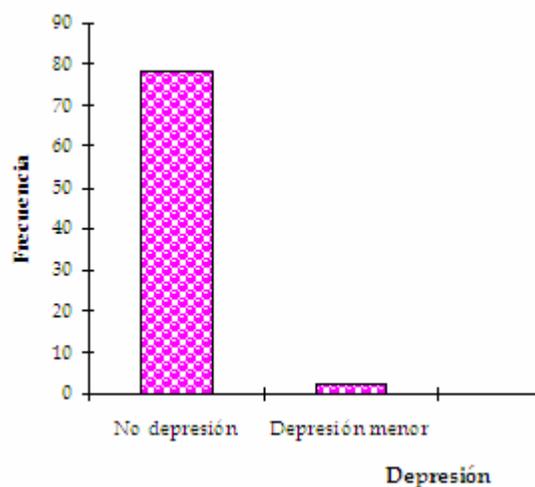


Tabla (15)

Con la aplicación del cuestionario de Hamilton observamos que 78 de nuestros 80 pacientes no presentan síntomas de depresión y solo 2 presentan una depresión menor.

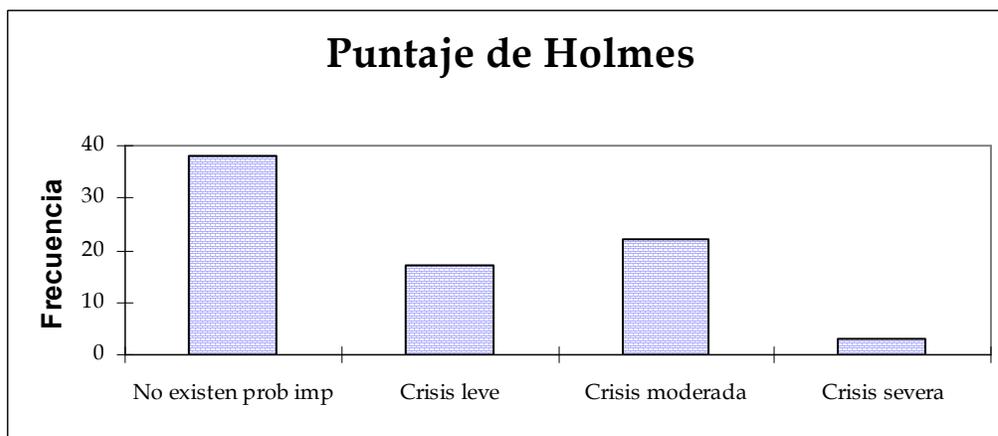


Tabla (16)

El puntaje de Holmes nos arrojó los siguientes resultados: 38 pacientes sin problemas importantes de crisis, 17 con crisis leve, 22 con crisis moderada y 3 con crisis severa.

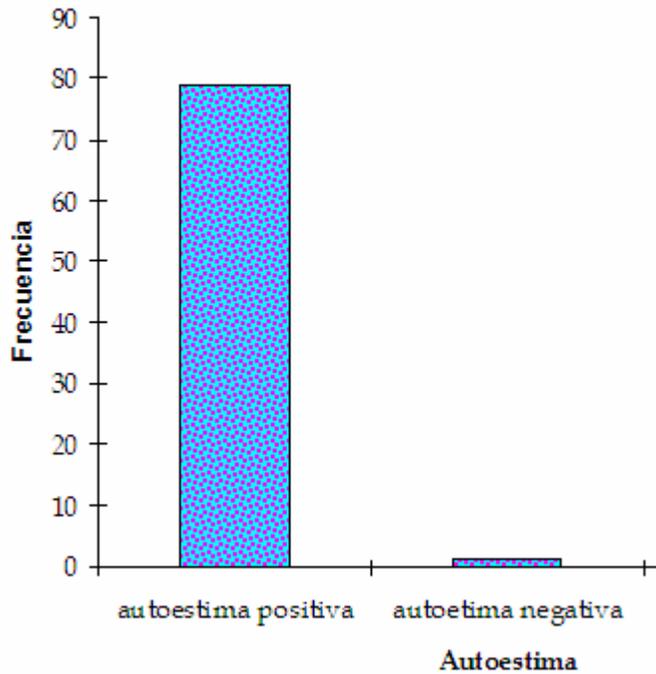


Tabla (17) Para los items positivos.

La tabla 17 nos indica que para items positivos 79 presentan autoestima positiva y solo 1 negativa.

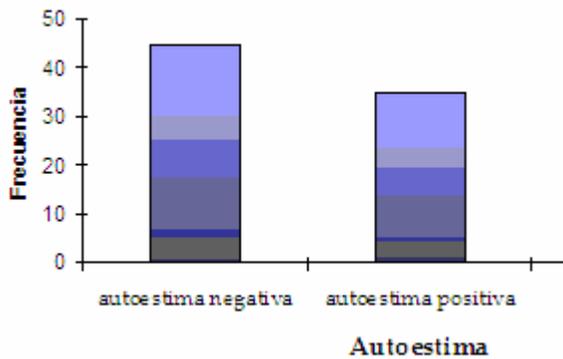


Tabla (18) Para los items negativos.

La tabla 18 nos indica que para items negativos 45 presentan autoestima positiva y 35 negativa.

Realizando un análisis estadístico correspondiente, utilizando datos categóricos y valores de ji cuadrada con $p < 0.05$ para poder concluir que existe una relación de dependencia entre nuestras variables de estudio, tomando en cuenta que si la ji cuadrada calculada es mayor que la ji cuadrada de tablas la hipótesis de independencia se rechazara, a un nivel de significancia del 95%.

<i>Adaptabilidad vs Psicopatología gral. E integración social</i>				
		Psicopatología gral. E integración social		Total
		factor negativo	factor positivo	
ADAPTABILIDAD	caotica	17 94%	1 6%	18 100%
	estructurada	19 100%	0 0%	19 100%
	flexible	30 81%	7 19%	37 100%
	rigida	6 100%	0 0%	6 100%
Total		72 90%	8 10%	80 100%

Tabla 19

Prueba Chi-cuadrada			
	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-tailed)
Chi-cuadrada	6.443	3	.092
N Casos válidos	80		

Tabla 20

La razón de momios nos indica que el 94% de los pacientes presentan una adaptabilidad

caótica con un factor negativo de Psicopatología general e integración social de máximo desarrollo, aquí mismo solo uno dijo presentar una adaptabilidad caótica con un factor positivo de Psicopatología general e integración social de máximo desarrollo, mientras que 19 pacientes dijeron presentar una adaptabilidad estructurada con un factor negativo de Psicopatología general e integración social de máximo desarrollo, 7 de los pacientes dijeron presentar una adaptabilidad flexible asociado a un factor positivo de Psicopatología general e integración social de máximo desarrollo.

Como la ji cuadrada calculada es mayor que la ji cuadrada de tablas la hipótesis nula se rechaza, es decir no existen suficientes evidencias para justificar la dependencia entre las dos variables.

Autoestima para conceptos negativos vs Psicopatología gral. E integración social último 3 meses

	Psicopatología gral. E integración social-3		Total
	factor negativo	factor positivo	
autoestima negativa	45	0	45
Autoestima para conceptos negativos	100%	0%	100%
autoestima positiva	21	14	35
	60%	40%	100%
Total	66	14	80
	83%	18%	100%

Tabla 21

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-tailed)
Chi-cuadrada	21.818	1	.046
N Casos válidos	80		

Tabla 22

Al momento de buscar una relación entre Autoestima para conceptos negativos y Psicopatología general e integración social últimos tres meses encontramos en autoestima negativa con factor negativo de Psicopatología general e integración social últimos tres meses un 100%, mientras que el 40% dijeron presentar una autoestima positiva para conceptos negativos con un factor positivo de Psicopatología general e integración social últimos tres meses. Esta dependencia de las dos variables es claramente apreciada en la tabla 21.

Autoestima para conceptos negativos vs Esquema Corporal e ideal de delgadez para los últimos 3 meses

	Esquema Corporal e ideal de delgadez para los últimos 3 meses		Total
	factor negativo	factor positivo	
Autoestima para autoestima negativa	28 62%	17 38%	45 100%
Autoestima para autoestima positiva	0 0%	35 100%	35 100%
Total	28 35%	52 65%	80 100%

Tabla 23

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-casos)
Chi-cuadrada	33.604	1	.035
N Casos válidos	80		

Tabla 24

Las tablas 23 y 24 nos muestran la relación de dependencia entre las variables de Autoestima para conceptos negativos y Esquema corporal e ideal de delgadez para los últimos 3 meses aquí se indica que 35 pacientes dijeron tener una autoestima positiva y un factor positivo corporal e ideal de delgadez para los últimos 3 meses, en general un 65% de los pacientes dijeron presentar un factor positivo de autoestima positiva para conceptos negativos con un factor positivo para un esquema corporal e ideal de delgadez para los últimos 3 meses.

Psicopatología gral. E integración social últimos 3 meses vs Síntomas bulímicos últimos 3 meses

		Síntomas bulímicos-3		Total
		factor negativo	factor positivo	
Psicopatología gral. E integración social-3	factor negativo	66 100%	0 0%	66 100%
	factor positivo	7 50%	7 50%	14 100%
Total		73 91%	7 9%	80 100%

Tabla 25

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-extra.)
Chi-cuadrada	36,164	1	,000
N Casos válidos	80		

Tabla 26

Cuando se relacionaron las variables de Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses y síntomas bulímicos para los últimos tres meses, el 100% presenta un factor negativo de Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses con un factor negativo de síntomas bulímicos para los últimos tres meses, un 50% presentó un factor positivo de Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses con un factor negativo de síntomas bulímicos para los últimos tres meses, y el otro 50% presento un factor un factor positivo de Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses con un factor positivo de síntomas bulímicos para los últimos tres meses, observando la tabla 26 observamos una clara dependencia de las variables dado que la ji cuadrada calculada es mayor que la ji cuadrada de tablas.

