

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



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

***PRESENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES ADOLESCENTES MUJERES
Y SUS MADRES***

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

Dr. José Carlos Carbajal Padilla

ASESOR TEÓRICO:

Dra. Mirna Estela Brenes Prats

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Francisco Franco López Salazar

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	3
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
HIPÓTESIS	14
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	15
TIPO DE ESTUDIO.....	15
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO	15
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	15
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	15
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	16
UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL	16
PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	16
DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES, TIPOS DE VARIABLES:	16
INSTRUMENTOS	17
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	19
RECURSOS	20
ÉTICA MÉDICA	20
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS	40

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los antecedentes de alteración en la imagen corporal, la tendencia a la delgadez, las conductas restrictivas y purgativas, así como la percepción de presión social y varios otros factores de riesgo para presentar trastornos de la conducta alimentaria en las madres de adolescentes, se han correlacionado positivamente con la presencia de riesgo en las hijas adolescentes para presentar trastorno de alimentación.

JUSTIFICACIÓN. El presente estudio se realizó para detectar si en población clínica mexicana, en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro existirá una correlación entre el riesgo de trastornos alimentarios en las madres y sus hijas. La hipótesis fue: “A mayor presencia de conductas de riesgo para trastornos de la alimentación en las madres, se detectaran más conductas de riesgo para trastornos de alimentación en sus hijas adolescentes”

OBJETIVOS. 1. Recabar el peso en Kg que las pacientes y sus madres consideran el ideal para sí mismas en el momento actual, y comparar si existen semejanzas o relaciones. 2. Recabar peso (en kg) y Talla (en mts) de pacientes y sus madres para obtención del IMC (índice de masa corporal) y comparar si existen semejanzas o relaciones. 3. Detectar y cuantificar los puntajes totales y en los factores de la EAT-40 en madres y adolescentes así como su clasificación según el punto de corte de la EAT-40 (riesgo para trastornos de la conducta alimentaria) y comparar si existen semejanzas o relaciones. 4. Detectar y cuantificar la percepción de peso e imagen corporal en pacientes adolescentes y sus madres mediante la Escala de Figuras de Niños (Child Figure Rating Scale) y comparar si existen semejanzas o relaciones. 5. Analizar si existe relación entre el IMC y lo encontrado en la EAT-40 y la Escala de Figuras de Niños

RESULTADOS. La muestra estudiada constó en total de 120 pacientes, dividida en 2 grupos (adolescentes y madres); de el total de la muestra, 60 fueron adolescentes con un promedio de edad de 14.65 ± 1.45 y 60 fueron madres con una edad promedio de 43.25 ± 8.12 . Las conclusiones fueron que en las madres hay mayor tendencia a la obesidad que en las adolescentes; las adolescentes presentan mayor riesgo referente a “Motivación para adelgazar”, “Presión social percibida” y “conductas compensatorias”, mientras que las madres tenían mayor riesgo referente a “Obsesiones y compulsiones” y “Patrones alimentarios”. Es posible que exista transmisión intergeneracional de la “Evitación de alimentos engordantes” y “preocupación por la comida”. Las adolescentes presentan mayor riesgo de presentar algún trastorno de conducta alimentaria en comparación con sus madres. Existe correlación positiva entre las puntuaciones totales de las madres en la EAT-40 así como en 6 de los 7 factores de esa escala, lo que implica riesgo de transmisión intergeneracional. Dado lo anterior se concluye que la hipótesis planteada fue cierta en la población clínica del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

La alimentación ha dejado de ser sólo una respuesta ante una necesidad biológica, también responde a factores de índole económico, cultural y psicológico (1), es decir, implica un intercambio del ser humano con su ambiente, una forma de vinculación social y una manera de expresar o manejar nuestras emociones. Actualmente hay una industria basada en la sobrevaloración de la delgadez y es alrededor de ésta que la publicidad presenta como ideal el ser delgado. De tal forma que si además se glorifica a la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la imagen corporal (30).

La promoción del ideal de delgadez y la estigmatización de la obesidad son quizás dos de los factores que han influido para que algunas personas modifiquen su conducta alimentaria realizando dietas restrictivas, ayunos y consumiendo productos para reducir o controlar su peso corporal, aún cuando no presenten una problemática real con su peso (e.g. obesidad). Diversas investigaciones han mostrado que estas conductas representan un peligro para la salud de las personas y, en casos extremos, es posible que se conviertan en factores de riesgo para el desarrollo de algún trastorno del comportamiento alimentario (TCA), como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón (15).

Se entiende por factor de riesgo aquella conducta que hace vulnerable a una persona o incrementan la probabilidad para que desarrolle algún trastorno (26). Las Conductas Alimentarias de Riesgo, son manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, pero que son conductas características de los mismos, tales como práctica de dietas, atracones, conductas purgativas y miedo a engordar (36)(35)(29).

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que se desarrollan en el periodo de adolescencia y el 90% - 95% de los casos son mujeres. Las estadísticas señalan que la prevalencia de la anorexia nervosa fluctúa entre 0.2% y 0.5% y la de la bulimia nerviosa entre 2% y 3%, mientras que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados es del 3% al 5% (28). Asimismo, se encuentra que la relación hombre – mujer de la anorexia nervosa es de 1 por cada 20 casos, esta relación es de 1 por cada 10 casos de bulimia nerviosa (20). La anorexia tiene un inicio típicamente en la adolescencia y, en al menos un tercio de los individuos, sigue un curso crónico de hospitalizaciones asociadas a recaídas (24)

FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los factores de riesgo con el mayor sustento que se han identificado por lo menos en dos estudios prospectivos, así como de aquellos factores que no cambian con el tiempo y se han identificado en al menos dos estudios transversales son: la edad (la adolescencia y la adultez temprana, que son los períodos de mayor riesgo), el sexo femenino, dietas frecuentes, la preocupación por la delgadez, las burlas acerca de la forma corporal o el peso, insatisfacción corporal y preocupación sobre el peso, los diagnósticos psiquiátricos comórbidos, percepción de pares, la presión mediática (medios de comunicación) para ser delgadas (modas del vestir, progresiva exhibición del cuerpo, empresas dedicadas a la elaboración de productos y servicios para adelgazar, la publicidad consiguiente, la existencia de personajes famosos mostrando su delgadez corporal) y la historia familiar de un trastorno alimentario (33) (13)(15).

Otros autores mencionan también como factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: la situación de pubertad, la personalidad previa, el sobrepeso y obesidad, la actividad física excesiva y por ende como actividades de alto riesgo: la danza, la gimnasia rítmica y las carreras, para la anorexia y la lucha, el boxeo, el culturismo para la bulimia. Destaca como importante factor de riesgo sobre todo los cambios sobrevenidos en el papel e imagen social de la mujer. Además en un estudio realizado por Elfhag et al. se relaciono en particular al mayor peso corporal en los adolescentes con la restricción cognitiva (La restricción cognitiva sobre la alimentación significa determinación consciente e intentos de restringir la ingesta de alimentos). Estos hallazgo podría reflejar una lucha contra el peso como consecuencia de un mayor peso corporal en los adolescentes o intentos problemáticos con la dieta y restringir la alimentación, que puede llevar a un peso corporal más alto. Investigaciones anteriores han demostrado que la restricción puede representar un riesgo eventual para el posterior craving (deseo) y comer en exceso (12). También la dieta alimentaria restrictiva se considera un factor de riesgo, pues es el inicio de los fenómenos “malnutricionales” que van a dar lugar al desarrollo, arraigo y agravamiento de estas enfermedades (33). Field et al (2008) corrobora esto en un estudio prospectivo en niñas y niños de 9 a 15 años dirigido a encontrar predictores de trastornos de la alimentación entre adolescentes encontró que entre las mujeres, las dietas frecuentes, el alto nivel de preocupación por el peso, y el tratar de verse como las personas del mismo sexo en los medios de comunicación, fueron predictivos de un mayor riesgo de comenzar con atracones frecuentemente (13).

Entre las mujeres los comentarios negativos de sus compañeros varones sobre el peso, la importancia del peso para los padres, y la importancia del peso para ellas mismas, se asociaron con un mayor riesgo de comenzar con atracones semanales (13) (12). La dieta y la preocupación con el peso son factores de riesgo para comenzar a darse atracones y purgas, al menos una vez por semana. Las mujeres quienes declararon que era importante

para sus compañeros que fueran delgadas tuvieron casi cuatro veces más probabilidades de empezar con atracones y purgas semanales (13).

Field et al (2008) en un estudio prospectivo en niñas y niños de 9 a 15 años dirigido a encontrar predictores de trastornos de la alimentación entre adolescentes, vio que: Entre las mujeres de todas las edades, las dietas, la preocupación por el peso, y el tratar de parecerse a las mujeres en los medios de comunicación, fueron predictores independientes significativos de comenzar con purgas. Además, hubo la percepción entre las mujeres que los comentarios negativos de los hombres sobre el peso de las mujeres se asocian con el inicio de purgar por lo menos semanalmente (13).

Hay circunstancias que al producir insatisfacción por el propio cuerpo y/o adelgazamiento pueden dar lugar a un TCA. Dentro de ellas tenemos estados de ansiedad y depresión con pérdida de peso, estancias en otros países con diferentes dietas, embarazo, baja estatura, vegetarianismo y concepciones afines, accidentes con alguna consecuencia deformante, dismorfofobias, trastornos obsesivos. El factor de riesgo aumenta cuando hay perturbaciones de la personalidad que se reflejan en trastornos que aparecen como una continuación de dificultades surgidas y no resueltas de la niñez y que se agravan en la adolescencia (40).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, al igual que la mayoría de las enfermedades que aquejan a nuestra sociedad, derivan de una etiología multicausal (bio-psico-socio-cultural). Sin embargo, el papel de la familia adquiere especial relevancia ya que representa el núcleo primario en el cual se transmiten normas, roles, costumbres y hábitos que influyen en estilos de vida, y más aún en los estilos y actitudes alimentarias (23).

En la investigación de gemelas se ha explorado otro tipo de patrón familiar de trastornos subumbrales de la alimentación, lo que sugiere una relación genética de estas características. Los vínculos genéticos se identificaron en las adolescentes, pero no en los preadolescentes. Se sugirió posteriormente la activación de una parte de la patología hereditaria de trastornos de la alimentación durante la pubertad (12).

Dentro de los factores familiares relacionados se habla de madres o hermanas mayores que constituyen modelos físicos de delgadez (40). Field et al (2008) en un estudio prospectivo en niñas y niños de 9 a 15 años, dirigido a encontrar predictores de trastornos de la alimentación entre adolescentes, encontró que las mujeres menores de 14 años cuyas madres tenían historial de un trastorno de la alimentación fueron 3 veces más propensas que sus pares para comenzar a purgarse (13).

Ahora bien, con respecto a la transmisión generacional de la patología alimentaria, los estudios pioneros en el tema indican que los padres de pacientes con TCA presentan problemas de peso y preocupación por la comida. Específicamente, los padres de pacientes

con anorexia presentan mayor insatisfacción con su cuerpo, preocupación por el peso y seguimiento de dietas restringidas. Se ha descrito la transmisión familiar de trastornos de la conducta de la alimentación principalmente para la constelación madre-hija (30).

