

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DE GRADO

“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL, EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA QUE ACUDEN A LA UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CMNO”

Presenta

DRA. CLAUDIA CABRERA JIMÉNEZ

Para obtener el grado de Especialista en

PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

DIRECTOR DE TESIS: Dr. en C. José Alberto Tlacuilo Parra

FACILITADORES: Dr. José Ignacio Rendón Manjarrez

Dra. Nora Adriana González Reyes

Guadalajara, Jalisco; junio de 2013



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.

TESIS DE GRADO

“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL, EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA QUE ACUDEN A LA UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CMNO”

INDICE

Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Antecedentes.....	6
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	12
Objetivos.....	13
Hipótesis.....	14
Material y métodos.....	14
Consideraciones éticas.....	17
Resultados.....	18
Discusión.....	27
Conclusiones.....	31
Referencias Bibliográficas.....	32
Anexo 1.....	35
Anexo 2.....	38
Anexo 3.....	40
Anexo 4.....	41
Anexo 5.....	42
Anexo 6.....	47

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco por su paciencia y comprensión a mi familia y amigos, a mis padres por su maravilloso ejemplo de lucha en la vida, son inspiradores, y sobre todo por las solidas bases afectivas que me permitieron desarrollarme, los amo, a mis hermanos por su liderazgo que siempre es una maquinita que me mueve y confío moverá a México.

En especial a mi esposo Rubén por su paciencia y apoyo incondicional, por su valioso apoyo a la realización de esta tesis, y por su confianza en mi, te amo.

Al Dr. Rendón por su ejemplo en el amor y defensa al niño y el adolescente.

Al Dr. Tlacuilo, por su inmensa paciencia y desprendimiento para compartir sus conocimientos, por no perder la fe en mi y por ser un ejemplo de constancia y perseverancia en mi vida.

RESUMEN

Se realiza la presente investigación con el objetivo de comparar la frecuencia de factores de riesgo psicosocial, entre adolescentes con Anorexia Nerviosa que acuden a la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO y controles sanos.

Material y Métodos: Se trata de un estudio de casos y controles. Teniendo como casos pacientes con AN del servicio de Paidopsiquiatría en el área de consulta externa de la UMAE HP CMNO entre las edades de 13 a 16 años, y como controles adolescentes pareados por edad y sexo sin el diagnóstico.

Se aplicaron las siguientes escalas: EDI2, BIA, CES-D_R, imagen corporal de Collins, FACES III y IPPA.

El análisis descriptivo de las variables cualitativas se realizó con frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas se realizaron mediante medianas y rangos. Para la estadística inferencial se emplearon pruebas de chi cuadrada y t student, se consideró una diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

Resultados: la muestra consistió en un 91% femenina contra un 9% masculina, con una mediana de edad en los 14 años, el 73% de los casos contaban con ambos padres contra el 81.8% de los controles.

Encontrando diferencias significativas en las sub escalas de EDI para DT, B y BD, PA, ID, ED, A, MF. Así como la escala de insatisfacción corporal de Collins. El resto de las sub escalas de EDI no mostraron tener una diferencia significativa entre los casos y controles, ni así las escalas FACES, CES-D, IPPA para padre y madre.

Conclusiones: Se trata de un estudio rico ya que denota las diferencias claras entre la población clínica y los controles para los factores de riesgo psicológicos, mas sin embargo este estudio muestra que al parecer la calidad del apego y el ambiente familiar, en cuanto a la estructura de la misma, medidos de manera retrospectiva parecen no tener un impacto específico en la presencia de la Anorexia, mas podrían

propiciar variables mediadoras como las descritas previamente que se relacionan con la generación de la psicopatología.

ANTECEDENTES:

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria, el cual supone una pérdida de peso auto inducida que lleva inexorablemente a un estado de inanición. Es el desorden alimentario más severo y peligroso. Puede inhibir o interrumpir la aceleración del crecimiento del adolescente.¹

Criterios diagnósticos:

Para diagnosticarle se debe encontrar rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, miedo a aumentar de peso, amenorrea (tres ciclos menstruales consecutivos). Puede ser de tipo restrictivo o purgativo.²

Epidemiología:

La prevalencia ha crecido del 0,35% en los 60s a un 3% actual,³ con una proporción de mujeres a hombres de 10:1. Con mayor prevalencia en la clase media y alta de jóvenes caucásicas, aunque ha aumentado en todos los grupos étnicos.⁴ En adolescentes de 15 a 18 años con 44%, de 12 a 14 años 32%, de 9 a 11 años 8 % y con mas de 18 años 16%.

La mortalidad a corto plazo es baja, 1 a 5%, pero a largo plazo asciende al 20%, la mitad por suicidio, el resto a la inanición, y muerte súbita. ⁴

Etiología:

Se considera multifactorial y con componentes psicológico, cultural, familiar, biológico y genético.^{4,5}

Factores predisponentes descritos en investigaciones previas:

- Predisposición genética (tasa de concordancia entre gemelos monocigotos significativamente mayor que para gemelos dicigotos).
- Antecedente de obesidad es consistente como factor de riesgo en diversos estudios.
- Historia de depresión o trastorno obsesivo infantil.
- Familia muy sensible a las apariencias.
- Perfeccionismo en el paciente.
- Aceptación de las normas sociales.
- Aparente autonomía, aunque se sospecha de fuerte vinculación emocional con los o con alguno de los cuidadores primarios.
- Ser de sexo femenino.
- Pertenecer a una clase media alta.
- Presentar rasgos de dependencia parental.
- Presentar una identidad personal incompleta (típica en la adolescencia).
- Disminución de la actividad sexual, o del interés en esta.
- Déficit en pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto.
- Periodos de negativismo.
- Estar en la etapa del ciclo vital de la adolescencia.
- Tener familiares con trastornos afectivos.
- Tener familiares con adicciones.
- Tener familiares con trastornos de alimentación, obesidad materna. 4, 6

Los factores familiares:

- La evitación de conflictos (no se resuelven los mismos, solo se encuentran maneras de evadirles).
- El aglutinamiento (familias con límites internos difusos y externos rígidos).
- La sobreprotección (como modelo de cuidado).
- La rigidez (que imposibilita la adaptación en las etapas del ciclo vital).⁴

Todos estos conllevan una baja tolerancia del sistema, y fallas en la delimitación de la individualidad; la rigidez permite un repertorio limitado de respuestas interpersonales y dificulta modificar pautas de interacción ante crisis.⁴

Dentro de las conductas evitativas el portador del síntoma resulta útil, desviando la atención del conflicto a la enfermedad contra la cual hacer un frente común.

