

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Comparación del funcionamiento familiar y afrontamiento
en adolescentes con psicopatología que presentan o no
trastornos de la conducta alimentaria

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

María de los Ángeles Castelán Campos

TUTORA:

Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO DE 2019



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

María de los Ángeles Castelán Campos

Correo electrónico: angeles_castelan@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”

Nombre de los asesores:

Mtra. Verónica Pérez Barrón.

Correo electrónico: veronicaperezbarron@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a todas aquellas personas que han estado a mi lado y me han permitido estar con ellos.

A mis padres, quienes son mi génesis y a quienes amo.

A Nimai Vázquez, ya que es un ser que me otorga cariño constante y me muestra un apego seguro a cada paso a su lado.

A mis amigas Bibi, Marly y Karen.

A la Dra. Armida Granados, la Mtra. Vicky Archundia, y la Dra. Fabiola Trejo, quienes son mujeres que admiro y que me han hecho sacudir mi mundo para replantear aspectos importantes de la vida mediante su apoyo, escucha, empatía y paciencia.

A la Dra. Márquez y la Mtra. Verónica Pérez de quienes he aprendido tanto.

A todos mis maestros y guías en el aprendizaje sobre la psiquiatría infantil y del adolescente.

RESUMEN

Antecedentes: Los TCA son enfermedades crónicas, que ocasionan discapacidad y producen mortalidad en adolescentes, con prevalencia de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones del 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. El uso de afrontamiento no productivo se ha identificado en adolescentes con TCA y en sus familias se identifica sobreinvolucramiento y alta expresión.

Objetivo: Comparar el funcionamiento familiar y los estilos de afrontamiento en adolescentes con psicopatología, con y sin trastornos de la conducta alimentaria

Material y Métodos: Se evaluaron 219 adolescentes entre 11 y 17 años de edad que solicitaron consulta en un hospital psiquiátrico infantil. Por medio de la entrevista MINI-KID se determinó la presencia de TCA y los demás trastornos psiquiátricos que presentaban. Los sujetos con psicopatología se dividieron en dos grupos, de acuerdo a la presencia o ausencia de TCA. Se examinaron las diferencias entre los grupos en relación al afrontamiento, así como del funcionamiento familiar. Lo anterior, para establecer qué estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar predicen los TCA. Se realizó un análisis por medio de t de Student.

Resultados: Los sujetos con TCA obtienen puntuaciones más elevadas en el afrontamiento no productivo. La estrategia Preocuparse es la más utilizada por el grupo con TCA. Las familias de adolescentes con TCA presentan alta expresión.

Conclusiones: Los resultados de este estudio concuerdan con los reportados previamente respecto a una mayor frecuencia de afrontamiento no productivo en adolescentes con TCA y alta expresión en sus familias.

Términos MeSH: Afrontamiento, trastornos de la conducta alimentaria, funcionamiento familiar.

ÍNDICE

Introducción	8
Marco teórico	9
1. Modelos sistémicos del desarrollo humano	9
2. Funcionamiento familiar	11
3. Afrontamiento	18
4. Trastornos de la conducta alimentaria	22
Planteamiento del problema	35
Justificación	35
Hipótesis	37
Objetivos	37
Material y métodos	37
Resultados	44
Discusión	49
Conclusiones	53
Limitaciones y recomendaciones	54
Referencias	55
Anexos	60

Índice de figuras y tablas.

Figura 1. Flujograma de actividades.	41
Tabla 1. Factores de riesgo y protectores para anorexia nerviosa.	27
Tabla 2. Factores de riesgo y protectores en bulimia nerviosa	28
Tabla 3. Comparación de los trastornos de la conducta alimentaria acorde al DSM IV, DSM 5, CIE 10 y CIE 11.	30
Tabla 4. Hallazgos de investigación que relacionan funcionamiento familiar, afrontamiento y TCA en adolescentes	33
Tabla 5. Definición conceptual y operacional de las variables funcionamiento familiar, estilo de afrontamiento, psicopatología y trastorno de la conducta alimentaria.	39
Tabla 6. Cronograma de actividades.	41
Tabla 7. Variables sociodemográficas de los adolescentes.	45
Tabla 8. Comparación del tipo de trastorno de la conducta alimentaria que tienen los adolescentes.	45
Tabla 9. Comparación de los Problemas Internalizados (PI) y los Problemas Externalizados (PE) (problemas de banda ancha) y los de banda estrecha correspondientes en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.	46
Tabla 10. Comparación de psicopatología y trastorno de la conducta alimentaria.	47
Tabla 11. Comparación de los puntajes de los estilos y estrategias de afrontamiento que predominan en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.	48
Tabla 12. Comparación del funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria	49

Índice de abreviaturas

ACS= Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (por sus siglas en inglés, Adolescents Coping Scales)

AN = Anorexia Nervosa.

BN= Bulimia Nervosa.

CA= Conducta Alimentaria.

CC= Comentarios Críticos.

CIE= Clasificación Internacional de Enfermedades.

DALYs= Años de Vida Ajustados a Discapacidad (por sus siglas en inglés, Disability Adjusted Life Years)

DSM= *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana* (por sus siglas en inglés American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

ED= Eating Disorders

EE= Emoción Expresada, por sus siglas en inglés, Expressed Emotion)

IMC= Índice de Masa Corporal.

OMS= Organización Mundial de la Salud.

PE= Problemas Externalizados

PI= Problemas Internalizados

PM= Problemas Mixtos

PNEA= Población No Económicamente Activa.

SAHMSA= Servicios de Administración para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias.

TCA= Trastornos de la Conducta Alimentaria.

TCANE= Trastornos de Alimentación No Especificados.

YSR= Autoreporte en jóvenes (por sus siglas en inglés, Youth Self Report).

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa clave, en la que el ser humano va en búsqueda de la construcción diaria de la identidad. Muchas de las situaciones a las que se enfrentan los adolescentes en esta etapa pueden ser percibidas como estresantes. El estrés es una relación entre la persona y el ambiente que es evaluada como difícil de superar y que pone en riesgo su bienestar. En base a lo anterior, existen múltiples factores que conllevaran a la salud o a la psicopatología en los adolescentes. Dichos factores son abarcados en tres dominios: biológico, psicológico y social.

Respecto al ámbito social, el apoyo de la familia es básico para la generación de confianza en la manera en que se enfrentan los problemas ya que lo que se observe en este sistema, serán conductas que probablemente repitan sus elementos como parte del afrontamiento.

Por ende, aquellos esfuerzos cognitivos y de comportamiento que el adolescente dirija para resolver un problema ante demandas altamente desafiantes, dependiendo la estrategia utilizada de afrontamiento, pueden tener resultados benéficos, mientras que otros conllevarán al desarrollo de problemas en la conducta.

Por lo tanto, si la conducta se torna mal adaptativa, se generará psicopatología, de la cual se ha analizado la prevalencia en adolescentes. Por ejemplo, En México se han realizado estudios sobre la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), incluyendo anorexia, bulimia y el trastorno por atracones, de los cuales, se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente.

De ahí que, el siguiente trabajo de investigación tiene como finalidad comprender la influencia del funcionamiento familiar, el afrontamiento que se presenta en esta edad, y la influencia de estos en la psicopatología como los trastornos de la conducta alimentaria en la que el afrontamiento no productivo es el predominante y su presencia tiene repercusiones en la funcionalidad a nivel sistémico e individual.

MARCO TEÓRICO

1. Modelo sistémico del desarrollo humano.

1.1 Psicopatología del desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera al bienestar mental en la definición de salud e integra ideas medulares para mejora de esta. Asimismo, define a la salud mental como el bienestar en el cual el individuo se percata de sus aptitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de contribuir a su comunidad¹.

Del mismo modo, los Servicios de Administración para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias (SAHMSA, por sus siglas en inglés) proponen que la salud mental es un estado de desempeño en el que hay éxito en la funcionalidad de la mente, que tiene como resultado el ser productivo, tener relaciones interpersonales satisfactorias y la capacidad de adaptarse a los cambios y hacer frente a lo adverso².

Además, los SAHMSA proponen un continuo que va desde la salud mental positiva hacia los problemas de salud mental y finalmente los trastornos psiquiátricos. Los problemas de salud mental son aquellos signos y síntomas que por su duración o intensidad no cumplen criterios para diagnosticar trastornos psiquiátricos. Finalmente, los trastornos psiquiátricos son aquellos que se pueden diagnosticar y se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, afecto y/ o comportamiento que resultan en estrés emocional o deterioro de la funcionalidad².

Acto seguido, múltiples perspectivas teóricas, estrategias de investigación y hallazgos, contribuyeron en el nacimiento del campo de la psicopatología del desarrollo, la cual, es una disciplina científica que se enfoca en el estudio del origen y el curso de los patrones individuales en la conducta desadaptativa; así como, en descubrir y reconocer el rol que tienen los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del desarrollo normal y anormal a través de la vida, como factores de riesgo y protectores^{1, 3, 4}.