Los trastornos de la alimentación materna se han asociado con prácticas problemáticas de alimentación en sus hijos, con problemas de alimentación para los niños en edad preescolar, y la bulimia nervosa en las hijas adultas (12). Esto se corrobora en un estudio de Cooper et al (2004) donde se encontró que la proporción de madres con trastorno de la alimentación era mayor en niños con trastornos de la alimentación en comparación con niños sin trastornos de la alimentación; además sugieren que la transmisión intergeneracional puede manifestarse tempranamente en la infancia (10). Se propone que el mecanismo de transmisión se da mediante las madres con altos niveles de trastornos de la alimentación que tienden a proporcionar al niño un ambiente desorganizado a la hora de comer, y a proporcionarle un estilo de interacción controlador y disarmonioso, lo que predispone al niño a presentar alteraciones de la alimentación (10).

El papel de la influencia familiar en la transmisión de las conductas de riesgo podría explicarse por la transmisión de normas, aprendizaje social o modelado de las propias actitudes de los padres. Ciertas patologías familiares, de tipo interaccional se consideran también predisponentes, las familias de anoréxicas en general son unidas en demasía, presentando alianzas secretas entre sus miembros. El hijo no tiene energía para una vida propia, son personas sin identificación. En tanto la familia de las bulímicas son conflictivas y desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros (40).

Los niños se conducen alimentariamente de una manera muy similar a los padres. Se ha encontrado que aquellas madres que restringían la alimentación de sus hijas predecían la preocupación por la gordura en sus hijas. La presión de padres a hijas, para controlar el peso, se asocia al desarrollo de sintomatología de TCA desde muy temprana edad (9 y 10 años). Además los niños y niñas que hacen dieta alrededor de los 12 años, en su mayoría reportan estar bajo el control alimentario de sus padres (23).

Las desaprobaciones y la crítica por parte de la familia, en relación al peso, predicen los problemas alimentarios en las hijas adolescentes. De manera similar, se ha documentado que las burlas o bromas tanto de familiares como de amigos o compañeros, se asocian con insatisfacción corporal (30)(23), baja autoestima, síntomas depresivos e intentos suicidas. (23). Diversos estudios mencionan que la interiorización del ideal estético de delgadez se asoció positivamente a la insatisfacción corporal (30).

En el estudio realizado por Elfhag et al (2005) se encontró que en la subescala de bulimia la tendencia a atracones se relaciona con un mayor peso corporal de las madres. Para las escalas TFEQ R-18 y EDI-2, excepto la subescala de bulimia, existía una relación

positiva significativa entre las madres y las hijas. La relación más fuerte de la madre-hija se encontró para comer por razones emocionales (Ser comedor por razones emocionales significa comer como reacción a la disforia y emociones dolorosas), con un tamaño del efecto en el rango medio. Se encontró un fuerte efecto en las madres más jóvenes en la relación madre hija para la búsqueda de delgadez e insatisfacción corporal, mientras que las madres más grandes tuvieron un fuerte vínculo madre-hija para la restricción cognitiva (12).

En un estudio realizado por Stein et al (2006) en el que comparo niños de 10 años de edad (con seguimiento desde su 1er año de vida) con madres con (grupo índice) y sin (grupo control) trastornos de la alimentación encontró que: Los niños del grupo índice tuvieron puntuaciones significativamente más altas que los niños control en la puntuación global del EDE, y en tres de cuatro de las subescalas: restricción, preocupación por el peso y la figura y preocupación por comer (32). Dos variables se relacionaron significativamente a la severidad de las características de los trastornos alimentarios en los niños: el número de años que la madre presentó trastornos de la alimentación a partir del 1er año de vida; y la extensión de los conflictos a la hora de comer a los 5 años de edad (32).

IMAGEN CORPORAL

Se han propuesto diversas definiciones acerca de la imagen corporal, la clásica es la propuesta por Schilder: la representación mental del cuerpo que cada individuo construye (31). Una concepción más dinámica se define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, advirtiéndose la necesidad de distinguir entre la representación interna del cuerpo y los sentimientos y actitudes hacia él. Esta representación puede ser más o menos verídica pero saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto e interviene definitivamente en la conducta (30).

Bruch describe al trastorno de la imagen corporal como la alteración del propio concepto corporal, distorsión en la percepción y sensación de descontrol respecto a las propias funciones corporales. Cuando la imagen corporal está distorsionada las actitudes y los pensamientos hacia el cuerpo son negativos (6). Se dice entonces que existe un trastorno de la imagen, pudiéndose observar bajo dos formas de expresión distintas. La primera es perceptual y se refiere al grado de exactitud o, en este caso, de inexactitud, con que la persona estima sus dimensiones corporales. La segunda, denominada componente afectivo o emocional, se refiere a las cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción-insatisfacción con el mismo. La insatisfacción corporal influye posteriormente en los trastornos de la conducta alimentaria (9).

Cafri, de Yamamiya, de Brannick, y Thompson, establecen que los factores que se han relacionado con el desarrollo del descontento de la imagen del cuerpo son tres:

conocimiento de un ideal estético de la delgadez, interiorización de un ideal de delgadez y presiones percibidas para ser delgado. Ellos encontraron que la interiorización y las presiones percibidas tienen una relación más fuerte con la imagen corporal que el conocimiento de un ideal estético (7).

En el estudio de Zamora et al, se encontró que fue notorio el predominio de alteraciones en el peso de las madres de pacientes con TCA, siendo más frecuente la obesidad. También se encontró que las madres de los pacientes con TCA presentaban mayor preocupación por su físico (preocupación excesiva por engordar, realización de dietas, operaciones estéticas) que en el grupo control. El procesamiento estadístico no mostró diferencias significativas. Estas tendencias quizás lleguen a hacerse más evidentes al tener una población mayor. También en los padres predominan los casos de obesidad y hay mayor preocupación por el físico que en el grupo control sin llegar a ser significativas las diferencias (40).

Las investigaciones en han mostrado que la insatisfacción corporal es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de los TCA y que una cantidad mayor de mujeres, en comparación con los varones, están insatisfechas con su peso corporal y quiere cambiar las dimensiones de algunas partes de su cuerpo. Cabe señalar que en las mujeres la insatisfacción se debe a que quieren ser más delgadas, en tanto que en los varones también se debe a que quieren aumentar de peso, particularmente masa muscular (15).

PANORAMA EN MÉXICO

En México se reporta más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años, y la cifra va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud, un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total. A su vez, Medina et al de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, reportaron que no hay usuarios con padecimiento de anorexia nerviosa, mientras que de bulimia nerviosa hay 1.8% y corresponde a mujeres. (27).

En un estudio realizado por Unikel et al en 2000, en México una muestra de 9755 personas de ambos sexos con edades entre 12 y 19 años (4676 hombre y 5079 mujeres). Se encontró que las mujeres presentaban mayores porcentajes en todas las conductas de riesgo que los hombres a excepción de comer compulsivamente, además de que ambos sexos presentaban el mismo porcentaje en cuanto al uso de enemas, supositorios y lavativas (38). Las conductas alimentarias consideradas como de riesgo incluyen una frecuencia del 10% para la práctica de atracones, 18% para la práctica de ayunos, 17% para el uso de diuréticos y laxantes y el 6.7 % para el vomito autoprovocado. Este mismo estudio reporta que el 60%

de las mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan a cabo dietas para bajar de peso, y entre el 2.5 y el 12% utilizan vomito autoinducido, laxantes o diuréticos con ese mismo fin. La preocupación por engordar se encontró en el 71.8% al 15.4% de las mujeres en comparación con 46.5% al 5.3% en los hombres. Se observó que a mayor edad hay mayor porcentaje de compulsión por comer, preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, practicar ayunos, uso de pastillas y laxantes. Se encontró que los porcentajes de conductas alimentarias de riesgo son mayores en quienes sobrestiman su peso corporal además de que la práctica de ejercicio fue mayor en quienes no distorsionaron su imagen corporal. Se encontró que entre los 16 y 19 años de edad se presentó el mayor porcentaje de conductas de riesgo (38).

Posteriormente en otro estudio realizado por Unikel et al en 2002 en población mexicana en una muestra de 3640 hombres y 3957 mujeres de 13 a 18 años se encontró que tanto mujeres como hombres con sobrepeso presentaban mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo, encontrándose que en las mujeres a mayor IMC hay mayor implementación de métodos por bajar de peso siendo los principales el ayuno y las dietas (37). También se encontró que las mujeres de 16 a 18 años con sobrepeso u obesidad se ayudan con diuréticos y pastillas para bajar de peso. Comparando al grupo de mujeres con el de hombres se encontró que las mujeres tenían mayor preocupación por engordar, práctica de atracones, mayor uso de diuréticos y pastillas. Se encontró que al incrementar la edad incrementan las conductas alimentarias de riesgo (37).

En México se han encontrado porcentajes desde 5% hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato. Los síntomas persisten entre el 12% y 14% de los casos, y las tasas de recaída son entre el 7% y 27% (36).

Rodríguez et al en 2008, llevó a cabo un estudio con una muestra de 508 mujeres de nivel superior que estudian en la Universidad Autónoma del Estado de México, se encontró que el 93% de las participantes con conductas alimentarias de riesgo, se encontraba entre 17 y 22 años. En cuanto al IMC el 57% de las participantes con conductas alimentarias de riesgo se encontraba en el rango normal, mientras que el 34% de ellas presentaba sobrepeso. Los resultados en este estudio ponen de manifiesto que la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo es significativa en la población estudiada al representar el 12% de ella. (29).

En el estudio realizado por León et al En 2010 (23) en población mexicana con una muestra no probabilística que estuvo formada por n=44 pacientes diagnosticados de TCA (Anorexia, Bulimia o Trastorno Alimentario No Específico), con edad promedio ME=19.7 y DE=6.01. Del total de la muestra el 96% fueron mujeres. El diseño del estudio fue transversal. Entre los resultados se encontró que un porcentaje elevado (40%) de los participantes refirió antecedentes de TCA en la familia; los porcentajes mayores se

reportaron en familia extensa (primas y tías) y de primer grado (en el total de los integrantes). Estos datos confirman el fenómeno de la transmisión generacional en pacientes mexicanas y coinciden con la literatura internacional que ha documentado dicho fenómeno desde hace ya décadas. Los análisis mostraron que tanto en el puntaje total del EAT-40 como en 5 de los factores que conforman la versión mexicana (motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, obsesiones y compulsiones, y conductas compensatorias. Es decir los factores I, II, II, V, VII), el grupo de pacientes que reportaron la presencia de sintomatología de trastorno alimentario en la familia, presentó un puntaje mayor y estadísticamente significativo. Este hallazgo permite concluir que la magnitud de la sintomatología es mayor cuando existen antecedentes en el seno familiar (23).

Guadarrama et al en 2011 (19) realizó un estudio en 175 mujeres y 141 hombres, con una media de edad de $16.71 + 1.21$, procedentes de diversas comunidades del municipio de Tejupilco, Estado de México. Encontró que 8% mostro sintomatología de anorexia y 6% de bulimia, y 3% rebaso ambos puntos de corte considerándoseles mixto. Las mujeres manifestaron mayor sintomatología en cuanto a motivación para adelgazar, presión social percibida y bulimia (19).

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El conocimiento de las actitudes alimentarias de un grupo de individuos o de una población posibilita una mejor comprensión de las elecciones alimentarias de éstos e incluso, de sus estados de salud. Además, la identificación de una actitud alimentaria aislada disfuncional, antes de que ocurra un cuadro patológico clásico, permite cuantificar la magnitud y trascendencia de ésta para actuar oportunamente y controlar el cuadro clínico (11).