La evitación puede ser variada y complementaria, un conyugue evitador, o interrupciones terciarias, o la negación del problema, que aumenta la peligrosidad de los síntomas.⁴

La capacidad de reacción está dada por diversas habilidades, aprendidas del entorno familiar y sociocultural, en sus relaciones, adquiridas durante el desarrollo y determinadas genéticamente. Uno de los determinantes en el desarrollo de habilidades durante el crecimiento es la relación de apego en el primer año de vida, la teoría del Apego, de Bowlby⁷ explica como los modelos internalizados de las relaciones afectan el éxito relacional. Y sobre como los procesos interpersonales afectan el desarrollo social y cognitivo del individuo; determinados por la relación de apego con el cuidador primario y la capacidad de seguridad de la misma, así como las características del tipo de seguridad de apego de los padres y su reciprocidad.⁷

Una relación de apego saludable, satisface las necesidades físicas o de supervivencia del niño así como las psíquicas que permiten la organización de los procesos mentales del niño. Este desarrolla un sentimiento de seguridad que le permite al mismo tiempo explorar y distanciarse, paulatinamente, del cuidador.^{7,8}

El daño en el vínculo de apego se traduce en trastornos de personalidad o psicopatologías como la anorexia y el mantenimiento de esos problemas de conducta.⁸

El modelo familiar evoluciona dependiendo del marco social, económico y cultural en el que se encuentre, priorizando las necesidades a satisfacer. La atención al infante por el cuidador primario, ha quedado cada vez más en segundo plano, descuidando de esta manera la relación de apego en los primeros años de vida. Los cuidados maternos insensibles (incluidos el rechazo, el abandono o la amenaza de abandono) dan consecuencias. La necesidad de proximidad y de llenar el vacío se hace crónica, y es considerada como un factor de vulnerabilidad para la presentación de psicopatología.

La anorexia nerviosa se presenta sobre todo a partir de la adolescencia, porque se relaciona con la etapa de necesidad de individuación,⁹ difícil de lograr si no ha habido un buen apego en la infancia, que permitiera la primera separación alrededor de los 3 años descrita por Mahler como primera individuación.¹⁰

Durante esta etapa se hacen presentes: la necesidad de pertenencia al medio externo a la familia y la inseguridad para enfrentarse a la sociedad y su postura crítica, características que claramente se verán agravadas si no se han sorteado las etapas anteriores del ciclo vital de manera apropiada.¹⁰

La influencia social y/o cultural se permea a través de los orificios de las relaciones familiares inadecuadas, y la fortaleza tipo individual y/o personalidad también fue gestada por estas mismas relaciones desde la infancia.

Los miembros de la familia deben estar primero emocionalmente apegados unos a otros antes de poder aprender habilidades de comunicación o cualquier otra habilidad.

Cuando existen problemas en esta primera relación los recursos que poseen las familias se encuentran muy inhabilitados, haciendo difícil el cambio. Identificar las relaciones de apego dañadas constituye una potente estrategia de intervención.

Es posible tener una idea de la funcionalidad familiar y del tipo de apego que generan a través de distintas encuestas, para entender su capacidad de adaptabilidad y características de cohesión y el modelo circumplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), facilita su comprensión, por lo que se le toma como referencia en este estudio.¹¹

Este consta de tres dimensiones, la cohesión y adaptabilidad y la comunicación, como una dimensión facilitadora.

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas.

Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas, la asertividad, el control o el feedback. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales.

Cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles.

En el caso de la cohesión:

Familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja).

La adaptabilidad constituye: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).

La comunicación es una dimensión facilitadora, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar. Entre los conceptos considerados se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración.¹¹

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

El instrumento *Eating Disorder Inventory* (EDI-3) De Garner, Olmsted y Polivy

Posibilita estudios de tamizaje y búsqueda de factores de riesgo de los Trastornos de Alimentación, validado en población mexicana. Dirigido a la descripción y medición de ciertas características psicológicas, y de la severidad de la sintomatología. Cuestionario auto aplicable de 91 reactivos, en formato tipo Likert.

Sus reactivos se distribuyen a lo largo de 11 sub escalas: impulso hacia la delgadez; bulimia; insatisfacción corporal; ineficacia; perfeccionismo; desconfianza interpersonal; conciencia interoceptiva; miedo a la madurez; ascetismo; regulación de impulsos, inseguridad social y bulimia.

Posee una buena consistencia interna ($\alpha=0.80$), con confiabilidad test-retest, y validez de contenido, de concurrencia y de constructo.¹²

ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES (CES-D-R),

Versión validada en adolescentes en México, para valorar la depresión, de fácil aplicación, diseñada por Radloff.

Consta de 35 preguntas con 4 opciones de respuesta sobre el número de días en que se experimentaron cada uno de los síntomas, durante la semana o dos semanas previas.

Posee características psicométricas satisfactorias de confiabilidad y validez para adolescentes estudiantes mexicanos.¹³

LA ESCALA DE LAS FIGURAS DE NIÑOS DE COLLINS *BODY IMAGE ASSESSMENT* (BIA)

La Escala de las figuras de Niños de Collins, Body Image Assesment (BIA)

Mide la imagen corporal, mediante una escala visual, validada en población Mexicana. Provee un indicativo de las discrepancias entre las percepciones subjetivas de la imagen corporal real, ideal, social y futura. Aparecen por separado 7 figuras de niños/as y jóvenes de ambos géneros que representan las curvas estándares en percentiles para el IMC en niños y adolescentes.¹⁴

LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR
FACES III.

Para valorar los factores familiares. Validada por Florenzano en 1995 y por González en 2002 en Chile. Escala tipo Likert con 20 reactivos de acuerdo a frecuencia, basada en la comprensión de los sistemas familiares y en el modelo circumplejo.¹²

EL INVENTARIO DE APEGO CON PADRES Y PARES (IPPA)

De Armsden y Greenberg (1987), traducido al español validado en muestra Colombiana, con 75 ítems divididos en tres grupos de 25 afirmaciones cada uno, evalúa los niveles de seguridad percibidos por los adolescentes en su relación con padres y pares. Buscando: alienación, confianza y comunicación.

Tiene una alta consistencia interna aplicado en poblaciones bogotanas de adolescentes y adultos jóvenes. La escala total obtuvo un *alpha* de confiabilidad de 0,84.¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de Investigación:

¿Existe mayor agregación de factores de riesgo psicosocial en adolescentes con AN que acuden a la UMAE HP CMNO que en controles sanos?

Planteamiento del problema:

Se desarrollará un estudio para identificar la existencia o no de distintos factores de riesgo que se relacionan a la Anorexia en la adolescencia, en los adolescentes diagnosticados con la misma que acuden a la UMAE Hospital de Pediatría y en controles sanos.

Justificación:

La investigación realizada sobre factores de riesgo en México, se ha concentrado en poblaciones capitalinas que tienen un distinto modelo cultural al nuestro, por lo que es importante realizar las propias a fin de compararles y conocer más a fondo que factores de riesgo podrían existir en nuestra población.

Se trata de un estudio de interés para la institución ya que la anorexia nerviosa como diagnóstico representa el 10% de las consultas realizadas en el servicio de psiquiatría infantil, y al tratarse de un padecimiento crónico y grave, este representa un alto riesgo de necesidad de hospitalización por descompensaciones metabólicas, desnutrición o riesgo suicida, con altos costos para el paciente y la institución, conocer si existen factores de riesgo para esta entidad por lo tanto puede ser de gran utilidad.

Objetivo general:

Comparar la frecuencia de factores de riesgo psicosocial, entre adolescentes con AN que acuden a la UMAE HP CMNO y controles sanos.

Objetivos Específicos:

- 1) Describir las características sociodemográficas de pacientes con AN y controles sanos.
- 2) Comparar la frecuencia de factores de riesgo para trastornos de la alimentación en adolescentes con AN y controles sanos.
- 3) Comparar la frecuencia de sintomatología depresiva entre adolescentes con AN y controles sanos.
- 4) Comparar la frecuencia de discrepancias en la percepción de la imagen corporal entre adolescentes con AN y controles sanos
- 5) Comparar la adaptabilidad y cohesión familiar entre adolescentes con AN y controles sanos.
- 6) Comparar el grado de apego con padres y pares entre adolescentes con AN y controles sanos.

