



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U M F No 9
ACAPULCO GRO.



FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON SINTOMATOLOGIA DE
ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES
ESTUDIANTES DE TAXCO DE ALARCON, GUERRERO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

VERONICA RIVERA NAVARRETE

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO 2009



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 FAMILIARES RELACIONADOS CON SINTOMATOLOGIA DE
ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES
ESTUDIANTES DE TAXCO DE ALARCON, GUERRERO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

VERONICA RIVERA NAVARRETE

AUTORIZACIONES:



DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 9 ACAPULCO GRO.



DR. JESUS FERNANDO OLVERA GUERRA
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS



DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS



DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACION DE SALUD

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2009

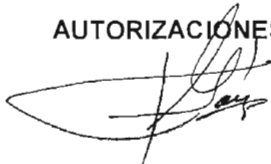
**FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON
SINTOMATOLOGIA DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA
NERVIOSA EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE TAXCO DE
ALARCON, GUERRERO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

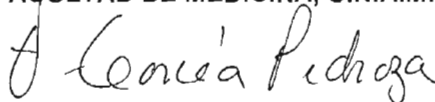
PRESENTA

DRA. VERONICA RIVERA NAVARRETE

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DEDICATORIA

A mi madre:

Un ser que con cariño y sacrificio me ha dado lo mejor de ella, su amor incondicional. A ella que no permitió que las adversidades truncaran mi camino, ya que siempre tuvo una palabra de aliento para mantenerme firme y que sin su apoyo no hubiera logrado mi objetivo.

A mi padre:

Que aunque pareciera no estar pendiente de mis actividades, siempre me da una palabra de entusiasmo para seguir adelante.

A mi esposo:

Por su paciencia, amor, nobleza y espíritu de ayuda, que siempre manifestó ante cualquier circunstancia adversa que se me presentara.

A mis hijos:

Alexa Nataly y César Alexis el regalo más preciado que Dios me ha dado en esta vida, los cuales pacientemente enfrentaron las circunstancias que mi superación requería, siendo el estímulo que me dió fuerza para llegar al final de mi objetivo.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme la fortaleza que necesité día a día, por ser fuente de agua viva en los momentos más difíciles otorgándome tranquilidad y sabiduría para poder reordenar mis pensamientos.

A mis profesores:

Por su desinteresada labor de trasmisión del saber, por su tolerancia cuando estuve en situaciones negativas, ya que sin ayuda, comprensión y enseñanzas hubiera sido aún más difícil lograr mi objetivo.

A la Dra. Victoria Cueva Arana:

Por estar siempre pendiente de mis actividades, quien contribuyó en gran manera para mi superación personal.

Al Dr. J. Fernando Olvera Guerra:

Por proporcionarme su valioso tiempo, orientándome con sus conocimientos para lograr la meta propuesta.

Al Dr. Rogelio Ramírez Ríos:

Por orientarme con sus conocimientos, por su confianza, accesibilidad y comprensión brindada.

AL IMSS:

Por otorgarme la oportunidad de superación en lo personal, profesional, y por permitir ser parte de esta gran institución.

A LA UNAM:

Por formar parte de mi evacuación como profesionista, y que a su vez permitió que interactuara como profesores de la misma.

A mis compañeros:

Dr. Francisco Alemán, Dra. Rosa Elena Navarro y Carmen Solano, con quienes compartí, aprendí y disfrute momentos inolvidables por lo que estarán siempre en mis recuerdos de estudiante.

Resumen:

Objetivo: analizar la relación de los factores familiares con la sintomatología de anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa en los adolescentes estudiantes de Taxco de Alarcón, Guerrero.

Material y Método: estudio transversal comparativo en los adolescentes de 10 a 19 años con 11 meses de edad, usuarios de los servicios del HGSZ/MF No. 5, que acuden a las secundarias Netzhuacoyotl, Colegio Miguel Angel y Centro Cultura y Acción, durante el periodo del 24 de enero al 22 de abril de 2008. Se incluyeron 108 adolescentes a los que se les aplicó un cuestionario de datos generales y sociodemográficos, el FACES III, el BULIT y el EAT 40. Se realizó análisis descriptivo de los datos y análisis bivariado con la prueba de Chi cuadrada de Mantel-Haenzel.

Resultados: se observó que 82(75.9%) pertenece a la etapa media de la adolescencia, 26 (24.1%) a la temprana. Predomina el sexo masculino con 57 (52.8%), la escolaridad de tercer año de secundaria con 50 (46.3%), tipología de familia nuclear con 75 (69.4%), prevalecieron las familias disfuncionales con 45 (41.7%). Los trastornos de conducta alimentaria (TCA), se observaron 30 (27.8%) casos, 20 (18.5%) en bulimia y 17 (15.7%) en anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa predominó en las edades de 14 a 15 años, en el sexo femenino, en los alumnos de tercero de secundaria, etapa media de la adolescencia, predominio de familias disfuncionales y nucleares.

Conclusiones: en los adolescentes entrevistados predominó el sexo masculino, la etapa media de la adolescencia, escolaridad de 3º. año de secundaria, familias nucleares y funcionales. En la anorexia y bulimia nerviosa la edad de 14 a 15 años, etapa media de la adolescencia y familias nucleares son variables en las que coincide su presentación, la diferencia encontrada es que la anorexia nerviosa es más frecuente en el sexo femenino, escolaridad tercer año de secundaria, con familias disfuncionales, mientras que la bulimia es más frecuente en sexo masculino, escolaridad primero y segundo año de secundaria y en familias funcionales.

Palabras clave: funcionalidad familiar, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Summary:

Objective: to analyze the relation of the family factors with the symptomatology of nervous anorexia and/or nervous bulimia in the adolescents students of Taxco de Alarcón, Guerrero.

Material and Method: comparative cross-sectional study in the adolescents of 10 to 19 years with 11 months of age, users of the services of the HGSZ/MF No 5, that goes to secondary the Netzhuacoyotl, School Miguel Angel and Centro Culture and Action, during the period of the 24 of January to the 22 of April of 2008. 108 adolescents included themselves to whom applied a questionnaire to them of general performances and sociodemographic, FASES III, the BULIT and EAT 40. Descriptive analysis of the data and analysis beared with the test of square Chi of Mantel-Haenzel.

Results: to observed that 82 (75,9%) belong to the average stage of the adolescence, 26 (24,1%) to the early. To predominate male sex with 57 (52,8%), the schooling of third year of secondary with 50 (46,3%), typology of nuclear family with 75 (69,4%), prevailed the dysfunctional families with 45 (41,7%). The disorders of alimentary conduct (TCA), were observed 30 (27,8%) cases, 20 (18,5%) in bulimia and 17 (15,7%) in nervous anorexia. The nervous anorexia predominate in the ages of 14 to 15 years, in female sex, the students of third of secondary, average stage of the adolescence, predominance of dysfunctional and nuclear families.

Conclusions: in the adolescents interviewed predominate male sex, the average stage of the adolescence, and schooling of third year of secondary, nuclear and functional families. In the nervous anorexia and bulimia the age of 14 to 15 years, average stage of the adolescence and nuclear families are variable in whom its presentation agrees, the found difference is that the nervous anorexia is more frequent in female sex, schooling third year of secondary, with dysfunctional families, whereas bulimia is more frequent in male sex, schooling first and second year of secondary and in functional families.

Key words: family functionality, nervous anorexia and nervous bulimia.

INDICE

1.- Marco teórico.....	1
2.- Planteamiento del problema.....	20
3.-Justificación.....	22
4.- Hipótesis.....	24
5.-Objetivos.....	25
5.1 General.....	25
6.-Metodología.....	26
6.1 Tipo de estudio.....	26
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	26
6.3 Tamaño de la muestra y técnica de muestreo.....	26
6.4 Definición de las unidades de observación y grupo control.....	26
6.5 Criterios de selección.....	26
6.6 Definición y operacionalización de variables.....	27
6.7 Descripción general del estudio.....	32
6.8 Análisis estadísticos.....	32
6.9 Consideraciones éticas de la investigación.....	32
7.- Resultados.....	33
7.1 Tablas.....	37
8.- Discusión.....	46
9.- Conclusiones.....	49
10.- Recomendaciones.....	50
11.- Referencias.....	51
12.- Anexos.....	54

MARCO TEORICO

Adolescencia

La adolescencia, etapa vital extraordinariamente mutante, es la etapa del ser humano en la cual termina lo que caracteriza a las diferentes edades pediátricas que constituyen el crecimiento y desarrollo. Para su estudio y comprensión se le divide en tres etapas: temprana, media y tardía; los límites cronológicos para estas tres etapas son: adolescencia temprana de los 10 a los 14 años, adolescencia media de los 15 a los 17 años, y adolescencia tardía de los 18 a los 20 años, al culminar ésta se alcanza la edad adulta.¹

La población adolescente representa a nivel mundial la cuarta parte. Alrededor de 1,700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en países en desarrollo. En América, el 25% del total de la población está en ésta etapa.³ En México 21.06 millones (20.4% de la población total) son adolescentes. En el Estado de Guerrero la población total es de 3'115,202 y los adolescentes representan el 23.4%; la población adolescente de Taxco de Alarcón, Guerrero es de 32,846 representando 33.2%. La población usuaria de adolescentes de los servicios al IMSS representa 9.2%.²

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual.³ Esta fase del desarrollo humano implica transformaciones de diversos procesos psicológicos y reorganización de la personalidad.^{1,4,5}

Esta etapa se caracteriza por un intenso crecimiento y desarrollo, hasta el punto que se llega a alcanzar, en un período relativamente corto de tiempo, el 50% del peso

corporal definitivo. A esto contribuye también el desarrollo sexual, el cual va a desencadenar importantes cambios en la composición corporal del individuo. En consecuencia, las necesidades de energía y nutrientes van a ser superiores en la adolescencia que en las restantes etapas de la vida.⁷

Los trastornos de la conducta alimentaria (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). Estos trastornos son poco comunes en la población en general pero son considerados como uno de los principales problemas psiquiátricos en mujeres jóvenes; con un alto riesgo de mortalidad, una tasa baja de recuperación, una morbilidad alta y un alto riesgo de recaídas.⁸

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la que hay una sobreabundancia de comida y una obsesión por la delgadez.