En la investigación acerca de los TCA se han empleado diferentes instrumentos. En el idioma español se cuenta con algunos instrumentos (traducidos del inglés), entre aquellos validados en México en adolescentes están:

Test de Actitudes Alimentarias (EAT, por sus siglas en inglés, Garner & Garfinkel, 1979)(17) es un cuestionario de autoreporte diseñado con el objetivo de evaluar síntomas de AN y BN. El EAT ha mostrado ser útil como un instrumento de tamizaje para identificar personas en riesgo de desarrollar AN y es ampliamente utilizado como una medida de los síntomas y preocupaciones de los TCA (Garner, 1996). El EAT fue validado en población española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) y en población mexicana por Alvarez-Rayón et al. encontrando un nivel adecuado de consistencia interna ($\text{Alpha} = .93$) y un punto de corte de 30 (sensibilidad = 83% y especificidad = 91%) (3)(4)(5).

Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés, Smith & Thelen, 1984) identifica la presencia de síntomas y preocupaciones relacionadas con la Bulimia nervosa. El BULIT fue adaptado y validado en población mexicana por Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000) quienes encontraron una adecuada consistencia interna ($\text{Alpha} = .88$) y derivaron un punto de corte de 85 (sensibilidad = 80% y especificidad = 97%), fue elaborado con el propósito de detectar los síntomas de la bulimia nerviosa. Los autores proponen cinco factores; 1) Sobreingesta, 2) Sentimientos posteriores a la sobreingesta, 3) Vómito, 4) Preferencias alimentarias durante la sobreingesta y 5) Fluctuaciones en el peso. Se ha validado para población mexicana femenina por Álvarez (2000), Álvarez y Mancilla (2000) y Vázquez, (2000)(4)(2)(39).

Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero & Martínez, 1994) evalúa las influencias socioculturales relacionadas con los TCA. El CIMEC fue adaptado y validado en población mexicana por Vazquez et al (2000) quienes encontraron una consistencia interna buena ($\text{Alpha} = .94$)(39).

Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Inventory, EDI; Garner, Olmstead y Polivy, 1983). Evalúa las características cognitivo-conductuales asociadas en la literatura a los trastornos alimentarios. Consta de 64 ítems agrupados en ocho factores: 1) Miedo a madurar, 2) Insatisfacción corporal, 3) Bulimia, 4) Motivación para adelgazar, 5) Identificación de la interocepción, 6) Ineficacia, 7) Perfeccionismo y 8) Desconfianza interpersonal; estructura factorial que se corroboró en su validación con mujeres (25) y hombres (14) mexicanos.

Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Evalúa la insatisfacción con el peso e imagen corporal mediante 34 preguntas. Su punto de corte es >105 . Este cuestionario ha sido validado para mujeres mexicanas por Galán (2004)(16).

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, diseñado por Unikel et al (2004). Es un cuestionario de 10 preguntas el cual evalúa las conductas alimentarias características de los trastornos de la conducta alimentaria definidas por el DSM-IV. Cada pregunta tiene 4 opciones de respuestas que se califican de 0 a 3, con un punto de corte de 10 se considera sin riesgo y de 11 en adelante con riesgo de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria. Fue validada en adolescentes y adultos de entre 12 y 19 años (35).

En la investigación acerca de los TCA en México se han empleado diferentes cuestionarios autoaplicables, de los cuales los más utilizados son el Eating Attitudes Test (EAT) y el Eating Disorders Inventory (EDI), los cuales han sido adecuadamente validados para población mexicana, tanto en adolescentes y adultos. A pesar de la elevada confiabilidad y validez del EDI, la principal desventaja que presentan es su extensión. En el caso del EDI existe, además, el riesgo de que las preguntas sobre características

psicológicas (conciencia interoceptiva, desconfianza interpersonal, ineficacia, miedo a madurar y perfeccionismo) resulten confusas en su significado al ser aplicadas a poblaciones culturalmente diversas. Por ejemplo, en una población semiurbana del estado de Michoacán, las subescalas del EDI que miden actitudes y conductas alimentarias obtuvieron correlaciones ítem-total y confiabilidad más adecuadas que las preguntas sobre características psicológicas (35).

El BUILT se usa principalmente para detección de bulimia, por lo que no es el mejor instrumento aplicable en este estudio, el cual buscara conductas de riesgo para trastornos de la alimentación (Anorexia, Bulimia y Trastornos de la alimentación no especificados). Sucede lo mismo tanto para el Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal y el Cuestionario de Imagen Corporal, los cuales no valoran una amplia gama de factores de riesgo. El Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo aunque si valora varios de factores de riesgo lo hace de manera muy breve, por lo que tampoco se considera adecuado para este estudio.

Por estas razones se considera que al ser la EAT-40 un instrumento autoaplicable, validado en población mexicana tanto clínica como abierta, en adolescentes y adultos, y contar con una buena validación lingüística, es el instrumento mas adecuado para detectar riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en el presente estudio.

JUSTIFICACIÓN

A nivel internacional se ha documentado que es frecuente que las madres de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria también tengan alguna alteración de la conducta alimentaria (10); así como alteraciones en el peso (siendo más frecuente la obesidad), y preocupación por su físico (preocupación excesiva por engordar, realización de dietas, operaciones estéticas) (40). También se ha encontrado evidencia de transmisión generacional del riesgo de patologías alimentarias de madres a hijas, tales como la preocupación por el peso, preocupación por la comida, restricción de la dieta, insatisfacción corporal(30), se ha visto que el que las madres, al restringir la dieta de las hijas aumentan el riesgo de estas para tener preocupaciones por la gordura e iniciar dietas (alrededor de los 12 años) (23). Además se ha documentado que las hijas de mujeres con trastornos de la alimentación son 3 veces más propensas a presentar conductas purgativas (13) y que hay una correlación positiva madre-hija entre las diferentes subescalas de la EDI-2 y la TFEQ R-18 (12) así como en la EDE (32).

En población mexicana se realizó un estudio que corrobora este fenómeno de transmisión generacional, encontrándose que, un porcentaje elevado (40%) de los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) refirió antecedentes de TCA en la familia, además de que tanto en el puntaje total del EAT-40 como en el de 5 de sus 7 factores (que conforman la versión mexicana), el grupo de pacientes que reportaron la presencia de sintomatología de trastorno alimentario en la familia, presentó un puntaje mayor y estadísticamente significativo (23).

Cuando existe la presencia de alteración en la conducta en madres de adolescentes, estos antecedentes se han correlacionado positivamente con la presencia de riesgo en las hijas adolescentes de presentar trastorno de alimentación (10) (40) (32) (12). Se realizó el presente estudio para detectar la relación entre estos factores reportados en población clínica mexicana en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro; y ya que la población femenina es la más vulnerable a este tipo de riesgo y en la que hay mayor evidencia de esta asociación madre-hija, el estudio se realizó únicamente en dicha población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿En población clínica mexicana, existirá una correlación entre el riesgo de trastornos alimentarios en las madres y sus hijas?

HIPÓTESIS

A mayor presencia de conductas de riesgo para trastornos de la alimentación en las madres, se detectarían más conductas de riesgo para trastornos de alimentación en sus hijas adolescentes

OBJETIVOS

Recabar el peso en Kg que las pacientes y sus madres consideran el ideal para si mismas en el momento actual, y comparar si existen semejanzas o relaciones

Recabar peso (en kg) y Talla (en mts) de pacientes y sus madres para obtención del IMC (índice de masa corporal) y comparar si existen semejanzas o relaciones

Detectar y cuantificar los puntajes totales y en los factores de la EAT-40 en madres y adolescentes así como su clasificación según el punto de corte de la EAT-40 (riesgo para trastornos de la conducta alimentaria) y comparar si existen semejanzas o relaciones

Detectar y cuantificar la percepción de peso e imagen corporal en pacientes adolescentes y sus madres mediante la Escala de Figuras de Niños (Child Figure Rating Scale) y comparar si existen semejanzas o relaciones

Analizar si existe relación entre en IMC y lo encontrado en la EAT-40 y la Escala de Figuras de Niños

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, observacional, descriptivo

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

El presente estudio se realizo en población clínica, en adolescentes mujeres de 13 a 17 años-11 meses y sus madres (de cualquier edad), que acudieron al hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN) por primera vez y que cumplieron los criterios de inclusión.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

60 pacientes adolescentes y sus 60 madres (Total 120)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes adolescentes mujeres de 13 a 17 años-11 meses, que acudieron al HPIJNN por primera vez y que aceptaron participar en el estudio en conjunto con sus madres (las cuales también aceptaron participar en el estudio), previo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Tener alguna deficiencia cognitiva incapacitante que imposibilitara la aplicación de instrumentos (retraso mental, intoxicación por sustancias o abstinencia al momento de la aplicación del instrumento, delirium o alteración importante del estado de alerta).

Presentar síntomas psicóticos (alucinaciones e ideas delirantes) al momento de realizar las evaluaciones o diagnóstico de algún trastorno psicótico.

Encontrarse en un estado de agitación que imposibilite la aplicación de los instrumentos.

No saber leer o escribir o discapacidad para leer o escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Aquellas pacientes y/o madres que no concluyeron la aplicación del instrumento o cuya madre o hija no acepto participar o decidió abandonar la investigación.

UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en el mes de enero de 2012, se captó a pacientes que acudieron por primera vez. Posteriormente se capturó la información en febrero 2012 y se analizó para presentarla en formato de tesis.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previo explicación del objetivo de la investigación a las pacientes y sus madres y tras aceptar participar en esta, se les dio el consentimiento informado para su firma así como los instrumentos autoaplicables para su llenado, se pesó y midió a las adolescentes y madres en básculas con estadímetro (que se encontraban en el HPIJNN).

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES, TIPOS DE VARIABLES:

Puntuación en la escala EAT-40: Variable intervalar. Obtenida de la calificación total dada por el instrumento autoaplicable y la calificación de cada una de las subescalas (obtenidas de la validación de Álvarez et al. En 2000 por contar con un rango de población más amplio)(3).

Puntuación de la Escala de Figuras de Niños de Collins: Variable intervalar, obtenida de la discrepancia entre el peso idealizado en el momento actual y el peso percibido actual, y de la discrepancia entre el peso idealizado para la edad adulta y el peso percibido actual

Peso: variable cuantitativa obtenida en kilogramos al pesar al sujeto en una báscula con estadímetro y al preguntar al sujeto de estudio que peso considera ideal

Talla: variable cuantitativa obtenida al medir al sujeto con el estadímetro en metros.

Índice de masa corporal: variable cuantitativa obtenido al dividir el peso (kg) entre la talla (mts) al cuadrado, clasificándose según la OMS en bajo peso con $<18.5\text{kg/m}^2$, normal de $18.5\text{-}24.99\text{kg/m}^2$, sobrepeso con $\geq 25.0\text{kg/m}^2$ y obesidad $\geq 30.0\text{kg/m}^2$

INSTRUMENTOS

EL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EATING ATTITUDES TEST-EAT)

Tiene por objetivo identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios (18). Esta prueba fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 (17) y su primera versión, conocida como EAT-40, consta de 40 reactivos. Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se suprimieron 14 ítems, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba. Maloney y colaboradores en el año 1988, crean una versión para niños denominada CHEAT-26 que utiliza un lenguaje más sencillo (21). Para identificar a los sujetos con algún tipo de TCA se han propuesto los siguientes puntos de corte: “más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 y el CHEAT-26” (21).