Hipótesis General:

Existe una frecuencia mayor de factores de riesgo psicosocial en adolescentes con anorexia al compararlos con controles sanos.

Hipótesis Nula:

No existe diferencia en la frecuencia de factores de riesgo psicosocial en adolescentes con anorexia nerviosa al compararlos con controles sanos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Clasificación del estudio: Estudio de casos y controles.

Universo de Trabajo, Grupo de Estudio: Pacientes con AN del servicio de Paidopsiquiatría en el área de consulta externa de la UMAE HP CMNO entre las edades de 13 a 16 años.

Temporalidad: Entre los meses de Diciembre 2012, Enero y Febrero del 2013.

Lugar donde se llevará a cabo el proyecto: UMAE Hospital de Pediatría CMNO.

Procedimiento: Mediante la aplicación de las siguientes escalas: EDI2, BIA, CES-D_R, Imagen corporal de Collins, FACES III y IPPA.

Las escalas se contestaran de manera autoaplicada, asegurando al paciente el anonimato y privacidad. Con mi permanencia cercana en caso de existir alguna duda, en el área de consulta externa de Paidopsiquiatría en la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO, durante el turno vespertino. Aplicando todos los instrumentos en una sola sesión, en un lapso no mayor a dos horas. Se calificarán de acuerdo al procedimiento indicado para cada instrumento y se analizarán los resultados.

Para los controles, se invitarán a adolescentes pareados por género y edad, de la escuela secundaria técnica No. 40, sin el diagnóstico de anorexia, previa valoración clínica, solicitando la aceptación de los alumnos así como de sus tutores. Se aplicará en una oficina aislada del resto del alumnado y profesorado, en igualdad de condiciones.

Variables Dependientes:

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES- D_R versión validada en adolescentes en México.

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorders Inventory, EDI 2) versión validada en México.

La escala de imagen corporal de Collins, versión validada en México.

Así como la escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar FACES III, validada en Chile.

Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) de Armsden y Greenberg, validada en Colombia.

Cálculo de la Muestra:

Por conveniencia.

Criterios de Inclusión:

Adolescentes diagnosticados con Anorexia Nerviosa, por una psiquiatra, que cumplan los criterios diagnósticos del DSMIV tr.

Edades entre 13 y 16 años tanto masculinos como femeninos, derechohabientes, que sepan leer y escribir.

De acuerdo en formar parte del proyecto y haber firmado la carta de consentimiento informado, después de haber recibido toda la información necesaria para tomar una decisión libre y consciente.

Los representantes legales (padres, tutores o consanguíneo que esté a su cargo), deberán firmar la carta de consentimiento informado.

Criterios de no Inclusión:

Aquellos que hayan decidido retirarse del estudio, que hayan sufrido algún evento adverso grave o que a juicio del investigador estén en peligro inminente de sufrirlo. Participantes que no se apeguen responder a las encuestas y entrevistas, o que hayan dejado inconclusas las mismas.

Lugar donde se realizará el estudio, infraestructura:

El área de Paidopsiquiatría como oficina y oficina en escuela secundaria técnica No. 40.

Recursos materiales:

Formato de encuestas, equipo de cómputo, impresora, impresión, empastado.

Recursos Financieros:

Correrán a cargo del investigador.

Análisis estadístico:

Para el análisis descriptivo de variables cualitativas se realizará con frecuencias y porcentajes. Para variables cuantitativas se realizará con medias y desviaciones estándar en caso de distribución simétrica de los mismos. En caso de distribución no simétrica, estos valores cuantitativos se analizarán con medianas y rangos.

Para la estadística inferencial se emplearán pruebas de chi cuadrada y t student, se considerará una diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

Se utilizará una base de datos elaborada en Excel versión Windows 2010. Para el análisis de los datos se transportará al paquete estadístico SPSS versión 17.0 para Windows.

Consideraciones éticas:

Este estudio está de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, Título II, Capítulo I, artículos 17 y 23 y con la declaración del Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como a los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas en la investigación clínica. Se clasifica por sus características como un estudio con riesgo mínimo, por lo que para la participación de los pacientes en el estudio, se solicitará la autorización de los padres por medio de un consentimiento informado por escrito.

En cuanto al grupo control si se detectaran adolescentes con factores de riesgo para desarrollar la anorexia nerviosa se derivarían a atención psicológica de la propia secundaria a fin de corregir situaciones relacionales y evitar la psicopatología, si el equipo de psicología considera necesaria la intervención psiquiátrica se derivaran a a este tipo de atención.

Previo a la realización del estudio este deberá ser autorizado por el CLIEIS de la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO.

Experiencia del Grupo:

Conocimiento integral del adolescente y su desarrollo, así como del manejo de la AN por parte del tesista. Tutor con experiencia en investigación, con publicación de resultados en revistas indizadas con factor de impacto.

RESULTADOS:

En el cuadro 1 se muestran las características sociodemográficas de los 11 pacientes reclutados para la realización del presente estudio, así como los 22 controles pareados por edad y género dos a uno con los casos, destacando la composición y convivencia en tiempo familiar.

Tabla 1

	Casos N = 11	Controles N = 22
Género		
Fem	10 (91%)	20 (91%)
Masc	1 (9%)	2 (9%)
Edad		
Mediana	14 (13 – 16)	14 (13 – 16)
Composición Familiar		
Ambos padres	8 (73%)	18 (81.8%)
Un solo Padre	3 (27%)	3(13.6%)
Mamá	2 (67%)	3 (13.6%)
Papá	1 (33%)	0
Sin Padres	0	1(4.5%)
<i>Hermanos</i>		
Hombres	2 (18.1%)	4 (18.1%)
Mujeres	5 (45.45%)	4 (18.1%)
Ambos	4 (36.36%)	13 (59.09%)
Hijo único	0	1 (4.54%)
Tiempo de compartir		
≤ 2 hrs	3 (27.2%)	4 (18.1%)
3 – 5 hrs	6 (54.5%)	14 (63.6%)

≥ 6 hrs	2 (18.1%)	4 (18.1%)
---------	-----------	-----------

Las características sociodemográficas consisten en un 91 % de la muestra son femeninos y el 9 % masculinos con sus pares en controles correspondiente en la misma proporción.

En cuanto a la composición familiar se observa que entre los casos el 73% cuenta con ambos padres y solo el 27% cuenta con un solo padre, contra el 81% de los controles con ambos padres contra el 13.6% con un solo padre y el 4.54% sin padres.

De estos los 11 casos se corroboraron conforme a valoración psiquiátrica tomando como referencia los criterios diagnósticos del DSMIV tr con anorexia nerviosa.

En la tabla Numero 2 se hace una comparación de la escala EDI (inventario de trastornos de la conducta alimentaria 3) entre casos y controles, esta escala nos da una panorámica general de los factores de riesgo, es por esto que es la mas utilizada en los estudios que se han realizado al respecto con anterioridad.