La anorexia nerviosa es un estado de inanición y emaciación que puede ser realizado siguiendo una dieta severa o con purgar.

La bulimia nerviosa que es más común describe un ciclo de atascamiento y de purgación. Bulimia y anorexia comparten características comunes como la depresión, la ocultación y una obsesión con la pérdida de peso, pero difieren en gravedad, rasgos de personalidad y en otros factores. Las descripciones de autoinanición se

han encontrado en redacciones medievales y la anorexia nerviosa fue definida en 1873 por primera vez como un problema médico.⁹

En Londres se realizó un estudio en la población en general en el cual el 0.75% de la muestra se diagnosticó con síndromes similares a la anorexia nerviosa, otro estudio reportó la prevalencia de 3.43% de estos síndromes en una población de estudiantes del sexo femenino de 15 años de edad. Walters y colaboradores, estudiaron las características epidemiológicas y los factores de riesgo para anorexia nerviosa examinando la relación entre cuadros clínicos bien definidos de ésta y síndromes similares, un hallazgo interesante en éste estudio fue que el 95% de la muestra aceptó tener un gran temor a engordar.

Fairburn, investigador de la universidad de Oxford ha estudiado diversos aspectos de los trastornos de la alimentación y publicó recientemente una serie de estudios con respecto a los factores de riesgo de la bulimia nerviosa, y la anorexia nerviosa. Para este fin elaboró una escala de factores de riesgo como vulnerabilidad personal, factores ambientales, proclividad para ponerse a dieta, cada uno con diversos subfactores e incluye también la edad en que ocurrió la menarca como factor de riesgo adicional. En el caso del trastorno por atracón encontró una asociación de factores de riesgo para enfermedades para trastornos psiquiátricos generales y para obesidad y al compararlos con los factores de riesgo para bulimia nerviosa observó que en los primeros estos factores de riesgo fueron menos importantes. Un hallazgo particularmente importante fue la tendencia de autoevaluación negativa y los problemas en los padres, incluyendo el abuso del alcohol significativamente elevado en los pacientes con bulimia nerviosa.¹⁰

Desde principios de los años noventa se ha detectado un incremento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), no tan importante como podría parecer por la amplia difusión que han tenido en los medios de comunicación. Según diversos estudios, la prevalencia de los TCA es de alrededor del 1-4% en adolescentes y mujeres jóvenes, correspondiendo el 0,5-1% a la Anorexia Nerviosa (AN) y un 1-3% a la Bulimia Nerviosa (BN), 2-4% para las mujeres, y para los varones los porcentajes son entre un 5-10%.^{6, 10, 11}

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta, absorción y metabolización de los nutrientes y el requerimiento del organismo, cualquier factor que altere ese equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento.¹⁴ La adolescencia es uno de los periodos de aceleración del crecimiento con modificaciones morfológicas y fisiológicas, es por ello que se considera un periodo de riesgo, por este motivo la exploración de sintomatología de TCA en especial AN y bulimia nerviosa BN resulta sumamente importante.^{3, 4}

Anorexia Nerviosa

El término de anorexia nerviosa proviene del griego a-/ an (negación) + orégo (apetecer).

Consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso autoinducido y que lleva inexorablemente a un estado de inanición. Aunque la anorexia nerviosa suele considerarse una patología mental, no debe olvidarse que los niños y adolescentes con éste padecimiento pueden presentar complicaciones graves, incluida la muerte, motivo por el cual se deben controlar y tratar.¹¹

En la actualidad, en los países desarrollados, la anorexia nerviosa afecta aproximadamente a una de cada 200 jóvenes de entre 12 y 14 años y aunque las mujeres jóvenes (14-18 años) siguen siendo el colectivo más afectado, los varones, las mujeres maduras y los niños menores de 12 años comienzan a sumarse a la lista de víctimas de esta afección. La anorexia nerviosa es más frecuente en la mujer que en el varón en una proporción de 10 a 1. La mortalidad por anorexia nerviosa es de un 10% entre los pacientes que la padecen.¹²

Los diversos signos y conducta alimentaria que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos hacen difícil un diagnóstico oportuno; por lo que en los últimos años se han descrito numerosos instrumentos para la exploración de los mismos. Los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas estructuradas son los dos principales instrumentos para la evaluación de trastornos de la conducta alimentaria, existen además otras mediciones relacionadas, como es la preocupación por la imagen corporal, el índice de la masa corporal, la ingesta dietética, entre otras. Los cuestionarios autoaplicados reportan síntomas o conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. Cuando un individuo obtiene una puntuación que indique la presencia de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA), es necesario verificar el diagnóstico por medio de entrevistas estructuradas. El EAT 40 por sus siglas en inglés (Cuestionario de Actitudes Alimentarias) está descrito por algunos investigadores como una medición general de síntomas de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, mientras que otros lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con anorexia nerviosa. El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos

agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. El EAT es tal vez el cuestionario autoaplicado más utilizado.

Los reactivos del EAT-40 se contestan a través de una escala de 6 puntos tipo Likert. Los autores del EAT-40 sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT 40.

La confiabilidad de prueba- posprueba en un período de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba es del 77%, el predictor positivo es del 82%, el predictor negativo es del 93%. El EAT 40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos.^{8,13}

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders³ ([DSM-IV-TR]; APA, 2000) la anorexia nerviosa se diagnostica sobre la base de los siguientes criterios:

- a) Negativa a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y talla, presentando un peso corporal inferior al 85% del peso esperado. Otra forma de determinar la presencia de AN es cuando el índice de masa corporal (IMC) es igual o inferior a 17.5.
- b) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

- c) Alteración de la percepción del peso corporal o la silueta, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.
- d) En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos 3 ciclos mensuales consecutivos. En las niñas pre-puberales la AN puede retrasar la aparición de la menarca.

Se habla de dos subtipos de la AN: a) *Tipo restrictivo*; cuando la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso y no se recurre a atracones ni a purgas, y b) *Tipo compulsivo/purgativo*: cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos) y es incapaz de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo. En algunos casos no se presentan atracones, pero se recurre a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.^{11, 12}

Bulimia Nerviosa (BN)

La bulimia nerviosa (hambre de buey) es un trastorno mental relacionado con la comida, su característica esencial consiste en que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida de control. Suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a sufrir episodios de ingestas compulsivas. Un atracón consiste en consumir en un tiempo inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían.

La BN se caracteriza por atracones y uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar el sobrepeso, donde la autoevaluación del individuo está comprometida con la figura y peso corporales de manera importante.¹⁴

En un estudio de Johnson y Connors, 1987 se registró que del 2-3% de mujeres mayores de 13 años de edad sufren anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o ambas siendo la bulimia al menos dos veces más frecuente que la anorexia en mujeres sobre todo en aquellas culturas en las cuales se ejerce una fuerte presión social sobre la mujer respecto a la delgadez (Reiss, 1996; Toro, Salamero y Martínez, 1994; Hohlstein, Smith y Atlas, 1998). Al respecto, Kendler et al.(1991) refieren que una de cada 25 mujeres esta en riesgo de desarrollar el síndrome de bulimia nerviosa en algún momento de su vida, en tanto que su tasa de recuperación en un período de 5-10 años de seguimiento se sitúa en el 50%, de la mitad restante 20% permanece presentando los síntomas del síndrome bulímico (Keel y Mitchell 1997).

Son muchos los procedimientos utilizados para el tamizaje, detección y diagnóstico de la bulimia nerviosa, sin embargo quizás los más utilizados son la entrevista y los auto informes. El BULIT es un cuestionario de auto reporte de 36 reactivos bajo una escala bipolar de 5 opciones diseñado y validado en sus inicios con población estadounidense (Smith y Thelen, 1984). También existe la traducción y validación en su versión al español (Mora, 1992).¹⁵

El *DSM-IV-TR*³ (2000) establece los siguientes criterios para su diagnóstico:

- a) Episodios de sobre ingesta con la sensación de pérdida de control durante los episodios alimentarios.
- b) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, tales como: vómito, abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.
- c) La sobreingesta y conductas compensatorias inapropiadas ocurren en promedio mínimo 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

d) Su autoevaluación está exageradamente influenciada por la figura corporal y el peso.

e) Las alteraciones no ocurren exclusivamente durante el transcurso de AN.

Cabe señalar que las personas que padecen BN a menudo conservan un peso normal, acorde a su edad y talla o con variaciones ligeras.