El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA, aunque se advierte la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE) (21).

Álvarez et al en el 2000 (3)(4) realizó un estudio de la versión adaptada a México en una población de 2169 mujeres de 13 a 30 años de población abierta y con otra muestra de 140 jóvenes de 13 a 25 años que cumplían criterios del DSM IV para trastornos de la alimentación, usándose un punto de corte de 30 puntos, encontrándose una alfa de Cronbach de 0.72, encontrándose que los 40 reactivos correlacionaban de manera positiva y significativa ($P \leq 0.0001$), pero solo las preguntas 4, 10, 15, 22, 25 y 37 mostraron un coeficiente de magnitud aceptable para considerarse con capacidad predictiva ($r \geq 0.50$), en el caso de 17 reactivos su correlación fue baja ($r \geq 0.30$, $p \leq 0.0001$), 12 preguntas mostraron una correlación débil pero estadísticamente significativa ($r \geq 0.20$) aunque estadísticamente significativa: 3 ($p \geq 0.0001$), 6 ($p \leq 0.01$) y 3 ($p \leq 0.05$), se encontró que el instrumento tiene una buena confiabilidad con una consistencia interna de 0.83, encontrándose un alfa estandarizada por pregunta de 0.84, en cuanto a este coeficiente se detectó que fue de 0.76 para el grupo de trastorno alimentario y de 0.93 para el grupo control. El análisis de componentes extrajo trece factores, pero al aplicar Varimax se encontró que solo 7 factores cumplieron con lo propuesto por Yela (3)(4).

Los factores encontrados fueron:

Factor 1 . Motivación para adelgazar que incluye los ítems 4, 15, 22, 25 y 37

Factor 2. Evitación de alimentos engordantes que incluye los ítems 10, 9 y 29.

Factor 3. Preocupación por la comida que incluye los ítems 7, 14, 31 y 34

Factor 4. Presión social percibida que incluye los ítems 12, 24 y 33

Factor 5. Obsesiones y compulsiones que incluye los ítems 17, 18, 21 y 30

Factor 6. Patrones y estilos alimentarios que incluye los ítems 1, 19, 27 y 39

Factor 7. Conductas compensatorias que incluye los ítems 13, 28 y 40

La misma autora realizo y publico otra validación de la EAT-40 en México para su adaptación al español usado en México; esta se realizo en 2004 por Álvarez et al (5) tanto en población clínica como en abierta, en 556 mujeres de 15 a 29 años. Se dividió en 2 grupos: 276 estuvieron en el grupo de trastornos de la alimentación (52 en el subgrupo de anorexia, 102 en el subgrupo de bulimia y 122 en no especificado); Las 280 mujeres restantes que estuvieron en el grupo control eran estudiantes de la UNAM. El análisis de confiabilidad de la muestra total tuvo un alfa de Cronbach 0.93; de 0.90 para el grupo con trastornos de la alimentación y de 0.68 para el grupo control. El coeficiente de validez global para todos los grupos fue de $r=0.70$ ($p\leq 0.0001$), sin embargo cuando solo se tomo en cuenta el grupo control, el de anorexia y bulimia el coeficiente incremento a $r=0.77$, $p\leq 0.0001$ (5).

El análisis factorial (rotación varimatrix) extrajo 5 factores que dan cuenta del 46.6% de la varianza total. Estos 5 factores solo incluyeron 25 de los 40 ítems del EAT-40 (5).

Valoración de la EAT-40: Cada uno de los 40 items del EAT-40 consta de seis respuestas posibles según la escala Likert (nunca, casi nunca, a veces, bastante, casi siempre, siempre) eligiéndose solamente una opción. Se puntúa 3 a la respuesta más extrema (siempre), 2 la alternativa adyacente (casi siempre) y 1 la siguiente (bastante). Quedan sin puntuar las tres respuestas más alejadas de la tendencia anoréxica, salvo en las que corresponden a los números 1, 18, 19, 23, 27, y 39 donde las respuestas: nunca puntúan 3, casi nunca 2, a veces 1 y las demás 0 (5).

Garner et al (18) propuso un punto de corte de 30 y 21. De acuerdo a Álvarez en 2000 el punto de corte es de 30 y esta misma autora en 2004(5), propuso que un punto de corte de 28 es el mejor para diagnosticar anorexia y bulimia (solo anorexia y solo bulimia); para trastornos de la alimentación en general fue de 26 con una especificidad de 91% y sensibilidad de 83%,; para anorexia y bulimia el punto de corte fue de 28 con especificidad de 94%, y sensibilidad de 86%, mientras que para anorexia fue de 93% y 84% respectivamente, para bulimia tuvo una sensibilidad de 87%. El análisis discriminante mostró que pueden diferenciar sujetos sanos de aquellos con alteraciones de alimentación ($p\leq 0.0001$).

En el presente estudio se tomara en cuenta la validación realizada por Alvarez et al en 2000 (3)(4), ya que es la que se realizo en población clínica con un menor rango de

edad además de contar con una muestra de población mas amplia y representativa, tanto clínica como abierta.

ESCALA DE FIGURAS DE NIÑOS (CHILD FIGURE RATING SCALE)

Esta escala, diseñada por Collins y cols., consiste en varias series de dibujos representando niños y niñas, así como mujeres y hombres adultos con diferente peso corporal. Se pide al niño(a) que señale cuál de todas ellas representa mejor la percepción que tiene de su propio peso y figura, posteriormente se le pide que indique cuál de las figuras representa su peso y cuerpo idealizado, finalmente se le pide que señale cuál de las figuras de adultos representa mejor su ideal de peso y figura para el futuro. En el estudio original los autores también solicitaron a lo(a)s niño(a)s que señalaran el peso idealizado actual y a futuro que ellos creían conveniente para el sexo contrario (8). En la presente investigación se utilizara una forma abreviada de esta escala, mostrando solo tres series o hileras de dibujos representando a niñas (las primeras dos) y mujeres adultas (la tercera) con diferente peso corporal. (Ver Anexos). Se pedirá a las pacientes que en la primera serie de figuras señalaran cuál de todas ellas representa mejor la percepción que tiene su propio peso y figura, posteriormente se les pedirá que en la segunda serie indiquen cuál de las figuras representaba su peso y cuerpo idealizado, y finalmente se les pedirá que en la tercera serie señalen cuál de las figuras de mujeres adultas representa mejor su ideal de peso y figura para el futuro (al aplicarla en mujeres adultas todas las figuras serán adultas). A través de restar la posición numérica que ocupa cada figura idealizada de la figura escogida como el peso y figura real se obtendrá un indicador que representara el grado de insatisfacción corporal. Si el resultado fuese cero, la insatisfacción resultara nula; si el resultado fuese negativo la paciente deseara ser más delgada; y si el resultado fuese positivo, la paciente deseara ganar peso (8).

De acuerdo a Collins, la confiabilidad prueba re-prueba dio por resultado un coeficiente de 0.71 para la primer serie de dibujos, de 0.59 para la segunda serie, y de 0.55 para la tercera. La validez de criterio se estimó con correlaciones entre el índice de masa corporal, el peso y la selección de figuras de la primera serie. La correlación con el peso corporal resultó en un valor de $r = 0.36$, $p < 0.05$; la correlación con el índice de masa corporal mostró un valor de $r = 0.37$, $p < 0.05$ (8).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron pruebas no paramétricas (media, mediana, derivación estándar) así como la prueba de ANOVA y X^2 para valorar las semejanzas o diferencias entre adolescentes y su madres en los resultados obtenidos en la EAT-40, la escala de figuras de niños y el IMC.

Se comparo por medio de pruebas no parametricas si el que adolescentes tuvieran puntuaciones arriba del punto de corte en la EAT-40 se relacionara con mayores puntuaciones en las madres, y si había relación con el IMC, peso deseado y la puntuación

en la escala de figuras de niños. También se comparo por medio de pruebas no parametricas si el IMC influía en la calificación de la EAT-40, la escala de figuras de niños y el peso deseado.

RECURSOS

Se contó con un encuestador (residente de psiquiatría), un tutor metodológico y un tutor teórico, impresiones de los instrumentos de aplicación y cedula de identificación, computadora, lápices y plumas.

ÉTICA MÉDICA

Se presento el proyecto de investigación ante el comité de investigación para su aprobación, la cual se notifico el día 16/ENE/12 con la clave IT2/01/0112 y posteriormente se presento al comité de ética.

Se solicito consentimiento informado a las participantes. La madre de la paciente y paciente firmaron la carta de consentimiento (Ver Anexo).

Tanto a la paciente como a los familiares responsables se les aseguro la completa confidencialidad de la información obtenida. Los nombres, registros e instrumentos de cada paciente sólo estuvieron en poder del investigador principal quien fue el encargado de aplicarlos y calificarlos.

Tras la evaluación de cada paciente, se agregara una nota al expediente clínico con el resultado de los instrumentos aplicados.

No se utilizaron fármacos, ni se realizaron intervenciones en su tratamiento, el cual estuvo a cargo de su medico tratante, la aplicación de los instrumentos no afecto el tratamiento ni seguimiento por su medico tratante, por lo que se considero de poco riesgo.

RESULTADOS

Los resultados se presentaran en el siguiente orden:

Comparación del peso (Kg) que las pacientes y sus madres consideran el ideal para si mismas en el momento actual.

Comparación de Peso (en kg) y Talla (en mts) de pacientes y sus madres y su IMC (índice de masa corporal).

Comparación de los puntajes totales y los factores de la EAT-40 en madres y adolescentes así como su clasificación según el punto de corte de la EAT-40 (riesgo para trastornos de la conducta alimentaria).

Comparación de la percepción de peso e imagen corporal en adolescentes y sus madres mediante la Escala de Figuras de Niños (Child Figure Rating Scale).

Comparación de los resultados según el IMC y lo encontrado en la EAT-40, la Escala de Figuras de Niños

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA MUESTRA

La muestra estudiada consto en total de 120 pacientes, dividía en 2 grupos (adolescentes y madres); de el total de la muestra, 60 fueron adolescentes con un promedio de edad de 14.65 ± 1.45 y 60 fueron madres con una edad promedio de 43.25 años ± 8.12 (Ver Tabla 1).

La escolaridad de las adolescentes fue de secundaria para el 75% (n=45) y preparatoria en el 25% (n=15), para las madres fue de primaria para el 25% (n=15), secundaria para 43.3% (n=26), preparatoria para el 6.6% (n=4), carrera técnica para el 8.3% (n=5) y universidad para el 16.6% (n=10).

PESO IDEAL EN ADOLESCENTES Y SUS MADRES

A continuación se muestra la comparación del peso (Kg) que las pacientes y sus madres consideran el ideal para si mismas en el momento actual

El peso deseado por las adolescentes fue de $50\text{kg} \pm 5.96\text{kg}$ (mínima de 39, máxima de 62), y el peso deseado de las madres fue de $55.77\text{kg} \pm 6.54$ (mínima de 45 y máxima de 70).

PESO YA TALLA IDEALES EN ADOLESCENTES Y SUS MADRES

En este apartado se muestra la comparación de Peso (en kg) y Talla (en mts) de pacientes y sus madres, así como la comparación de su IMC (índice de masa corporal).