De la muestra, por ser pequeña se tomó como referencia la mediana al hacer el análisis de los resultados encontrando diferencias entre los casos y controles con una p significativa en las sub escalas de EDI para DT (Obsesión por la delgadez) con una p = 0.00008, B (Sub escala de Bulimia) con una p = 0.0216 y BD (insatisfacción corporal) con una p = 0.00022, así como la escala PA (escala de Alienación personal) con una p = 0.040, la escala ID (déficits interoceptivos) con una p = 0.0078, la ED desajuste emocional con una p = 0.016, la escala A Ascetismo con una p = 0.00146, la MF (Miedo a la madurez) dio una p de 0.03 pero con un OR de 0.00 lo que nos traduce como una diferencia imaginaria si se ampliase la muestra.

El resto de las sub escalas no mostraron tener una diferencia significativa entre los casos y controles.

La sub escala DT, B y BD buscan características que han sido relacionadas de manera central con la aparición de los trastornos de la alimentación, la obsesión por la delgadez evalúa preocupaciones por la dieta y el peso, la presencia de temor a ganar peso y deseo de estar mas delgado de este 10 casos entraron en un rango típico o elevado encontrado en los pacientes con trastornos de alimentación, solo 1 en rango bajo contra 15 de los controles. Lo mismo sucede para la sub escala B que se relaciona con conductas de atracones también mostró importante diferencia entre casos y controles y la BD que mide la insatisfacción con el tamaño y la forma del cuerpo en su conjunto y de las partes concretas del mismo a las que las personas con Anorexia prestan extraordinaria atención (estómago, caderas, muslos y nalgas), lo cual es esperable en los casos e incluso en los controles por la proporción que suele ser endémica en los países occidentalizados como el nuestro, mas es superior en la muestra de casos.¹⁶

El índice EDRC (riesgo de trastorno de conducta alimentaria) que se obtiene de la sumatoria de las puntuaciones T de las escalas DT, B y BD dio una $p = 0.00004$; lo que corrobora la significancia en el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria al considerarse esta una de las sub escalas que califican el riesgo de padecer la enfermedad, los casos ya habían sido previamente diagnosticados por especialistas, por lo que este resultado era esperable y valida que la muestra de casos se comporta conforme a los esperable en términos de sintomatología de la enfermedad.

En cuanto al resto de las sub escalas que dieron una diferencia significativa cabe destacar la escala de alienación personal que se solapa con la baja autoestima, pero centrándose en la sensación de vacío omnipresente, soledad y la sensación de no comprenderse a sí mismo, apartado de los demás, así como la sensación de tener las cosas fuera de control, mostro significancia en esta muestra de casos a pesar de no haber sido significativa en la sub escala LSE que evalúa la valoración negativa que hace el sujeto de si mismo.

II es la sub escala de inseguridad interpersonal que evalúa la incomodidad, aprensión y reticencia que siente el sujeto ante las relaciones con otras personas, se centra en evaluar las dificultades para expresar los pensamientos íntimos a otros, al

igual que la sub escala IA mide la decepción, la distancia, la sensación de extrañeza y la falta de confianza que el sujeto siente ante las relaciones interpersonales, así como la sensación de sentirse engañado e incomprendido, no dieron diferencia entre grupos y controles sin embargo el índice de Problemas interpersonales que califica a estas como poco gratificantes y de poca calidad, lo cual es frecuente y considerado como factor de riesgo de mantenimiento para los trastornos de alimentación, dio una diferencia significativa en los grupos, y este se obtiene sumando las puntuaciones T de II e IA, que se relacionan de manera moderada.¹⁶

La sub escala ID evalúa la confusión relacionada con la incapacidad para reconocer con precisión los estados emocionales (alexitimia), y la escala ED mide su consecuencia, ya que evalúa la tendencia hacia la inestabilidad emocional, la impulsividad, la temeridad, la ira y la autodestrucción; en conjunto estas dos dan el índice de problemas afectivos, que refleja la inestabilidad anímica, intolerancia, impulsividad, imprudencia, factores que contribuyen de manera importante a mantener los síntomas de la anorexia.¹⁶

La sub escala de perfeccionismo que mide la necesidad de alcanzar los más altos niveles de logro personal, ya sea autoimpuesto o impuesto socialmente o ambos, dio rangos clínicos típicos y elevados en ambos grupos, lo que se tradujo sin diferencia significativa.

El ascetismo medido mediante la escala (A) evalúa la tendencia del sujeto a alcanzar la virtud mediante la autodisciplina, la renuncia, la restricción, el auto sacrificio y el control de las necesidades corporales, si fue significativo con clara diferencia de pacientes en rangos clínicos contra controles. La sumatoria del perfeccionismo mas el ascetismo nos dan el índice de Exceso de control (OC) que dio diferencia significativa.¹⁶

El miedo al a madurez (MF) evalúa el deseo de volver a la infancia, estuvo presente en ambos grupos, pero el rango típico elevado fue mucho mas presente entre los casos, lo que le otorgó una diferencia significativa entre ambos.¹⁶

El índice GPMC o de desajuste psicológico suma las puntuaciones T de las nueve escalas psicológicas de EDI, este al resultar significativo corrobora la importancia de

los factores psicológicos en esta muestra independientemente de la preocupación por la alimentación.¹⁶

Ver tabla 2 para comparar los resultados:

Tabla 2

RESULTADOS																		
Controles																		
EDI	DT	B	BD	LSE	PA	II	IA	ID	ED	P	A	MF	EDRC	IC	IPC	APC	OC	GPMC
RANGO ELEVADO	0	6	0	0	1	3	2	5	11	10	3	15	1	0	0	8	4	1
RANGO TIPICO	7	6	6	4	11	9	12	7	8	10	9	7	4	1	6	11	13	12
RANGO BAJO	15	10	16	18	10	10	8	10	3	2	10	0	17	21	16	3	5	9

RESULTADOS																		
Casos																		
EDI	DT	B	B D	LSE	PA	II	IA	ID	E D	P	A	MF	EDRC	IC	IPC	APC	OC	GPMC
RANGO ELEVADO	4	4	2	0	4	1	3	8	11	9	8	11	7	2	3	10	10	5
RANGO TIPICO	6	7	9	3	5	7	6	3	0	2	3	0	4	8	6	1	1	6
RANGO BAJO	1	0	0	8	2	3	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0

En la escala de FACES que medía la adaptabilidad y cohesión de la familia no se observaron diferencias significativas entre el grupo control y el de los casos de manera directa como se observa en la tabla 3 con una $p = 0.649$

Tabla 3

	Casos		Controles		
Adaptabilidad	31.09 ± 7.25	32 (17 – 42)	28.81 ± 5.50	27.5 (21 - 41)	p = 0.3912
Cohesión	30.81 ± 4.28	32 (24 – 37)	31.31 ± 6.73	31 (19 - 43)	p = 0.8018

FACES CONTROLES				
RIGIDAMENTE DESAPEGADO				0
RIGIDAMENTE SEPARADO				0
RIGIDAMENTE CONECTADO				0
RIGIDAMENTE APEGADO				0
ESTRUCTURALMENTE DESAPEGADO				0
ESTRUCTURALMENTE SEPARADO				4
ESTRUCTURALMENTE CONECTADO				2
ESTRUCTURALMENTE APEGADO				0
FLEXIBLEMENTE DESAPEGADO				0
FLEXIBLEMENTE SEPARADO				0
FLEXIBLEMENTE CONECTADO				10
FLEXIBLEMENTE APEGADO				5
CAOTICAMENTE DESAPEGADO				0
CAOTICAMENTE SEPARADO				0
CAOTICAMENTE CONECTADO				1
CAOTICAMENTE APEGADO				0