Psicopatología gral. E integración social últimos tres meses vs Ataques comp de comer atípicos últimos tres meses

		Ataques comp de comer atípicos-3		Total
		factor negativo	factor positivo	
Psicopatología gral. E integración social-3	factor negativo	61 92%	5 8%	66 100%
	factor positivo	0 0%	14 100%	14 100%
Total		61 76%	19 24%	80 100%

Tabla 27

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-entre)
Chi-cuadrada	54.482	1	.000
N Casos válidos	80		

Tabla 28

La tabla 27 nos muestra la dependencia de las variables Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses y Ataques compulsivos por comer atípicos para los últimos tres meses, el 92% representa a aquellos pacientes que dijeron tener un factor negativo de Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses con un factor negativo de Ataques compulsivos por comer atípicos para los últimos tres meses, y 14 de los 80 pacientes presentaron un factor positivo para ambas variables.

Psicopatología general e integración social últimos 3 meses vs Esquema Corporal e ideal de delgadez para máximo desarrollo

		Esquema Corporal e ideal de delgadez		Total
		factor negativo	factor positivo	
Psicopatología general e integración social-3	factor negativo	53 80%	13 20%	66 100%
	factor positivo	0 0%	14 100%	14 100%
Total		53 66%	27 34%	80 100%

Tabla 29

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Asymp. Sig. (2-sided)
Chi-cuadrada	33.311	1	.000
N Casos válidos	80		

Tabla 30

La tabla 29 nos muestra la dependencia de las variables Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses y Esquema Corporal e ideal de delgadez de máximo desarrollo, el 80% representa a aquellos pacientes dijeron tener un factor negativo de Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses con un factor negativo de Esquema Corporal e ideal de delgadez de máximo desarrollo, y 14 de los 80 entrevistados presentaron un factor positivo para ambas variables.

Psicopatología gral. E integración social últimos 3 meses vs Ataques comp de comer atípicos

		Ataques comp de comer atípicos		Total
		factor negativo	factor positivo	
Psicopatología gral. E integración social-3	factor negativo	66 100%	0 0%	66 100%
	factor positivo	7 50%	7 50%	14 100%
Total		73 91%	7 9%	80 100%

Tabla 31

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Asymp. Sig. (2-sided)
Chi-cuadrada	38.164	1	.000
N Casos válidos	80		

Tabla 32

La tabla 31 nos muestra la dependencia de las variables Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses y Ataques compulsivos de comer atípicos de máximo desarrollo, el 100% representa a aquellos pacientes que dijeron tener un factor negativo de Psicopatología gral. E integración social para los últimos tres meses con un

factor negativo de Ataques compulsivos de comer atípicos de máximo desarrollo, y 7 presentaron un factor positivo de Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses con un factor negativo de Ataques compulsivos de comer atípicos de máximo desarrollo, así mismo 7 presentaron un factor positivo de Psicopatología general e integración social para los últimos tres meses con un factor positivo de Ataques compulsivos de comer atípicos de máximo desarrollo. La tabla 32 confirma esta relación de dependencia.

Síntomas bulímicos últimos 3 meses vs Esquema Corporal e ideal de delgadez últimos 3

		Esquema Corporal e ideal de delgadez últimos 3		Total
		factor negativo	factor positivo	
Síntomas bulímicos últimos 3 meses	factor negativo	28 38%	45 62%	73 100%
	factor positivo	0 0%	7 100%	7 100%
Total		28 35%	52 65%	80 100%

Tabla 33

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-entra)
Chi-cuadrada	4.131	1	.042
N Casos válidos	80		

Tabla 34

La tabla 33 muestra la dependencia de las variables Síntomas Bulímicos para los últimos tres meses y Esquema Corporal e ideal de delgadez para los últimos tres meses, el 100% representa a aquellos pacientes que dijeron tener un factor positivo de Síntomas Bulímicos

para los últimos tres meses con un factor positivo de Esquema Corporal e ideal de delgadez para los últimos tres meses, un 62% presenta un factor negativo de Síntomas Bulímicos para los últimos tres meses con un factor positivo de Esquema Corporal e ideal de delgadez para los últimos tres meses.

La tabla 34 confirma esta relación de dependencia.

Síntomas bulímicos últimos 3 meses vs Síntomas bulímicos máximo desarrollo

		Síntomas bulímicos		Total
		factor negativo	factor positivo	
Síntomas bulímicos-3	factor negativo	69 95%	4 5%	73 100%
	factor positivo	0 0%	7 100%	7 100%
Total		69 86%	11 14%	80 100%

Tabla 35

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-casos)
Chi-cuadrada	48.120	1	.000
N Casos válidos	80		

Tabla 36

La tabla 35 muestra la dependencia de las variables Síntomas Bulímicos para los últimos tres meses y Síntomas Bulímicos de máximo desarrollo, aquí observamos que el 100% representa a aquellos pacientes que dijeron tener un factor positivo de Síntomas Bulímicos para los últimos tres meses con un factor positivo de Síntomas Bulímicos de máximo desarrollo, en general. Un 14% presenta a aquellos pacientes que dijeron presentar un factor positivo de Síntomas Bulímicos para los últimos tres meses con un factor positivo de Síntomas bulímicos de máximo desarrollo. La tabla 36 muestra la relación de dependencia.

Esquema Corporal e ideal de delgadez últimos 3 meses vs Ataques comp de comer atípicos últimos 3 meses

		Ataques comp de comer atípicos últimos 3 meses		Total
		factor negativo	factor positivo	
Esquema Corporal e ideal de delgadez últimos 3 meses	factor negativo	28 100%	0 0%	28 100%
	factor positivo	33 63%	19 37%	52 100%
Total		61 76%	19 24%	80 100%

Tabla 37

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-entre)
Chi-cuadrada	13.417	1	.000
N Casos válidos	80		

Tabla 38

En la tabla 37 podemos observar la dependencia de las variables Esquema Corporal e ideal delgadez para los últimos tres meses y Ataques compulsivos de comer para los últimos tres meses, aquí observamos que el 37% representa a aquellos pacientes que dijeron tener un factor positivo de Esquema Corporal e ideal delgadez para los últimos tres meses con un factor positivo de Ataques compulsivos de comer para los últimos tres meses. La tabla 38 muestra la relación de dependencia.

Ataques comp de comer atípicos últimos 3 meses vs Psicopatología
 gral. E integración social máximo desarrollo

	Psicopatología gral. E integración social		Total
	factor negativo	factor positivo	
Ataques comp de comer atípicos-3	factor negativo	61 100%	61 100%
	factor positivo	11 58%	8 42%
Total	72 90%	8 10%	80 100%

Tabla 39

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-casos)
Chi-cuadrada	28.538	1	.000
N Casos válidos	80		

Tabla 40

En la tabla 39 observamos la relación de las variables Ataques compulsivos de comer atípicos para los últimos tres meses y síntomas bulímicos de máximo desarrollo, aquí un 58% representa a aquellos pacientes que dijeron tener un factor positivo de Ataques compulsivos de comer atípicos para los últimos tres meses con un factor positivo de síntomas bulímicos de máximo desarrollo. La tabla 40 muestra esta relación de dependencia.

Ataques comp de comer atípicos últimos 3 meses vs Ataques comp de comer atípicos máximo desarrollo

		Ataques comp de comer atípicos		Total
		factor negativo	factor positivo	
Ataques comp de comer atípicos-3	factor negativo	61 100%	0 0%	61 100%
	factor positivo	12 63%	7 37%	19 100%
Total		73 91%	7 9%	80 100%

Tabla 41

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Valor de Sig. (2-tailed)
Chi-cuadrada	24.629	1	.000
N Casos válidos	80		

Tabla 42

La tabla 41 muestra la dependencia de las variables Ataques compulsivos de comer atípicos para los últimos tres meses y Ataques compulsivos de comer atípicos de máximo desarrollo, aquí observamos que en general un 9% de los pacientes presenta un factor positivo de Ataques compulsivos de comer atípicos para los últimos tres meses con un factor positivo de Ataques compulsivos de comer atípicos de máximo desarrollo, así el 91% restante presento un factor negativo para ambas variables. La tabla 42 confirma esta relación de dependencia.

Factores	Enfermos	Sanos	Estimación	OR	IC (95%)		P
<i>Psicopatología gen. e integración social</i>							
En expuestos	2	1	0.66	4.27	1.65	11.10	0.02
En no expuestos	12	66	0.15	9.42	0.91	96.92	0.13
<i>Síntomas Bulímicos</i>							
En expuestos	1	1	0.50	6.5	1.33	31.71	0.36
En no expuestos	6	72	0.07	10.42	0.79	149.2	0.41
<i>Esquema corporal e ideal de delgadez</i>							
En expuestos	10	15	0.4	1.22	0.66	2.25	0.52
En no expuestos	18	37	0.32	1.23	0.64	2.38	0.70
<i>Ataques compulsivos de comer atípicos</i>							
En expuestos	1	0	1	4.38	2.92	6.58	0.71
En no expuestos	18	61	0.22	-----	-----	-----	0.53

Tabla 43

Prevalencia en expuestos y no expuestos. Por tratarse de estudios transversales, las frecuencias del daño se presentan como tasas de prevalencia puntualmente estimadas. Estas tasas miden el número de pacientes que presentaban el daño en el momento del estudio en cada grupo (expuestos y no expuestos) en comparación con el total de la población en ambos grupos.

Razón de prevalencias (OR). Esta razón permite comparar la prevalencia de expuestos con la de los no expuestos. Cuando la prevalencia en expuestos es más alta, la razón es superior a 1 y esto estaría indicando que la exposición aumenta el riesgo de tener ese daño.

Si la razón es menor que 1, estaría indicando lo opuesto (sería un factor de protección). Si fuera igual a 1, entonces la prevalencia en ambos es similar, lo que sugeriría que la exposición no está relacionada con el daño. El intervalo de confianza fue de 95%.

Medidas de significación estadística. Finalmente, los resultados presentan las medidas de significación estadística que se resumen en el valor de P, la probabilidad de haber hallado estos resultados en el supuesto que no hay asociación. Valores de P menores a 0.05 implican que tal probabilidad es menor al 5%.

Para los Items Psicopatología gral. E integración social, la prevalencia en los expuestos fue de 66.6% (2 de los 3 pacientes con antecedentes de disminución de autoestima, miedos, fobias, entre otros tenían problemas de integración social), en tanto entre los no expuestos la prevalencia fue de 15.5% (12 de 77), así la razón de momios fue de 4.27 (IC 95%: [1.64; 11.]), indicando que existe una asociación de riesgo entre el antecedente y el daño.