Por lo tanto, desde la perspectiva del desarrollo de la psicopatología, lo normal y anormal se presentan juntos como la “esencia” de la psicopatología del desarrollo. Se

asume que el desorden no es una categoría, sino más bien, refleja patrones de mala adaptación, que emergen con el tiempo en transacciones con contextos del desarrollo humano; es decir, ante la desviación del desarrollo. El aspecto central del desarrollo de la psicopatología involucra dilucidar el proceso del desarrollo y como funciona para examinar los extremos de la distribución, es decir, las áreas en la que recae la psicopatología^{3, 4}.

De ahí que, la psicopatología se muestra de forma distinta acorde a la equifinalidad y multifinalidad. La equifinalidad, se observa cuando los adolescentes que están viviendo de forma distinta, pueden eventualmente desarrollar el mismo conjunto de síntomas patológicos. Por otro lado, la multifinalidad ocurre cuando a pesar de que el sistema dicta algo en particular, el individuo hace algo distinto^{5, 6}.

En base a lo antes expuesto, la psicopatología del desarrollo deberá considerar que un solo factor de riesgo puede relacionarse, pero que es la acumulación y compleja interacción de varios factores de riesgo que incrementan la probabilidad de presentar un trastorno mental acorde a la asociación que exista entre factores o características y la aparición de psicopatología, se determinan los niveles de especificidad y el grado en el cual los factores son sugestivos o constituyen con los procesos causales de la aparición de psicopatología³.

Para comenzar a continuación se exponen algunos factores de riesgo y protectores en varios contextos. Por ejemplo, con respecto al contexto biológico, genética, epigenética, embriología, neuropsicología y el temperamento son relevantes para las evaluaciones de desviaciones de la normalidad que contribuye a elevar los síntomas de inadaptación. Análogamente, sobre los contextos individuales de desarrollo, las tendencias normativas en el desarrollo cognitivo, emocional y moral merecen consideración para comparaciones entre el desarrollo adaptativo y desadaptativo. Igualmente, en los procesos de desarrollo y los contextos familiares relevantes, se pueden incluir al maltrato, conflicto matrimonial destructivo, apego inseguro padre-hijo, y las relaciones disfuncionales entre hermanos^{2, 3, 4}.

En el aspecto social, a través de las edades y las culturas, de forma histórica y a nivel mundial, se generó el constructo que marca el autoconcepto a partir de la apariencia

física y el atractivo percibidos, por lo que es importante la consideración del vínculo entre la percepción de la apariencia y el autoestima o de esta última y la percepción de un desorden alimenticio, del yo externo y el interno y que ambos están ligados al género. Por ejemplo, existen culturas que promocionan el atractivo físico como la medida del comer de manera patológica o desordenada⁶.

Por lo tanto, se sabe que la imagen corporal juega un papel importante en la predicción de depresión, trastornos de la alimentación y baja autoestima, especialmente en las adolescentes. A los 5 años, ambos sexos son similares en la imagen corporal. Entre los 6 y 8 años, aparecen las diferencias de sexo, con las niñas, mostrando más insatisfacción corporal que los niños, y más deseo de ser delgadas, que son consistentes a lo largo del tiempo y relacionado con el comportamiento alimentario desordenado y actitudes alimentarias. Los preadolescentes muestran similares patrones de diferencias sexuales en imagen corporal e insatisfacción. Las preocupaciones sobre la imagen corporal de los niños se centran en ser más musculosos. La diferencia sexual en la imagen corporal continúa en la adolescencia⁶.

Así pues, en la adolescencia temprana, la importancia de reunir dichos estándares físicos se hace particularmente destacada, ya que son marcadores que definen el atractivo, la aceptabilidad social y todo determina la autoestima. Los que no cumplen con los estándares de oro presentan más puntos de vista negativos de su apariencia, menor autoestima, tienen riesgo de diversas formas de patología como la depresión y posiblemente el suicidio, más conductas alimentarias desordenadas, así como trastornos de la alimentación⁶.

2 Funcionamiento familiar

2.1 Definición

La familia es un sistema que está constituido por un grupo de personas, quienes forman conjuntamente un todo complejo y unitario, que es más que la suma de sus individuos. Es una institución, es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios⁷.

Al mismo tiempo, el funcionamiento familiar es un proceso en el que participa el individuo, la familia y la cultura y cuya capacidad de cambio comprende la regulación de una compleja gama de dimensiones: afectivas, estructurales, de control, cognoscitivas y de relaciones externas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre. Las dimensiones previamente mencionadas están interrelacionadas, de tal forma que al modificarse una de ellas, las demás también cambiarán⁷.

También se alude al funcionamiento familiar en términos de estructura, organización y patrones transaccionales de la unidad familiar, descrita a partir de seis dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles, sensibilidad afectiva, involucramiento afectivo y control del comportamiento.

Aunado a estos elementos, se mencionan tres dimensiones de la conducta familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Se resalta que estas dimensiones son fortalezas y atributos que ayudan a la familia a tratar con mayor eficacia las tensiones y situaciones de estrés⁸.

Del mismo modo, cada familia mantiene también raíces universales, por lo que es un nexo de intercambio diario entre sus miembros y entre éstos y ambientes externos, tales como el lugar de trabajo de los padres, la escuela de los hijos y otras instituciones de la comunidad; en este intercambio, los miembros de la familia son afectados y a su vez afectan a otros, específicamente los procesos psicológicos y emocionales en turno influyen y moldean patrones específicos de relaciones intrafamiliares⁷.

Por lo tanto, las relaciones intrafamiliares son las interconexiones que se dan entre las personas que forman parte de una familia. Incluye la percepción que se tiene sobre los recursos de la familia al respecto de: 1) la unión y apoyo, refiriéndose tendencia de la familia de convivir, de conjuntarse para realizar actividades, y de apoyarse mutuamente, como sentido de solidaridad entre sus miembros y de pertenencia del estilo para afrontar dificultades, 2) Dificultades, que se refieren a los aspectos que el individuo o la sociedad considera indeseables, problemáticos, difíciles o negativos de las relaciones intrafamiliares. Por lo tanto se puede considerar la percepción del “conflicto” dentro de una familia y el grado de este; y 3) expresión: lo cual implica como la familia comunica

verbalmente las emociones, ideas y sucesos de los miembros de la familia en un contexto de respeto y cordialidad⁹.

Sin embargo, en las relaciones familiares intervienen las habilidades de comunicación y solución de problemas, especialmente cuando se considera que la relación puede ser conflictiva entre los miembros de la familia y, si el conflicto no se resuelve, es difícil restaurar patrones equitativos de funcionamiento familiar. Del mismo modo, implican movimiento y cambio, es decir, la capacidad de los integrantes de la familia para realizar las modificaciones y ajustes pertinentes a sus modos de relación conforme sus necesidades internas y externas. Sin embargo, si persisten con demasiada conexión, no permitirán ningún cambio y si se muestran demasiado fragmentadas están en peligro de dispersión⁷.

2.2 Funcionamiento familiar y adolescencia.

Para comprender como los procesos familiares se ven influenciados por los diferentes ambientes en los que los miembros de la familia se desenvuelven, se deben tener presentes las transiciones ecológicas, entendidas éstas como los cambios de rol que ocurren a lo largo de la vida. La familia enfrenta y supera cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa⁷.

Al respecto de lo anterior, la relevancia de la familia permanece en cada periodo vital de los individuos, dentro de la infancia y la adolescencia se hace más evidente, siendo en este periodo donde la persona enfrenta más demandas, conflictos y/o oportunidades, en donde es actor principal y proporciona de manera activa los elementos para su desarrollo¹⁰.

La fase de la pubertad y la adolescencia en los hijos son cruciales, pues remueven con frecuencia muchas de las ansiedades que los padres vivieron cuando ellos pasaron por dicha etapa. También en la adolescencia se denota como primordial la relación de la familia con su contexto social, lo instrumental, la parte afectiva, la importancia de los límites, la cercanía y la comunicación, así como las conductas de enfrentamiento ante situaciones adversas.

Análogamente, se encuentra que las percepciones de los padres se hallan indirectamente ligadas al bienestar adolescente por medio de la cohesión familiar lo que otorga un soporte empírico para conocer la existencia de uniones bidireccionales entre los rituales de la familia y la cohesión. Estos fueron hallazgos importantes que muestran que el esfuerzo de los padres puede contribuir a una visión positiva de la familia y a un bienestar general para el futuro cercano de sus adolescentes¹¹.