Se presenta principalmente en adolescentes y jóvenes, es de inicio más tardío que la AN, ya que los atracones comienzan al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta, además suele persistir varios años, por ello algunos autores señalan que puede afectar a personas de distintas edades ya que es posible encontrar casos en menores desde los 11 años hasta mujeres adultas alrededor de los 40 años.

Se hace referencia a dos subtipos: a) *Tipo purgativo*: cuando se provoca el vómito y usan de manera inadecuada: laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio, b) *Tipo no purgativo*: cuando se emplean técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso.^{14, 16}

Factores de riesgo para TCA, AN y BN

En la etiopatogenia de los TCA se han propuesto numerosos modelos teóricos que sugieren varios ámbitos de riesgo, incluyendo el contexto cultural y familiar, la vulnerabilidad constitucional y los sucesos adversos de la vida personal.

Lindberg y colaboradores realizaron un estudio en Suecia que incluyó a 989,871 sujetos de los cuales 1,122 presentaron anorexia nerviosa. La incidencia acumulada de anorexia nerviosa de 1990 - 1998 fue de 0.22% en mujeres y 0.01% en hombres. Ellos refieren que ser mujer es el principal factor sociodemográfico de riesgo y también encontraron que tener un padre con desorden psiquiátrico incrementa el riesgo.¹⁷

Fairburn, investigador de la Universidad de Oxford, publicó una serie de estudios con respecto a los factores de riesgo de la BN, el trastorno por atracón y la AN. Para este fin, elaboró una escala de factores de riesgo como vulnerabilidad personal, factores ambientales, proclividad para ponerse a dieta, cada uno con diversos subfactores incluyendo también la edad en que ocurrió la menarca como factor de riesgo adicional, en el caso de trastorno por atracón encontró una asociación de factores de riesgo para trastornos psiquiátricos generales y obesidad y al compararlos con los factores de riesgo para Bulimia Nerviosa observó que los primeros factores de riesgo fueron menos importantes. Un hallazgo particularmente importante fue la tendencia a la autoevaluación negativa y los problemas en los padres (incluyendo el abuso del alcohol) significativamente elevado en los pacientes con Bulimia Nerviosa.^{9,10,12,14}

Para el estudio de factores de riesgo de Anorexia Nerviosa, Fairburn utilizó un diseño de casos y controles con una muestra de 67 mujeres con historia de AN, 204 controles sanos, 103 pacientes con otros trastornos psiquiátricos generales y 102 pacientes con bulimia, comparó estos grupos a través de un análisis de regresión logística adecuado para este diseño de casos y controles, ajustando variables para edad, clase social de los padres y edad de inicio del trastorno de la alimentación, cuyo objetivo fue: identificar los factores de riesgo para el desarrollo de anorexia nerviosa y compararlos contra los de bulimia nerviosa. Los sujetos con Anorexia Nerviosa tuvieron un promedio de edad de 22.4 ± 4.8 años. La edad de inicio promedio fue de 14.6 ± 3.0 años; en las pacientes con bulimia nerviosa las edades respectivas fueron $23,7 \pm 4.9$ años y 15.5 ± 3.9 años. Los sujetos con Anorexia

Nerviosa pertenecían a una clase social significativamente mayor que las pacientes con Bulimia Nerviosa. Los diagnósticos de los controles psiquiátricos fueron 81% trastorno depresivo mayor, 1% trastorno bipolar y 18% trastorno ansioso. Se observó una diferencia significativa entre los cuatro grupos en cuanto a edad de menarca las pacientes con Bulimia Nerviosa tuvieron una menarca significativamente más temprana (12.3 ± 1.4 años) en comparación a las pacientes de los otros tres grupos¹⁰

. LA FAMILIA Y LOS TCA, AN Y BN.

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad o su inicio.

A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsicosocial.¹⁸

En el caso de los trastornos alimentarios las relaciones familiares se consideran como un factor de riesgo, además son punto de atención en los tratamientos para

aumentar la posibilidad de éxito y para evitar que la familia sea un factor de mantenimiento. No obstante, paradójicamente la familia también podría ser un factor protector ante el impacto del contexto sociocultural.¹⁸

Los trastornos de la alimentación son cada vez más frecuentes en México, de acuerdo a los estudios realizados por Laura Elliot, directora de psicoterapia de la clínica Eating Disorders México que el 0.5% de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa, entre el 1.5 a 2.5% bulimia, mientras que el 50 y 70% son comedores compulsivos. Alrededor del 5 y 15% de las mujeres jóvenes tienen algún síntoma que orienta hacia un trastorno alimentario.²⁷

A pesar de que la dinámica familiar de familias bulímicas y anoréxicas, ha mostrado diferencias significativas con familias sin psicopatología alimentaria. No se ha logrado un punto de acuerdo dado que el análisis familiar ha seguido en los estudios diversas metodologías. Por las investigaciones hasta ahora realizadas sabemos que la familia desempeña un importante papel en el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos alimentarios y su estudio debe abarcar de manera conjunta todos los aspectos de la vida familiar que tengan vinculación con éstos, como las actitudes alimentarias y la funcionalidad familiar. En el estudio de este último punto ha trabajado un equipo de investigadores de la Universidad Autónoma de México, publicando tres artículos durante los años 2000 y 2001.¹⁹

El primer estudio publicado en el año 2000,¹⁹ tuvo como objetivo evaluar la dinámica familiar y la actitud alimentaria en familias de pacientes con trastorno alimentario, considerando las siguientes variables: nivel socioeconómico, edad, número de hijos, lugar que ocupaban entre los hermanos, con quién vivían, trastorno alimentario,

manejo y tiempo del trastorno, antecedentes familiares de obesidad y de trastorno psicológico. El estudio consideró 70 familias, 35 contaban con un hijo/a con TCA y 35 sin experiencia de este tipo de trastorno en alguno de sus miembros; se aplicaron instrumentos a ambos padres y a los hijos/as para medir la dinámica familiar (Escala de Ambiente Familiar [FES por sus siglas en inglés]) y para determinar los TCA (Cuestionario de Actitudes Alimentarias [EAT-40 por sus siglas en inglés]). En los esquemas familiares de las hijas se pudo observar que las percepciones de sus familias difieren considerablemente en los dos grupos; de hecho las puntuaciones del grupo control fueron mayores en casi todas las sub escalas del FES excepto en la sub escala de Conflicto donde el grupo clínico presentó una puntuación mayor. Las diferencias estuvieron en las sub escalas: Cohesión, Expresividad, Conflicto, Autonomía, Intelectual y Organización. Los padres (madres y padres) con hijos/as con trastorno alimentario, indicaron menores actividades sociales, así como mayor fomentación de la organización y la orientación al logro.

Este mismo grupo realizó otra investigación con el objetivo de determinar si existen diferencias en cuanto a la dinámica familiar (cohesión y adaptabilidad) de jóvenes con un tipo específico de sintomatología de trastorno alimentario (tipo anoréxico o bulímico) y un grupo control; para ello estudiaron a 80 mujeres solteras estudiantes de licenciatura, con una edad comprendida entre 19 y 24 años, las cuales fueron divididas con base en los puntos de corte del EAT y del Test de Bulimia (BULIT) en tres grupos: con sintomatología de anorexia, con sintomatología de bulimia y grupo control. Para valorar la dinámica familiar utilizaron la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. A partir de las comparaciones realizadas entre los grupos a

través del análisis ANOVA, se observó lo siguiente: respecto a la cohesión familiar en la dimensión real, se observó que las jóvenes con sintomatología bulímica percibieron a sus familias como menos cohesionadas que los otros dos grupos. Por otro lado, con relación a la adaptabilidad familiar en la dimensión real, sólo se encontró una diferencia significativa entre los grupos y fue para el caso de la asertividad, en donde las jóvenes con sintomatología de anorexia percibieron una mayor presencia de ésta en su familia que los otros dos grupos. A partir de lo anterior se determinó, que es ese estudio las jóvenes con sintomatología bulímica se caracterizan por ser menos cohesivas que el grupo con sintomatología anoréxica y el grupo control. Por otro lado, se observó que las familias de las jóvenes con sintomatología anoréxica fueron percibidas por ellas como excesivamente asertivas.²⁰

Por último este grupo realizó otra investigación con el objetivo de indagar si existían variables en las actitudes hacia el peso y la imagen corporal, dinámica familiar y hábitos alimentarios que discriminen entre familias con TCA y familias control. Para este estudio se consideraron a 68 familias, de las cuales 34 tuvieron un hijo/a con trastorno alimentario y 34 sin experiencia de TCA entre sus miembros. Las familias fueron entrevistadas para averiguar variables generales, se les aplicó el cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal y el FES. Los datos se analizaron en función de la presencia del trastorno a través de un análisis discriminante, con el método paso o paso (stepwise). En el grupo de las hijas fueron factores de riesgo, un alto grado de preocupación por el modelo estético corporal y una menor importancia por la dimensión de desarrollo dentro de la dinámica familiar.²¹

Se acepta generalmente que el origen de los trastornos alimentarios es un fenómeno complejo que involucra un interjuego de factores biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de esta perspectiva etiológica, las relaciones familiares han recibido una atención considerable como factor de riesgo o factor mantenedor.²⁰

La vida en familia es la influencia más temprana para la educación de los hijos. Es determinante en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica que son las interacciones más importantes en familia. Por eso se ha señalado que la salud mental del adolescente tiene íntima relación con su vida en familia. La familia se percibe como entidad positiva que beneficia a sus miembros; de lo contrario, si el ambiente es negativo, existe menor control sobre ellos mismos. El adolescente es muy sensible a su entorno cultural, si su desarrollo es anormal, aparecerán dificultades en sus relaciones (familia, escuela, sociedad). Los criterios normales en la vida del adolescente incluyen: ausencia de psicopatología grave, control de las acciones previas al desarrollo, flexibilidad en la expresión de sus afectos y del manejo de conflictos inevitables, buenas relaciones interpersonales, aceptando los valores y normas de la sociedad. Las dificultades entre los padres e hijos adolescentes se presentan, por lo general alrededor de la autoridad, sexualidad y valores.¹

El interés por la dinámica familiar en los trastornos alimentarios se encuentra en la historia de la anorexia nerviosa desde el siglo XIX, sin embargo es más recientemente, con el modelo de la familia psicósomática (Minuchin, Rosman y Baker, 1978) donde se organizan y presentan de una forma más clara las

características de estas familias, teniendo como sustento empírico la experiencia clínica. La dinámica familiar es un factor de influencia en casi todas las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica.