Los Items síntomas bulímicos, la prevalencia en los expuestos fue de 50% (1 de los 2 en los pacientes con antecedentes de síntomas bulímicos como compulsión por comer, vómitos, sufrimiento y preocupación por los ataques compulsivos de comer), en tanto entre los no expuestos la prevalencia fue de 7.6% (6 de 78), la razón de momios indica un factor de 6.5 (IC 95%: [1.33; 31.7]), indicando que existe un riesgo de asociación entre el antecedente y el daño.

En los Items esquema corporal e ideal de delgadez, la prevalencia en los expuestos fue de 40% (10 de los 25 de los pacientes con antecedentes de límites calóricos, fijación mental en la figura delgada, miedo al aumento de peso, exceso de movimiento, trastorno de esquema corporal y negación del peligro de peso insuficiente), en tanto entre los no expuestos la

prevalencia fue de 32.7% (18 de 55), aquí la razón de momios fue de 1.22 (IC 95%: [0.66; 2.25]), indicando que existe un riesgo de asociación entre el antecedente y el daño.

En los ítems ataques compulsivos de comer atípicos, la prevalencia en los expuestos fue de 100% (ya que solo uno de los pacientes dijo tener antecedentes de ataques compulsivos de comer atípicos, aquí los ítems considerados fueron ataques compulsivos de comer atípicos, frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos, aumento de la cantidad de alimentos ingeridos bajo estrés, agradable sensación de saciedad después de ataques compulsivos de comer), en tanto entre los no expuestos la prevalencia fue de 22.7% (18 de 79). La razón de momios fue de 4.38 (IC 95%: [2.92; 6.58]), indicando que existe un riesgo de asociación entre el antecedente y el daño.

8. DISCUSIÓN

A través del presente estudio fue posible detectar los factores de riesgo asociados para desarrollar trastornos alimenticios así como la sintomatología de trastornos alimenticios, previa al estudio de la población.

Como se ha observado en los últimos años, los trastornos de la alimentación están más presentes en la población en general, dando pie a largas investigaciones cuyos resultados aportan cambios en algunos aspectos, con el fin de entender de mejor manera la complejidad de dicha patología.

Si bien cada uno de los factores está relacionado con los desórdenes alimenticios, mantener una visión aislada del peso relativo de cada variable en la manifestación del trastorno limita la comprensión de su etiopatogenia.

Una posible comprensión del modo en que interactúan dichos factores podría ser realizado tomando elementos de estudios de seguimiento nutricional, psicológicos y psiquiátricos. Al llegar la etapa de adolescencia y junto a la necesidad de consolidar su identidad, cobra relevancia el nivel de autoestima desarrollada ya que esta es, por lo menos en parte, un indicador del grado de satisfacción con la propia imagen y por ende está profundamente conectada con las valoraciones culturales en torno al cuerpo y a la belleza, esta relación entre factores de vulnerabilidad generados en las relaciones objéctales tempranas y desórdenes alimenticios está sostenida por la literatura donde se han encontrado en distintas investigaciones que pacientes con trastornos alimenticios reaccionan afectivamente en forma más intensa a estímulos relacionados con la pérdida, dificultades en la separación e individualización, apego inseguro, y otras dimensiones similares. Lo anterior es coherente

con, primero, algunas explicaciones psicodinámicas de la depresión, donde la identidad se relaciona con la autoestima y un yo débil será más susceptible a sentimientos de autodepreciación, que puede estar dado por una alta preocupación por el logro de metas que permitan la autodefinición en relación así mismo y los demás. Segundo, algunos planteamientos de la terapia interpersonal, donde a partir de vínculos ambiguos e inestables se posibilita el desarrollo de factores de vulnerabilidad interpersonales e intrapersonales. Finalmente, también es coherente con algunas conceptualizaciones acerca de la dependencia en la depresión. Estos elementos, nos permitirían afirmar que la anorexia y la depresión presentan a la base de su alta comorbilidad, una base etiopatogénica común.

En un estudio realizado en la ciudad de México Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas Así, para evaluar la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia, se analizaron las puntuaciones obtenidas en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el 14.50% de las participantes de escuela privada y el 24.59% de la escuela pública indica que existe mayor número de personas en la escuela pública que presenta síntomas de anorexia, el 21.73% mientras que la universidad pública mostró un porcentaje de 19.67%; indicando así que la universidad privada presenta mayor sintomatología de bulimia.

En otro estudio realizado sobre factores de riesgo individuales y familiares para el desarrollo de trastornos alimenticios en los adolescentes concluyeron que existe relación en los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimenticios significativa en la mayoría de las variables, destacando principalmente la relación entre depresión ($r = 0.71$), autoestima ($r = -0.69$), capacidad, de resolución de conflictos familiares ($r = 0.40$) y la presencia de desórdenes alimenticios.

En la presente investigación los resultados fueron que 3 de nuestros 80 pacientes presentan una crisis severa, 2 una depresión menor, 10 pertenecen a familias no relacionadas, 18 una adaptabilidad caótica y 6 una adaptabilidad rígida, en el estrato socioeconómico 5 corresponden a un estrato marginal y 23 a un estrato obrero. Sin embargo las variables son incluyentes entre si. Esto es mostrado en el análisis descriptivo.

Las variables crisis, adaptabilidad, cohesión, y depresión no tienen una relación de dependencia con las variables de trastornos alimenticios como Psicopatología gral. E integración social, Síntomas bulímicos, Esquema Corporal e ideal de delgadez y Ataques compulsivos de comer atípicos para los últimos tres meses y máximo desarrollo, respectivamente.

9. CONCLUSIONES

En la investigación realizada, se considera relevante destacar a modo de conclusión lo siguiente:

Existen relaciones significativas obtenidas en el análisis estadístico, que permiten confirmar las hipótesis, estableciendo dependencias estadísticas directamente proporcionales, entre variables como: los ítems Psicopatología gral. E integración social cuya prevalencia en los expuestos fue de 66.6%, en tanto entre los no expuestos la prevalencia fue de 15.5%

Los ítems síntomas bulímicos, la prevalencia en los expuestos fue de 50% y en los no expuestos la prevalencia fue de 7.6%, en los ítems esquema corporal e ideal de delgadez, la prevalencia en los expuestos fue de 40%, así la prevalencia de los no expuestos fue de 32.7%, en los ítems ataques compulsivos de comer atípicos, la prevalencia en los expuestos fue de 100% y los no expuestos la prevalencia fue de 22.7%

Otro resultado que merece ser mencionado es que 3 de nuestros 80 pacientes presentan una crisis severa, 2 una depresión menor, 10 pertenecen a familias no relacionadas, 18 una adaptabilidad caótica y 6 una adaptabilidad rígida, en el estrato socioeconómico 5 corresponden a un estrato marginal y 23 a un estrato obrero. Sin embargo las variables son incluyentes entre sí. Esto es mostrado en el análisis descriptivo.

Los estudios realizados nos indican que para los ítems Psicopatología gral. E integración social, ítems síntomas bulímicos, los ítems esquema corporal e ideal de delgadez y los

Items ataques compulsivos de comer atípicos cuyo valor de OR es claramente mayor de uno nos indica que los estudiantes de la Unidad Académica de Veterinaria-Zootecnia tienen un alto riesgo de desarrollar estos trastornos.

El método de EDI arrojó los siguientes resultados: Para los Items de Escala Corporal e ideal Delgadez 52 de nuestros 80 pacientes presentaron factor positivo para los últimos tres meses, en comparación con 29 para su máximo desarrollo antes. Para los últimos tres meses 19 presentaron items de ataques compulsivos de comer atípicos mientras que 7 para su máximo desarrollo antes, en los Items de síntomas bulímicos 7 presentaron factor positivos para los últimos tres meses mientras que 11 su máximo desarrollo antes, 14 dieron factor positivo en los últimos tres meses para los Items de Psicopatología General e integración social en tanto que 8 para su máximo desarrollo antes.

Otro resultado importante en nuestra población de estudios es que las variables crisis, adaptabilidad, cohesión, y depresión no tienen una relación de dependencia con las variables de trastornos alimenticios como Psicopatología gral. E integración social, Síntomas bulímicos, Esquema Corporal e ideal de delgadez y Ataques compulsivos de comer atípicos para los últimos tres meses y máximo desarrollo, respectivamente.

Finalmente, resultaría interesante disponer del EDI por sus alto valor predictivo, como una herramienta Clínica, que permite identificar, en la población, sujetos con alto riesgo de presentar manifestaciones clínicas de desordenes alimenticios. Para esto se recomienda realizar una investigación que permita estandarizar el instrumento en nuestro estado.

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1 Recolección de Datos

Encuesta.

Factores de riesgo individuales y familiares para el desarrollo de trastornos alimenticios en alumnos de la Unidad Académica de Veterinaria- Zootecnia. Para la calificación de variables dentro del cuestionario se utiliza una escala cualitativa cuantitativa, de tal manera que las respuestas quedan acotadas.



Instituto mexicano del seguro social
Cedula de recolección de datos
Factores individuales, familiares y sociales presentes en trastorno
de conducta alimenticia, en adolescentes

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucciones: Subraye la respuesta que crea conveniente en cada caso según su opinión propia.

A. Profesión del jefe de familia:

1. Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesionista, técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico. etc.

B. Nivel de instrucción de la madre:

1. Universitaria o su equivalente.
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
4. Educación primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

C. Principal fuente de ingresos:

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios. juegos de azar).
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados. etc.), deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios).