Así mismo se realizó un estudio descriptivo de adolescentes entre 10 y 15 años que buscaba identificar cómo la interacción con los padres se convertía en factor de riesgo o protección. Obtuvo los siguientes datos: 1) Los adolescentes de menor edad, mantienen una relación más cercana con sus padres, 2) La mayoría de los adolescentes afirma tener una relación más estrecha con la madre, 3) Presentan más problemas de comunicación con los padres que con los pares, 4) Tienen más conflictos con las madres que con los padres, 5) A mayor edad, existe gran dificultad para la comunicación con ambos padres, 6) Cuando la comunicación con los padres era percibida por los adolescentes como deficiente, otros miembros de la familia como los hermanos eran mencionados en mayor frecuencia como figuras de apoyo¹².

2.3 Funcionamiento familiar y afrontamiento.

En general, las investigaciones han encontrado que el funcionamiento familiar adaptativo (cohesión y comunicación familiar o relaciones positivas entre padres e hijos) está relacionado con resultados positivos en el desarrollo juvenil, incluida salud mental positiva, bienestar, satisfacción de la vida y autoestima⁷.

Por lo cual, algunos autores han sugerido que los miembros de la familia y amistades son una fuente importante de apoyo para los adolescentes y que la relación del vínculo con ellos contribuye al desarrollo de estilos de afrontamiento funcionales o disfuncionales. Los padres pueden brindar apoyo emocional, instrumental o material para la resolución de problemas, por lo que la forma en la que ellos mismos se enfrentan a las dificultades puede servir como modelo⁷.

Además, dichas estrategias de afrontamiento pueden tener un papel particularmente importante en el ajuste de los adolescentes, especialmente si consideramos que los

problemas de internalización y externalización tienden a aumentar durante esta etapa del ciclo vital⁷.

De tal forma, el soporte social, los patrones de comunicación en la familia, la resolución de problemas en compañía, la capacidad de aceptar la ayuda de otros, el conocer la forma en la que otros se enfrentan a los problemas, la disponibilidad de recursos y las condiciones de vida son algunos factores que contribuyen para la elección de ciertas estrategias de afrontamiento.

Por otro lado, durante la adolescencia, las relaciones de amistad cobran gran importancia, la convivencia con pares obliga al adolescente a enfrentarse a nuevas situaciones que en ocasiones pueden ser percibidas como estresantes llevándolo así a adoptar diferentes estrategias de afrontamiento.

2.5 Funcionamiento familiar, psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La disfunción familiar tiende a predisponer a la aparición de psicopatología en sus miembros^{13, 14}.

Por ejemplo, el rol del padre es significativo en la adolescencia, cuando la hija necesita del mismo para lograr la transición de la niñez a la edad adulta. La socialización de los sexos está implicada en obstaculizar la relación entre padre e hija, con disolución de un vínculo estrecho y rígido entre el progenitor y la hija, que hubiera sido establecido durante la infancia, suele detonar hacia una “regresión asexual e infantil”. La influencia del padre conlleva a tipos de personalidad de las pacientes con componentes como dependencia, perfeccionismo y tener altas metas por alcanzar¹⁵.

De modo paralelo a lo antes mencionado, la relación entre padres e hijos y los recursos afectivos dentro del sistema familiar se relacionan con la ausencia o presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes lo cual puede impactar en su estado emocional. Por estos motivos, la comunicación familiar será la dimensión que facilite el aumento de cohesión o adaptación según las necesidades familiares¹⁶. Por ejemplo, en

los adolescentes sin depresión son más comunes las familias flexiblemente apegadas, las estructuralmente aglutinadas y las rígidamente apegadas^{12, 13, 17}.

Análogamente, otros autores han determinado la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes. En los adolescentes con depresión existe mayor frecuencia de familias rígidamente desapegadas, lo que quiere decir que se encuentra en los extremos de la adaptabilidad baja y cohesión baja¹⁸. Por ende, la mayor rigidez, conlleva a somatización, sensibilidad interpersonal y depresión en los adolescentes¹⁹. Igualmente, otros estudios han mostrado que los perfiles de funcionamiento familiar bajo y el acercamiento únicamente con la madre, otorga mayores puntajes de síntomas depresivos. La familia de alto funcionamiento muestra puntajes de síntomas depresivos significativamente más bajos en comparación con la familia de funcionamiento familiar promedio²⁰.

Por otro lado, al respecto de los trastornos alimentarios, estas familias presentan ausencia de un liderazgo claro, abandonando a sus miembros a la deriva de un trayecto azaroso^{21, 22}. Así mismo, las relaciones familiares son interdependientes, controladoras, con discordancia parental, con un alto grado de exclusividad aunque más propensos a tener rasgos de personalidad perfeccionistas y a profesar ser felices con sus familias; a pesar de lo mencionado antes²³. Por consiguiente muestran una alta incidencia de enfermedades físicas, trastornos afectivos, y alcoholismo en la familia extensa²⁴.

A propósito de esto, en familias con hijos que padecen anorexia, se ha encontrado que los límites generacionales están rígidamente establecidos, con una tradición peculiar de sacrificios recíprocos desde generaciones anteriores, por lo cual, desgracias e infortunios son enfrentados con dificultades para la diferenciación e individualización de los miembros del grupo, escasa comunicación que predice mayor sensibilidad interpersonal, así como baja satisfacción asociada con mayor hostilidad^{13, 19, 25}.

Incluso, los estresores vividos por la familia preceden al surgimiento de la anorexia, ya que significan una amenaza a la homeostasis que el sistema necesita mantener. Así, el sistema familiar, muestra sobreprotección, rigidez, falta de habilidad para resolver conflictos, e involucro del paciente en conflictos de los padres. La paciente, enfrentada a manejar situaciones críticas, salva a la familia y esto lo hace con un sacrificio para la

búsqueda de afecto ya que se ha reemplazado la incondicionalidad del amar y ser amado por la condicionalidad del buen rendimiento en actividades con alto valor social, con incongruencia entre una “aparente armonía familiar y una sorda conflictiva subyacente”^{13, 24, 25, 26}.

Por otro lado, el término de Emoción Expresada es una medida de las actitudes y comportamientos de los parientes hacia un miembro enfermo de la familia a lo largo de cinco dimensiones: Comentarios Críticos (CC), hostilidad (generalización de las críticas sobre el paciente, el rechazo de la persona, o ambos), sobre implicación emocional (sobreprotección de los padres, los comportamientos sacrificados o las respuestas emocionales extremas), comentarios positivos y calidez²⁷.

Ahora bien, los estudios han demostrado que las familias con TCA presentan Alta Emoción Expresada, por lo tanto resultan más críticas, hostiles y/o emocionalmente involucradas. Por lo que, la alta EE está asociada con la deserción del tratamiento y los malos resultados del tratamiento en la anorexia nerviosa (AN)²⁷.

Por añadidura, existe una incapacidad de ambos padres para construir una verdadera pareja, la madre como una esposa negada, subestimada, quien valora las metas intelectuales sobre el atractivo físico y con dificultad para dar afecto a los hijos. El padre suele ser un esposo indiferente, autoritario, e incapaz de separar a la hija anoréxica de la madre. Los hijos, a su vez, se encuentran en constante disputa por la atención y el afecto de los padres. También se describe la existencia de una hermana con características opuestas a la de la paciente índice, y que suelen formular entre ambas, un par de alternancia. En todos los distintos subsistemas las relaciones interpersonales son insatisfactorias. Es el aporte de la anorexia, el que será provocación o desafío, procurando la confirmación de sí mismo y de cada miembro. Además, un vehículo de comunicación del sujeto portador y su familia, (microsistemas), y para la sociedad, (macrosistemas), con sus ideologías y valores culturales, entre los que destaca la delgadez como atributo de belleza física^{13, 15, 26}.

Al mismo tiempo, otros autores han expandido estas teorías para explicar la bulimia nerviosa. Las familias con bulimia nerviosa pueden mostrar algunas similitudes en las descripciones de familias anoréxicas. El hecho de que haya similitudes no es

sorprendente porque el 50% de pacientes con bulimia nerviosa tienen antecedentes de anorexia nerviosa²⁵.

Incluso, en la literatura se documentan tres tipos familiares de BN, que son: la familia perfecta, la familia sobreprotectora, y la familia caótica. Se analizó que estos tipos de familia poseen problemas de límites entre subsistemas, que tanto el peso, la apariencia, la competencia y el alcanzar metas son factores importantes; y que el desarrollo de la BN refleja una dificultad sistémica en la negociación de la transición de la adolescencia a la adultez joven y en la independencia en las familias ante creencia de desconfianza o abuso, como mediadores en una relación entre sobreprotección paterna y la severidad de dichas conductas²⁵.

Por consiguiente, existen predictores importantes de la conducta bulímica como el perfeccionismo, una baja autoestima, la insatisfacción corporal, la depresión y la presión social para bajar de peso y para mantener una figura esbelta, lo cual, genera aislamiento social, consecuencia de la imagen corporal, incluyendo un significado especial a la comida y la alimentación²⁸.