En el siguiente cuadro se muestran las características de las madres y adolescentes según edad, peso, talla e índice de masa corporal (IMC), así como el resultado de su análisis ANOVA (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Descripción de las características somatométricas de los pacientes estudiados (n=120)

	ADOLESCENTE (n=60)				MADRES (n=60)				ANOVA		
	MEDIA	DS	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DS	MÍNIMA	MÁXIMA	F	gl	p
EDAD	14.65	1.45	13	17	43.25	8.12	31	64	720	1	0.00
PESO	53.88	8.70	35	78	67.17	14.42	39	121	37.28	1	0.00
TALLA	1.56	0.06	1.42	1.69	1.56	0.05	1.44	1.68	0.04	1	0.83
IMC	22.07	3.08	14.87	28.56	27.39	5.23	16.23	42.87	45.91	1	0.00

NOTA: DS= desviación estándar

A continuación se muestra la clasificación del IMC según la Organización mundial de la Salud (OMS), para el grupo de Adolescentes y Madres, usándose la prueba de X^2 para el análisis estadístico entre ambos grupos (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de la clasificación de índice de masa corporal según la OMS

	ADOLESCENTES		MADRES		X^2	gl	p
	n	% *	n	% *			
Peso bajo	6	5	1	0.85	38.67	3	.000
Normal	45	37.5	18	15			
Sobrepeso	9	7.5	25	20.8			
Obesidad	0	0	16	13.3			

NOTA: *= Los porcentajes son en base al total de la población (n=120).

RESULTADO DE LOS PUNTAJES TOTALES DE LA EAT-40, SUS 7 FACTORES Y PUNTO DE CORTE DE MADRES Y ADOLESCENTES

A continuación se muestra la comparación de los puntajes totales de la EAT-40 de madres y adolescentes y su clasificación según el punto de corte de la EAT-40 (con o sin riesgo para trastornos de la conducta alimentaria). También se muestra la comparación de los 7 factores en la EAT-40 en adolescentes y sus madres. Se usó la prueba de Anova para el análisis estadístico de ambas poblaciones (Ver Tabla 3 y 4).

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en el puntaje total de la EAT-40, así como en sus 7 factores los cuales son: A) Factor 1 . Motivación para adelgazar, B)Factor 2. Evitación de alimentos engordantes. C)Factor 3. Preocupación por la comida D)Factor 4. Presión social percibida. E)Factor 5. Obsesiones y compulsiones. F)Factor 6. Patrones y estilos alimentarios. G)Factor 7. Conductas compensatorias.

Tabla 3.- Descripción de los resultados en el EAT-40, sus factores y su comparación

	ADOLESCENTES				MADRES				ANOVA		
	MEDIA	DS	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DS	MÍNIMA	MÁXIMA	F	gl	p
EAT40	20.02	15.83	3	74	15.55	8.10	4	45	3.78	1	.05
Factor1	3.82	4.65	0	15	1.80	2.97	0	10	7.99	1	.006
Factor2	0.88	1.53	0	6	0.75	1.29	0	5	*	*	*
Factor3	0.77	1.93	0	8	0.87	1.80	0	9	*	*	*
Factor4	2.68	2.89	0	9	0.35	0.88	0	3	35.65	1	.000
Factor5	1.40	1.31	0	5	2.10	1.57	0	9	7	1	.009
Factor6	2.70	2.27	0	9	3.77	2.61	0	10	5.67	1	.01
Factor7	0.62	1.65	0	8	0.15	0.51	0	2	4.33	1	.05

NOTA= * no se incluyen los resultados con p no significativa ($p > 0.05$)

En la Tabla 4 se muestra la cantidad de Adolescentes y madres que tuvieron un puntaje igual o mayor a 30, el cual es el punto de corte de la EAT-40 (puntajes ≥ 30 , se consideran con riesgo para algún trastorno de la conducta alimentaria). Se usó la prueba de X^2 para su análisis estadístico.

Tabla 4. Descripción según el punto de corte de la EAT-40

	ADOLESCENTES		MADRES		X^2	gl	p
	n	%	n	%			
< 30 PUNTOS	47	39.2	57	47.5	7.21	1	.007
≥ 30 PUNTOS	13	10.8	3	2.5			

NOTA= Los porcentajes son en base al total de la población (n=120)

A continuación se muestra la escolaridad según el punto de corte en la EAT-40, comparándose porcentajes en ambos grupos (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Descripción de la escolaridad en los grupos, según punto de corte de la EAT-40

	ADOLESCENTES <30 PUNTOS EN LA EAT-40		ADOLESCENTES ≥30 PUNTOS EN LA EAT-40		MADRES <30 PUNTOS EN LA EAT-40*		MADRES ≥30 PUNTOS EN LA EAT-40**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PRIMARIA	0	0	0	0	9	60.0	6	40.0
SECUNDARIA	38	84.4	7	15.55	20	76.9	6	23.07
PREPARATORIA	9	60.0	6	40.0	4	100	0	0
TECNICA	0	0	0	0	5	100	0	0
UNIVERSIDAD	0	0	0	0	9	90.0	1	10.0

NOTA= * Madres de pacientes que tuvieron < 30 puntos en la calificación total de la EAT-40, ** Madres de pacientes que tuvieron ≥ 30 puntos en la calificación total de la EAT-40.

En la Tabla 6 se muestran las características somatométricas de ambos grupos de pacientes, divididas según el punto de corte de la EAT-40 para su comparación.

Tabla 6. Comparación de características somatométricas entre grupos según punto de corte de la EAT-40

GRUPO	VARIABLE	EAT < 30 puntos				EAT ≥ 30 puntos			
		MEDIA	DS	MÁXIMO	MÍNIMO	MEDIA	DS	MÁXIMO	MÍNIMO
ADOLESCENTES	EDAD	14.55	1.45	17	13	15	1.472	17	13
	PESO	54	8.65	78	35	53.23	9.27	71	41
	TALLA	1.55	0.06	1.69	1.42	1.57	0.05	1.66	1.49
	IMC	22.25	3.04	28.56	16.64	21.42	3.29	26.67	14.88
	PESO IDEAL	50.77	5.99	62	40	49.92	6.04	60	39
	EDAD	42.13	7.58	64	31	47.31	9.00	64	37
MADRES	PESO	68.98	15.46	121	39	60.62	6.76	71	50
	TALLA	1.56	0.05	11.68	1.44	1.56	0.04	1.63	1.50
	IMC	28.08	5.59	42.87	16.23	24.86	2.38	27.83	20.28
	PESO IDEAL	56.26	7.02	70	45	54	4.10	63	49
	EDAD								

NOTA= las adolescentes se clasificaron según el punto de corte de la EAT-40, las madres son las pertenecientes a las adolescentes según su punto de corte.

Para comparar las características de las madres de adolescentes con puntuaciones totales ≥ a 30 puntos en la EAT-40, se dividió al grupo de adolescentes según este punto de corte, y se comparó con la puntuación de sus propias madres (independientemente de la puntuación de las madres en la EAT-40).

En la Tabla 7 se muestran los resultados de los factores obtenidos por las adolescentes en los diferentes factores de la EAT-40 según su punto de corte y en las madres de estas.

Tabla 7. Descripción de los resultados en el EAT40, sus factores y su comparación, según su punto de corte

VARIABLE	EAT < 30 puntos				EAT ≥ 30 puntos				
	PROMEDIO	DS	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	DS	MÍNIMO	MÁXIMO	
ADOLESCENTES	EAT TOTAL	10	7.41	3	29	44.69	13.31	30	74
	FACTOR 1	2.26	3.54	0	12	9.46	3.77	2	15
	FACTOR 2	0.49	0.99	0	3	2.31	2.21	0	6
	FACTOR 3	0.19	0.64	0	3	2.85	3.28	0	8
	FACTOR 4	1.89	2.49	0	9	5.54	2.57	1	9
	FACTOR 5	1.19	1.15	0	4	2.15	1.65	0	5
	FACTOR 6	2.47	2.08	0	9	3.54	2.78	0	8
	FACTOR 7	0.09	3.51	0	2	2.54	2.81	0	8
MADRES	EAT TOTAL	16.28	8.92	4	45	44.69	13.3	30	74
	FACTOR 1	2.02	3.17	0	10	9.46	3.77	2	15
	FACTOR 2	0.96	1.39	0	5	2.31	2.21	0	6
	FACTOR 3	0.96	1.98	0	9	2.85	3.28	0	8
	FACTOR 4	0.36	0.91	0	3	5.54	2.57	1	9
	FACTOR 5	2.28	1.61	0	9	2.15	1.62	0	5
	FACTOR 6	3.77	2.49	0	10	3.54	2.78	0	8
	FACTOR 7	0.15	0.51	0	2	2.54	2.81	0	8

NOTA= las Adolescentes se clasificaron según el punto de corte de la EAT-40, las Madres son las pertenecientes a las adolescentes según su punto de corte.

RESULTADOS DE LA ESCALA DE FIGURAS DE NIÑOS

A continuación se muestra la comparación de la percepción de peso e imagen corporal en adolescentes y sus madres mediante la Escala de Figuras de Niños (Child Figure Rating Scale). Para facilitar su análisis se sumo ambas diferencias obtenidas. Se uso Anova para el análisis estadístico de ambos grupos (ver Tabla 8).

En la Tabla 8 se muestran los resultados de la Escala de Figuras de Niños de Collins, recordando que se usaron 3 series de figuras: a) En la 1ª serie señalaron cuál de todas ellas representa mejor la percepción actual que tiene su propio peso y figura, b) En la 2ª serie de figuras indicaron cuál representaba su peso y cuerpo idealizado, c) En la 3ª serie de figuras señalaron cuál de las figuras represento mejor su ideal de peso y figura para el futuro. A través de restar la posición numérica que ocupa cada figura idealizada de la figura escogida como el peso y figura real se obtendrá un indicador que representara el grado de insatisfacción corporal. Si el resultado fuese cero, la insatisfacción resultara nula; si el resultado fuese negativo la paciente deseara ser más delgada; y si el resultado fuese positivo, la paciente deseara ganar peso.

Tabla 8. Descripción de los resultados en la Escala de Figuras de Niños y su comparación

	ADOLESCENTES				MADRES				ANOVA		
	MEDIA	DS	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DS	MÍNIMA	MÁXIMA	F	gl	p
Figura 1	4.20	0.93	2	6	4.85	1.13	2	7	*	*	*
Figura 2	3.73	0.73	2	5	3.9	0.85	3	7	7.76	1	.006
Figura 3	3.33	0.77	2	5	3.93	0.75	3	6	7.76	1	.007
Diferencia Fig. 2-1 ^a	-0.47	1.03	-3	1	-0.95	0.96	-3	1	*	*	*
Diferencia Fig. 3-1 ^b	-0.85	1.02	-4	1	-0.92	0.99	-4	1	*	*	*
Sumando de Diferencias ^c	-1.32	1.94	-6	3	-1.86	1.82	-7	2	*	*	*

NOTA= * no se incluyen los resultados con p no significativa ($p > 0.05$), ^a=Resultado de la resta de la calificación de la Figura 2 menos el resultado de la Figura 1, ^b=Resultado de la resta de la calificación de la Figura 3 menos el resultado de la Figura 1, ^c= Resultado de sumar las Diferencias entre las Figuras.

En la Tabla 9 se muestra los resultados de la Escala de Figuras de Niños de Collins, clasificadas según grupo y el punto de corte de la EAT-40.