D. Condiciones de la vivienda:

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Vivienda improvisada. construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

Anexo 2

EN LA LÍNEA COLOCA EL NÚMERO CORRESPONDIENTE SEGÚN SEA TÚ CASO

1	2	3	4	5
Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre

Describe a su familia:

- _____ Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- _____ En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- _____ Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- _____ Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- _____ Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- _____ Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- _____ Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- _____ Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- _____ Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- _____ Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- _____ Nos sentimos muy unidos
- _____ En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente
- _____ En nuestra familia las reglas cambian
- _____ Con facilidad podemos planear actividades en familia
- _____ Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- _____ Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- _____ En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- _____ La unión familiar es muy importante
- _____ Es difícil decir quien hace las labores del hogar

Anexo 3

MARCA CON UNA “X” SI EN ESTE MOMENTO ATRAVIESAS POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS

Orden	Evento	Valor
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	63
4	Causas penales	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Pérdida del empleo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambios en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Problemas sexuales	39
14	Nacimiento de un hijo	39
15	Reajuste en los negocios	39
16	Cambios en el estado financiero	38
17	Muerte de un amigo muy querido	37
18	Cambio a una línea diferente de trabajo	36
19	Cambio del numero de discusiones con la pareja	35
20	Hipoteca mayor	31
21	Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22	Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23	Uno de los hijos abandona el hogar	29
24	Dificultades con los parientes políticos	29
25	Logro personal notable	28
26	La esposa comienza o deja de trabajar	26
27	Inicia o termina la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de recreación	19
35	Cambio en las actividades religiosas	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo menor	17
38	Cambios en los hábitos del sueño	16
39	Cambio en el numero de reuniones familiares	15
40	Cambio en los hábitos alimentarios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12

Anexo 4

Seguidamente encontrarás una serie de frases en las cuales se hacen afirmaciones relacionadas con tu forma de ser y de sentirte. Después de leer cada frase, rodea con un círculo la opción de respuesta (A, B, C, o D) que exprese mejor tu grado de acuerdo con lo que, en cada frase se dice.

A= Muy de acuerdo.

B= Algo de acuerdo.

C= Algo en desacuerdo.

D= Muy en desacuerdo.

1.- Hago muchas cosas mal.	A	B	C	D
2.- A menudo el profesor me llama la atención sin razón.	A	B	C	D
3.- Me enfado algunas veces.	A	B	C	D
4.- En conjunto, me siento satisfecho conmigo mismo.	A	B	C	D
5.- Soy un chico/a guapo/a.	A	B	C	D
6.- Mis padres están contentos con mis notas.	A	B	C	D
7.- Me gusta toda la gente que conozco.	A	B	C	D
8.- Mis padres me exigen demasiado en los estudios.	A	B	C	D
9.- Me pongo nervioso cuando tenemos examen.	A	B	C	D
10.- Pienso que soy un chico/a listo/a.				
11. A veces tengo ganas de decir tacos y palabrotas.	A	B	C	D
12. Creo que tengo un buen número de buenas cualidades.	A	B	C	D
13.- Soy bueno/a para las matemáticas y los cálculos	A	B	C	D
14.- Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.	A	B	C	D
15.- Creo que tengo un buen tipo.	A	B	C	D
16.- Muchos de mis compañeros dicen que soy torpe para los estudios.	A	B	C	D
17.- Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	A	B	C	D
18.- Me siento inclinado a pensar que soy un/a fracasado/a en todo.	A	B	C	D
19.- Normalmente olvido lo que aprendo.	A	B	C	D

Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítems.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

- 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

- 0 = Ausente
- 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

- 0 = Ausente
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

- 0 = No tiene dificultad
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 = Palabra y pensamiento normales
- 1 = Ligeramente retraso en el habla
- 2 = Evidente retraso en el habla
- 3 = Dificultad para expresarse
- 4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos
- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como:

Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 = Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 = Ausente
- 1 = Débil

- 2 = Grave

15. Hipocondría:

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 = Preocupado por su salud
- 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- 1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- 2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

- 0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 = No se da cuenta que está enfermo

11.2 Anexo 2. Consentimiento Informado

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN ALUMNOS DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE VETERINARIA- ZOOTECNIA”

Registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No.2 del IMSS en Fresnillo, Zac.

El objetivo de este estudio es determinar **“ASOCIACIÓN DE FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES PARA DESARROLLAR TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE VERANARÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS”**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una encuesta personal.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que será **DETECTAR FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA** y en su caso darle seguimiento al padecimiento así como su derivación oportuna para recibir atención especializada.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha asegurado que no me identificara en la presentación y publicación que deriven de éste y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información que se derive de este estudio.

Calera de Víctor Rosales, Zac., a _____ de _____ del 2006.

Los números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de alguna duda o aclaración son: 01 463 95 7 13 13

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

DRA. BELÉN ROMERO MARTÍNEZ
MAT. 11331194

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

11.3 Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

En base a que estudio no un diagnostico, se realiza una cedula de recolección de datos (anexo 1), que se obtiene a partir del cuestionario de autoevaluación (SIAB-S) de Manfred Fischter y Norbert Quadflieg (anexo2), el método de Graffar (anexo 3), esquema de clasificación integral de la familia (anexo 4), FACES III (anexo 5) y escala de Holmes (anexo 6) 5.- Hamilton para depresión, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2, Creado por Garner en 1998, 6.- (Anexo7) Instrumento de evolución de autoestima en adolescentes de enseñanza media de secundaria Rosemberg

Anexo 3.1

EDI-2, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimenticia

D. M. Garner

Inventario para la evaluación de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria.

Aplicación: Individual y colectiva.

Tiempo: Variable, entre 15 y 25 minutos.

Edad: ≥ 17 años.

El EDI-2 está llamado a ser protagonista en la evaluación de los estos trastornos tan extendidos hoy en día. Sus 91 elementos permiten puntuar en 11 escalas, 8 principales (Obsesión por la delgadez; Bulimia; Insatisfacción corporal; Ineficacia; Perfeccionismo; Desconfianza interpersonal; Conciencia introspectiva y Miedo a la madurez) y 3 provisionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social). El cuadernillo es autoaplicable y la tipificación ha sido llevada a cabo con población general y con población afectada por estos trastornos.

Anexo 3.2

MÉTODO DE GRAFFAR

En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la siguiente tabla:

			A	B	C	D
04-06	Estrato Alto	1				
07-09	Medio Estrato	2				
10-12	Medio Bajo	3				
13-16	Obrero	4				
17-20	Marginal	5				

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:

A. Profesión del jefe de familia:

1. Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesionista, técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: tractoristas. Taxistas, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico. etc.

B. Nivel de instrucción de la madre:

1. Universitaria o su equivalente.
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
4. Educación primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

C. Principal fuente de ingresos:

6. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios. juegos de azar).
7. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados. etc.), deportistas profesionales.
8. Sueldo quincenal o mensual.
9. Salario diario o semanal.
10. Ingresos de origen público o privado (subsídios).

D. Condiciones de la vivienda:

6. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
7. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
8. Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
9. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
10. Vivienda improvisada. construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

Anexo 3.4

Se aplicará además el instrumento FACES III para valorar adaptabilidad y cohesión.

FACES III
Olson DH, Portier J. Lavee Y.
Versión en español: Gómez C. Irigoyen C.

1	2	3	4	5
Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre

Describe a su familia:

- _____ Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- _____ En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- _____ Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- _____ Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- _____ Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- _____ Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- _____ Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- _____ Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- _____ Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- _____ Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- _____ Nos sentimos muy unidos
- _____ En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente
- _____ En nuestra familia las reglas cambian
- _____ Con facilidad podemos planear actividades en familia
- _____ Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- _____ Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- _____ En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- _____ La unión familiar es muy importante
- _____ Es difícil decir quien hace las labores del hogar

Suma de nones = cohesión

Suma de pares = adaptabilidad

Cohesión		Adaptabilidad	
10 a 34	a familia no relacionada	10 a 19	Rígida
35 a 40	Semirelacionada	20 a 24	Estructurada
41 a 45	Relacionada	25 a 28	Flexible
46 a 50	Aglutinada	29 a 50	caótica

Anexo 3.5
Escala de Holmes

Orden	Evento	Valor
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	63
4	Causas penales	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Pérdida del empleo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambios en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Problemas sexuales	39
14	Nacimiento de un hijo	39
15	Reajuste en los negocios	39
16	Cambios en el estado financiero	38
17	Muerte de un amigo muy querido	37
18	Cambio a una línea diferente de trabajo	36
19	Cambio del numero de discusiones con la pareja	35
20	Hipoteca mayor	31
21	Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22	Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23	Uno de los hijos abandona el hogar	29
24	Dificultades con los parientes políticos	29
25	Logro personal notable	28
26	La esposa comienza o deja de trabajar	26
27	Inicia o termina la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de recreación	19
35	Cambio en las actividades religiosas	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo menor	17
38	Cambios en los hábitos del sueño	16
39	Cambio en el numero de reuniones familiares	15
40	Cambio en los hábitos alimentarios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11

Puntaje de Holmes.

0-149	No existen problemas importantes
150-199	Crisis leve
200-299	Crisis moderada
Mayor de 300	Crisis severa

Anexo 3.6 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Seguidamente encontrarás una serie de frases en las cuales se hacen afirmaciones relacionadas con tu forma de ser y de sentirte. Después de leer cada frase, rodea con un círculo la opción de respuesta (A, B, C, o D) que exprese mejor tu grado de acuerdo con lo que, en cada frase se dice.

A= Muy de acuerdo.

B= Algo de acuerdo.

C= Algo en desacuerdo.

D= Muy en desacuerdo.

1.- Hago muchas cosas mal.	A	B	C	D
2.- A menudo el profesor me llama la atención sin razón.	A	B	C	D
3.- Me enfado algunas veces.	A	B	C	D
4.- En conjunto, me siento satisfecho conmigo mismo.	A	B	C	D
5.- Soy un chico/a guapo/a.	A	B	C	D
6.- Mis padres están contentos con mis notas.	A	B	C	D
7.- Me gusta toda la gente que conozco.	A	B	C	D
8.- Mis padres me exigen demasiado en los estudios.	A	B	C	D
9.- Me pongo nervioso cuando tenemos examen.	A	B	C	D
10.- Pienso que soy un chico/a listo/a.				
11. A veces tengo ganas de decir tacos y palabrotas.	A	B	C	D
12. Creo que tengo un buen número de buenas cualidades.	A	B	C	D
13.- Soy bueno/a para las matemáticas y los cálculos	A	B	C	D
14.- Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.	A	B	C	D
15.- Creo que tengo un buen tipo.	A	B	C	D
16.- Muchos de mis compañeros dicen que soy torpe para los estudios.	A	B	C	D
17.- Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	A	B	C	D
18.- Me siento inclinado a pensar que soy un/a fracasado/a en todo.	A	B	C	D
19.- Normalmente olvido lo que aprendo.	A	B	C	D

PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO

Cada uno de los ítems del cuestionario puede recibir de 1 a 4 puntos dependiendo de las respuestas de los alumnos. La puntuación de 4 refleja que el alumno presenta un auto concepto positivo en la conducta concreta que se le pregunta; por el contrario, una puntuación de 1, refleja que en esa conducta concreta el alumno presenta un auto concepto negativo.

La puntuación máxima que se puede obtener es de 64 puntos y la mínima de 16.