3 Afrontamiento

3.1 Definición de afrontamiento

El afrontamiento es un proceso dinámico que cambia en respuesta a las demandas o eventos estresantes. Por lo que, se define como el conjunto de respuestas incluyendo esfuerzos cognitivos (pensamientos, sentimientos, acciones) de un individuo dirigidos a la resolución de problemas cuando las demandas, ya sea internas o externas a las que se enfrenta son altamente desafiantes para sus recursos adaptativos²⁹.

Además, el afrontamiento es la forma en la que las personas regulan su comportamiento, emoción y orientación bajo las condiciones psicológicas de estrés. La regulación del comportamiento incluye la búsqueda de información para la resolución del problema, la regulación emocional una visión positiva ante el problema y la orientación incluye las conductas de evitación al mismo²⁹.

3.2 Estilos y estrategias de afrontamiento.

Existen estilos y estrategias conductuales y cognitivas, para lograr una transición y adaptación, por lo general, efectiva. Los estilos se refieren a la predisposición personal a reaccionar de cierta manera ante un problema, y la estrategia supone la acción específica utilizada para afrontar dicha situación^{30, 31}.

Algunos autores describieron 18 estrategias de afrontamiento, que algunas representan aspectos funcionales y otras disfuncionales, ellos consideran que las estrategias pueden ser agrupadas para conformar 3 estilos de afrontamiento:

1. Estilo productivo: que incluye acciones orientadas a resolver el problema, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso. Utiliza las siguientes estrategias: Concentrarse en resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, Fijarse en lo positivo, Diversiones relajantes y Distracción física.
2. Estilo no productivo: Utiliza estrategias poco productivas dando como resultado una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias: preocuparse, Hacerse ilusiones, No afrontamiento, Reducción de tensión, Ignorar el problema, Autoculparse y Reservarlo para sí.
3. Estilo de afrontamiento relacionado a otros: El sujeto se acerca a otros para tener apoyo. Utiliza las siguientes estrategias: Apoyo social, Amigos íntimos, Buscar pertenencia, Acción social, Apoyo espiritual y Buscar apoyo profesional³².

De esta forma se muestra que no todas las estrategias de afrontamiento tienen resultados benéficos, algunas facilitan el ajuste ante los estresores, sin embargo otras incrementan el riesgo de conductas maladaptativas. La evaluación del estrés puede estar influida por recursos internos del individuo, de tal forma que podemos decir que la evaluación cognitiva está estrechamente relacionada con el afrontamiento con respecto a la interacción entre el individuo y su ambiente; esto incluye la naturaleza objetiva del evento y la evaluación subjetiva del mismo. Por lo tanto el tipo de estresor, los recursos internos y factores externos son importantes para determinar la conducta de afrontamiento.

3.3 Afrontamiento y adolescencia

Es importante conceptualizar el afrontamiento como un proceso activo dentro de un marco de desarrollo³³. Por ejemplo, en la adolescencia, como periodo en el que el individuo con mayor autonomía, tiene que hacer frente a cambios biofisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales; podemos esperar modificaciones en la elección de las estrategias de afrontamiento³⁴.

Por esta razón, la selección de estrategias de afrontamiento de los adolescentes incluye una gama de estilos y habilidades cognitivas, acorde al pensamiento concreto y abstracto. Los estilos de afrontamiento que emergen integran el desarrollo y tienen consecuencias a largo plazo en que dan forma a los tipos de afrontamiento seleccionados en la edad adulta.

Del mismo modo, el rango de comportamiento de afrontamiento que surge en respuesta al estrés varía ampliamente desde adaptativo a inadaptativo. Las intervenciones en esta etapa, diseñadas para mejorar las estrategias de afrontamiento, pueden servir para prevenir la psicopatología.

Respecto a lo que múltiples autores han comparado sobre el afrontamiento presente en las mujeres y los hombres, han encontrado que las mujeres presentan mayor frecuencia de estrategias no productivas como la preocupación o culparse a sí mismas, contrastante con otros datos de investigación en que las mujeres disponen de una gama mayor de estrategias de afrontamiento, sobre todo del estilo productivo, entre las que se encuentran el buscar apoyo social, concentrarse en resolver los problemas, preocuparse, reducir la tensión y evitar las dificultades^{29, 34, 35, 36}.

Sin embargo es homogénea la información sobre los hombres, quienes tienden más a utilizar estrategias como ignorar el problema, se los reservan para sí mismos y suelen distraerse físicamente; asimismo, el número de estrategias que emplean es más reducido, a diferencia de las mujeres^{29, 35, 36}.

3.4 Afrontamiento, psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria.

Un estudio realizado en Argentina en donde evaluaron las estrategias de afrontamiento en adolescentes de nivel socioeconómico bajo, se encontró que estrategias de afrontamiento más representativas fueron (se citan en orden decreciente de acuerdo a la frecuencia de uso): 1) preocuparse, 2) buscar diversiones relajantes, 3) fijarse en lo positivo, 4) buscar pertenencia y 5) distracción física. Dichas estrategias muestran que los adolescentes enfrentan sus dificultades presentando temor por el futuro sin lograr soluciones, buscando la opinión de los demás sobre lo que le acontece; en otros casos recurriendo a diversiones relajantes como escuchar música y leer, o distracción física como hacer deportes; también algunos adolescentes buscan atentamente el aspecto positivo de la situación y el lado bueno de las cosas²⁹.

Ahora bien, las estrategias de afrontamiento encontradas por otros autores, y que han sido utilizadas para tratar un problema actual, en personas de 17 a 34 años de edad con AN, BN o controles fueron: 1) Aquellos con AN y BN usaron más la evitación que los controles, 2) Aquellos con BN usaron más ilusiones, menor búsqueda de apoyo social que los controles. Para los problemas psicológicos fue menor la resolución centrada en los problemas y mayor la auto-culpa que para los problemas generales y de relación, y los problemas psicológicos fueron nominados con mayor frecuencia por AN y BN que por los controles. Las estrategias de evitación fueron los mejores predictores de puntajes de depresión³⁷.

Por otro lado, la estrategia de afrontamiento como autoinculparse ha sido relacionada con alto riesgo en los adolescentes para presentar TCA³⁸. Sin embargo los adolescentes con TCA también muestran más autocrítica, aislamiento social, manejo inadecuado centrado en las emociones y manejo general inadecuado en comparación con estudiantes adolescentes y más autocrítica que los pacientes con otros trastornos mentales³⁹.

4 Trastornos de la conducta alimentaria

4.1. Definición

Los "trastornos de la conducta alimentaria" se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación que perjudica la salud o el funcionamiento psicosocial. Estos trastornos típicamente se desarrollan en la adolescencia o en la adultez temprana aunque ocasionalmente empiezan antes. Son condiciones que comparten más o menos la misma psicopatología y muchos pacientes migran entre ellos. Los casos que se presentan en la infancia o en la adolescencia tienen un mejor pronóstico comparado a los que ocurren en la adultez, de ahí la relevancia de la detección y tratamiento oportuno^{40, 41}.

En este trabajo, se incluyeron dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores normales mínimos. La bulimia nerviosa se caracteriza por la recurrencia de episodios de voracidad seguidos por conductas compensatorias como el vómito provocado, el abuso de fármacos diuréticos y laxantes u otros medicamentos, el ejercicio excesivo o el ayuno. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En esta sección se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos con cuadro subclínico o los trastornos por atracón.

Anorexia nerviosa

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en rechazar un peso corporal normal mínimo, en presentar miedo intenso a ganar peso y en alteración en percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea.

Bulimia nerviosa

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la imagen y el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los

atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

Trastorno Alimentario No Especificado.

La psicopatología del TANE se parece mucho a la que se observa en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, aunque las diversas características clínicas están presentes en diferentes niveles o en diferentes combinaciones^{40,42}.

Es útil distinguir dos subgrupos dentro de los TANE, aunque no hay un límite definido entre ellos. El primero comprende casos que se parecen mucho a la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa pero simplemente no cumplen con su umbral de diagnóstico (están por debajo). En el segundo grupo se encuentran casos con las características clínicas de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa que se combinan de manera diferente⁴³.

4.2 Epidemiología

De acuerdo con el INEGI (2016), la información de la Encuesta Intercensal 2015 mostró que el monto de la población joven de 15 a 24 años de edad en México ascendió a 21.4 millones, que representaron alrededor de 18% de la población en el ámbito nacional. De ese total, 50.2% son adolescentes de 15 a 19 años y 49.8%, jóvenes de 20 a 24 años⁴⁴.