FACES CASOS			
RIGIDAMENTE DESAPEGADO			0
RIGIDAMENTE SEPARADO			0
RIGIDAMENTE CONECTADO			0
RIGIDAMENTE APEGADO			0
ESTRUCTURALMENTE DESAPEGADO			0
ESTRUCTURALMENTE SEPARADO			2
ESTRUCTURALMENTE CONECTADO			0
ESTRUCTURALMENTE APEGADO			0
FLEXIBLEMENTE DESAPEGADO			0
FLEXIBLEMENTE SEPARADO			0
FLEXIBLEMENTE CONECTADO			7
FLEXIBLEMENTE APEGADO			1
CAOTICAMENTE DESAPEGADO			0
CAOTICAMENTE SEPARADO			0
CAOTICAMENTE CONECTADO			1
CAOTICAMENTE APEGADO			0

En la escala de depresión CES-D tampoco se observó una diferencia significativa con una $p = 0.248$. Ver tabla 4

Tabla 4

CESD CASOS	
SUBUMBRAL	1
DEPRESION	4

CESD CONTROLES	
SUBUMBRAL	
DEPRESION	3

En la escala de IPPA Apego no se encontró una diferencia significativa entre los casos y los controles de manera directa dando una $p = 0.346$ para la madre y $p = 0.587$ para el padre.

Tabla 5

Apego Mamá	casos		controles		p
Confianza	23.36 ± 6.54	27 (15 – 31)	25.54 ± 6.34	27.5 (10 - 34)	0.3885
Enojo	13.27 ± 4.51	14 (7 – 19)	11.22 ± 3.71	11 (6 – 17)	0.2278
Calidad	18.63 ± 10.41	24 (5 -32)	25.18 ± 6.69	26.5 (6 – 17)	0.0897

Apego Papá					
Confianza	21.18 ± 5.62	22 (12 – 29)	20.63 ± 8.42	23 (4 - 31)	0.8306
Enojo	15.63 ± 3.89	13 (12 – 22)	14.45 ± 6.51	13.5 (6 – 29)	0.5291
Calidad	15.72 ± 7.82	16 (-2 – +26)	16.54 ± 10.29	17 (-3 - +37)	0.8067

IPPA CASOS			CONTROLES		
	MAMA	PAPA	MAMA	PAPA	
BUENO	1	0	BUENO	5	2
REGULAR	5	5	REGULAR	12	9
MALO	5	6	MALO	5	11

En la escala de Insatisfacción corporal se observa una diferencia significativa, mostrando como es de esperar una mayor insatisfacción entre los casos que los controles, con una $p = 0.0512$ con una $OR = 4.67$ ver tabla 6.

Tabla 6

**INSATISFACCION
CORPORAL CASOS**

SI	7
NO	4

**INSATISFACCION CORPORAL
CONTROLES**

SI	6
NO	16

DISCUSIÓN:

La escala de EDI fue tomada como referencia en este estudio ya que es la más utilizada para medir factores de riesgo, y se buscó ampliar con el resto de las escalas el panorama, mas sin embargo fue a través de la escala EDI donde se encontraron las únicas diferencias significativas.

El que las sub escalas de B y BD dieran altas en los casos en comparación con los controles podría interpretarse de dos maneras, ya sea que muestren que se trataba de cuadros de anorexia nerviosa con subtipo purgativo, recordando que un mismo paciente puede cumplir los criterios de varios diagnósticos a lo largo de la evolución de su cuadro y registrar cambios a nivel de conductas y creencias; mostrando que aunque se trate de pacientes con anorexia, es muy común que existan momentos de atracones que sean como tal, la paciente con anorexia purgativa suele utilizar los atracones como forma de mitigar los repetidos ataques de hambre que experimenta y posteriormente, vomita o se purga para mantener su peso en niveles muy bajos; de manera que le permite deshacerse de todo lo consumido. ²

O bien que por las propias pacientes sean detectados como atracones a pesar de la pobre cantidad de alimento ingerido, debido a la gran culpa que genera el ingerir cualquier tipo de alimento, como se trata de una escala auto aplicada, no se hace la distinción entre lo que la paciente aprecia como atracón y un verdadero atracón.

El que la escala LSE en cuanto a la evaluación negativa que hace el sujeto de sí mismo no haya habido significancia podría ser explicado también desde dos perspectivas, ya sea que la percepción del paciente con anorexia de sí mismo de manera frontal o lineal es de exitoso, triunfador o en control, pero que al contrastarlo con su entorno social o con sus relaciones mediante la escala PA denota que su

auto apreciación puede no ser del todo exitosa, o bien se podría explicar con la constante dificultad en autoestima por la que atraviesa el adolescente en general, ya que se encuentra en un periodo de transición que requiere importante adaptación física y mental a los cambios. Mas los rangos clínicos alcanzados fueron típicos o bajos para los dos grupos, lo que favorece mas hacia la primera hipótesis explicativa.

En cuanto a que el índice IPC, que proviene de las sub escalas II y IA, haya mostrado significancia en su sumatoria, aunque por separado las sub escalas no lo hayan hecho, orienta a que si se ampliase la muestra habrían sido significativos todos, los problemas interpersonales también han sido relacionados con el pronóstico de los pacientes que reciben tratamiento¹⁷ y se ha visto que altas puntuaciones en la sub escala IA desconfianza interpersonal permiten predecir el tratamiento con mala respuesta y alto índice de recaídas a largo plazo.¹⁸

El que la escala de perfeccionismo haya dado alta para ambos grupos, hace notar la susceptibilidad que la época del consumismo y el paradigma capitalista que apuesta al individuo y a la competencia, está generando en la percepción de la población sobre todo en los adolescentes, ya que incluso los sanos muestran altos índices de perfeccionismo, y no debemos olvidar que este ya ha mostrado relación como factor de riesgo para los trastornos de alimentación en numerosos estudios previos como en los estudios de Srinivasagman et al en 1995.¹⁶

Aunque no se distingue entre el perfeccionismo autoimpuesto y el impuesto socialmente, en su conjunto se denota su importancia. La presencia del Ascetismo en la muestra clínica puede explicar el que la enfermedad se manifieste, ya que las conductas que el sujeto está dispuesto a seguir con tal de alcanzar la perfección son mucho mas extremas en los pacientes que en los controles. Conjuntando la

intención de alcanzar los más altos niveles de rendimiento, con la creencia de que la renuncia, y el sacrificio permiten alcanzar la virtud.

El miedo a la madurez, constata nuevamente los retos que la etapa de la adolescencia con su reto de lograr la individuación representa, como factor de riesgo para la presentación de la anorexia.

Al encontrar en la escala EDI mediante el índice GPMC que los factores psicológicos entre los que se miden tanto las relaciones interpersonales como la capacidad de reconocer las emociones, modularlas y responder ante ellas, así como la autoestima y la complacencia, que son habilidades moduladas por el entorno; nos invita a cuestionar porque cuando se aplican las escalas para medir como las relaciones con las padres y la capacidad de apego que recibieron de ellos, no tiene una diferencia significativa, es probable, que al tratarse de escalas que miden de manera más específica los estilos de apego y familias, dando mucha mas finura a los datos, requieran una muestra mucho más amplia para dar significancia.