Es necesario señalar que el cuestionario cuenta con una escala de autocrítica para controlar la tendencia que muestran los alumnos a responder las cuestiones del cuestionario bajo los efectos de la deseabilidad social. Los ítems que componen esta escala son el 3, el 7 y el 11. Por lo tanto, las puntuaciones en esta escala podrán oscilar entre los 3 y los 12 puntos.

La puntuación mínima es de 16 y la máxima de 64

La puntuación tiene un valor de 1 para autoconcepto negativo

La puntuación tiene un valor de 4 para autoconcepto positivo

La puntuación mínima refleja un autoconcepto negativo y la puntuación máxima refleja un autoconcepto positivo.

Escala de Hamilton.

Fue desarrollada en 1960 por Hamilton, es un instrumento de 21 preguntas. Las primeras 17 exploran la sintomatología depresiva asignando una severidad de menor a mayor gravedad. Las últimas cuatro preguntas exploran la variación diurna, la Despersonalización o desrealización, los síntomas paranoides y los síntomas obsesivos. Esta diseñado para que sea aplicado por un clínico. La calificación final se obtiene de los primeros 17 reactivos. Un puntaje de 15 o mas señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa.

Escala de depresión de Hamilton

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítems.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

- 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

- 0 = Ausente
- 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

- 0 = Ausente
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

- 0 = No tiene dificultad
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

- 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 = Palabra y pensamiento normales
- 1 = Ligeramente retrasado en el habla
- 2 = Evidente retraso en el habla
- 3 = Dificultad para expresarse
- 4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

- 0 = Ninguna
- 1 = Juega con sus dedos

- 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 = Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 = Ausente
- 1 = Débil
- 2 = Grave

15. Hipocondría:

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 = Preocupado por su salud
- 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- 1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- 2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

- 0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 = No se da cuenta que está enfermo

Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

CUESTIONARIO DE AUTO EVALUACIÓN HEDÍ

1. ¿Cuál ha sido su peso máximo y mínimo desde su pubertad ?Cuánto mide

¿Vd.?

a) Altura actual: ___ cm.

b) Peso (en Kg.) actual: ___ Kg.

c) Peso (en Kg.) mínimo: ___ Kg.

¿Qué edad tenía cuando tuvo este peso? ___ años

d) Peso (en Kg.) máximo: ___ Kg.

¿Qué edad tenía cuando tuvo este peso? ___ años

En lo siguiente, encontrará algunas preguntas sobre problemas psíquicos relacionados a trastornos

Alimenticios. Por favor, conteste para cada pregunta de manera global, si éstos se han manifestado

En Vd. en los últimos 3 meses (=actualmente) y si se habían manifestado antes (aprox. desde la edad

de 10 años). Anote para cada pregunta/afirmación en el lado izquierdo, si se ha manifestado en Vd.

en los 3 últimos meses y en el lado derecho, si se había manifestado alguna vez en Vd. antes

(desarrollo máximo).

Escriba sobre las líneas un número entre 0 y 4, según la medida en la que la afirmación sea acertada

en su caso. Si, por ejemplo, la afirmación ha sido claramente acertada para los 3 últimos meses,

apunte un 2 en el lado izquierdo; si alguna vez antes había sido muy acertada, apunte un 4 sobre la

línea derecha.

últimos 3 máximo

meses desarrollo

antes

Ejemplo:

(0) no, no es acertado

(1) poco, es un poco acertado

(2) claramente, es claramente acertado

(3) gran medida, es acertado en gran medida 2 4

(4) muy gran medida, es acertado en muy gran medida

3. Ha sido importante para mi alcanzar buenos resultados en el colegio, la

profesión o trabajando en el hogar.

últimos 3 máximo

meses desarrollo

antes

(0) no ha sido de importancia para mí

(1) ha sido de poca importancia para mí

(2) ha sido de mediana importancia para mí

(3) ha sido de gran importancia para mí

(4) ha sido de muy gran importancia para mí _____

4. He tenido miedos más intensos de lo normal.

últimos 3 máximo

meses desarrollo

antes

(0) nunca

(1) rara o ligeramente

(2) repetida o medianamente

(3) frecuente o intensamente

(4) muy frecuente o intensamente _____

5. Determinadas cosas o situaciones (p. ej. estar sólo/a

en casa, salir sólo/a, viajar en autobuses o trenes, grandes animales, insectos, alturas, oscuridad, hablar en público) me han producido miedo (fobias).

últimos 3 máximo

meses desarrollo

antes

(0) no

(1) ligeramente

(2) claramente

(5) intensamente

(6) muy intensamente _____

6. He tenido alteraciones del sueño (de conciliar el sueño o de dormir todo seguido) últimos 3 máximo

meses desarrollo

antes

(0) no

(1) ligeramente

(2) claramente

(7) intensamente

(8) muy intensamente _____

7. El ganar entre 3 y 5 kilos de peso, me causaría miedo, pánico o gran malestar. últimos 3 máximo

meses desarrollo

antes

(0) no ha sido el caso

(1) ha sido el caso ligeramente

(2) ha sido el caso claramente

(9) ha sido el caso intensamente

- (10) ha sido el caso muy intensamente _____
8. Mi peso ideal desde mi punto de vista actual es: _____ Kg.
9. El peso más bajo que jamás he aspirado tener es: _____ Kg.
10. Mi autoestima ha dependido de mi figura y de mi peso.

últimos 3 máximo
meses desarrollo

- (0) no antes
(1) ligeramente
(2) claramente
(3) intensamente
(4) muy intensamente _____
11. He ayunado y he estado intentando comer lo menos posible.

últimos 3 máximo
meses desarrollo

- (0) no ha sido el caso antes
(1) ha sido ligeramente el caso
(2) ha sido claramente el caso
(3) ha sido intensamente el caso
(4) ha sido muy intensamente el caso _____

12. He evitado comer alimentos de alto valor calórico, aunque me gustaban. últimos 3 máximo

meses desarrollo

- (0) no ha sido el caso antes
(1) ha sido ligeramente el caso
(2) ha sido claramente el caso
(3) ha sido intensamente el caso
(4) ha sido muy intensamente el caso _____

13. Me he impuesto determinados límites con respecto a las cantidades diarias que podía comer. últimos 3 máximo

meses desarrollo

- (0) no he puesto límites antes
(1) he puesto límites calóricos ligeramente rebajados
(2) he puesto límites calóricos claramente rebajados
(3) he puesto límites calóricos fuertemente rebajados
(4) he puesto límites calóricos muy fuertemente rebajados _____

14. He metido en la boca y masticado alimentos de alto valor calórico (sin tragarlos) y los he escupido posteriormente, para mantener bajo el nivel de calorías ingerido. últimos 3 máximo

meses desarrollo

- (0) no antes
(1) raramente (hasta 1 x /mes)
(2) ocasionalmente (hasta 1 x/semana)
(3) frecuentemente (hasta 1 x/día)
(4) muy frecuentemente (varias veces al día) _____

15. He regurgitado comida ya tragada, para volver

a masticarla. últimos 3 máximo
meses desarrollo

- (0) no antes
- (1) raramente (hasta 1 x /mes)
- (2) ocasionalmente (hasta 1 x/semana)
- (3) frecuentemente (hasta 1 x/día)
- (4) muy frecuentemente (varias veces al día) _____

16. A pesar de que otros (p. ej. médicos) decían
que era demasiado flaco/a, yo me encontraba más
bien gorda. últimos 3 máximo
meses desarrollo

- (0) ha sido el caso antes
- (1) ha sido ligeramente el caso
- (2) ha sido claramente el caso
- (3) ha sido intensamente el caso
- (4) ha sido muy intensamente el caso
- (5) tanto yo, como mis médicos opinaban que era
demasiado gorda _____

17. (En caso de que haya tenido alguna vez peso insuficiente)
He hecho caso omiso de que mi peso insuficiente podía
perjudicar mi salud. últimos 3 máximo
meses desarrollo

- (0) no, nunca antes
- (1) ha sido ligeramente el caso
- (2) ha sido claramente el caso
- (3) ha sido intensamente el caso
- (4) ha sido muy intensamente el caso
- (5) no he tenido nunca peso insuficiente _____

18. Sólo para mujeres: Edad en años
¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____

• 19. Desde entonces mi menstruación ha sido:

- (0) normal o regular
- (1) he tenido menstruación, pero muy irregularmente
- (2) sólo con la ayuda de preparados de hormonas
- (3) retraso de la menstruación durante mínimo 3 meses seguidos Mayor trastorno
(amenorrea secundaria) Últimos 6 del menstuo-
- (4) Retraso de la menstruación durante mínimo 6 meses antes
seguidos
- (5) nunca he tenido menstruación (amenorrea primaria)
- (6) sin menstruación por embarazo
- (7) Tomo la píldora. Se desconoce, si la menstruación se
retrasaría sin píldora.
- (8) no ha venido al caso (sexo masculino, extirpación
del útero) _____

20. Si ha existido amenorrea secundaria: Qué edad tenía Vd.,
¿cuando su menstruación se retrasó por 1ª vez más de 3 meses?
Edad en años

21. b He tenido ataques compulsivos de comer, durante los cuales comía en poco tiempo (por lo general, menos de 2 horas) grandes cantidades de alimentos (sería considerada una gran cantidad también por otras personas.)

últimos 3 máximo

- (0) no meses desarrollo
- (1) ligeramente antes
- (2) claramente
- (3) intensamente
- (4) muy intensamente

21. a Cuántas calorías ingería aproximadamente durante ¿esos ataques compulsivos de comer?