En muchos padecimientos llamados psicossomáticos o psicofisiológicos hay factores emocionales ligados a la interacción familiar que precipitan o perpetúan el síntoma.^{20,23}

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro haciendo que esta funcione bien o mal como unidad. Chagoya establece que la dinámica de una familia puede ser funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema de superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital (matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte) se caracteriza por 10 aspectos primordiales: afecto maduro y sólido, una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una definición clara de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad en las reglas y roles familiares para el desarrollo y la autonomía, preocupado por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como externas.^{18, 22, 23, 25}

La evaluación de la funcionalidad familiar es una de las características que más distinguen al médico familiar. Los instrumentos que se usan para evaluar la funcionalidad en la familia deben ser utilizados con la mayor confianza, la utilidad que brindan estos tienen gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico familiar a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar. Entre

estos se encuentra el modelo circunflejo de Olson que se basa en dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Las dimensiones de cohesión y adaptabilidad se han dividido en cuatro categorías en una escala nominal que contribuye a identificar cuatro tipos de familias balanceadas (funcionales) y cuatro tipos extremos (disfuncionales).

El modelo circunplejo da origen al paquete de evaluación circunfleja (CAP por sus siglas en inglés) incluye once instrumentos dentro de los cuales se encuentra FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) instrumento de auto aplicación, utilizado para evaluar las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad familiar. El cual está formada por 20 reactivos, 10 para cohesión y 10 para adaptabilidad. El análisis de confiabilidad demostró una buena consistencia interna con un alpha de Cronbach de 0.77 para cohesión y 0.62 para la adaptabilidad.

FACES III en español en México contiene 20 preguntas distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, la calificación de Cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en las preguntas nones y la adaptabilidad de la suma de los pares, es fácil de aplicar y calificar con una escala que incluye cinco opciones de valores (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre y tienen un valor de puntuación del 1 al 5) Se califican 4 niveles de cohesión que se caracterizan en tipos de familia en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada. Esta escala se relaciona con el nivel de cohesión , siendo el nivel más bajo el de las familias no relacionadas y el más alto el de las familias aglutinadas. Las familias semirrelacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio.^{22, 26.}

La adaptabilidad se clasifica en una escala cualitativa ordinal que identifica 4 tipos de familia: rígida, estructurada, flexible y caótica. El nivel más bajo de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas y el más alto a las familias caóticas. Los niveles intermedios clasifican a las familias como estructuradas o flexibles.²³

La correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina tres niveles de funcionamiento familiar con 16 tipos de familia de la siguiente manera:²⁴

Balanceada: funcionalidad familiar

- 1.- Flexiblemente separada: flexible(25-28)+separada(35-40)
- 2.- Flexiblemente conectada: flexible (25-28)+ conectada (41-45)
- 3.- Estructuralmente separadas: estructurada (20-24)+separada (35-40)
- 4.- Estructuralmente conectadas: estructurada (20-24)+ conectada (41-45)

Medio: funcionalidad familiar (antesala de la disfunción)

- 1.- Flexiblemente desligadas: flexible (25-28)+desligada (10-14)
- 2.- Flexiblemente amalgamadas: flexible (25-28)+ amalgamada (45-50)
- 3.- Caóticamente separadas: caótica (29-50)+ separada (35-50)
- 4.- Caóticamente conectadas: caótica (29-50)+ conectada (41-50)
- 5.- Estructuralmente desligadas: estructurada (20-24)+ desligada (10-34)
- 6.- Estructuralmente amalgamadas: estructurada (20-24)+ amalgamada (45-50)
- 7.- Rígidamente separadas: rígida (10-19)+ separada (35-40)
- 8.- Rígidamente conectadas: rígida (10-19)+ conectada (41-45)

Extremo: disfunción familiar

- 1.- Caóticamente desligadas: caóticas (29-50)+ desligadas (10-34)
- 2.- Caóticamente amalgamadas: caóticas (29-50)+ amalgamadas (45-50)

3.- Rígidamente desligadas: rígidas (10-19)+ desligadas (10-34)

4.- Rígidamente amalgamadas: rígidas (10-19)+ amalgamadas (45-50)

Relacionando las dimensiones de adaptabilidad y cohesión, Olso, Russell y Sprenkle plantearon que cuando hay un equilibrio fluido entre morfogénesis (cambio) y morfostásis (estabilidad) suele haber un estilo de comunicación mutuamente asertivo, circuitos de retroalimentación positivos y negativos, roles y reglas compartidos, siendo aquellos más explícitos que implícitos.

En contraposición, los sistemas familiares más disfuncionales se sitúan en los extremos de esta dimensión. Este tipo de familias suele tener más problemas a lo largo de su ciclo vital.^{22, 23, 26.}

2. Planteamiento del problema

La prevalencia de TCA es de alrededor del 1-4% en adolescentes y mujeres jóvenes, correspondiendo el 0-3-1% a la AN¹¹ y un 1-2% a la BN para las mujeres, y para los varones los porcentajes son entre un 5-10% del de las mujeres. Estas cifras puede que no sean alarmistas, pero si consideramos que estos trastornos aparecen en países desarrollados, donde la insatisfacción con la imagen corporal está muy difundida, podemos entender la alarma social y el creciente problema de salud pública que se avecina si no se frena esta tendencia.^{6,10,11}

Se acepta generalmente que el origen de los trastornos alimentarios es un fenómeno complejo que involucra una interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de esta perspectiva etiológica las relaciones familiares han recibido una atención considerable, es determinante en la respuesta conductual entre los adolescentes y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera reciproca reiterativa y dinámica.¹

Uno de los múltiples factores que se han investigado en la etiología de los trastornos alimentarios, son aquellas que tienen relación con ciertas pautas de interacción familiar, ya que es bien sabido que la familia es la encargada de promover la autonomía e independencia de sus miembros. Aspectos que parecen no ser adquiridos por aquellos que desarrollan un trastorno alimentario. Se han observado que una vez presente el trastorno, toda la atención y preocupación de la familia gira en torno del enfermo.¹

Una de las preguntas más apremiantes por resolver es si la disfunción familiar está en la etiología del trastorno, o si ha sido consecuencia de su presencia.

Después de realizar una amplia búsqueda en MEDLINE se encontró que aún existe controversia entre cómo intervienen las características del sistema familiar en la presencia de los TCA, en especial AN y BN. En México un grupo de investigadores de la UNAM ha revisado en los Estados del Centro, la sintomatología de estas enfermedades y algunos factores relacionados a la familia, sin embargo los instrumentos con los que evaluaron la dinámica familiar son diferentes en sus estudios (FES y FACES III).^{19,20}

Por todo lo anterior se realizó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relacionan los factores familiares con la sintomatología de Anorexia Nerviosa y/o Bulimia Nerviosa en adolescentes estudiantes de Taxco de Alarcón, Guerrero?

3. Justificación

En las ciudades cuyos ingresos son principalmente debidas al sector turístico la influencia de los países en desarrollo es teóricamente mayor, por lo que la insatisfacción corporal entre los jóvenes podría ser más prevalente con el consecuente aumento de la AN y BN.

Uno de los aspectos menos reconocidos en nuestro medio, a pesar de su enorme relevancia, lo constituye la interacción entre el adolescente y su familia. Existen tantos adolescentes y familias como la imaginación alcance. Es posible fijar ciertos parámetros que nos permitan conocer cual adolescente está definitivamente fuera de lo que podría considerarse normal dentro del campo de la psicopatología contemporánea. Los signos y síntomas preocupantes lo constituyen datos de psicopatología grave, falta de dominio de las tareas propias del desarrollo, ausencia de flexibilidad en el dominio de los conflictos y afectos inevitables, así como la carencia de aceptación de valores y normas sociales.¹

La familia en sí es un ente complejo en el que se manejan jerarquías, alianzas, se deben precisar límites y definir roles con base principalmente en la flexibilidad.

Los factores familiares considerados como riesgosos para la salud mental de los jóvenes son familias extremadamente rígidas, enfermedad crónica de algún miembro, divorcio o discordia entre los cónyuges, padres psicópatas o hermanos con actividades antisociales.¹

El conocimiento de la prevalencia de la sintomatología de estas dos enfermedades y que factores la influyen en los jóvenes de una ciudad turística por excelencia pueden proporcionarnos herramientas para detectar oportunamente la AN y la BN.