De cualquier manera cabe destacar que en la escala FACES, que mide el estilo de estructura familiar, para ambos grupos se encontró que la mayoría de la población se ubicaba entre los rangos familiares descritos como aceptables entre estructurales y flexibles, solo en uno de los casos caía en el subtipo de familias caóticamente conectadas, que nublan la claridad de los límites entre el individuo y la familia y a su vez dificultan la individuación.

La existencia de estudios previos en población mexicana, como el de Leija en el 2011, en los que se usaron otras escalas para medir el funcionamiento familiar, a pesar de tratarse de una muestra pequeña de 36 pacientes adolescentes hospitalizadas, de las cuales solo el 39% presentaban trastornos de la conducta

alimentaria, lograron fundamentar su hipótesis del mal funcionamiento global familiar como factor de riesgo para la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria, mas únicamente en su particularidad de Bulimia, por lo que tampoco lograron concluir que la disfunción familiar se una variable determinante para la presencia de la Anorexia.¹⁹ Cabe indagar por lo tanto si en nuestra muestra se hubiesen incluido pacientes con bulimia hubiera dado significativa esta diferencia.

El que no exista diferencia para la presencia de Depresión agregada, puede deberse a que los controles tuvieron una incidencia de depresión del 22% contra el 54% de los casos, mas se requiere un estudio mas minucioso para corroborar el diagnóstico de depresión tanto en los casos como en los controles, teniendo a su vez en cuenta la dificultad para identificar emociones que el Anoréxico suele tener, y esto daría un sesgo a esta escala.

CONCLUSIONES:

Se trata de un estudio rico ya que denota las diferencias claras entre la población clínica y los controles para los factores de riesgo psicológicos de los adolescentes de clase media en Guadalajara, Jalisco, mas los factores sociales, en cuanto a la estructura familiar y la calidad del apego no fueron significativos, esto lamentablemente por el tamaño de la muestra no puede asegurarse, ya que las escalas que medían estas características eran sumamente detalladas en su interpretación, lo que dificulta hacer un análisis claro y consistente con los casos y controles que fueron incluidos en este estudio, mas a través de las sub escalas que dieron diferencias significativas de la EDI se puede inferir que la necesidad de perfeccionismo, el aislamiento, la alexitimia, la dificultad para controlar las emociones están mas presentes en las pacientes con anorexia que en los controles sanos, y todas estas habilidades tienen una importante influencia socio familiar en su gestación y mantenimiento, mas sin embargo al parecer la calidad del apego y el ambiente familiar, en cuanto a la estructura de la misma, medidos de manera retrospectiva parecen no tener un impacto específico en la presencia de la Anorexia, mas podrían propiciar variables mediadoras como las descritas previamente que se relacionan con la generación de la psicopatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lenoir M, Silver-Tomas J. Actualizaciones en Anorexia Nerviosa en Niños y Adolescentes. Arch Arg Pediatr 2006; 104 (3) *versión On-line* ISSN 1668-3501
2. Walsh T, Mitchel J, Grartfinkel P, Terrence W, Halmi K. Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: Pichot P, López-Ibor J, Valdés M, Flores T, Toro J, Frances A, et al. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Texto Revisado, Madrid España, Cuarta Edición, Asociación Americana de Psiquiatría, 1994. 553- 559.
3. Español-Armengol N, De la Gándara-Martín J. Trastornos de la conducta alimentaria: una visión transcultural en la postmodernidad. Med. Psicosom 2008; (86/87): 29-36.
4. Hurtado M, González L, Hidalgo M, Nova C, Venegas M. Relación entre Factores Individuales y familiares de Riesgo para desórdenes alimenticios en Alumnos de enseñanza media. Revista de Psicología Universidad de Chile 2002; XI (001): 91-116
5. Kalm L, Semba R, They starved so that others be better Fed: Remembering Ancel Keys and the Minnesota Experiment. J of Nutrition 2005; 135 (6): 1347-1352
6. Carretero-García A, Sánchez- Planell L, Rusiñol-Jordi E, Raich E, Sánchez-Carracedo D. Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. Clínica y Salud 2009; 20 (2): 145-157.
7. Bowlby J. "El Apego y la Pérdida1: El Apego". Nueva Traducción Barcelona, España. Editorial Piados; 1998

8. Cook W, Kenny D, Goldstein M. Parental affective style risk and the family system: A social relations model analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991; 100 (4): 492-501.
9. The integration of the child into a social world. En Ainsworth, Bell, Stayton. *Infant-mother attachment and social development: "Socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals*. London: Cambridge University Press; 1974; 99-135.
10. Mahler M. *Estudios 1: Psicosis infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós; 1984.
11. Martínez-Pampliega A, Galíndez-Loseba E, Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2006; 6 (2): 317-338.
12. García-García E, Vázquez-Velázquez V, López-Alvarenga J; Arcila-Martínez D. Validez interna y utilidad diagnóstica del *Eating Disorders Inventory* en mujeres mexicanas. *Salud Pública Méx* 2003; 45 (3) [versión online ISSN 0185-3325](#)
13. González-Forteza C, Jiménez-Tapia J, Ramos-Lira L, Wagner F. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* , 2008; 50 (4): 292-299.
14. Trujano P, Nava C, de Gracia M, Limón G, Alatríste A, Merino M. Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología* 2010; 10 (2): 278-287.
15. Pardo M, Pineda S, Carrillo S, Castro J. Análisis Psicométrico del Inventario de Apego con Padres y Pares en una Muestra de Adolescentes Colombianos. *Interamerican Journal of Psychology* 2006; 40 (3): 289-302.
16. Garner A. "EDI-3 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria Manual" Madrid, España, Ediciones TEA, 2010

17. Casper y Jabine 1996 en Garner A. “ EDI-3 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria Manual” Madrid, España, Ediciones TEA, 2010
18. Olmsted, Kaplan y Rocket, 1994 en Garner A. “ EDI-3 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria Manual” Madrid, España, Ediciones TEA, 2010
19. Leija M, Saucedo J, Ulloa R. Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. Salud Mental México 2011; 34 (3): 203-210

ANEXOS

ANEXO 1

EDI -3

Rodea en la hoja de respuestas, el número de la opción que consideres más adecuada en tu caso. Por ejemplo, si en una afirmación consideras que lo que se describe es algo que te ocurre a ti casi siempre deberías rodear el número 4. Debes contestar todas las cuestiones. Si te equivocas al marcar la respuesta o simplemente quieres cambiarla No BORRES. Para cambiar tu respuesta dibuja una X encima de la respuesta que quieras cambiar y después rodea con un círculo la nueva respuesta.

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.
5. Suelo hartarme de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en ponerme a dieta.
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
10. Me considero una persona poco eficaz.
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso.
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
14. La infancia es la época más feliz de la vida.
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos.
16. Me aterroriza la idea de engordar.
17. Confío en los demás.
18. Me siento solo en el mundo.
19. Me siento satisfecho con mi figura.