- (0) No he tenido ataques compulsivos de comer últimos 3 máximo
- (1) menos de 1000 Kcal. por ataque meses desarrollo
- (2) más de 1000 Kcal. por ataque antes
- (3) más de 3000 Kcal. por ataque
- (4) más de 5000 Kcal. por ataque _____

22. El transcurso de mis ataques compulsivos de comer han evolucionado de la siguiente manera a lo largo del tiempo (meses/años)

(marque con una cruz la opción correcta) a lo largo de los los años

- (0) ningún ataque de comida compulsiva
- (1) cortos episodios de comida compulsiva con intervalos libres alargados (ataques de hasta un 30 % del tiempo)
- (2) Períodos con ataques compulsivos de comer e intervalos libres de aproximadamente igual duración (ataques de un 30-60 % del tiempo)

(3) Episodios alargados de ataques compulsivos de comer interrumpidos solamente por cortos intervalos libres (ataques de un 60-90 % del tiempo)

(4) En esencia, desarrollo crónico (prácticamente) sin intervalos libres (ataques de un 90-100 % del tiempo)

23. Dentro de un período de tres meses, ¿con qué frecuencia? tenía Vd. evidentes ataques compulsivos de comer (es decir, más de aprox. 1000 Kcal. por ataque) últimos 3 máximo

- (0) nunca meses desarrollo
- (1) raramente (aprox. 1-4 veces al mes) a lo largo
- (2) ocasionalmente (una media de mínimo 2 x/semana) de 3 meses
- (3) frecuentemente (hasta 1 x/día) antes
- (4) muy frecuentemente (varias veces al día)
- (5) como mínimo 2 x/semana, pero no más de 3 meses, ni durante más tiempo _____

24. Dentro de un período de seis meses, ¿con qué frecuencia? tenía Vd. ataques compulsivos de comer? últimos 6 máximo

- (0) nunca meses desarrollo
- (1) raramente (aprox. 1-4 veces al mes) a lo largo
- (2) ocasionalmente (una media de mínimo 2 x/semana) de 6 meses
- (3) frecuentemente (hasta 1 x/día) antes
- (4) muy frecuentemente (varias veces al día)
- (5) como mínimo 2 x/semana, pero no más de 6 meses, ni durante más tiempo _____

25. Por lo general, los ataques compulsivos de comer tenían lugar en dos días distintos de la semana.

- (0) no últimos 3 antes
 - (1) si meses
 - (8) no tenía ataques _____
26. Durante mis ataques compulsivos de comer tenía la sensación de perder el control sobre la comida.
- (0) no últimos 3 máximo
 - (1) ligeramente meses desarrollo
 - (2) claramente antes
 - (3) intensamente
 - (4) muy intensamente
 - (8) se suprime (sin ataques) _____

27. Mis ataques compulsivos de comer se caracterizaban por: últimos 3 máximo desarrollo meses antes

- durante los ataques comía mucho más rápido de lo habitual.
- (0) no
- (1) si
- (8) no tenía ataques _____
- durante los ataques comía hasta que me sentía desagradablemente lleno/a.
- (2) no
- (3) si
- (8) no tenía ataques _____
- durante el ataque comía grandes cantidades de alimentos sin sentir físicamente hambre.
- (4) no
- (5) si
- (8) no tenía ataques _____
- durante el ataque comía sólo/a, porque sentía vergüenza

por la cantidad que comía.

(6) no

(7) si

(8) no tenía ataques _____

- después del ataque sentía asco de mi mismo, me sentía deprimido/a o extremadamente culpable.

(8) no

(9) si

(8) no tenía ataques _____

28. Mis ataques compulsivos de comer me suponían una carga psíquica.

(5) no últimos 3 máximo

(6) ligeramente desarrollo

(7) claramente antes

(8) intensamente

(9) muy intensamente (p. ej. desesperación)

(8) se suprime, por no haber ataques _____

29. Comía durante todo el día o por la tarde, p. ej. cocinando o viendo la tele. (ataques compulsivos de comer atípicos)

(0) no últimos 3 máximo

(1) ligeramente desarrollo

(2) claramente (más de 1000 kcal. fuera de las comidas) antes

(3) intensamente (más de 3000 kcal. fuera de las comidas)

(4) muy intensamente (más de 5000 kcal. fuera de las comidas) _____

30. Cómo percibía la sensación de saciedad después de haber comido mucho?

(7) como muy desagradable últimos 3 máximo

(6) claramente desagradable desarrollo

(5) ligeramente desagradable antes

(0) ni agradable, ni desagradable

(1) ligeramente agradable

(2) claramente agradable

(3) intensamente agradable

(4) muy intensamente agradable

(8) no viene al caso (sin “ataques atípicos”) _____

31. Este comer constante durante horas se ha producido: últimos 3 máximo

(0) nunca meses desarrollo

(1) raramente o a lo largo de un tiempo prolongado antes (mínimo tres meses)

(2) repetidamente (como mínimo 2 x/semana) (como mínimo durante tres meses)

(3) frecuentemente y durante un tiempo prolongado (hasta 1 x/día durante mínimo tres meses)

(4) muy frecuentemente (varias veces al día o cada día, comida ininterrumpida durante mínimo tres meses)

(5) como mínimo 2 por semana, pero no más de 3 meses, ni durante más tiempo _____

32. Este comer constante durante horas se ha producido también durante períodos de un mínimo de 6 meses:

últimos 6 máximo

(0) nunca meses desarrollo

(1) raramente

(2) ocasionalmente, como mínimo una media de 2 x por semana

(3) frecuentemente (hasta 1 x/día)

(4) muy frecuentemente (varias veces al día)

(5) como mínimo 2 x por semana, pero no más de 6 meses, ni durante más tiempo _____

33. He reaccionado al estrés o al agobio comiendo más.

(0) no últimos 3 máximo

(1) ha sido el caso ligeramente meses desarrollo

(2) ha sido el caso claramente antes

(3) ha sido el caso muy claramente

(4) ha sido el caso muy intensamente _____

34. Tenía un fuerte deseo o impulso de comer y estaba ansioso por comer alimentos que normalmente evito, como p. ej. chocolate, galletas, nueces, patatas fritas.

últimos 3 máximo

(0) nunca meses desarrollo

(1) raramente antes

(2) ocasionalmente

(3) frecuentemente

(4) muy frecuentemente _____

35. Ha ocurrido que vomité alimentos para evitar un aumento de peso o para aliviarme. últimos 3 máximo

(0) nunca meses desarrollo

(1) vómitos raros (menos de 2 x/semana) antes

(2) vómitos ocasionales a repetidos (como mínimo 2 x/semana)

(3) vómitos frecuentes (hasta 1x día)

(4) vómitos muy frecuentes (varias veces al día) _____

35. b La mayoría de las veces, provocaba el vómito yo mismo/a. últimos 3 máximo

(0) no meses desarrollo

(1) si antes

(8) no viene al caso _____

36. He tomado laxantes

últimos 3 máximo

(0) no meses desarrollo

(1) raramente (menos de 2 x/semana) antes

(2) repetidamente (como mínimo 2 x/semana) – dosis baja

- (3) frecuentemente (hasta 1x día) – equivalente a una dosis diaria alta
- (4) muy frecuentemente (varias veces al día), equivalente a una dosis diaria muy alta _____
37. He tomado diuréticos para reducir mi peso de esta forma. últimos 3 máximo
- (0) no meses desarrollo
- (1) raramente (menos de 2 x/semana) antes
- (2) repetidamente (como mínimo 2 x/semana) – dosis moderada
- (4) frecuentemente (hasta 1x día) – dosis alta
- (5) muy frecuentemente (varias veces al día), es decir, dosis muy alta _____
38. He tomado inhibidores del apetito, para así alcanzar una figura más delgada. últimos 3 máximo
- (0) no meses desarrollo
- (1) raramente (menos de 2 x/semana) – dosis baja antes
- (2) repetidamente (como mínimo 2 x/semana) – dosis moderada
- (3) frecuentemente (hasta 1x día) – o dosis relativamente alta
- (4) muy frecuentemente (varias veces al día), o dosis muy alta _____
39. He tomado medicamentos para aumentar la actividad del tiroides, para así alcanzar una figura más delgada. últimos 3 máximo
- (0) no meses desarrollo
- (1) raramente (menos de 2 x/semana) – dosis baja antes
- (2) repetidamente (como mínimo 2 x/semana) – dosis moderada
- (3) frecuentemente (hasta 1x día) – o dosis relativamente alta
- (5) muy frecuentemente (varias veces al día), o dosis muy alta _____
40. Siendo diabético/a he descuidado mis tratamientos de insulina para así alcanzar una figura más delgada. últimos 3 máximo
- (0) no meses desarrollo
- (1) raramente antes
- (2) repetidamente
- (3) frecuentemente
- (4) muy frecuentemente
- (8) se suprime (sin diabetes) _____
41. He estado más de 24 horas sin comer, para así alcanzar una figura más delgada. últimos 3 máximo
- (0) no meses desarrollo
- (1) raramente (1 día/mes) antes
- (2) repetidamente (1 día/semana)
- (3) frecuentemente (hasta 1 semana seguida)

(4) muy frecuentemente (durante más de 1 semana) _____

42. He realizado mucho movimiento corporal. últimos 3 máximo

(0) no meses desarrollo

(1) raramente (menos de 2 x/semana) antes

(2) repetidamente (como mínimo 2 x/semana)

(3) frecuentemente (hasta 1x día)

(4) muy frecuentemente (varias veces al día) _____

43. He utilizado enemas, para evitar el aumento de peso.

últimos 3 máximo

(0) no meses desarrollo

(1) raramente (menos de 2 x/semana) antes

(2) repetidamente (como mínimo 2 x/semana)

(3) frecuentemente (hasta 1x día)

muy frecuentemente (varias veces al día) _____

• 44. He tomado cosas (como p. ej. ipecacuana) que me ayudaban provocar vómito. últimos 3 máximo

(0) no meses desarrollo

(1) raramente (menos de 2 x/semana) – dosis baja antes

(2) repetidamente (como mínimo 2 x/semana) – dosis moderada

(3) frecuentemente (hasta 1x día) – o dosis relativamente alta

(4) muy frecuentemente (varias veces al día) o dosis muy alta _____

• 45. Hay diversas posibilidades inadecuadas de impedir un aumento de peso. ¿Con qué frecuencia ha tenido Vd. las siguientes conductas?: 1) vómitos, 2) abuso de laxantes, 3) uso de medicamentos diuréticos, 4) uso de inhibidores del apetito, 5) uso de un medicamento para el aumento de la actividad del tiroides, 6) descuido de un tratamiento de insulina necesario, 7) ayuno, 8) movimiento corporal excesivo, 9) enemas o 10) uso de ipecacuana.

últimos 3 antes

(0) no (nunca he hecho algo semejante) meses

(1) He empleado una o varias de las 10 conductas arriba enumeradas y en su conjunto como mínimo 2 x por semana durante un período de 3 meses o más.

(2) He empleado una o varias de las 10 conductas arriba enumeradas y en su conjunto menos de 2 x por semana durante un período de 3 meses o más.