En cuanto a la condición de asistencia escolar, esta misma encuesta presentó un comportamiento diferenciado según la edad, de los adolescentes, un 62.4% asistía a la escuela, y de los jóvenes era un 25.5% del total. Respecto a la escolaridad, 52.8% de los adolescentes reportó nivel básico (2.3% primaria incompleta, 6.7% completa y 43.7% al menos un grado de secundaria); 41.8% tenía al menos un grado de media superior y 4.1%, al menos un grado de educación superior. Para el caso de la condición de actividad, la Encuesta Intercensal 2015 arrojó que 20.8% de los adolescentes estaban ocupados; 2.4%, desocupados; y 61.3% eran PNEA (53.7% eran estudiantes)⁴⁴.

Por otro lado, al respecto de los trastornos mentales en niños y adolescentes, a nivel internacional, se estimó una prevalencia del 13,4%. Con tasas de prevalencia a

continuación descritas: de cualquier trastorno de ansiedad, 6,5%; de cualquier trastorno depresivo, 2,6%; del trastorno depresivo mayor, 1,3%; del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 3,4%, de cualquier trastorno disruptivo, 5.7%, del trastorno oposicionista desafiante, 3.6% y de cualquier trastorno de conducta fue del 2.1%⁴⁵.

Ahora bien, el indicador sintético de salud DALYs (Años de Vida Ajustados a Discapacidad, por sus siglas en inglés, Disability Adjusted Life Years), combina los años potenciales de vida perdidos (APVP) más los años vividos con discapacidad (AVD) dentro del proceso salud enfermedad⁴⁶.

Al respecto de ello, en el 2017, los TCA correspondieron al 0.13% del total de DALYs a nivel global y en todas las edades (0.092 a 0.19%, con cambio de porcentaje anual de 0.54%). En lo que respecta a nivel global pero en el rango de edad de 5 a 14 años fue el 0.11% del total de DALYs (0.073% a 0.17%, con cambio de porcentaje anual de 0.61%) y de 15 a 49 años fue del 0.4% del total de DALYs (0.28 a 0.54%, con cambio de porcentaje anual de 0.54%). Si se toman en cuenta las cifras correspondientes a México en todas las edades los TCA son el 0.26% del total de DALYs (0.18 a 0.37%, con cambio de porcentaje anual de 0.28%), en el rango de edad de 5 a 14 años fue el 0.21% del total de DALYs (0.14% a 0.31%, con cambio de porcentaje anual de 0.3%) y de 15 a 49 años fue del 0.61% del total de DALYs (0.43 a 0.85%, con cambio de porcentaje anual de 0.13%). Lo anterior significa que en México los TCA contribuyen con un porcentaje mayor al total de DALYs en los dos grupos de edad (de 5 a 14 años y de 15 a 49 años) en comparación al global⁴⁷.

Por otro lado, en la Ciudad de México, los correlatos sociodemográficos más consistentes de la enfermedad mental, fueron ser mujer, el abandono escolar, y carga inusual en la etapa de adolescente (responsabilidad propia de la adultez), como tener un hijo, estar casado o ser empleado, y estar soltero. No vivir con ambos padres era un factor de riesgo para los trastornos del control de impulsos solamente⁴⁸.

Específicamente, aquellos adolescentes que ya no estaban en la escuela tenían una mayor proporción de probabilidades para desarrollar trastorno del estado de ánimo, uso de sustancias y trastornos del control de impulsos. Menor educación parental fue asociado con menores probabilidades de trastornos del estado de ánimo, sin embargo,

ante la baja educación de los padres, en caso de tener una enfermedad mental, había menos probabilidades de recibir tratamiento⁴⁸.

Además 1 de cada 11 adolescentes ha sufrido un trastorno mental grave, 1 de cada 5 un trastorno de gravedad moderada y 1 de cada 10 un trastorno leve. Las clases de trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos de trastornos de control de impulsos, trastornos del estado de ánimo y, menos frecuentes, los trastornos por uso de sustancias. Los trastornos de ansiedad a pesar de que fueron los más prevalentes son los menos graves. Los trastornos del humor fueron los más severos⁴⁸.

Así mismo, en el Hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro, de acuerdo a los registros hospitalarios en 2018, se documenta que 2,683 adolescentes fueron atendidos de primera vez en consulta externa. Los padecimientos más frecuentes en el grupo de 10 a 18 años de edad fueron los trastornos hiperkinéticos (F90, CIE-10, OMS, 1994) y el episodio depresivo moderado (F32, CIE-10, OMS, 1994). Al mismo tiempo, se hospitalizaron 996 adolescentes por trastornos severos diversos (episodio depresivo, trastorno mental debido al consumo de múltiples sustancias)⁴⁹.

Al respecto de la prevalencia a lo largo de la vida de trastornos de la conducta alimentaria es de 0.5-1.0% en adolescentes que viven en la Ciudad de México (50). En cuanto a la prevalencia alguna vez en la vida de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente (51). Sin embargo, estos últimos datos son discretamente distintos acorde a otros autores, quienes mencionan que la prevalencia para la anorexia fluctúa entre 0.2% y 0.5%, para la bulimia entre 2% y 3%, mientras que para trastornos de la conducta alimentaria no especificados, es del 3 al 5%⁵⁰.

Así mismo, los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) y de la imagen corporal son enfermedades que se desarrollan en la adolescencia y 90 a 95% de los casos son mujeres, quienes presentan los más altos porcentajes de factores de riesgo asociados con imagen corporal y seguimiento de dieta restringida, en comparación con adolescentes de distintos grupos etarios^{50, 52, 53}.

Aunque los estudios muestran que los hombres tienen menos probabilidades de TCA, no hay que olvidar que aquellos que lo presentan, muestra ciertas características distintivas. Por ejemplo, los hombres participan poco en conductas compensatorias bulímicas, como abuso de laxantes o vómitos; suelen realizar ejercicio en exceso como método compensatorio para controlar la forma y el peso corporal y durante un atracón tienen menos sensación de estar fuera de control, en comparación con las mujeres y que la ira puede desencadenar un episodio de atracón, mientras que las mujeres parecen controlar su sentido de ira al atracarse⁵⁴. Lo que explica que la relación hombre – mujer de anorexia nerviosa es de 1 por cada 20 casos, mientras que esta relación es de 1 por cada 10 casos de bulimia nerviosa^{50, 53}.

Además, una mayor proporción de jóvenes con anorexia y bulimia tienen responsabilidades adultas. En cuanto al nivel socioeconómico (nivel educativo de los padres e ingreso familiar), no hay un patrón consistente que diferencie entre los jóvenes con trastornos alimentarios y aquellos que no los presentan. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave.

Sin embargo, únicamente 17.3%, 24.3% y 13.7% de los adolescentes con anorexia, bulimia y trastorno por atracones en los últimos doce meses, respectivamente, ha recibido tratamiento en este mismo periodo de tiempo. Hay mayor prevalencia de trastornos comórbidos, siendo los más frecuentes los de ansiedad. La ideación suicida se presenta en casi una tercera parte de quienes sufren de anorexia, hasta 40% de los que presentan bulimia, en comparación con 11% de aquellos sin trastornos alimentarios. Las adversidades psicosociales tienen mayor prevalencia en jóvenes con trastornos alimentarios que en aquellos sin ellos, incluyendo el maltrato físico y sexual y la violencia intrafamiliar⁵¹.

4.3 Factores de riesgo y protección.

Los *factores de riesgo* son aquellas características que “señalan” una mayor probabilidad de sufrir daño o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Por el otro lado los *factores protectores*, son aquellas características detectables que operan como barreras evitando que los estresores afecten, y con ello favorecen el

desarrollo, el mantenimiento o la recuperación de la salud y pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo. Los expertos coinciden en la identificación de los factores de riesgo tienen que complementarse, con el conocimiento de los factores de protección^{55, 56}.

Los principales factores de riesgo y protectores para anorexia nerviosa se describen en la tabla 1:

Tabla 1
Factores de riesgo y protectores para anorexia nerviosa^{50, 53, 57, 58}.