Con esta investigación se pretende cambiar nuestra actitud en la consulta diaria, la que debería estar alerta ante cualquier adolescente que realiza o nos solicite una dieta, investigando si presenta factores relacionados con la familia que incrementen el riesgo de desarrollar de AN y/o BN para prevenir estos trastornos.

4. Hipótesis

Los factores familiares se relacionan con la sintomatología de Anorexia Nerviosa y/o Bulimia Nerviosa en adolescentes estudiantes de Taxco de Alarcón, Guerrero.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Analizar la relación de los factores familiares con la sintomatología de AN y/o BN en adolescentes estudiantes de Taxco de Alarcón, Guerrero.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

Transversal, comparativo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio

Para este estudio se consideró como población diana a los adolescentes de 10 a 19 años con 11 meses de edad usuarios de los servicios del HGSZMF No.5. La población de estudio fueron los adolescentes estudiantes de nivel medio, de Taxco de Alarcón, Guerrero.

6.3 Tamaño de la muestra y técnica de muestreo

El muestreo fue por conglomerado, sin embargo no se calculó el tamaño mínimo de muestra dado que se contó con la población de las escuelas donde se realizó la encuesta.

6.4 Definición de las unidades de observación y del grupo control.

Las unidades de estudio fueron los adolescentes de las escuelas secundarias del Centro Cultura y Acción, Secundaria Técnica Netzahualcóyotl y Colegio Miguel Ángel.

6.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Adolescentes de uno u otro sexo.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Que cursen con algún trastorno psicológico o psiquiátrico.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos o ilegibles

6.6 Definición y operacionalización de variables

Variable dependiente

Sintomatología de Anorexia Nerviosa

Definición: síntomas de alteración grave de la percepción de la propia imagen, con un temor morboso a la obesidad.

Escala: cualitativa

Indicador: calificación obtenida en el EAT-40.

1) ≥ 30 puntos: con sintomatología de anorexia

2) < 30 puntos: sin sintomatología de anorexia.

Operacionalización: se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-4^o), el cual es un cuestionario de auto reporte de 40 reactivos que evalúan la presencia de sintomatología de trastorno alimentario y se clasificó con sintomatología o sin sintomatología para anorexia nerviosa de acuerdo a la siguiente puntuación:

1) ≥ 30 puntos: con sintomatología de anorexia

2) < 30 puntos: sin sintomatología de anorexia

Sintomatología de Bulimia Nerviosa

Definición: episodios incontrolados de comer en exceso (atracones) seguidos normalmente de purgas.

Escala: cualitativa

Indicador: calificación obtenida en el BULIT.

1) \geq 85 puntos: con sintomatología de bulimia

2) $<$ 85 puntos: sin sintomatología de bulimia.

Operacionalización: se aplicó el Test de Bulimia (BULIT), el cual es un cuestionario de autoreporte de 36 reactivos, diseñado como un instrumento de screening de la bulimia nerviosa, asimismo ha sido validado en mujeres mexicanas., mediante el cual se obtuvo una calificación que clasificó al encuestado con o sin sintomatología bulímica.

Variable independiente

Factores relacionados a la familia

Estructura Familiar

Definición: la estructura familiar hace referencia a unas determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto.

Escala: cualitativa

Indicador: 1) nuclear 2) extensa 3) compuesta

Operacionalización: en la entrevista se incluyó una pregunta donde se interrogó con quien vive el paciente, clasificando a la familia de acuerdo a: si conviven padres e hijos es una familia nuclear, si en el mismo domicilio vive además del núcleo algún otro miembro consanguíneo es extensa, si además de vivir con familiares hay un miembro ajeno a la familia como padrinos o amigos es una familia compuesta.

Funcionalidad familiar

Definición: la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.¹⁵

Escala: cualitativa

Indicador: 1) tipo balanceado

2) tipo medio

3) tipo extremo

Operacionalización: se aplicó el cuestionario FACES III para la evaluación de la funcionalidad familiar a cada paciente. Para obtener la cohesión se realiza la suma de todos los ítems impares, se definen cuatro tipos de cohesión: desligada con un rango de puntaje de 10-34, separada de 35-40, conectada de 41-45 y amalgamada de 45-50; para obtener la adaptabilidad se procede a realizar la suma de todos los ítems pares, hay cuatro tipos: rígidas con un rango de puntaje de 10-19, estructuradas de 20-24, flexible de 25-28 y caótica de 29-50 puntos; luego cada puntaje se ubica en el rango correspondiente a la dimensión medida. Combinando

los cuatro niveles de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas familiares, agrupados a su vez en tres modos de funcionamiento familiar: tipo balanceado, rango medio y tipo extremo.²¹

Otras variables

Sexo

Definición: clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.

Escala: cualitativa

Indicador: 1) Masculino 2) Femenino.

Operacionalización: el que se observó en el entrevistado y respondió en el interrogatorio directo.

Etapas de la adolescencia

Definición: etapas en las cuáles predominan rápidos cambios físicos, cognoscitivos y emocionales.

Escala: cuantitativa

Indicador: 1) Temprana 10-12 2) Media 13-15 3) Tardía 16-19

Operacionalización: se interrogó sobre los años cumplidos al momento de la encuesta y posteriormente se clasificará en tres etapas.

Escolaridad

Definición: período de tiempo durante el cuál se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.

Escala: cualitativa

Indicador: 1) primer año secundaria 2) segundo año secundaria 3) tercer año secundaria

Operacionalización: mediante interrogatorio directo se obtuvo el grado máximo de estudio del paciente.

Instrumentos.

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-4^o), el cual es un cuestionario de autoreporte de 40 reactivos que evalúan la presencia de sintomatología de trastorno alimentario el cual fue traducido al español y validado por Castro, Toro, Salamero y Guimerá. Asimismo, ha sido validado para población femenina de México, reportando una especificidad del instrumento para evaluar la presencia de sintomatología de anorexia nerviosa.

Test de Bulimia (BULIT), el cual es un cuestionario de auto reporte de 36 reactivos, diseñado como un instrumento de screening de la bulimia nerviosa, asimismo ha sido validado en mujeres mexicanas.

6.7 Descripción general del estudio

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud de la UMF No. 9 en Acapulco Guerrero, se procedió a captar a los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. Previa consentimiento informado, se procedió a aplicar los cuestionarios BULIT y EAT-40 en las escuelas mencionadas y posteriormente se aplicó el FACES III.

6.8 Análisis estadísticos

Una vez obtenidos los datos de las encuestas, se procedió a capturar la información con ayuda del software Statistical Package for the Social Sciences para Windows™ (SPSS™ v.12.0). Se realizó análisis bivariado obteniendo frecuencias simples y proporciones.

6.9 Consideraciones éticas de la investigación

Esta investigación está de acuerdo a la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” Asamblea General 52^a, en Edimburgo, Escocia en octubre 2000, también con la “Ley General de Salud” de México y con su “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”, en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I. Para su realización se les solicitó consentimiento informado a los adolescentes que formaron parte del estudio, explicándoles en que consistiría, y que la información resultante será confidencial.

7. RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los adolescentes entrevistados en nuestro estudio se observaron que 82 (75.9%) pertenecía a la etapa media de la adolescencia y 26 (24.1%) a la etapa temprana. Predominando el sexo masculino con 57 (52.8%) y 51 (47.2%) para el femenino. En cuanto a su escolaridad el mayor número de entrevistados fue de 3º año de secundaria con 50 (46.3%) siguiéndole en orden los de 1º año con 40 (37.0%) y con 18 (16.7%) para los de 2º año. ^{TABLA 1}

En lo que respecta a tipología de familia, las nucleares predominaron con 75 (69.4%) seguidas de las compuestas con 23 (21.3%) y extensas con 10 (9.3%). Observándose en la funcionalidad familiar que las extremas o disfuncionales prevalecieron con 45 (41.7%) las de tipo medio o predifuncionales con 41 (38.0%) y 22 (20.4%) en familias balanceadas o funcionales. ^{TABLA 2}

En cuanto a la distribución de la presencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se observaron 30 (27.8%), 20 (18.5%) para bulimia nerviosa y 17 (15.7%) para anorexia nerviosa. ^{TABLA 3}

En lo que respecta a los síntomas de anorexia nerviosa con la edad, se observó que en las edades de 12-13 años se presentaron 8 (47.0%) con síntomas y para las edades de 14-15 años 9 (52.9%), sin relación significativa ($p=0.42$). ^{TABLA 4}

En cuanto al sexo femenino se observaron 9 (52.9%) con síntomas de anorexia nerviosa y en el sexo masculino 8 (47.0%), sin relación estadísticamente significativa ($p=0.60$). ^{TABLA 5}

Por otra parte en relación a la escolaridad y los síntomas de anorexia nerviosa predominaron los alumnos de tercero de secundaria con 9 (52.9%) y 8 (47.0%). para los de primero y segundo año. ^{TABLA 6}

En las etapas de la adolescencia con los síntomas de anorexia nerviosa se observó que en la etapa media se presentaron mayor número de casos con síntomas reportando 16 (94%) y 1 (5.8%) con síntomas para la etapa temprana. ^{TABLA 7}

En relación a la funcionalidad familiar y presencia de síntomas de anorexia nerviosa se observaron 9 (52.9%) con síntomas en familias disfuncionales y 8 (47.0%) en familias sin disfunción familiar lo cual indica que no existe relación significativa ($p=0.30$). ^{TABLA 8}