Tabla 9. Descripción de los resultados en la Escala de Figuras de Niños y su comparación, según punto de corte de la EAT-40

VARIABLE	EAT < 30 puntos				EAT ≥ 30 puntos				
	MEDIA	DS	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DS	MÍNIMO	MÁXIMO	
ADOLESCENTES	FIGURA 1	4.26	0.94	2	6	4.0	0.91	3	5
	FIGURA 2	3.85	0.65	2	5	3.31	0.85	2	4
	FIGURA 3	3.43	0.77	2	5	3	0.70	2	4
	DIFERENCIA FIGURA 2-1	-0.40	1.01	-3	2	-0.69	1.10	-3	1
	DIFERENCIA FIGURA 3-1	-0.81	1.03	-4	1	-1.0	1.00	-3	1
	MADRES	FIGURA 1	4.96	1.23	2	7	4.46	0.51	4
FIGURA 2		3.96	0.83	3	7	3.69	0.94	3	5
FIGURA 3		3.98	0.76	3	6	3.77	0.72	3	5
DIFERENCIA FIGURA 2-1		-1.0	1.00	-3	1	-0.77	0.83	-2	1
DIFERENCIA FIGURA 3-1		-0.98	1.05	-4	1	-0.69	0.71	-2	1

NOTA= las Adolescentes se clasificaron según el punto de corte de la EAT-40, las Madres son las pertenecientes a las adolescentes según su punto de corte.

COMPARACIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

A continuación se muestra la comparación de los resultados en adolescentes y madres según el IMC y lo encontrado en la EAT-40 y la Escala de Figuras de Niños.

En la tabla 10 se muestra el puntaje total de la EAT-40 para cada grupo según su clasificación del IMC.

Tabla 10. Descripción de la calificación total de la EAT-40 según la clasificación de la OMS del índice de masa corporal

		EAT 40 PUNTAJE TOTAL			
		ADOLESCENTES		MADRES	
		MEDIA	DS	MEDIA	DS
CLASIFICACIÓN DEL IMC	PESO BAJO	20.83	13.07	0	0
	NORMOPESO	19.38	15.75	15.11	7.18
	SOBREPESO	22.67	19.15	15.64	13.00
	OBESIDAD	0	0	16.63	15.50

NOTA= no se incluyo a la única madre con IMC en bajo peso pues no se puede promediar (es una constante)

En la tabla 11 y 12 se muestran los puntajes obtenidos para cada grupo en los diferentes factores de la EAT-40, según su IMC.

Tabla 11. Descripción de los factores 1 al 4 de la EAT-40 según la clasificación de la OMS del índice de masa corporal

		FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3		FACTOR 4		
		MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS	
CLASIFICACIÓN DEL IMC	ADOLESCENTES	PESO BAJO	2.17	3.12	0	0	0.17	0.82	5.00	3.68
		NORMOPESO	3.6	4.62	0.96	1.56	0.82	1.91	2.62	2.85
		SOBREPESO	6.00	5.92	1.11	1.76	0.89	2.66	1.44	1.66
		OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0
	MADRES	PESO BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0
		NORMOPESO	1.94	1.24	0.39	0.77	0.67	1.53	0.78	1.16
		SOBREPESO	1.56	2.95	1.24	1.69	0.60	1.08	0.16	0.62
		OBESIDAD	2.13	2.91	0.44	0.81	1.56	2.75	0.19	0.75

Tabla 12. Descripción de los factores 5 al 7 de la EAT-40 según la clasificación de la OMS del índice de masa corporal

		FACTOR 5		FACTOR 6		FACTOR 7		
		MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS	
CLASIFICACIÓN DEL IMC	ADOLESCENTES	PESO BAJO	0.83	1.16	3.67	3.88	0.17	0.40
		NORMOPESO	1.51	1.32	2.36	1.93	0.6	1.69
		SOBREPESO	1.22	1.39	3.78	2.33	1.00	2
		OBESIDAD	0	0	0	0	0	0
	MADRES	PESO BAJO	0	0	0	0	0	0
		NORMOPESO	2.11	1.45	2.89	2.05	0.33	0.76
		SOBREPESO	2.04	1.79	3.96	2.70	0.12	0.44
		OBESIDAD	2.25	1.43	4.5	2.98	0	0

La tabla 13 muestra los resultados de la escala de figuras de Niños de Collins en ambos grupos según su IMC.

Tabla 13. Descripción de los resultados en la Escala de Figuras de Niños y su comparación, según la clasificación de la OMS del índice de masa corporal

		FIGURA						DIFERENCIA ENTRE FIGURAS				
		1		2		3		2-1		3-1		
		MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS	
CLASIFICACIÓN DEL IMC	ADOLESCENTES	PESO BAJO	3.17	0.75	3.5	0.54	3.33	0.51	0.33	1.21	0.16	0.98
		NORMOPESO	4.16	0.82	3.76	0.74	3.32	0.79	0.40	0.91	0.83	0.94
		SOBREPESO	5.11	0.78	3.78	0.83	3.44	0.88	1.33	1.00	1.66	0.86
		OBESIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MADRES	PESO BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		NORMOPESO	4.00	0.76	3.5	0.61	3.67	0.59	-0.5	0.87	-0.33	0.84
		SOBREPESO	4.80	0.81	3.80	0.76	3.96	0.88	-1.00	0.86	-0.84	0.68
		OBESIDAD	5.90	1.06	4.50	0.96	4.19	0.65	-1.44	1.03	-1.75	1.06

DISCUSIÓN

PESO IDEAL EN ADOLESCENTES Y SUS MADRES

Al comparar los pesos deseados entre adolescentes y madres, las adolescentes deseaban un peso menor que las madres (5.77kg menos). Esto podría verse influido por el hecho de que las pacientes tienen un peso real menor que el de las madres (hay diferencia significativa entre ambos grupos) ya que como se verá más adelante, las madres quieren disminuir una mayor cantidad de kilogramos que las adolescentes.

PESO, TALLA E IMC EN ADOLESCENTES Y SUS MADRES

En el grupo de adolescentes, al comparar el peso promedio (53.88kg \pm 8.7kg) y al peso deseado (50kg \pm 5.96kg) se encontró que hay una tendencia a la delgadez de 3.88kg. En el grupo de madres con respecto al peso promedio y al peso deseado se encontró que hay una tendencia a la delgadez de 11.4 kg (esta diferencia con respecto a la pérdida de peso es medianamente significativa).

Al comparar la edad, peso e IMC se encontró que existen diferencias significativas entre ambos grupos (p 0.000), sin embargo el promedio de las adolescentes estuvo dentro del rango normal, mientras que el de las madres estuvo en sobrepeso. Estas diferencias pudiesen deberse a factores nutricionales, el gasto calórico o factores ambientales, sin embargo no se analizaron estas variables en este estudio, por lo que habrá de investigarse en futuros estudios.

Al comparar la talla no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos, lo que pudiese deberse a factores genéticos, alimentarios y ambientales compartidos en ambos grupos (variables no incluidas en este estudio), por lo que hace falta estudiar las causas de esta semejanza en futuras investigaciones.

Al comparar los IMC en cada grupo (Adolescentes y Madres), ninguna adolescente presentó Obesidad, la mayoría de ellas tuvo un IMC en parámetros normales, seguido por sobrepeso y posteriormente peso bajo. Las madres presentaron en su mayoría sobrepeso, seguido por peso normal, luego obesidad y solo 1 madre con peso bajo. Al analizar la diferencia entre ambas poblaciones con la prueba de X^2 , se encontró que la diferencia de clasificación del IMC es significativa ($X^2=38.67$ (3) p.000) (Ver Tabla 2). Estas diferencias en el IMC posiblemente estén asociadas a la diferencia de edades, etapas de crecimiento y desarrollo corporal propias de cada grupo, a la diferencia actividad física u otros factores que influyan en el aporte y gasto calórico entre ambas poblaciones; sin embargo no se estudiaron estas variables, por lo que no es posible confirmarlo en este estudio.

RESULTADO DE LOS PUNTAJES TOTALES DE LA EAT-40, SUS 7 FACTORES Y PUNTO DE CORTE DE MADRES Y ADOLESCENTES

Al comparar el resultado Total de la EAT-40 se encontró que las Adolescentes presentaron un promedio mayor (20.02 ± 15.38) que las madres (15.55 ± 8.10), lo cual es estadísticamente significativo; sin embargo esto podría deberse estadísticamente a que las puntuaciones de las Adolescentes variaron mucho más y con rangos máximos más altos que las de las madres, las cuales presentaron calificaciones más homogéneas y con menor tendencia a las mínimas (desviación estándar menor que en Adolescentes), por lo que esta diferencia es poco valorable. (Ver Tabla 3).

Con respecto a los diferentes Factores de la EAT-40, los Factores 1 (Motivación para adelgazar), 4 (Presión social percibida) y 7 (Conductas compensatorias) tuvieron puntajes mayores en las adolescentes con diferencias estadísticamente significativas (Ver tabla 3). Esto concuerda con lo encontrado por Guadarrama (2011)(19), Toro (1999)(33), Field (2008)(13), y Franco (2010) (15), quienes refiere estas variables como factor de riesgo importante en las adolescentes. Por su parte las Madres puntuaron más alto que las Adolescentes en los Factores 5 (Obsesiones y compulsiones) y 6 (Patrones y estilos alimentarios) con una diferencia estadísticamente significativa (Ver Tabla 3); esto concuerda con lo referido por León (2010)(23), y Rodríguez (2010)(30) quienes refiere que los padres de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan mayor peso, preocupación por la comida así como por lo referido por Elfhag (2005)(12), León (2010)(23) y Cooper et al (2004)(10) quienes refieren que los padres de pacientes tienden a restringir y controlar la alimentación. Estas diferencias indican que cada grupo se expone a diferentes factores de riesgo posiblemente asociados a la edad, grupo social, ambiente y familia, sin embargo no se estudiaron estas variables por lo que esto no se puede corroborar. (Ver tabla 3).

No se encontró Diferencias estadísticamente significativas en los factores 2 (Evitación de alimentos engordantes) y 3 (Preocupación por la comida) al comparar ambos grupos, por lo que es posible que ambos estén expuestos en igual medida a estos factores de riesgo asociados a la ingesta alimentaria y/o que pudiera haber transmisión intergeneracional de estos factores (Ver Tabla 3). Esto concuerda con lo encontrado por Elfhag (2005)(12) y León (2010)(23), quienes refieren agregación familiar de conductas alimentarias referentes a la dieta y alimentación.

Con respecto al punto de corte, existe un número mayor de adolescentes con ≥ 30 puntos en la EAT-40, (lo cual es consistente con lo visto en la calificación total de la EAT-40 en la que existe una mayor variación en las puntuaciones de las adolescentes), por lo que existe mucho mayor riesgo en esta población de presentar un trastorno de la conducta

alimentaria. Hay una diferencia significativa entre ambos grupos ($X^2=7.21$ (1) p.007) (Ver Tabla 4) esto coincide con lo visto por Toro (1999)(33), Field (2008)(13) y Franco (2010)(15), quienes refieren a la adolescencia como un importante factor de riesgo.