(3) He empleado una o varias de las 10 conductas arriba enumeradas y en su conjunto como mínimo 2 x por semana durante menos de 3 meses.

(4) He empleado una o varias de las 10 conductas arriba enumeradas y en su conjunto menos de 2 x por semana durante un período más corto de 3 meses. _____

• 46.a En los períodos, durante los cuales llevaba a cabo conductas como las arriba mencionadas, mi peso mínimo fue _____ Kg.

46. b En los períodos, durante los cuales empleaba medidas, como se enumeran más arriba, se producían también claros “ataques de voracidad” (más de 1000 kcal.). últimos 3 antes

(0) no meses

(1) si

(8) no ha habido medidas _____

47. Como medidas contra el aumento de peso he empleado: últimos 3 antes

(0) Regímenes, ayuno o mucho movimiento corporal meses (deporte etc.); no he empleado prácticamente nunca alguna de las demás medidas (p. ej. vómito) arriba enumeradas.

(1) He provocado frecuentemente vómitos o he tomado laxantes, medicamentos diuréticos, inhibidores del apetito, enemas, medicamentos para el aumento de la actividad del tiroides o remedios como p. ej. la ipecacuana (también podían surgir regímenes, ayunos o movimiento excesivo).

(3) He tenido tanto fases como la descrita en (0), como del tipo se describe en el (1).

(8) Nunca he empleado medidas contra el aumento de peso de ningún tipo (regímenes, ayuno, vómitos etc.). _____

• 48. ¿Ha habido alguna época en la que Vd. reunía las siguientes 4 condiciones al mismo tiempo?:

1. Peso bajo (aproximadamente el peso mínimo indicado por Vd.)

2. Miedo intenso o pánico a ganar peso

3. La sensación de ser demasiado gordo/a o una clara dependencia de la autoestima de su figura o su peso o el hacer caso omiso de las posibles consecuencias negativas de su peso insuficiente

4. El retraso de la primera menstruación o el retraso de la menstruación durante un mínimo de 3 meses o el sostenimiento de la menstruación solamente mediante hormonas (p. ej. la píldora) o irregularidades de la menstruación

últimos 3 antes

(0) no, nunca se han reunido las 4 condiciones a los mismos meses tiempo

(1) si, ha habido una época en la que se reunían las cuatro condiciones al mismo tiempo _____

En caso afirmativo, ¿qué edad tenía Vd., cuándo se reunieron

Estas condiciones por primera vez al mismo tiempo? _____ años

49. a Durante (un) episodio(s) anoréxico(s) (es decir, peso insuficiente, miedo a ganar peso, autoestima dependiente de figura y peso) tuve “ataques de voracidad” (más de 1000 Kcal.). últimos 3 antes

(0) nunca

(1) si, pero no con regularidad

(2) si, regularmente

(3) ha habido tantos episodios anoréxicos, en los que tenía “ataques de voracidad”, como episodios en los que no los tenía.

(8) No ha sido el caso, porque nunca he sido anoréxico/a _____

49. b Durante (un) episodio(s) anoréxico(s) hacía con regularidad cosas con la intención de reducir mi peso, como p. ej. vomitar, tomar laxantes, medicamentos diuréticos, inhibidores del apetito, enemas, ipecacuana o medicamentos para aumentar la actividad del tiroides. últimos 3 antes

(0) nunca

(1) si, pero no con regularidad

(2) si, regularmente

(3) ha habido tantos episodios anoréxicos en los que empleaba medidas contra el aumento de peso como las mencionadas, como episodios en los que no las usaba.

(8) Se suprime, porque nunca he sido anoréxico/a _____

50. ¿Ha habido alguna época en la que Vd. reunía las siguientes 4 condiciones al mismo tiempo?:

.Ataques compulsivos de comer, durante los cuales Vd. ingería grandes cantidades de alimentos en poco tiempo, teniendo al mismo tiempo la sensación de haber perdido el control sobre la comida.

1. Empleo regular de medidas inadecuadas para impedir un aumento de peso, como p. ej. vómitos provocados, uso de laxantes, diuréticos, inhibidores del apetito, medicamentos para el aumento de la actividad del tiroides o revulsivos, descuido de un tratamiento de insulina siendo diabético, ayuno durante más de 24 horas, movimiento corporal excesivo, enemas.

2. Ataques compulsivos de comer o medidas para impedir un aumento de peso tuvieron lugar en el mismo espacio de tiempo de 3 meses y como mínimo 2 x por semana.

3. Mi autoestima dependía altamente de mi figura y peso. últimos 3 antes

(0) no, nunca se han reunido las cuatro condiciones a los mismos meses tiempo

(2) si, ha habido una época en la que se reunían las cuatro condiciones al mismo tiempo _____

En caso afirmativo, ¿qué edad tenía Vd., cuando estas

condiciones se reunieron por primera vez al mismo tiempo? _____ años

51. a ¿Los “ataques compulsivos de comer” aparecían exclusivamente durante épocas en la que Vd. comía lo menos posible o intentaba mantener su peso lo más bajo posible?

últimos 3 antes

(0) no meses

(1) si

(8) no ha sido el caso (sin “ataques de voracidad”) _____

51. b ¿Ha empleado Vd. medidas inadecuadas con la intención de combatir un aumento de peso exclusivamente en épocas en las que comía lo menos posible o que intentaba mantener su peso lo más bajo posible? (véase también pregunta 49.b)

últimos 3 antes

(0) no meses

(1) si

(8) no ha sido el caso (sin medidas contra el aumento de peso) _____

52. ¿Ha habido alguna época en la que Vd. reunía las siguientes 5 condiciones al mismo tiempo?:

1. Ataques compulsivos de comer, durante los cuales Vd. ingería grandes cantidades de alimentos en poco tiempo, teniendo al mismo tiempo la sensación de haber perdido el control sobre la comida.

2. Con respecto a mis ataques compulsivos de comer, al menos tres de las siguientes características son ciertas: comía inusualmente rápido; comía hasta que apareciera una sensación de saturación desagradable; comía grandes cantidades sin sentir físicamente hambre; comía sólo/a; después de los ataques me sentía asqueado/a, deprimido/a o culpable.

1. Me sentía preocupado/a incluso desesperado/a por mis ataques

2. Los ataques compulsivos de comer aparecían como mínimo en dos días de la semana distintos y durante un mínimo de 6 meses.

4. No utilizaba ninguna medida para evitar un aumento de peso durante este período (ni vómitos, ni laxantes, etc.)

últimos 3 antes

(0) no, nunca se han reunido las cinco condiciones a los mismos meses tiempo

(1) si, ha habido una época en la que se reunían las cinco condiciones al mismo tiempo _____

En caso afirmativo, ¿qué edad tenía Vd., cuando estas condiciones se reunieron por primera vez al mismo tiempo? _____ años

53. Mi rendimiento en clase y en el trabajo o en el hogar disminuyó en el curso del trastorno alimenticio y/o el mismo rendimiento me costó más esfuerzo/energía.

últimos 3 máximo

(0) ningún perjuicio del rendimiento meses perjuicio

(1) el mismo rendimiento que antes, pero con más aplicación y antes esfuerzo

(2) rendimiento claramente disminuido

(3) rendimiento notablemente disminuido

(4) rendimiento muy notablemente disminuido o incapacidad total de trabajar _____

54. a Tenía _____ años, cuando empezó el trastorno alimenticio. _____ años

54. b Tenía _____ años, cuando tuve por primera vez ataques compulsivos de comer. _____ años

54. c Entonces, inicialmente se presentaron los siguientes síntomas:

55. Sufría estreñimiento.

últimos 3 máximo

(0) no meses desarrollo

(1) raramente antes

(2) repetidamente

(3) frecuentemente

muy frecuentemente _____

56. Había cosas o actos que tenía que repetir o controlar compulsivamente, porque me ponía inquieto/a o tenso/a, si no lo hacía (p. ej. revisar puertas o interruptores una y otra vez o tocar o contar determinadas cosas una y otra vez). últimos 3 máximo

(0) no era el caso meses desarrollo

(1) era ligeramente el caso antes

(2) era claramente el caso

(3) era intensamente el caso

(4) era muy intensamente el caso _____

57. Me lavaba repetidamente o limpiaba compulsivamente una y otra vez, aunque en realidad debería haber estado limpio desde hace mucho.

últimos 3 máximo

(0) no meses desarrollo

(1) ligeramente antes

(2) claramente

(3) intensamente

(4) muy intensamente _____

58. A veces tenía ideas fijas (aparte de la comida) que aparecían contra mi voluntad y de las

que no me podía liberar fácilmente. últimos 3 máximo

(0) no era el caso meses desarrollo

(1) era ligeramente el caso antes

(2) era claramente el caso

- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

59. Tenía costumbres de comida fijas y me irritaba el que se me impidiera cumplirlas.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

60. Me ocupaban la mente muchas cosas que tenían que ver con la comida, los alimentos, la cocina y las calorías.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

61. Mis pensamientos giraban mucho alrededor de cómo podía adelgazar (o mantenerme delgado/a) y de cómo me veían los demás.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

62. Tenía la sensación de encontrarme desamparado/a, hallarme en un callejón sin salida y de mi propia insuficiencia, ya que nada de lo que pudiera hacer cambiaría nada realmente.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

63. A veces tenía la impresión que apenas me daba cuenta de, si tenía hambre o no, o si me dolía algo.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

64. Me sentía triste y mi estado de ánimo era depresivo.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

65. Tendía a pensar en términos extremos (p. ej. si no apruebo el examen, seré un/a absoluto/a fracasado/a) y de ser muy sensible ante la crítica de los demás.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

66. Me faltaba confianza en mis propias capacidades, p. ej. de llevar a cabo tareas pendientes o de poder saber desenvolverme en el contacto con otras personas.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

67. Me sentía inferior o que no valía nada y tenía una autoestima muy baja.

últimos 3 antes

- (0) no era el caso meses
- (1) era ligeramente el caso
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

68. Tenía pensamientos de quitarme la vida.

últimos 3 máximo

- (0) nunca meses desarrollo
- (1) raramente/poco concreto antes
- (2) ocasionalmente/más bien concreto
- (3) frecuentemente/concreto
- (4) muy frecuentemente/muy concreto _____

69. He llegado a hacer el intento de quitarme la vida (intento de suicidio).

últimos 3 antes

- (0) nunca meses
- (1) intentos débiles, que pasaron desapercibidos por los demás y sin consecuencias
- (2) un intento serio o varios débiles
- (3) hasta 3 intentos serios
- (4) más de 3 intentos serios _____

70. He llegado a herirme intencionadamente con un objeto afilado o puntiagudo o a provocarme daño físico de otra forma.

últimos 3 máximo

- (0) nunca meses desarrollo
- (1) raramente/ligeramente antes
- (2) ocasionalmente hasta repetidamente/claramente
- (3) frecuentemente/gravemente
- (4) muy frecuentemente/muy gravemente _____

71. He tomado alcohol.

últimos 3 máximo

- (0) no meses desarrollo
- (1) a veces, p. ej. una copa de vino/cerveza antes
- (2) un promedio diario de p. ej. una copa de vino/cerveza
- (3) un promedio diario de p. ej. 1 l de vino/2 l de cerveza
- (4) un promedio diario de p. ej. más de 1 l de vino/2 l de cerveza _____

72. He tomado medicamentos tranquilizantes de receta obligatoria.

últimos 3 máximo

- (0) nunca meses antes
- (1) exactamente según prescripción médica
- (2) ocasionalmente o en dosis bajas
- (3) frecuentemente o en dosis altas
- (4) muy frecuentemente o en dosis muy altas.