Nivel	Dominio	Factores de riesgo	Factores protectores
Individual	Biológico	<ul style="list-style-type: none"> -Mujer / Hombre homosexual -Cambios en la pubertad / adolescencia. -Imagen corporal negativa -Genética (cromosomas 1, 4, 10 y 14). -Fecha de nacimiento (marzo/junio). -Temperatura ambiental durante el embarazo (Meses cálidos → patrones restrictivos). -Desregulación al comer 	<ul style="list-style-type: none"> -Adecuado estado de salud. -Adecuado funcionamiento intelectual. -Comer regularmente
	Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> -Temperamento y rasgos de personalidad mal adaptativos (Perfeccionista y obsesivo compulsivo). -Emoción negativa alta y persistente. -Baja autoestima. -Preocupación por el peso -Insatisfacción corporal 	<ul style="list-style-type: none"> -Niveles más altos de autoestima -Afrontamiento productivo. -Habilidades sociales.
Socio Contextual	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Mala dinámica familiar (apego inseguro, < comunicación, < tiempo con los hijos, cuidados parentales inconsistentes, < disciplina, < dirección, < influencia, afrontamiento no productivo, divorcio parental) -Nivel educativo de los padres. -Dieta, apariencia y peso de la familia, -Ablactación con alimentos sólidos prontamente. -Medios hermanos (= experiencia de divorcio de los padres). -Aumento de influencia por pares. -Las burlas sobre el peso. -Inicio de las relaciones de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adecuados vínculos familiares. -Reforzar conductas positivas -Oportunidades de participar de manera positiva en la familia. -Familias con mayor número de hermanos completos ("diluyen" las expectativas y la presión de los padres). -Satisfacción con la vida familiar. -"Apoyo social" (sentirse amado / apoyado por la familia y por amigos). -IMC materno más alto. -Conversaciones familiares de alimentación saludable.
	Escolar	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio del tipo de escuela -Incremento de las exigencias académicas. - Clases de deportes con jueces (gimnasia, nado sincronizado, ballet). 	<ul style="list-style-type: none"> -Oportunidades de participación, identidad y la necesidad de logros escolares. -Clases de deportes en la escuela o deportes de arbitraje (Basketball, football)
	Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> -Ideales de salud y belleza. -Sentido de ineficiencia y perfeccionismo -Cultura occidentalizada y sus ideales de femenino. 	<ul style="list-style-type: none"> -Experiencias culturas positivas. -Modelos positivos.

A continuación se mencionan factores de riesgo y protectores para bulimia (Tabla 2):

Tabla 2

Factores de riesgo y protectores para anorexia nerviosa^{50, 53, 57, 58}.

Nivel	Dominio	Factores de riesgo	Factores protectores
Individual	Biológico	<ul style="list-style-type: none"> -Cambios de la pubertad / adolescencia. -Imagen corporal negativa -Predisposición genética (del sistema serotoninérgico e implicados en la regulación del peso corporal) - < 5-HT. - < triptófano/ no recuperación en alimentos. - Abuso de sustancias: alcohol. -Obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Adecuado estado de salud. -Adecuado funcionamiento intelectual.
	Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> -Temperamento difícil. -Rasgos de personalidad mal adaptativos (deficiente autorregulación, > tendencias hacia la novedad) -Emoción negativa alta y persistente. -Baja autoestima. -Alimentos: rechazo, alimentación emocional, > dieta -Comportamiento ritualista durante comidas. -Comportamiento fóbico. -Abuso físico y sexual. -Exposición a psicopatología de los padres -Sobrevaloración de la apariencia, presión para ser delgado e insatisfacción corporal. -Modelado de trastornos alimentarios -Síntomas depresivos. -Masa corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adecuada autoestima -Afrontamiento productivo. -Habilidades sociales.
Socio Contextual	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Dieta familiar. -Familias caóticas, conflictivas y críticas, comportamientos parentales maladaptativos, padres > controladores y > cariñosos, apego inseguro, variables temperamentales, -Respuestas familiares asociadas en familias de bulímicos -Luchas familiares relacionadas con la alimentación. -Familiares de primer grado con bulimia nerviosa, trastornos estado de ánimo y abuso de sustancias. -Estímulos que inhiben comportamientos para evitar el castigo y comportamientos no recompensados. -Medios hermanos (> probabilidad de experiencia de divorcio de los padres). 	<ul style="list-style-type: none"> -Apego seguro -Adecuados vínculos familiares. -Reforzar conductas positivas por medio de premios. -Oportunidades de participar de manera positiva en la familia. -Satisfacción con la vida familiar. -“Apoyo social” (una combinación de sentirse amado / apoyado por la familia y por amigos). -IMC materno más alto. -Conversaciones familiares de alimentación saludable.
	Escolar	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio del tipo de escuela. -Incremento de las exigencias académicas. - Clases de deportes con jueces (gimnasia, nado sincronizado, ballet). 	<ul style="list-style-type: none"> -Oportunidades de participación, identidad y la necesidad reforzamientos positivos de los logros académicos. -Clases de deportes en la escuela (deportes de arbitraje: Basketball, football)
	Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> -Cultura occidentalizada y sus ideales de femenino. -Caucásicos (percepciones distorsionadas del atractivo físico). 	<ul style="list-style-type: none"> -Experiencias culturas positivas. -Modelos positivos.

4.4 Cuadro clínico.

Dentro del estudio de la psicopatología del desarrollo adolescente pueden encontrarse dos perspectivas. En la primera de ellas se usan taxonomías categoriales para clasificar problemas o trastornos de salud mental como en el caso de los TCA (p. e. DSM 5, CIE 10 Y 11, ver tabla 3), mientras que la segunda sostiene la pertinencia de modelos taxonómicos basados en análisis estadísticos multivariados que identifiquen la coocurrencia de problemas emocionales y conductuales, es decir, comportamientos que pueden variar en grado, como parte de un continuo y ser condensados en grupos de síntomas o problemas (p.e. The Achenbach System of Empirically Based Assessment, ASEBA), además de que puedan ser usados para comparar a diversas poblaciones entre sí considerando la etapa evolutiva de la persona^{59, 60}.

Por consiguiente, en este enfoque dimensional, los problemas están integrados, según la Youth Self Report (YSR), en factores de primer orden denominados Banda Estrecha (BE): 1. Ansiedad/Depresión, 2. Retraimiento/Depresión, 3. Quejas Somáticas, 4. Ruptura de Reglas, 5. Conducta Agresiva, 6. Problemas Sociales, 7. Problemas de Pensamiento, y 8. Problemas de Atención. Estos factores, a su vez, se agrupan en factores de segundo orden o de Banda Ancha (BA). Los tres primeros corresponden a los Problemas Internalizados (PI), los dos siguientes se identifican como Problemas Externalizados (PE) y los tres factores restantes son conocidos como Problemas Mixtos (PM) porque no se agrupan ni en los PI ni en los PE⁵⁹.

Por otro lado, la literatura señala que existen diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de diferentes trastornos psicopatológicos en la niñez y adolescencia. Por ejemplo, los hombres tienen entre 2 o 4 veces más probabilidad de presentar Problemas Externalizados, como Ruptura de Reglas y Conducta Agresiva, mientras que las mujeres demuestran mayores Problemas Internalizados, específicamente en los de Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas, así como en Problemas de Atención. Las razones para estas diferencias serían tanto biológicas (diferencias estructurales y funcionales en el cerebro), como ambientales (patrones de socialización diferenciados por sexo y diferencias en la exposición a factores de riesgo)^{40, 61, 62}.

En base a lo anteriormente expuesto, desde una perspectiva dimensional, existen factores de primer orden frecuentes en adolescentes que tienen factores de riesgo para TCA. Por lo que ante ello, se generan problemas internalizados como quejas somáticas dentro de los que se describen: náusea, dolor abdominal, amnesia, vómito, dolor lumbar, artralgias, visión borrosa y dificultad para respirar⁶³.

Al mismo tiempo, presentan problemas Externalizados, considerando como la función serotoninérgica central está involucrada en procesos tan diversos como el comportamiento de alimentación, la regulación del estado de ánimo, la ira y la agresión, por lo que los pacientes con TCA pueden reflejar la función hiposerotonérgica central.

Dentro de los cuales, se describe conducta agresiva, con mayor prevalencia de ataques de ira entre los pacientes con TCA⁶⁴.

Tabla 3.

Comparación de los trastornos de la conducta alimentaria acorde al DSM 5, CIE 10 y CIE 11.

Clasificación	DSM 5	CIE 10	CIE 11
CAPÍTULO	Sección 2 Capítulo 11. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	Trastornos del comportamiento.
NOMBRE	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.	TCA	Trastornos del comer y de la alimentación.
DEFINICIÓN	Alteración en el consumo o en la absorción de alimentos que causa un deterioro.	No referida	Trastornos de la alimentación: conductas anormales no relacionadas con peso o imagen corporal. Trastornos del comer: preocupación por la comida, peso e imagen corporal.
CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Pica • Trastorno de rumiación. • Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. • AN. • BN. Trastornos de atracones.	<ul style="list-style-type: none"> • AN • AN atípica. • BN. • BN atípica. • Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. • Vómitos en otras alteraciones psicológicas. • Otros TCA. TCANE.	<ul style="list-style-type: none"> • AN - AN con peso corporal significativamente bajo. Especificadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Restrictivo. ○ Atracón purga. ○ Inespecífico - AN con peso corporal peligrosamente bajo. Especificadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Restrictivo. ○ Atracón purga. ○ Inespecífico - AN en recuperación con un peso corporal normal. - Otra AN inespecífica. - AN inespecífica. • BN • Trastorno de la alimentación por atracón. • Trastorno de la ingesta de alimentos restrictivo evitativo. • Pica • Trastorno rumiación-regurgitación

Tabla 3.