En cuanto a la escolaridad, se encontró que las adolescentes de secundaria en su mayoría tienen a estar por debajo del punto de corte (80.4%), sin embargo al llegar a la preparatoria la proporción de adolescentes con ≥ 30 puntos aumenta (del 15.55% en la secundaria a 40.4% en la preparatoria), lo que sugiere que este grupo de adolescentes son más vulnerables o tienden a mostrar mayor sintomatología, pudiendo deberse a el incremento en la edad para este grupo escolar. Esto concuerda con lo encontrado por Unikel (2002)(37) que afirma que al incrementar la edad incrementan las conductas alimentarias de riesgo y a lo visto por Toro (1999)(33), Field (2008)(13) y Franco (2010)(15) quienes refieren a la adolescencia y adultez temprana como edades de mayor riesgo (ya que las preparatorias se encuentran en medio de estas 2 edades). Las madres de las pacientes con ≥ 30 puntos en la EAT-40 tendieron en su mayoría a tener una escolaridad de primaria y secundaria y solo 1 de ella universidad, lo que sugiere la mayor escolaridad de las madres se relaciona a menor riesgo de que las adolescentes presenten algún trastorno de la conducta alimentaria (Ver Tabla 5).

En cuanto al promedio de peso de las adolescentes con ≥ 30 puntos en la EAT-40 y aquellas con < 30 puntos, se encontró que hay una diferencia de pesos promedio de 0.83kg menos y una diferencia de 0.85kg en cuanto al peso deseado por lo que es poco significativa. Lo mismo sucede con los promedios de edad, la talla y el IMC, por lo que ninguno se asocia a riesgo en el grupo de adolescentes. Al comparar a las madres de estas adolescentes se encontró que la edad promedio de las madres de pacientes con ≥ 30 puntos en la EAT-40 tienden a ser 5.18 años mayor (10.05%) en promedio que las que están por debajo del punto de corte, lo que es poco significativo y a tener 3.22 puntos (11.46%) menos en el IMC, lo que también es poco significativo (Ver Tabla 6).

En las adolescentes hay una diferencia de 0.85Kg menos en el peso deseado promedio y en madres hay una diferencia de 2.26kg menos con respecto al peso deseado promedio, lo que sugiere tendencia a la delgadez en el grupo arriba del punto de corte, pero esta diferencia es poco significativa (Ver Tabla 6). Esto coincide con lo referido por Field (2008)(13) quien refiere la tendencia a la delgadez se mantiene con pocos cambios a lo largo del tiempo.

Al dividir a las adolescentes según su punto de corte, se observó que, las adolescentes por debajo del punto de corte presentan una puntuación media total en la EAT 40 de 13.19 y las que están por arriba del punto de corte tienen 44.69. Al comparar a las madres de estas adolescentes se observó una diferencia de 28.41 puntos más en las puntuaciones totales de la EAT 40 de las madres de adolescentes con puntuaciones por arriba del punto de corte, sucediendo algo similar en todos los factores de esta escala

excepto en el Factor 5 (Obsesiones y compulsiones) (Ver Tabla 7). Esto concuerda con lo encontrado por León (2010)(23), Stein (2006)(32), Elfhag (2005)(12) y Cooper (2004)(10), quienes encontraron una relación positiva entre el riesgo de madres e hijas.

COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE FIGURAS DE NIÑOS

Con respecto al deseo de delgadez o incremento de peso mostrado en la Escala de Figuras de Niños, se encontró que ambos grupos desean adelgazar, sin embargo con respecto a la percepción del peso y figura peso se encontró que las madres tienden a percibirse con un peso ligeramente mayor que las adolescentes y aunque desean una figura ligeramente menos delgada que las adolescentes, desean adelgazar proporcionalmente mas que las adolescentes, tanto en el presente como en el futuro. Al comparar estadísticamente ambos grupos la diferencia es poco significativa (>0.05) por lo que pudiese haber relación en la puntuación de ambos grupos que pudiera asociarse a transmisión intergeneracional (Ver tabla 8). Esto concuerda con lo encontrado por Elfhag (2005)(12) quien refiere transmisión generacional de la percepción corporal y por lo encontrado por Field (2008)(13) que refiere que la preocupación por la delgadez y el peso se mantienen estables en todas las edades.

Al comparar a las adolescentes, las que estaban por arriba del punto de corte en la EAT-40 tienen ligeramente mayor tendencia a la delgadez así como ligero menor peso percibido y deseo de un peso proporcionalmente menor que aquellas que están por arriba del punto del corte, sin embargo esto es poco significativo (Ver Tabla 9). Por su parte las madres de adolescentes por arriba del punto de corte de la EAT-40 tenían menor proporción de tendencia a la delgadez, sin embargo también fue poco significativa (Ver Tabla 9). Por lo que no se encontró correlación entre la severidad de la puntuación de la EAT-40 y la escala de figuras de niños.

COMPARACIÓN DE SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Al comparar los resultados de la calificación total de la EAT-40 según la clasificación del IMC, se encontró que tanto en adolescentes como en madres la puntuación de la EAT-40 tiende a ser menor con peso normal, y mayor a mayor peso. Esto difiere con lo encontrado por Rodríguez (2008)(29) quien afirma que la mayoría de las mujeres con conductas alimentarias de riesgo presentan un IMC normal, pero es similar a lo encontrado por Zamora (2002)(40) y Elfhag (2005)(12) quienes refiere que la obesidad era frecuente en las madres que mostraban mayores alteraciones en la conducta alimentaria y concuerda con lo referido por Toro (1999)(33), Field (2008)(13) y Franco (2010)(15) quienes refieren a la obesidad como factor de riesgo para alteraciones de la conducta alimentaria. Sin

embargo la diferencia es poco significativa, lo que podría deberse a que se conto con una muestra reducida de pacientes (Ver tabla 10).

En las adolescentes con peso bajo tiende a haber puntuaciones altas el Factor 4 (Presión social percibida); mientras que en las adolescentes con sobrepeso los Factores 1, 2, 3,6 y 7 (Motivación para adelgazar, Evitación de alimentos engordantes, Preocupación por la comida, Patrones y estilos alimentarios, y Conductas compensatorias, respectivamente) tienden a puntuar mas alto que en las demás. Con respecto a las madres aquellas con sobrepeso puntúan mas alto que las demás en los Factores 2 y 6 (Evitación de alimentos engordantes y Patrones y estilos alimentarios respectivamente), mientras que las madres con obesidad puntúan mas alto en los Factores 1, 3, 5 y 6 (Motivación para adelgazar, Preocupación por la comida, Obsesiones y compulsiones y Patrones y estilos alimentarios respectivamente), Esto concuerda con lo referido por Unikel (2002)(37) quien afirma que en las mujeres a mayor IMC hay mayor implementación de métodos por bajar de peso, y también concuerda con lo referido por Toro (1999)(33), Field (2008)(13) y Franco (2010)(15) quienes refieren que la obesidad es un factor de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria; Sin embargo todas estas diferencias son poco significativas (Ver Tabla 11 y 12).

Al comparar la Escala de Figuras de Niños, se encontró que las adolescentes con sobrepeso tienen una mayor tendencia a la delgadez que las otras adolescentes, sucediendo lo mismo en las madres con obesidad. Esto concuerda con lo referido por Toro (1999)(33), Field (2008)(13) y Franco (2010)(15) quienes refieren a la obesidad con factor de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo no son proporciones significativas (Ver Tabla 13).

CONCLUSIONES.

PESO IDEAL EN ADOLESCENTES Y SUS MADRES: aunque hay una diferencia significativa entre ambos grupos con respecto al peso, esta es poco valorable, por lo que no es concluyente.

PESO, TALLA E IMC EN ADOLESCENTES Y SUS MADRES:

Existe mayor deseo de pérdida de peso con respecto al peso real en las madres que en las hijas, sin embargo es poco significativa, por lo que no es concluyente.

Las madres tienden a presentar de manera significativa mayores IMC que las adolescentes, sin embargo no se pudo asociar a alguna otra variable.

PUNTAJES TOTALES DE LA EAT-40, SUS 7 FACTORES Y PUNTO DE CORTE DE MADRES Y ADOLESCENTES

Las adolescentes tuvieron un promedio significativamente mayor en la EAT-40 que las madres, pero con una mayor varianza, por lo que el resultado no es concluyente.

En las adolescentes se encontró que presentaba riesgo referente a “Motivación para adelgazar”, “Presión social percibida” y “conductas compensatorias”; mientras que las madres tienen riesgo referente a “Obsesiones y compulsiones” y “Patrones alimentarios”.

Es posible que exista transmisión intergeneracional de la “Evitación de alimentos engordantes” y “preocupación por la comida”

El pertenecer a población adolescente implica riesgo estadísticamente significativo de presentar trastornos de la conducta alimentaria en comparación con las madres (tal como se vio en la mayor cantidad de población adolescente arriba del punto de corte en comparación con las madres).

No se puede dar resultados concluyentes con respecto a la escolaridad pues existen muchas variables no cuantificadas.

La edad, talla e IMC no se pudieron ligar a riesgo detectables por medio de la EAT-40 para trastornos de la conducta alimentaria en este estudio.

Se encontró una correlación positiva entre las puntuaciones totales de las madres en la EAT-40 así como en 6 de los 7 factores de esa escala (por lo que se corrobora el riesgo reportado en otros estudios de transmisión intergeneracional).

ESCALA DE FIGURAS DE NIÑOS

No se encontró diferencia significativa en la Escala de Figuras de niños, lo que confirma el riesgo reportado en otros estudios de transmisión intergeneracional.

No se encontró relación significativa entre el riesgo detectado en la escala de figuras de niños y la EAT-40.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

No se encontró relación significativa entre el IMC y la puntuación total de la EAT-40 y sus factores

No se encontró relación significativa entre el IMC y la Puntuación en la Escala de Figuras de Niños

Dado lo anterior *se concluye que la Hipótesis planteada en esta investigación fue cierta*, ya que en la población clínica mexicana del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, existe una correlación positiva entre el riesgo de trastornos alimentarios en las madres y sus hijas, pues a mayor presencia de conductas de riesgo (en la EAT-40) para trastornos de la alimentación en las madres, se detectaran más conductas de riesgo para trastornos de alimentación en sus hijas adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, G; Mancilla, J. M; Martínez, M; López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 7, 50-58.
2. Álvarez, G.L., Mancilla, J.M. y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7, 1, 74-85.
3. Álvarez, G; Vázquez, A R; Mancilla, J M; Gómez, G;. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 147-156.
4. Álvarez, R G;. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y Built. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México.
5. Álvarez-Rayón, G; Mancilla-Díaz, J M; Vázquez-Arévalo, R; Unikel-Santoncini, A; Caballero, R; Mercado-Corona, D;. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating weight disorders*, 9, 243-248.
6. Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa. *Psychosomatic Medicine* , 24(2), 187-194.
7. Cafri, G; Yamamiya, Y; Brannick , M; Thompson, k;. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science Practice* , 12, 421-433.
8. Collins, M A;. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *Journal of Eating Disorders*, 10, 199-208.
9. Coomber, K; King, R;. (2008). The role of sisters in body image dissatisfaction and disordered eating. *Sex Roles*, 59(1-2), 81-93.
10. Cooper P,J; Whelan, E; Woolgar, M; Morrell, J; Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder, role of the family environment. *British Journal of psychiatry* , 184, 210-215.
11. Dos Santos A.M ; Francischi R.; Fontes F.; Baeza S.F.; Tucunduva P.S; (2010) Adaptación Y Validación al Español del Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perspectivas en nutrición humana*, 12(1),11-23
12. Elfhag, K; Linné, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity Research*, 13(6), 1070-1076.