¿Cuáles?: _____

73. He llegado a tomar las siguientes drogas sin indicación médica:

- Alucinógenos (p. ej. hachís, LSD) últimos 3 meses

- (0) no
- (1) sí, ¿cuáles?: _____

- Estimulantes (p. ej. anfetaminas)

- (0) no
- (1) sí, ¿cuáles?: _____

- Mortinatos (p. ej. heroína, morfina)

- (0) no
- (1) sí, ¿cuáles?: _____

Si ha tomado alucinógenos, estimulantes o mortinatos, ¿con qué frecuencia?: últimos 3 máximo

- (0) nunca meses desarrollo
- (1) raramente antes
- (2) ocasionalmente o dosis bajas
- (3) frecuentemente o dosis altas
- (4) muy frecuentemente o dosis muy altas _____

74. ¿Ha tenido alguna vez una cita con un joven/hombre (o una joven/mujer) o ha llegado a intimar físicamente con él/ella?

- (0) no
 (1) si _____
75. Mi deseo sexual estaba alterado. últimos 3 máxima
 (0) no (deseo sexual correspondiente a la edad) meses disminución
 (1) ligera disminución del deseo sexual antes
 (2) clara disminución del deseo sexual
 (3) ausencia de deseo sexual
 (4) deseo sexual aumentado _____
76. Era reservado/a y miedoso/a, cuando tenía que entrar
 en contacto íntimo (caricias, besos, petting, acto sexual)
 últimos 3 reserva
 (0) no era el caso meses antes
 (1) era ligeramente el caso
 (2) era claramente el caso
 (3) era intensamente el caso
 (4) era muy intensamente el caso _____
77. Tengo o he tenido una relación de pareja estable.
 últimos 3 antes
 (0) si, estrecha relación estable meses
 (1) si, relación estable con muchas tensiones y conflictos
 o con ligero distanciamiento
 (2) cambio frecuente o largos períodos sin pareja o claro
 distanciamiento
 (3) muy raramente o gran distanciamiento
 (4) sin relación de pareja _____
78. He tenido contactos sexuales antes.
 últimos 3 estado
 (0) relaciones sexuales con acto sexual meses más limitado
 (1) sin acto sexual, pero frecuentemente petting antes
 (2) ocasionalmente caricias, raramente petting
 (3) relación de pareja sin contacto corporal
 (4) ninguna relación cercana a una pareja _____
79. ¿En qué medida ha aprovechado Vd. activamente su
 tiempo libre? (p. ej. hobbies, clubes, partidos, deporte,
 excursiones, paseos, exposiciones, bares, leer,
 escuchar música, etc.)
 últimos estado
 (0) variada y activamente (constantemente realizo meses más limitado
 alguna actividad) antes
 (1) ligera limitación de las actividades de tiempo libre (casi
 siempre, realizo alguna actividad)
 (2) clara limitación de las actividades de tiempo libre
 (a veces, realizo alguna actividad)
 (3) actividades de tiempo libre notablemente limitadas
 (raramente, realizo alguna actividad)
 (4) actividades de tiempo libre muy notablemente limitadas
 (nunca realizo actividad alguna) _____

80. He tenido contactos con amigos y conocidos y salía con ellos.

últimos 3 estado

- (0) especialmente muchos contactos sociales meses más limitado
- (1) muchos contactos sociales antes
- (2) pocos contactos sociales
- (3) especialmente pocos contactos sociales
- (4) prácticamente ningún contacto social _____

81. Tenía a alguien en quien confiar absolutamente.

Tenía a alguien que sabía que siempre estaría, si necesitara su ayuda, apoyo o consuelo.

- (0) amistad muy estrecha y de confianza últimos 3 situación
- (1) hay amistad, posibilidad de conversar sobre temas meses más solitaria personales antes
- (2) amistad menos estrecha, excepcionalmente conversaciones sobre temas personales
- (3) sólo relación de conocidos, excluyendo conversaciones sobre temas personales
- (4) ni relación de amistad, ni de conocidos _____

82. Tendía a evitar el contacto con otras personas y a retirarme.

últimos 3 retiro

- (0) no era el caso meses más
- (1) era ligeramente el caso acentuado
- (2) era claramente el caso antes
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

83. Tendía a esconder o disminuir la importancia de mi trastorno alimenticio ante otras personas.

últimos 3 máximo

- (0) no era el caso meses desarrollo
- (1) era ligeramente el caso antes
- (2) era claramente el caso
- (3) era intensamente el caso
- (4) era muy intensamente el caso _____

84. ¿Cómo valora Vd. en general la gravedad de su trastorno alimenticio?

últimos 3 máximo

- (0) no tengo trastorno alimenticio meses desarrollo
- (1) ligero trastorno alimenticio. Los problemas de la vida antes pueden resolverse sin tratamiento
- (2) claro trastorno alimenticio, para el cual es suficiente una terapia ambulatoria
- (3) grave trastorno alimenticio. Requiere tratamiento hospitalario o ambulatorio muy intenso
- (4) trastorno alimenticio muy grave. Imprescindible tratamiento hospitalario _____

85. He llegado a visitar a un psiquiatra o neurólogo.

últimos 3 meses

(0) no meses

(1) si _____

¿Cuál fue su diagnóstico?: ¿qué problema tenía Vd.?

86. Tengo una enfermedad física grave.

últimos 3 meses

(0) no meses

(1) si _____

¿Cuál? _____

87. He tomado psicofármacos (p. ej. antidepresivos)

de receta obligatoria.

últimos 3 meses

(0) no meses

(1) si _____

¿Cuáles? _____

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Wiseman CV, Harris WA, Halmi KA. Eating disorders. *Med Clin North Am* 1998; 82: 145-159.
2. Fairburn CG, Welch SL, Hay PJ. The classification of recurrent overeating: The “Binge Eating Disorder” Proposal. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 155-159.
3. Hsu LKG. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19: 681-700.
4. Kreipe RE, Mou SM. Eating disorders in adolescents and young adults. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 101-124.
5. Carney CP. Eating disorders: Guide to medical evaluation and complications. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19: 657-679.
6. Walsh BT, Devlin MJ. Eating disorders: Progress and problems. *Science* 1998; 280: 1387-1390.
7. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical study of the classification of eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 886-895.
8. Low BL. Eating disorders. *Singapore Med J* 1994; 35: 631-634.
9. Powers PS. Initial assessment and early treatment options for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19: 639-655.
10. Garfinkel PE, Kennedy SH, Kaplan AS. Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Can J Psychiatry* 1
11. Russell G. Bulimia Nervosa: an ominous variant of Anorexia nervosa. *Psych med* 1979; 9:429-44.

12. G. Rey F, Sánchez JM y Gutiérrez JR. Depresión y Anorexia Nerviosa: tratamiento con I.S.R.S. *RevPsiq inf. Juvenil* 1997; 1: 24-31.
13. Theander S. Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations compared with those of a Swedish long-term study. *J Psychiat Res* 1985; 19:493-508.
14. Eckert E et al. Ten year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and out come. *Psych Medie* 1995; 25:143-156.
15. Turón Gil VJ. Epidemiología de la anorexia nerviosa. En: Turón Gil VJ. *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson; 1997.
16. Herzog D.B., Keller M.B. Sacks N.R. et al. Psychiatric co morbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *J Am Accad Child Adolescent Psychiatry* 1992; 31:810-818.
17. Forborne E. Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 1995; 166:462-71.
18. Loureiro C.V, Domínguez CM, Gestad OJ. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría* 1996; 12:242-7.
19. Rojo L, Livianos L, García A, San Juan L, Vila M, Rodrigo G et al. Estudio de prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en población escolarizada de la provincia de Valencia. Comunicación al IV Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo 29 octubre-1 de noviembre [en CD-ROM]. Sociedad española de Psiquiatría Biológica. Barcelona: Doyma; 1999.
20. Martínez A, Menéndez M.D, Sánchez T. MJ, Seoane Vicente M, Suárez Gil P. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria* 2000; 25:313-319.

21. Morandé G; Celada J; Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a Spanish school age population. *Journal of adolescent Health* 1999; 24:212-219.
22. Gual P. Epidemiología de la bulimia nerviosa en la población juvenil Navarra. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna* 1999; 26 (4): 97.
23. Ruiz PM; Alonso JP, Velilla JM; Lobo A; Martín A; Paumard C; Calvo AI. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1998; 3:148-162.
24. Kart A; Slalkeu *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación, segunda Edición. Manual Moderno* 2003; 48-50.
25. Rodrigo AM, Hernández GR. Ansiedad Depresión y conducta suicida en la Adolescencia, *Medicine* 2003; 8 (116); 6199-6208.-
26. Aragonés BE, Gutiérrez PM, Pino FM, Lucena LC, Cervera VJ, Garreta E:
Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten primaria* 2001; 27; 623-628.
27. López SC, López PJ. La depresión en la infancia desde la perspectiva de las toxicomanías empíricas. *Rev. De Psicología y psicología Biológica Clínica* 1998; 3 (2): 95-102.