En la tipología de familia y síntomas de anorexia predominó la de tipo nuclear con 10 (5.8%) con síntomas y 65 (71.4%) sin síntomas para anorexia con una $\chi^2 = 1.06$ sin asociación significativa ($p= 0.30$). ^{TABLA 9}

En relación a los síntomas de bulimia nerviosa con la edad, se observó que en las edades de 12-13 años se registraron 37 (42%) con síntomas y para las edades de 14-15 años se registraron 51(57.9%) con síntomas de bulimia nerviosa, sin relación estadísticamente significativa ($p=0.14$). ^{TABLA 10} Predominó el sexo masculino con 49 (55.6%) con síntomas de bulimia sobre el femenino con 39 (44.3%), sin relación estadísticamente significativa. ($p= 0.20$) ^{TABLA 11}

En cuanto a la relación de síntomas de bulimia nerviosa y la escolaridad se observó que predominaron los alumnos de primero y segundo año de secundaria con 45 (51.1%) y 43 (48.8%) en alumnos de tercero de secundaria, sin relación estadísticamente significativa ($p=0.26$). ^{TABLA 12}

En relación a las etapas de la adolescencia predominó la etapa media con 17 (85%) con síntomas de bulimia nerviosa y 3 (15%) para la etapa temprana, no se observó relación estadísticamente significativa ($p= 0.29$). ^{TABLA 13}

Por el contrario para bulimia nerviosa se presentaron 8 (40%) con síntomas en familias disfuncionales y 12 (60%) en familias sin disfunción familiar, lo que concluye que no existe asociación significativa ($p=0.86$). ^{TABLA 14}

En lo que se refiere síntomas de bulimia y tipología de familia también predominó la de tipo nuclear con 14 (70%) con síntomas y 61 (69.3%) sin síntomas. ^{TABLA 15}

La fuerza de asociación que se calculó en las variables sociodemográficas en relación a los síntomas de trastornos de conducta alimentaria (TCA), la etapa temprana de la adolescencia fue el factor que presentó mayor asociación, seguido del sexo masculino y tercer año de escolaridad. Los adolescentes en la etapa media mostraron 3.76 más veces de probabilidad de presentar trastornos de la conducta alimentaria que los de la etapa temprana, el intervalo de confianza de 95% fue de 1.09 y el sexo femenino 1.69 más de veces de probabilidad que los del sexo masculino con un intervalo de confianza de 95% de 0.73, para los de 3º y 2º año de secundaria 1.17 y 0.74 más de veces de probabilidad respectivamente con un intervalo de confianza de 95% de 0.37 y 0.29 que los de 1º año de secundaria. ^{TABLA 16}

La fuerza de asociación en las variables familiares en relación a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), las familias compuestas tuvieron mayor asociación con 1.12 más veces de probabilidad para presentar estos trastornos, que la extensa con 0.64 más de veces de probabilidad.

En la funcionalidad familiar, las familias extremas o disfuncionales mostraron 0.87 más veces de probabilidad de presentar los trastornos de la conducta alimentaria que las familias tipo media o predisfuncionales con 0.36, con un índice de confianza de 95% de 0.31 y 0.11 respectivamente. ^{TABLA 17}

7.1 TABLAS

TABLA 1 Características sociodemográficas de los adolescentes encuestados (N=108)

Variables	n	%
Etapas de la adolescencia		
Temprana	26	24.1
Media	82	75.9
Sexo		
Masculino	57	52.8
Femenino	51	47.2
Escolaridad		
1° secundaria	40	37.0
2° secundaria.	18	16.7
3° secundaria	50	46.3

FUENTE: Encuesta estructurada

TABLA 2 Características familiares de los adolescentes encuestados N= (108)

Variables	n	%
Tipología familiar		
Nuclear	75	69.4
Extensa	10	9.3
Compuesta	23	21.3
Funcionalidad familiar		
Balanceada	22	20.4
Media	41	38.0
Extrema	45	41.7

FUENTE: Encuesta estructurada

TABLA 3 Distribución de los adolescentes entrevistados de acuerdo a la presencia de los TCA (N=108)

Variables	n	%
Síntomas de anorexia		
Sí	17	15.7
No	91	84.3
Síntomas de bulimia		
Sí	20	18.5
No	88	81.5
Síntomas de TCA		
Sí	30	27.8
No	78	72.2

FUENTE: Encuesta estructurada

TABLA 4 Relación de síntomas de anorexia nerviosa con la edad.

Edad	Síntomas de anorexia		Total
	Sí	No	
12 años	1	25	26
13 años	7	16	23
14 años	6	40	46
15 años	3	10	13
Total	17	91	108

Chi²= 0.63 P= 0.42

TABLA 5 Relación de los síntomas de anorexia nerviosa con el sexo

Sexo	Síntomas de anorexia		Total
	Sí	No	
Femenino	9	42	51
Masculino	8	49	57
Total	17	91	108

Chi²= 0.26 P=0.60

TABLA 6 Relación de síntomas de anorexia nerviosa con escolaridad.

Escolaridad	Síntomas de anorexia		Total
	Sí	No	
1o.secundaria	3	37	40
2o.secundaria	5	13	18
3o.secundaria	9	41	50
Total	17	91	108
Chi²= 0.35			P=0.55

TABLA 7 Relación de síntomas de anorexia nerviosa y etapas de la adolescencia

Etapas de la adolescencia	Síntomas de anorexia		Total
	Sí	No	
Temprana	1	25	26
Media	16	66	82
Total	17	91	108
Chi²=3.62			p=0.057

TABLA 8 Relación de síntomas de anorexia nerviosa y funcionalidad familiar

Funcionalidad familiar	Síntomas de anorexia		Total
	Sí	No	
Balanceada	4	18	22
Medio	4	37	41
Extremo	9	36	45
Total	17	91	108
Chi ² =1.05			p=0.30

TABLA 9 Relación de síntomas de anorexia nerviosa y tipología de familia

Tipología de familia	Síntomas de anorexia		Total
	Sí	No	
Nuclear	10	65	75
Extensa	1	9	10
Compuesta	6	17	23
Total	17	91	108
Chi ² =1.06			p=0.30

TABLA 10 Relación de síntomas de bulimia nerviosa con la edad.

Edad	Síntomas de bulimia		Total
	Sí	No	
12 años	23	3	26
13 años	14	9	23
14 años	41	5	46
15 años	10	3	13
Total	88	20	108

Chi²=2.10 P=0.14

TABLA 11 Relación de síntomas de bulimia nerviosa con el sexo

Sexo	Síntomas de bulimia		Total
	Sí	No	
Femenino	39	12	51
Masculino	49	8	57
Total	88	20	108

Chi²= 1.59 P=0.20

TABLA 12 Relación de síntomas de bulimia nerviosa con la escolaridad

Escolaridad	Síntomas de bulimia		Total
	Sí	No	
1° secundaria	30	10	40
2° secundaria	15	3	18
3° secundaria	43	7	50
Total	88	20	108

Chi²= 1.25 P= 0.26

TABLA 13 Relación de síntomas de bulimia con etapas de la adolescencia

Etapas de la adolescencia	Síntomas de bulimia		Total
	Sí	No	
Temprana	3	23	26
Media	17	65	82
Total	20	88	108

Chi²=1.10 p=0.29

TABLA 14 Relación de síntomas de bulimia nerviosa y funcionalidad familiar

Funcionalidad familiar	Síntomas de bulimia		Total
	Sí	No	
Balanceada	6	16	22
Medio	6	35	41
Extremo	8	37	45
Total	20	88	108
Chi²=0. 03			p=0.86

TABLA 15 Relación de síntomas de bulimia nerviosa y tipología familiar

Tipología de familia	Síntomas de bulimia		Total
	Sí	No	
Nuclear	14	61	75
Extensa	2	8	10
Compuesta	4	19	23
Total	20	88	108
Chi²=0. 00			p=0.95

TABLA 16 Fuerza de asociación de las variables sociodemográficas en relación a los síntomas de TCA.

Variables	RM	IC_{95%}	
Etapas de la adolescencia			
Temprana	-	-	-
Media	3.76	1.09	12.72
Sexo			
Masculino	-	-	-
Femenino	1.69	0.73	3.92
Escolaridad			
1° secundaria	-	-	-
2° secundaria.	0.74	0.29	1.85
3° secundaria	1.17	0.37	3.75

FUENTE: Encuesta estructurada

. *Razón de momios
*Intervalo de confianza

TABLA 17 Fuerza de asociación de las variables familiares en relación a los síntomas de TCA.

Variables	RM	*IC_{95%}	
Tipología familiar			
Nuclear	-	-	-
Extensa	0.64	0.14	2.95
Compuesta	1.12	0.41	3.06
Funcionalidad familiar			
Balanceada	-	-	-
Media	0.36	0.11	1.15
Extrema	0.87	0.31	2.49

FUENTE: Encuesta estructurada.

*Razón de momios
*Intervalo de confianza

8. DISCUSION

Se acepta generalmente que el origen de los trastornos alimentarios es un fenómeno complejo que involucra una interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Dentro de esta perspectiva etiológica las relaciones familiares han recibido una atención considerable como factor de riesgo²⁰

Álvarez, Mancilla y Vázquez, reportan en un estudio que del 2 al 3% de mujeres mayores de 13 años de edad sufren de anorexia¹⁵ en nuestro estudio el porcentaje es mayor significativamente.