Comparación de los trastornos de la conducta alimentaria acorde al DSM 5, CIE 10 y CIE 11.

Clasificación	DSM 5	CIE 10	CIE 11
			<ul style="list-style-type: none"> Otros trastornos de alimentación o del comer especificados. Trastornos de la alimentación o del comer, no especificados.

En lo que compete a los problemas Mixtos, las mujeres con TCA tienen más probabilidades de presentar problemas cognitivos, como usar la evitación cognitiva o la rumia cognitiva, así como menos probabilidades de minimizar sus problemas. Por otro lado, presentan problemas sociales ante la insatisfacción corporal, con cualidades de amistad negativas, por ejemplo: alienación de los amigos y conflicto de amigos. Aunado a ello, con síntomas depresivos las cualidades de amistad negativas se exacerban^{65, 66}.

Por otro lado, al hacer uso de una taxonomía categorial, diagnósticos como de depresión y ansiedad son comorbilidades frecuentes en los TCA. Entre los tipos de ansiedad, la social, es altamente prevalente. También se ha demostrado que es más frecuente la presencia de trastornos disruptivos o de la conducta y trastornos por uso de sustancias comórbidos con TCA^{67, 68, 69, 70}.

Los estudios sobre el uso de sustancias entre pacientes con TCA indican un mayor consumo de alcohol y sustancias psicoactivas entre aquellos con bulimia, más que en casos de anorexia o conductas restrictivas⁷¹.

4.5 Tratamiento.

Los agentes farmacológicos pueden jugar un papel importante en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. El papel del medicamento varía considerablemente dependiendo del trastorno de la conducta alimentaria que se trate⁷².

Existen varios casos en los que se debe considerar el tratamiento con medicamentos para personas con TCA. Por ejemplo, deben considerarse cuando otros tratamientos (particularmente la psicoterapia) no han funcionado lo suficientemente bien. En segundo lugar, los medicamentos pueden tener un valor único cuando las condiciones geográficas limitan el acceso a un tratamiento especializado. En tercer lugar, la comorbilidad es una consideración, especialmente los trastornos del estado de ánimo

y la ansiedad. Por último, se debe considerar la elección del paciente. Muchas personas prefieren la psicoterapia, pero, para algunos, el tratamiento con medicamentos puede parecer preferible⁷².

Anorexia nerviosa.

La lista de agentes que se han probado para el tratamiento de la AN es inusualmente amplia: fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, sertralina, amitriptilina, imipramina, desimipramina, trazodona, fenelzina, topiramato. Esto refleja el hecho de que AN no ha respondido en gran medida a los tratamientos con medicamentos⁷².

Bulimia nerviosa.

Los medicamentos parecen ser efectivos en el tratamiento de la bulimia nerviosa. El primer medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de un trastorno alimentario fue la fluoxetina, utilizada para el tratamiento de la BN. Análogamente, existe bibliografía que respalda el uso de antidepresivos tricíclicos para la bulimia, esto abarca amitriptilina y desipramina, principalmente⁷².

Apoyado en otros ensayos, la trazodona representa un tratamiento alternativo, aunque la sedación y la ortostasis pueden limitar su uso de alguna manera. Se pueden usar inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), como se señaló anteriormente. Finalmente, se examinó el topiramato en un ensayo y se ha demostrado que disminuye la ingesta y la purga⁷².

Trastorno por atracón.

El desarrollo del tratamiento se ha centrado en los medicamentos antidepresivos, como: fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, bupropion, duloxetina, lamotrigina, sertralina, y atomoxetina. La mayoría de estos medicamentos han mostrado una mayor disminución en los síntomas de ingesta compulsiva y/o mayores niveles de abstinencia en atracones después del tratamiento⁷².

5. Relación del funcionamiento familiar, afrontamiento y TCA en adolescentes.

A continuación se presentan algunos estudios que se han hecho de funcionamiento familiar, afrontamiento y psicopatología con y sin TCA.

Tabla 4.

Hallazgos de investigación que relacionan funcionamiento familiar, afrontamiento y TCA en adolescentes

Autor (año)	Variable indirecta	Variable directa	Hallazgos
Título	Familia	Afrontamiento	Psicopatología
			TCA/ Imagen corporal
Benjet, Borges, Medina, Mora, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2009 ⁴⁸	N= 3,005 adolescentes X= NO PONDERADOS 12-14 años 58.7 % 15-17 años 41.3 % PONDERADOS 12-14 años 49.3 % 15-17 años 50.7 % -Población comunitaria		<ul style="list-style-type: none"> • 1 de cada 11 adolescentes c/ ts mental grave • 1 de cada 5 un ts de gravedad moderada y • 1 de cada 10 un ts leve. • Ts + frecuentes: de ansiedad, de control de impulsos, del estado de ánimo.
Lobera, Estébanez, Fernández, Bautista, & Garrido, 2009 ³⁹	N= 93 Adolescentes X= 22.31 años. Población clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Coping Strategies Inventory (CSI) - Tobin et al., 1989; Cano et al., 1989. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventory for the Assessment of Personality Disorders (IATP) - Tous, Pont and Muñíos, 2005. <p>TCA con > autocrítica, aislamiento social, manejo inadecuado centrado en las emociones y manejo general inadecuado</p> <p>-Anorexia > autocrítica, una personalidad convincente, respetuosa y sensible, -Bulímicos > impulsividad.</p> <p>Gestión adecuada = personalidad sociable y < introvertida. Manejo inadecuado = personalidades introvertidas e inhibidas.</p>
Calleja & Marquez, 2006 ⁷³	N= 58 X= 13.93 con comportamiento suicida 13.58 sin comportamiento suicida. Población clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Estatus socioeconómico (cuestionario de estatus socioeconómico, Barcelata y Márquez, 2015). 	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de afrontamiento -ACS (Frydenberg E. y Lewis, R, 1991; Pereña, 1996) • Comportamiento suicida (Mini-Kid, Sheehan, 2000; de la Peña, 2009) <p>Grupo c/comportamiento suicida -Diagnósticos + frecuentes: 1) trastorno depresivo mayor episodio único, 2) distimia, 3) trastorno negativista desafiante. -Estilos de afrontamiento: • < afrontamiento productivo, • >I afrontamiento no productivo.</p>
Figuroa, Contini, Lacunza, Levín, & Suedan, 2005 ²⁹	N= 150 Adolescentes X= 13 a 18 años. Población comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de afrontamiento -ACS (Frydenberg E. y Lewis, R, 1991; Pereña, 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes adaptación Casullo BIEPS-J (Ryff, 1989; Casullo y Castro, 2000) <p>Estrategias de afrontamiento -Nivel socioeconómico bajo: 1) preocuparse, 2) buscar diversiones relajantes, 3) fijarse en lo positivo, 4) buscar pertenencia, 5) distracción física. - Varones: distracción física e ignorar el problema.-Mujeres: hacerse ilusiones,</p>

Tabla 4.

Hallazgos de investigación que relacionan funcionamiento familiar, afrontamiento y TCA en adolescentes