20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones.
22. Preferiría ser adulto a ser niño.
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
27. Me siento incapaz.
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
30. Tengo amigos íntimos.
31. Me gusta la forma de mi trasero.
32. Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
36. Me fastidia no ser el mejor en todo.
37. Me siento seguro de mí mismo.
38. Suelo pensar en darme un atracón.
39. Me alegra haber dejado de ser un niño.
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no.
41. Tengo mala opinión de mí.
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos.
43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
44. Temo no poder controlar mis sentimientos.
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
47. Me siento hinchado después de una comida normal.
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
50. Me considero una persona valiosa.
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar para perder peso.
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
59. Creo que mi trasero es demasiado grande.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.

65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
76. La gente comprende mis verdaderos problemas.
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza. /
78. Comer por placer es signo de debilidad moral.
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad.
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal.
85. Tengo cambios de humor bruscos.
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor .
89. Sé que la gente me aprecia.
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
91. Creo que realmente sé quién soy.

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.

ANEXO 2

A continuación leerá una lista de cosas que probablemente usted ha sentido o tenido. Por favor diga durante cuantos días en la semana pasada se sintió así, o si le ocurrió casi a diario en las últimas dos semanas.

<i>Durante cuantos días...</i>	<i>0 a 1</i>	<i>1 a 2</i>	<i>3 a 4</i>	<i>5 a 9</i>	<i>10 a 14</i>
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2.No podía quitarse la tristeza	0	1	2	3	4
3.Tenía dificultad de mantener su mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4.Se sentía deprimido	0	1	2	3	4
5.Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6.Se sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada le hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en sus actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía mas de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que se movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Se sentía agitado	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto	0	1	2	3	4
15. Quería hacerse daño	0	1	2	3	4
16. Se sentía cansado todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto consigo mismo	0	1	2	3	4

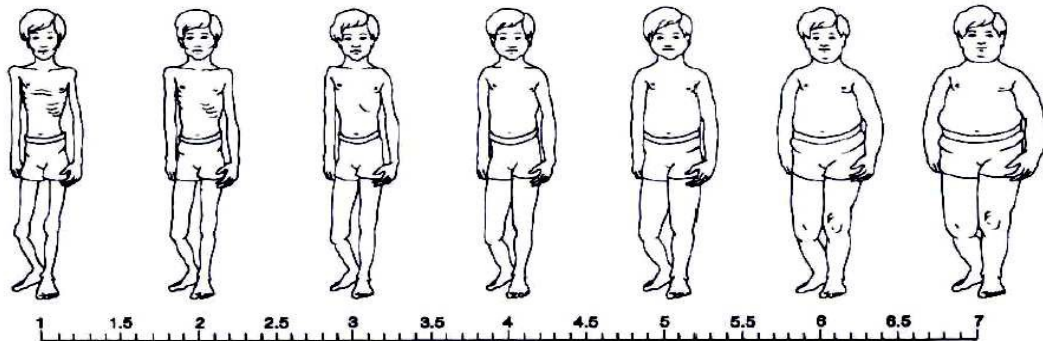
18. Perdió peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Le costaba mucho dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarse en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Se molestó por cosas que usualmente no le molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sintió que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Se sentía esperanzado hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensó que su vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Se sentía temeroso	0	1	2	3	4
27. Se sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablo menos de lo usual.	0	1	2	3	4
29. Se sentía solo	0	1	2	3	4
30 Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfruto la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Se divirtió mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darse por vencido	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba la gente	0	1	2	3	4

Versión del CES-D utilizada en el presente estudio tomada de la revista Salud Mental, Volumen 26, No. 1 Febrero 2003, pg. 63

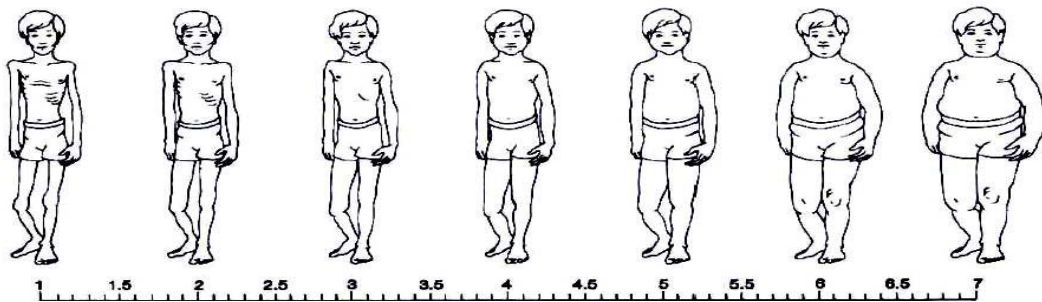
ANEXO 3

Escala de Figuras de Niños de Collins

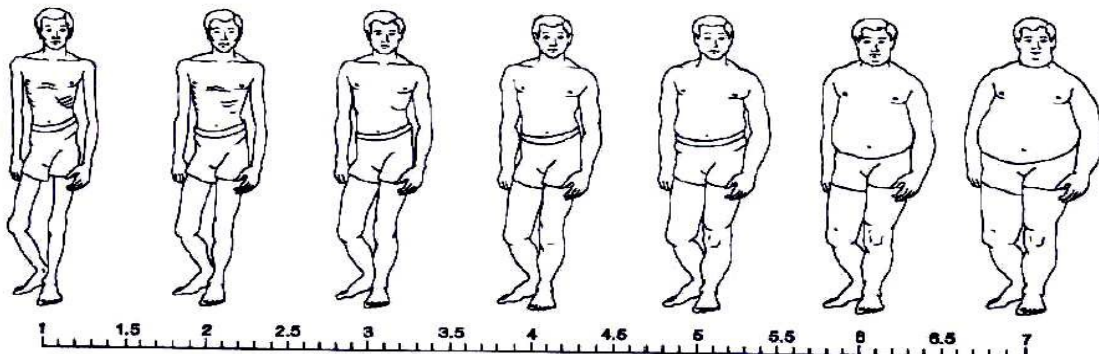
¿Cuál de las siguientes figuras se parece más a ti?



¿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?



ANEXO 4

FACES III

NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

DESCRIBA SU FAMILIA:

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

ANEXO 5

IPA Inventario de Apego Con Padres

1. Edad: años
2. Género: femenino masculino
3. Nivel educativo: primaria ___ secundaria ___ bachillerato ___
4. Estrato socioeconómico ___
5. Composición familiar: papa ___ mama ___ hermano(s) ___ hermana(s) ___
6. Tiempo compartido con las figuras parentales o cuidadores: ___ horas al día

Este cuestionario indaga acerca de las relaciones con personas importantes en su vida; su mamá, su papá y sus amigos cercanos. Por favor lea con mucho cuidado las instrucciones de cada una de las partes.

Parte I.

Algunas de las siguientes oraciones le preguntan por sus sentimientos acerca de su mamá o de la persona que ha actuado como su mamá. Si tiene más de una persona que actúe como su mamá (por ejemplo madre · natural y adoptiva), responda las preguntas pensando en aquella persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted. Por favor lea cada oración y tache el número que indique mejor qué tan cierta es esta frase para usted en este momento.

	Casi nunca o nunca es cierto	No muy frecuentemente es cierto	Algunas veces es cierto	Con frecuencia es cierto	Casi siempre o siempre es cierto
	1	2	3	4	5
1. Mi mamá respeta mis sentimientos.					
2. Siento que mi mamá hace un buen trabajo siendo mi mamá.					
3. Quisiera haber tenido una mamá diferente					
4. Mi mamá me acepta tal como soy.					
5. Me gusta saber la opinión de mi mamá cuando hay cosas que me preocupan.					