Lenoir y Silber en un estudio realizado en Argentina reportaron una mayor prevalencia en el sexo femenino para la anorexia nerviosa con una relación de 10:1 respecto al sexo masculino¹¹, en el presente estudio no se observó diferencia significativa, entre un sexo y otro, con una población estudiada homogénea.

La Escuela Médica de Harvard estima en algunas de sus muestras sobre desordenes de alimentación que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones, de las cuales el 6% de las mujeres está terminando su instrucción secundaria²⁷ en nuestra muestra el total de afectados fue de 67 casos que corresponde a un mayor porcentaje.

Álvarez, Vázquez, Dorantes y colaboradores observaron al aplicar el instrumento FACES III que las pacientes con anorexia nerviosa pertenecían a familias disfuncionales, datos que confirmaron Meyer y Russell¹⁹ en nuestro estudio no se observó una diferencia significativa, sin embargo existe tendencia a la disfunción.

Alvarez, Mancilla y Arevalo, en un estudio realizado en población mexicana refieren que una de cada 25 mujeres de 15 a 30 años de edad está en riesgo de desarrollar bulimia nerviosa ¹⁵ en el presente estudio encontramos que es más frecuente en las edades de 14 -15 años. Así mismo afirman que la bulimia nerviosa es al menos 2 veces más frecuente en mujeres,¹⁵ en el presente estudio se observó mayor proporción en el sexo masculino, aún cuando el total de los entrevistados fue prácticamente la misma en un sexo y otro.

Pipher, psicoterapeuta en casos de trastornos de la conducta alimentaria en Norteamérica, revela que la bulimia ha constituido una epidemia en la década de los ochenta y noventa y en la actualidad en un 8-20% de las mujeres escolares entre 10 a 20 años de edad son bulímicas.²⁸ En el presente estudio se observó que predominó en los alumnos de tercer año de secundaria entre las edades de 12 y 14 años, sexo masculino, así como en la etapa media de la adolescencia que concuerda con este grupo de edad.

Dorantes, Alvarez, Ruelas y Mancilla en 1998, corroboran en sus estudios realizados en la Universidad Autónoma de México, que las pacientes bulímicas perciben a sus familias como disfuncionales¹⁹ sin embargo en nuestro estudio hay predominio de familias funcionales.

Peláez, Labrador y Raich mencionan que de acuerdo al Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud, la Asociación Americana de Psiquiatría y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA Hoek & van Hoeken, establecen una proporción de 1:9 varones respecto a mujeres⁶ en nuestro estudio fue de 1 a 6.

Álvarez, Mancilla y Vázquez en cuanto a la disfunción familiar, refieren un modelo de continuidad para la asociación de disfunción familiar y la presencia de un trastorno alimentario planteado por Tachi, el cual predice que con la existencia de familias disfuncionales se presentará una alta probabilidad de trastorno de la conducta alimentaria (TCA)¹⁵ en nuestro estudio predominaron las familias disfuncionales y compuestas aunque no fue estadísticamente significativo, lo que no apoya al planteamiento de Tachi, de que esto origine un trastorno de la conducta alimentaria.

9. CONCLUSIONES

En las características sociodemográficas de los adolescentes entrevistados predominó la etapa media, sexo masculino, la escolaridad de tercer año de secundaria, familias nucleares y funcionales.

Los síntomas de anorexia nerviosa predominan en las edades de 14 y 15 años, en la etapa media de la adolescencia, de uno u otro sexo, escolaridad de tercer año de secundaria, las familias disfuncionales y nucleares.

Los síntomas de bulimia nerviosa prevalecen en las edades de 14 y 15 años, etapa media de la adolescencia, sexo masculino, y tercer año de secundaria, las familias funcionales y nucleares.

Las variables sociodemográficas que mayor fuerza de asociación presentaron en relación a los síntomas de trastornos de conducta alimentaria fueron la etapa media de la adolescencia, sexo femenino, escolaridad de tercer año de secundaria, familias compuestas y extremas o disfuncionales.

10. RECOMENDACIONES

Capacitar al equipo de salud para identificar en forma oportuna los signos y síntomas del paciente con Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa.

Integrar un programa que sea prioritario en el Sistema de Salud, en la población de riesgo, realizando búsquedas intencionadas de estos trastornos.

Comunicar a los grupos de riesgo las complicaciones que ocasionan estos trastornos a fin de implementar medidas preventivas.

Concientizar en cuanto a que la prevención primaria es un componente esencial en la disminución de la incidencia de estos trastornos, esta medida debe basarse principalmente en la educación de la población acerca de conductas sanas, con especial referencia a la alimentación y actividad física.

Promover la reflexión del médico de primer nivel para mejorar la calidad de vida de los adolescentes a través de prevenir y evitar las complicaciones de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

11. REFERENCIAS

- 1.-Mendizábal JA, Anzures B. La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex 1999; 62:191-197
- 2.-Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI). Resultados definitivos del II Censo de Población 2005.
- 3.-Risueño A, Mota I. La adolescencia como constructo. Rev Arg Psiquiatria 2006; 17: 424-43
- 4.-Serfaty E, Cassanueva E, Zavala M, Andrade J, Boffi -Boggero H, Leal-Marchena N, y cols. Violencia y riesgos asociados en adolescentes. Adolesc Latinoam 2002; 3: 1-15.
- 5.- Espinosa A, Anzures B. Adolescentes. Rev Med Hosp Gen Mex 2001; 64:167-174
- 6.- Peláez F, Escursell R. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2005; 5 (2) 135-148
- 7.-Santos JI, Villa JP, García MA, León G, Quezada S, Tapia R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pub Mex 2003; 45:1-20.
- 8.-Iñárritu MC, Cruz V, Morán I. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. RESPYN 2004; 5 : 1-9
- 9.- Crispo R, Guelar D. Adolescencia y trastornos del comer. 1ª ed. Editorial Gedisa S.A. Barcelona 2000; 252-261
- 10.-Flores M, Caballero A. Factores de riesgo para anorexia nerviosa. Rev Fac Med UNAM 2000; 42: 468-476

- 11.-Lenoir, Silber. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Arch Argent Pediatr 2006; 104 (3): 253-260
- 12.- Duker, Slade. Anorexia nerviosa y bulimia. 2°. ed. Editorial Limusa. Grupo Noriega Editores México D.F. 2001; 72-77
- 13.- Baile J, Raich R, Garrido E. Evaluación e insatisfacción corporal en adolescentes. Anales Psicología 2003; 19: 187-192
- 14.- Wikipedia, La enciclopedia libre. Bulimia. <http://es.wikipedia.org/wiki/Bulimia> 29-06-07
- 15.- Álvarez GL, Mancilla JM, Vázquez R. Propiedades psicométricas del Test de Bulimia. (BULIT) Rev Psicol Contemporanea 2007; 7 (1) 74-85
- 16.- Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. Rev Chil Nutr 2002; 29 (2) 92-97
- 17.- Linderbg L, Hjerm A. Risk Factors for Anorexia Nervosa. A National Cohort Study Int J Eat Disord 2003; 34: 397-408
- 18.- Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pub 2003; 29 :(1) 48-51.
- 19.- Álvarez GL, Vázquez R, Dorantes I, López X, Mancilla JM. Dinámica Familiar de jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario: cohesión y adaptabilidad. Rev Fac Med UNAM 2001; 14(1): 33-46
- 20.- Vazquez R, Álvarez GL, Mancilla Díaz JM. Dinámica Familiar y actitudes alimentarias de familias con pacientes de trastorno alimentario. Rev Psicoterapia y Familia 2000; 13:(1) 56-68
- 21.-Schlesselman JJ, Stolley PD. Case-Control Studies. Design, Conduct, Analysis. United States of America: Oxford University Press 2001; 19 (5) 3-53

- 22.- Corzo C. Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Atención Primaria 1998; 21 (5): 275-282.
- 23.- Santa Cruz VJ. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983; 21(4): 348-357
- 24.- Zegers B, Larrain E, Polano A, Trep A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar de Olson, Russel & Sprenkle para el diagnóstico de funcionalidad familiar en la población Chilena. Rev Chil Neuro Psiquiat 2003; 41 (41) 39-54.
- 25.- Velasco OR, Chávez AV. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev Med IMSS 1994; 32: 271-275
- 26.- Martínez A, Iraurgi I, Galindez E, Saenz M. Family adaptability and Cohesion Evaluation Scale. (FACES) International Journal of clinical and Health Psychology 2006; 6(2): 317-338
- 27.- Elliot L. Prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros trastornos de alimentación. <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html> 04/09/2007.
- 28.- Pipher M. El infierno de trastornos de alimentación. 1ª. ed. Editorial Grijalbo España 2003: 237-245

12. ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acapulco Gro., a 24 enero de 2008

Por medio de la presente he sido ampliamente informado de los objetivos del estudio y de que mi participación consistirá en proporcionar información verídica, la cual será manejada confidencialmente, y que además conservo el derecho de renunciar a dicho estudio en cualquier momento que lo determine.

Título del estudio: Estructura y funcionalidad familiar relacionados con la sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en los adolescentes estudiantes de Taxco Gro.,

Que es la anorexia?

Es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por el rechazo a ingerir alimentos para disminuir de peso y que se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y peso corporal.