13. Field, A E; Javaras, K M; Aneja, P; Kitos, N; Camargo, C; Taylor , B; Larid, N M;. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(6), 574-579.
14. Franco, P. K., Mancilla, D. J. M., Álvarez, R. G., Vázquez, A. R. y López, A. X. (2004, mayo). Internal consistency and solution factor of the eating disorders inventory (EDI) in mexican males. *Sesión de cartel presentada en la AED 2004 International Conference on Eating Disorders*, Orlando, EE.UU.
15. Franco-Paredes, K; Díaz, F; López-Espinoza, A;. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 102-111.
16. Galán, J.C. (2004). Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: para detectar insatisfacción corporal. *Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México.
17. Garner , D; Garfinker , P;. (1979). The eating attitude test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
18. Garner, D M; Olmsted, M P; Bohr, Y; Garfinkel;. (1982). The eating attitudes test:pPsychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
19. Guadarrama, R G; Mendoza , M S;. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria : un análisis por sexo. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 16(1), 125-136.
20. Gutiérrez, R; Mora, J; Unikel, C; Villatoro, J; Medina, M;. (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que muestran conducta alimentaría de riesgo. *Gutiérrez, R. Mora, J. Unikel, C. Villatoro, J y Medina, M. (2001) El consumo de drogas en una muestrSalud mental*, 24(6), 55-61.
21. Iñarritu, M; Cruz, V; Morán, I;. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista salud pública y nutrición*, 5(2).
22. Jones , J M; Bennett , S; Olmsted, M P; Lawson, M L; Rodin, G;. (2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547-552.
23. León, H R; Aizpuro de la Portilla, A;. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*, 1, 119-124.

24. Loeb, K L.; Walsh, B T.; Lock J; le Grange, D; Jones, J; Marcus, S; Weaver, J, Dobrow, I. (2007). Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination. *Journal of the American Academy or Child and Adolesc Psychiatry*, 46(7), 792-800.
25. Mancilla, J.M., Franco, K., Álvarez, G. y Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the mexican versio of the eating disorders inventory. *Psicología*, 1, 167-176.
26. Mancilla, J. M., Gómez-Peresmitre, G., Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X. et al. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla & G. Gómez-Peresmitre (Eds.). Trastornos del comportamiento alimentario en países hispano-latino-americanos (pp. 89-122). México: Manual Moderno.
27. Medina-Mora, L; Borges, G; Lara, C; Benjet, C; Balanco, J; Feliz, C; Villatoro, J; Rojas, E; Zambrano, J; Casanova, L; Aguilar-Gaxiola, S;. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
28. Raich, R. (1995). Anorexia y Bulimia; Trastornos Alimentarios. Madrid: Ed. Pirámide.
29. Rodríguez, A B; Barneveld, H O; González, A; López-Fuentes, N I; Unikel , S C; Becerril, B M;. (2008). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del Estado de México. *Revista científica electrónica de psicología*(6), 159-170.
30. Rodríguez, A B; Barneveld, O H; Gonzalez-Arratia, N I; Unikel-Santoncini, C;. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33, 325-332.
31. Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. *New York: International Universities Press*.
32. Stein, A; Woolley, H; Cooper, S; Winterbottom, J; Fairburn, C G; Cortina-Borja, M. (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders. *British journal of psychiatry*, 189, 324-329.
33. Toro, J;. (1999). Prevención de la anorexia y la bulimia nerviosas. *Nutr Obes*, 2, 91-94.

34. Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
35. Unikel, C; Borjóquez-Chapela, L; Carreño-García, S;. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Revista de Salud Pública, México*, 46(6), 509-515.
36. Unikel, C; Gómez-Peresmitré, G;. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres mexicanas. *Revista de Salud Mental*, 27(1), 38-49.
37. Unikel, C; Saucedo, M T; Villatoro, J; Feliz, C;. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del IMC en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 49-57.
38. Unikel, C; Villatoro, J; Medina-Mora, M; Fleiz, C; Alcantar, E; Hernandez, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *La revista de investigación clínica*, 52(2), 140-147.
39. Vázquez, R., Alvarez, G. & Mancilla, J.M (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estético Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23, 6, 18-24.
40. Zamora, R; Martínez, A; Gazzo, C; Cordero, S;. (2002). Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 73(3), 129-136.

ANEXOS

FECHA DE REALIZACIÓN _____

LLENADO POR: ADOLESCENTE _____ MADRE _____ (MARQUE CON UNA X)

NOMBRE DE LA ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

TALLA _____ (cm) PESO _____ (Kg)

PESO QUE CONSIDERA IDEAL PARA USTED _____ (Kg)

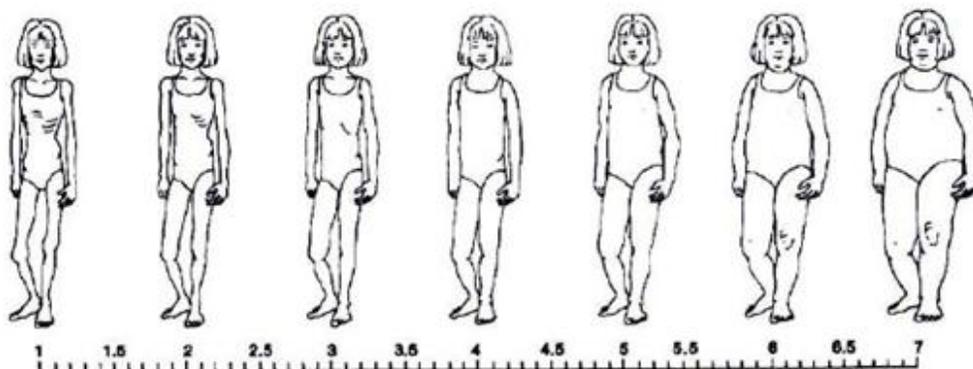
TELÉFONO _____

TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS-40 (EAT-40)						
1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla. 2. Contesta de manera individual. 3. Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible. 4. No hay respuestas "buenas" ni "malas". 5. Especifica tu respuesta anotando una X en el cuadro que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces. 6. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.						
Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	nunca	Casi nunca	algunas veces	Bastantes veces	casi siempre	siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						

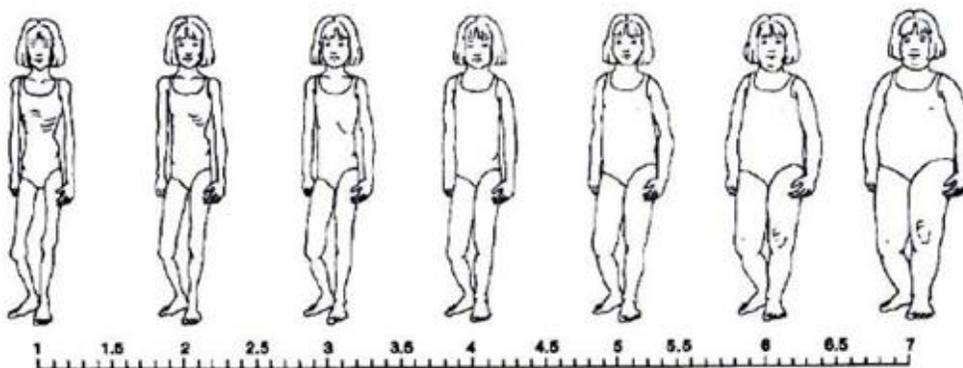
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (p. ej. pan, arroz, papas, etc.).						
11. Me siento llena después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (producen que orines con mayor frecuencia).						
29. Procuero no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos dietéticos.						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incómoda después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer dietas.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

ESCALA DE FIGURAS DE NIÑOS (CHILD FIGURE RATING SCALE)

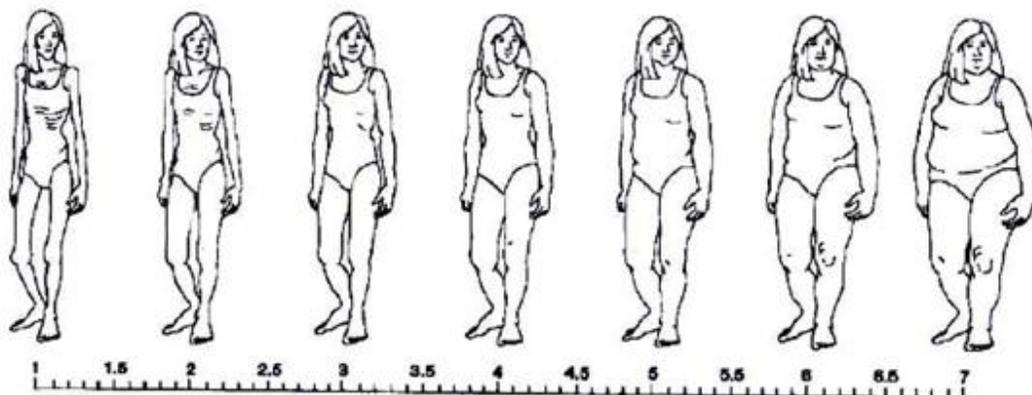
¿Cuál de las siguientes figuras se parece más a ti?



¿Cuál figura se parece más a cómo a ti te gustaría ser?



¿Cuál figura se parece más a cómo a ti te gustaría ser de grande?



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Título de la investigación.

Presencia de conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en pacientes adolescentes mujeres y sus madres.

2. Justificación y objetivos de la investigación.

Mi hija y yo (Madre) hemos sido invitadas a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar los factores de riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria así como la manera en cómo percibimos nuestro cuerpo, esto con la finalidad de saber si hay relación entre lo encontrado en hijas y madres, para poder planificar que se deberá de investigar mas en las consultas de psiquiatría infantil.

3. Procedimientos del estudio.

Traje a mi hija a valoración al servicio de Urgencias del hospital Juan N. Navarro donde se nos invito a participaren este estudio.

Se nos aplicaron 2 instrumentos, una cedula de identificación, además de haber sido pesada y medida. Estas pruebas fueron con la finalidad de detectar y medir factores de riesgo para presentar un trastorno de la conducta alimentaria o alteraciones en la percepción de nuestro cuerpo.

En esa sesión se aplicó el Test De Actitudes Alimentarias-40 (EAT-40) que sirve para detectar riesgo de tener alteraciones de la conducta en la alimentación. También se aplicó la Escala De Figuras De Niños que sirve para saber como percibimos la forma de nuestro cuerpo, fuimos pesadas y medidas en una bascula, y llenamos la cedula de identificación.

4. Beneficios posibles del estudio.

El estudio no tuvo costo alguno para nosotras y el beneficio es que mi hija recibirá una valoración adicional que apoyará a su mejor diagnostico.

5. Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio.

Si mi hija y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos podremos en contacto con el Dr. José Carlos Carbajal Padilla residente de segundo año de este hospital que se encuentra en la consulta externa de adolescencia.

6. Derecho a retirarse del estudio.

Mi hija y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica futura de mi hija en el hospital. Si deseo retirar a mi hija del estudio debo notificarlo al Dr. José Carlos Carbajal Padilla.

7. Confidencialidad.

La información obtenida de mi y mi hija se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones que nos realizaron pueden publicarse para fines científicos siempre y cuando no se divulgue nuestra identidad y, la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Nombre y Firma de conformidad

Responsable (Madre)

Paciente

Testigo

FECHA