6. Siento que no tiene sentido que mi mamá se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.					
7. Mi mamá sabe cuando estoy molesto por algo.					
8. Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi mamá sobre mis problemas.					
9. Mi mamá espera demasiado de mí.					
10. Cuando estoy con mi mamá me enojo fácilmente					
11. Me siento mal en muchas mas ocasiones de las que mi mamá se entera.					
12. Cuando discutimos sobre algo, mi mamá tiene en cuenta mi punto de vista.					
13. Mi mamá confía en mi juicio.					
14. Mi mamá tiene sus propios problemas, y por eso yo no la molesto con los míos.					
15. Mi mamá me ayuda a entenderme mejor a mi mismo.					
16. Le cuento a mi mamá sobre mis problemas y dificultades.					
17. Siento rabia hacia mi mamá.					
18. Mi mamá no me presta mucha atención					
19. Mi mamá me ayuda a hablar sobre mis dificultades.					
20. Mi mamá me entiende					
21. Cuando tengo rabia por algo, mi mamá trata de ser comprensiva.					

22. Yo confío en mi mamá.					
23. Mi mamá no entiende por lo que estoy pasando en este momento.					
24. Puedo contar con mamá cuando necesito desahogarme					
25. Si mi mamá sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.					

Parte 2. Esta parte le pregunta acerca de sus sentimientos por su papá por la persona que ha sido como su papá. Si tiene más de una persona que actúe como su papá (por ejemplo padre natural o adoptivo), responda las preguntas con respecto a la persona que siente que ha tenido más influencia sobre usted.

	Casi nunca o nunca es cierto	No muy frecuentemente es cierto	Algunas veces es cierto	Con frecuencia es cierto	Casi siempre o siempre es cierto
	1	2	3	4	5
1. Mi papá respeta mis sentimientos.					
2. Siento que mi papá hace un buen trabajo siendo mi mamá.					
3. Quisiera haber tenido un papá diferente.					
4. Mi papá me acepta tal como soy.					
5. Me gusta saber la opinión de mi papá cuando hay cosas que me preocupan					
6. Siento que no tiene sentido que mi papá se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.					
7. Mi papá sabe cuando estoy molesto por algo.					
8. Me siento avergonzado y tonto cuando hablo con mi papá sobre mis problemas.					
9. Mi papá espera demasiado de mí.					

10. Cuando estoy con mi papá me enojo fácilmente.					
11. Me siento mal en muchas mas ocasiones en las que mi papá se entera.					
12. Cuando discutimos sobre algo, mi papá tiene en cuenta mi punto de vista.					
13. Mi papá confía en mi juicio.					
14. Mi papá tiene sus propios problemas, y por eso yo no lo molesto con los míos. 15. Mi papá me ayuda a entenderme mejor a mi mismo.					
16. Le cuento a mi papá sobre mis problemas y dificultades.					
17. Siento rabia hacia mi papá.					
18. Mi papá no me presta mucha atención.					
19. Mi papá me ayuda a hablar sobre mis dificultades.					
20. Mi papá me entiende.					
21. Cuando tengo rabia por algo, mi papá trata de ser comprensivo.					
22. Yo confío en mi papá.					
23. Mi papá no entiende por lo que estoy pasando.					
24. Puedo contar con mi papá cuando necesito desahogarme.					
25. Si mi papá sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.					

(IPPA Arinsden y Greenberg, 1987) validada en Colombia por Pardo, Pineda, Carillo, Castro y Pardo (2006).

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL, EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA QUE ACUDEN A LA UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMNO

Número de afiliación: _____

Institución: **UMAE, HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CMNO. IMSS.**

Nombre del paciente: _____

NATURALEZA Y PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO

Se le ha invitado a que participe en este estudio de investigación, ya que su hijo padece de anorexia. Este estudio se está llevando a cabo para conocer los distintos factores de riesgo implicados en el desarrollo de la sintomatología actual.

Es importante que sepa que los instrumentos con los que se evaluarán los parámetros a estudiar han sido plenamente validados y no implican un riesgo para la salud del adolescente.

Antes de que su hijo decida ser voluntario en este estudio, usted debe leer esta forma. Esta forma se llama consentimiento informado y explica el estudio. Por favor haga todas las preguntas que sean necesarias para que pueda así decidir si desea participar o no en este estudio. Debe saber que las pruebas que se realizarán en este estudio, son procedimientos rutinarios.

EXPLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS A SEGUIR

Una vez que acepte participar en este estudio se le realizarán una serie de cuestionarios que evalúan la cantidad de actividad física que realiza su hijo, los síntomas depresivos, la autoimagen corporal actual y deseada, la adaptabilidad y cohesión de su familia nuclear, la relación de apego con su padre y con su madre así como características de personalidad, y de relaciones que tiene su hijo, estos cuestionarios se aplicarán en el Consultorio 1 de la Unidad de Psicología y Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO.

POSIBLES BENEFICIOS DURANTE EL ESTUDIO

Todas las pruebas le serán proporcionadas **sin ningún costo**. Usted y otras personas pueden verse beneficiadas con las conclusiones generales que se obtendrán de los resultados de este estudio. De igual forma, entiendo que someteré a mi hijo a un proceso de investigación científica por lo que ningún resultado final puede verse asegurado.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS.

No existen.

CONFIDENCIALIDAD

La información que se obtenga de su participación en el estudio se mantendrá en forma confidencial y su identidad no será revelada. Los resultados del estudio, pueden ser publicados con propósitos científicos sin que su identidad sea revelada.

OFRECIMIENTO PARA RESPONDER PREGUNTAS ACERCA DE ESTE ESTUDIO

Usted deberá hacer preguntas de cualquier cosa que no comprenda antes de firmar ésta forma. El grupo de médicos del estudio también estará disponible para contestar cualquier pregunta antes, durante y después del estudio.

Si usted tiene preguntas acerca de éste estudio o como se está llevando a cabo, deberá ponerse en contacto con el Dr. José Alberto Tlacuilo Parra al teléfono 3668 3000 ext. 31663 y 31664 o con la Dra. Claudia Cabrera Jiménez al cel. 3333-7080-37.

DERECHO A RETIRARSE DE ESTE ESTUDIO

Es su decisión formar parte de este estudio. Usted puede elegir no participar. Elegir no participar o abandonar el estudio no resultará en alguna multa o pérdida de beneficios médicos o afectará su tratamiento médico en el futuro.

CONSENTIMIENTO

He leído o me han leído esta forma de consentimiento informado la cuál describe el propósito y naturaleza de este estudio. He tenido tiempo para revisar esta información y se me ha brindado una oportunidad para hacer preguntas. He recibido respuestas que satisfacen plenamente mis preguntas. Si no participo o si interrumpo mi participación en este estudio, no perderé ningún beneficio. No perderé ninguno de mis derechos legales si interrumpo mi participación. Mi participación en este estudio es completamente voluntaria.

Fecha: _____

Nombre del participante _____

Firma del participante (padres o tutor) _____

Domicilio: _____

Teléfonos:

Nombre del testigo _____

Firma del testigo _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Relación con el sujeto de investigación: _____

Nombre del testigo _____

Firma del testigo _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Relación con el sujeto de investigación: _____

Nombre del investigador responsable _____

Firma del investigador responsable _____