Que es la bulimia?

Es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de ingesta voraz, durante el cual el paciente pierde totalmente el control y en donde posteriormente recurre a los vómitos auto inducidos y a la utilización de laxantes, diuréticos o enemas.

El objetivo del estudio es valorar que factores intervienen en la aparición de anorexia y bulimia y cual es la prevalencia en la ciudad de Taxco Gro.

Tu participación consistirá en contestar un cuestionario para valorar dicho objetivo.

Declaro que se me a informado ampliamente sobre los posibles beneficios de mi participación en este estudio.

El investigador principal se a comprometido a darme información oportuna así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador me ha dado seguridad de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.

ACEPTO

INVESTIGADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

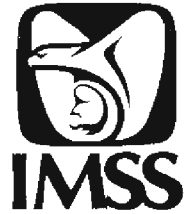
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E

INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACAPULCO GRO



	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí						<input type="checkbox"/>
2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
11.- Nos sentimos muy unidos.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

12.- En nuestra familia los hijos toman decisiones.	1	2	3	4	5	_
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	1	2	3	4	5	_
14.- En nuestra familia las reglas cambian.	1	2	3	4	5	_
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.	1	2	3	4	5	_
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	1	2	3	4	5	_
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.	1	2	3	4	5	_
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	1	2	3	4	5	_
19.- La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5	_
20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.	1	2	3	4	5	_

FACES III LAS OPCIONES A CADA RESPUESTA SON:

1.-Nunca 2.- Casi nunca 3.-Algunas veces 4.- Casi siempre 5.-Siempre

Adaptado a la población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición,

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla
2. Contesta de manera individual
3. Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible
4. Especifica tu respuesta anotando en una X en el inciso que más adecue a lo que piensas o haces
5. Recuerda que la información que proporciones será confidencial

UNAM-FES

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Fecha: _____

1.- ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena(o) (atracándote)?

- | | |
|---|--------------------------|
| a) Una vez al mes mas o menos (o nunca) | d) 3-6 veces a la semana |
| b) 2-3 veces al mes | e) Una vez al día o más |
| c) Una vez o dos a la semana | |

2.- Estoy satisfecho (a) con mis hábitos alimentarios.

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| a) De acuerdo | d) En desacuerdo |
| b) Neutral | e) Muy en desacuerdo |
| c) Un poco desacuerdo | |

3.- ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| a) Prácticamente cada vez que como | d) Algunas veces |
| b) Muy frecuentemente | e) Rara vez o nunca |
| c) A menudo | |

4.- ¿Te autodenominarías actualmente una tragona o tragón?

- | | |
|-----------------------|---------------|
| a) Si, siempre | d) Alguna vez |
| b) Muy frecuentemente | e) Nunca |
| c) A menudo | |

5.- Prefiero comer

- | | |
|----------------------|------------------------|
| a) En casa sola (o) | d) En casa de un amigo |
| b) En casa con otros | e) Me da igual |
| c) En un restaurante | |

6.- ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| a) Siempre, la mayoría de las veces | d) Raramente |
| b) Muchas veces | e) Nunca |

c) Ocasionalmente

7.- Uso laxante o supositorios para controlar mi peso

- a) Una vez al día o más
- b) 3-6 veces por semana
- c) Una vez por semana
- d) 2-3 veces al mes
- e) Una vez al mes o nunca

8.- Como hasta sentirme demasiado cansada(o) para continuar comiendo

- a) Por lo menos una vez al día
- b) 3-6 veces por semana
- c) De una a dos veces por semana
- d) 2-3 veces al mes
- e) Una vez al mes o nunca

9.- ¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, malteadas o dulces entre comidas?

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Rara vez o nunca
- e) No como entre comida

10.- ¿En que grado éstas de preocupada(o) por comer entre comidas?

- a) No como entre comidas
- b) Me preocupa un poco
- c) Preocupación moderada
- d) Gran preocupación
- e) Probablemente es la ción de mi vida

11.- La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida pudo consumir de un jalón

- a) Si
- b) Muy probablemente
- c) Probablemente
- d) Difícilmente
- e) No

12.- ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?

- a) Muy frecuentemente
- b) Frecuentemente
- c) Bastante a menudo
- d) Ocasionalmente
- e) Raramente o nunca

13.- Temo comer algo por miedo a no ser capaz de parar

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Frecuentemente
- d) Algunas veces
- e) Rara vez o nunca

14.- Me siento mal conmigo misma(o) después de comer demasiado

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Algunas veces
- d) Rara vez o nunca
- e) No como demasiado

15.- ¿Con qué frecuencia te provocas vomito después de comer?

- a) Dos o más veces a la semana
- b) Una vez a la semana
- c) 2-3 veces al mes
- d) Una vez al mes
- e) Nunca

16.- ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?

- a) No como entre comidas molesta conmigo
- b) Me siento bien
- c) Me siento moderadamente molesta(o) conmigo misma(o)
- d) Me siento bastante molesta(o)
- e) Me odio

17.- Como mucho incluso cuando no estoy hambrienta(o)

- a) Muy frecuentemente
- b) Frecuentemente
- c) Ocasionalmente
- d) Algunas veces
- e) Rara vez o nunca

18.- Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Frecuentemente
- d) Algunas veces
- e) Rara vez o nunca

19.- He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas

- a) No en el año pasado
- b) Una vez en el año pasado
- c) 2-3 veces el año pasado
- d) 4-5 en el año pasado
- e) Más de 5 veces el año pasado

20.- Me siento triste o deprimida(o) después de comer más de lo que había planeado comer

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Frecuentemente
- d) Algunas veces
- e) Rara vez o alguna

21.- Entre comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas)

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Frecuentemente
- d) Algunas veces
- e) Rara vez o no como entre comidas

22.- Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:

- a) Mayor que la capacidad de otros
- b) Más o menos la misma
- c) Menor que la capacidad de otros
- d) Mucho menor
- e) No tengo ningún control

c) Menor

23.- Uno de tus mejores amigos sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera, comiendo bastante y sintiéndote incomoda(o) ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| a) Bien, contenta(o) de haber probado ese nuevo restaurante conmigo misma | c) Algo decepcionada (o) |
| b) Un poco arrepentida(o) por haber comido tanto conmigo | d) Molesta(o) conmigo |
| | e) Totalmente disgustada(o) misma(o) |

24.- Me podría llamar, actualmente “comedora compulsiva” o “comedor compulsivo” (episodios de ingesta incomoda)

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| a) Totalmente | d) Tal vez |
| b) Muy probablemente | e) No, probablemente no |
| c) Probablemente | |

25.- ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has pedido alguna vez en un mes?

- | | |
|-------------------|---------------------|
| a) Más de 8 kilos | d) De 1-2 kilos |
| b) De 6-8 kilos | e) Menos de un kilo |
| c) De 3-5 kilos | |

26.- Si como demasiado por la noche, me siento deprimida(o) a la mañana siguiente.

- | | |
|-------------------|-----------------------------------|
| a) Siempre | d) Algunas veces |
| b) Casi siempre | e) No como demasiado por la noche |
| c) Frecuentemente | |

27.- ¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?

- | | |
|---|-------------------------------|
| a) Si, no es problema para mi (en absoluta) | d) Mas o menos lo mismo |
| b) Si, me es fácil | e) No, me resulta mas dificil |
| c) Si, mees un poco mas fácil | |

28.- Creo que la comida controla mi vida

- | | |
|-------------------|---------------------|
| a) Siempre | d) Algunas veces |
| b) Casi siempre | c) Rara vez o nunca |
| c) Frecuentemente | |

29.- Me siento deprimida(o) inmediatamente después de comer demasiado

- | | |
|-------------------|----------------------|
| a) Siempre | d) Rara vez o nunca |
| b) Frecuentemente | e) No como demasiado |

c) Algunas veces

30.- ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?

- a) Nunca
- b) Una vez al mes
- c) 2-3 veces al mes
- d) Una vez a la semana
- e) 2 o más veces a la semana

31.- Cuando comes una gran cantidad de alimento ¿A qué velocidad lo haces?

- a) Más rápidamente de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida
- b) Mucho más rápido que la mayoría de la gente
- c) Un poco mas rápidamente que la mayoría de la gente
- d) Más o menos a la misma velocidad que la mayoría de la gente
- e) Mas lentamente que la mayoría de la gente

32.- ¿Cuál es el máximo peso que has ganado la última vez en un mes?

- a) Más de 8 kilos
- b) De 6-8 kilos
- c) De 3-5 kilos
- d) De 1-2 kilos
- e) Menos de un kilo

33.- Mi ultimo periodo menstrual fue (NO APLICA EN HOMBRES)

- a) El mes pasado
- b) Hace dos meses
- c) Hace 4 meses
- d) Hace 6 meses
- e) Hace más de 6 meses

34.- Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso

- a) Una vez al día o más
- b) 3-6 veces a la semana
- c) Una o dos veces a la semana
- d) 2-3 veces al mes
- e) Nunca

35.- ¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?

- a) Mucho mayor que la mayoría
- b) Bastante mayor
- c) Un poco mejor
- d) Más o menos al mismo tiempo
- e) Menor que el de la mayoría

36.- Tengo la menstruación una vez al mes (NO APLICA A HOMBRES)

- a) Siempre
- b) Absolutamente
- c) Algunas veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

GRACIAS POR TU COOPERACION