Autor (año) Título	Variable indirecta		Variable directa		Hallazgos
	Familia	Afrontamiento	Psicopatología	TCA/ Imagen corporal	
socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina).					<p>buscar apoyo social, buscar apoyo espiritual, autoinculparse, falta de afrontamiento, reducción de la tensión.</p> <p>-Nivel socioeconómico bajo c/insatisfacción en la áreas vitales: familia, estudio, amigos, aceptación de sí y proyectos personales. Familia con limitaciones para funciones de sostén del crecimiento, y núcleo orientador del sujeto en desarrollo; está más expuesto a factores de riesgo.</p> <p>Bienestar Psicológico en varones > que en mujeres.</p>
González, Montoya, Casulo, & Bernabéu, 2002 ⁷⁴	<p>N= 417 Adolescentes</p> <p>X= 15 a 17 años.</p> <p>Población comunitaria</p> <p>Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes</p>	<p>Estilos de afrontamiento -ACS (Frydenberg E. y Lewis, R, 1991; Pereña, 1996)</p>	<p>Bienestar psicológico con el BIEPS (Ryff, 1989; Casullo y Castro, 2000)</p>		<p>Escasa relación de la edad con afrontamiento y bienestar psicológico. Mujeres > estrategias de afrontamiento y < habilidad para afrontar problemas. Nivel de bienestar psicológico: difiere acorde estrategias de afrontamiento según edad y el género.</p>
Leija, Saucedo & Ulloa, 2011 ⁷⁵ .	<p>N= 36</p> <p>X edad= 14.72</p> <p>Población clínica</p> <p>Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico.</p>	<p>Funcionamiento psicológico de la familia (<i>Subescala de Funcionamiento General de la Familia, McMaster; López, 2006</i>)</p> <p>Ambiente familiar retrospectivo (Escala del Ambiente Familiar Global, Chan, 2004; Byles, 1988).</p>	<p>Psicopatología (Mini-Kid, Sheehan, 2000; de la Peña, 2009)</p>	<p>TCA (<i>EDI, García, 2003; Unikel, 2006</i>)</p> <p>Percepción de peso y figuras (Escala de Figuras de Niños, Collins, 1991)</p>	<p>22 TCANE > Disfunción familiar</p> <p>> comorbilidad depresión</p>
Granillo, Grogan-kaylor, Delva, & Castillo, 2011 ⁶⁷	<p>N= 420 adolescentes, X= 20 años</p> <p>Demográfico</p> <p>Evaluación de la edad, incluyendo información demográfica.</p> <p>Eating Disorders Among a Community-based Sample of Chilean Female Adolescents</p>	<p>Participación de la familia (Subescala de la salud del niño y el perfil de la enfermedad)</p> <p>autoreporte y reporte de la familia (instrumento de Graffar)</p>	<p>Ansiedad y depresión (YSR CBCL)</p> <p>Uso de sustancias cigarro y alcohol (Encuestas nacionales de consumo de drogas realizadas en Chile y en EUA)</p>	<p>TCA (Subescala del perfil de salud y enfermedad del niño)</p> <p>Perfil de auto percepción para adolescentes (subescala aspecto físico-estima)</p>	
García, Fusté, Miró, Saldaña, & Bados, 2002 ³⁸ .	<p>N= 186 adolescentes.</p> <p>X= 15.91 años.</p> <p>Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls.</p>	<p>Estilos de afrontamiento -ACS (Frydenberg E. y Lewis, R, 1991; Pereña, 1996)</p>		<p>EDI-2 -Garner, 1988</p>	<p>Autoinculparse = alto riesgo en los adolescentes para presentar TCA.</p>

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades crónicas, ocasionan discapacidad y son de los que producen mortalidad en adolescentes con psicopatología, sin embargo, se desconoce el estilo y estrategias de afrontamiento, así como el funcionamiento familiar que caracteriza a este grupo de estudio. Por lo tanto, este proyecto se plantea la siguiente pregunta, ¿Qué estilo y estrategias de afrontamiento y que tipo de funcionamiento familiar utilizan los adolescentes que presentan trastorno de la conducta alimentaria que acuden a solicitar consulta a un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México?

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad acorde a la UNICEF. Esta etapa del desarrollo representa un periodo crítico en la vida del ser humano, resultando importante su abordaje con la finalidad de comprender los cambios que ocurren y los riesgos que se presentan⁷³, ante los cambios físicos y emocionales, así como los factores externos de los que se carece control.

Paralelamente, socavan sobre el desarrollo los imperativos de la cultura, del ideal de la belleza, del género, la mundialización, la industrialización, la pobreza, los cambios en la estructura de la familia, ya que cada uno de sus miembros afrontan crisis ante la etapa del ciclo vital que atraviesan⁷⁴. Por lo cual, los adolescentes enfrentan problemáticas que merman en su salud mental. Así como, la presencia de múltiples factores de riesgo que están interrelacionados en la psicopatología del desarrollo.

Por lo que, de cara a la evidencia de la necesidad de salud mental infantil y del adolescente, la OMS hace énfasis de esta en países con ingresos medios y bajos, como el nuestro. Para comenzar, las expectativas para entrenar individuos, que se tornen profesionistas en salud mental, no han sido cubiertas y por tanto, es escaso o ausente el personal de enfermería, de psicología educativa y médico que pueda encargarse de la salud mental en la población infantil. Además, la falta de recursos para medicamentos, la ausencia de camas en hospitales generales para respaldar

urgencias psiquiátricas y el estigma hacia las enfermedades mentales, son barreras contra las que se busca terminar⁷⁵.

Ahora bien, se documentó qué en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, de acuerdo a los registros hospitalarios en 2018, fueron atendidos de primera vez en consulta externa 2,683 adolescentes. Los padecimientos más frecuentes en el grupo de 10 a 18 años de edad fueron los trastornos hiperkinéticos (F90, CIE-10, OMS, 1994) y el episodio depresivo moderado (F32, CIE-10, OMS, 1994)⁴⁹.

Por lo tanto, los pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro son los más severos ya que no hay un sistema de atención a la salud mental como los que recomienda la OMS en donde el diagnóstico sea certero en cualquier nivel de atención y el tratamiento sean oportunos. Lo cual se ve reflejado en los DALYs que remarcan la mayor discapacidad que las enfermedades mentales generan en el país.

En México, al respecto de la prevalencia alguna vez de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Una mayor proporción de jóvenes con anorexia y bulimia tienen responsabilidades adultas. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave. Sin embargo menos del 25% de los adolescentes con anorexia, bulimia y trastorno por atracones, ha recibido tratamiento en los últimos 12 meses, A pesar de que también, hay mayor prevalencia de trastornos comórbidos y de adversidades psicosociales⁵¹.

El presente estudio aportará datos sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, enfermedad de etiología múltiple, con asociación a factores de riesgo y protectores. El objetivo será comparar el funcionamiento familiar y los estilos de afrontamiento en adolescentes con psicopatología, con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

HIPÓTESIS

Los adolescentes con psicopatología que tienen o no tienen TCA presentan funcionamiento familiar caracterizado por dificultad, alta expresión; así como un estilo de afrontamiento no productivo.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo general.

Comparar el funcionamiento familiar y los estilos de afrontamiento en adolescentes con psicopatología, con y sin trastornos de la conducta alimentaria en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México.

Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas en los participantes.
2. Comparar que tipo de trastorno de la conducta alimentaria tienen los adolescentes.
3. Identificar y comparar los Problemas Internalizados (PI) y los Problemas Externalizados (PE) (problemas de banda ancha), así como los de banda estrecha correspondientes en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.
4. Identificar y comparar la psicopatología en adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.
5. Identificar los estilos y estrategias de afrontamiento que predominan en los adolescentes de ambos grupos y compararlos.
6. Comparar las dimensiones de unión y apoyo, expresión y dificultad de las variables del funcionamiento familiar en los adolescentes de ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño.

Es un estudio transversal, correlacional, retrospectivo y observacional.

Muestra.

La muestra clínica provino de la Clínica de la Adolescencia y la Unidad de Programa de Atención Integral De Infantes y Adolescentes con problemas de farmacodependencia

(PAIDEIA), Hospitalización Varones y Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil, con presencia de trastorno psiquiátrico confirmado mediante una entrevista semiestructurada (MINI-KID) (Sheehan, Shytle, Milo, Janavas & Lecrubier, 2010), obtenida del expediente clínico hospitalario.

Tipo de selección.

La muestra fue no probabilística e integrada de forma intencional, por cuota, a fin de garantizar el control de algunas variables como sexo, edad y nivel educativo. Se solicitó la participación de los padres y los adolescentes.

Criterios de Inclusión.

1. 11 a 17 años, 11 meses de edad.
2. Ser paciente de consulta interna o de hospitalización en el HPI
3. Presentar algún trastorno psiquiátrico confirmado a través de la MINI Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para niños y adolescentes (MINI-KID) (Sheehan D., et al. 2010; De la Peña Olvera F., Esquivel–Adame G., Pérez González A., Palacios L, 2009).

Criterios de Exclusión.

1. Presencia de trastorno psicótico severo con delirios, alucinación, agresividad, etc. debido a esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso/dependencia a drogas o retraso mental que impida la comprensión y respuesta del auto-informe de la conducta.
2. Estar bajo efecto de sedación importante, acatisia o algún otro efecto colateral importante de la medicación prescrita en hospitalización.

Criterios de Eliminación.

1. Sujetos que no desearon continuar en el estudio y retiraron su consentimiento informado.
2. Sujetos que abandonaron el estudio.
3. Sujetos que no completaron de forma correcta los instrumentos de evaluación.

Variables.

Las variables dependientes fueron: Psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria.

Las variables independientes fueron: Funcionamiento familiar y afrontamiento en adolescentes.

Tabla 5.

Definición conceptual y operacional de las variables funcionamiento familiar, estilo de afrontamiento, psicopatología y trastorno de la conducta alimentaria.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Funcionamiento familiar	Es un proceso en el que se evalúa a las relaciones intrafamiliares, las cuales son las interconexiones que se dan entre las personas que forman parte de una familia y reflejan los recursos esta, al respecto de la unión y el apoyo, la capacidad para expresar emociones y adaptarse a las dificultades.	Puntuación obtenida en el Instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares. Versión breve. ERI (Rivera, 1999; Rivera, et al, 2006).
Estilo de afrontamiento	Conductas y cogniciones que se emplean para lograr una transición y adaptación efectivas a las circunstancias que general estrés.	Puntuación obtenida en las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. ACS (Frydenberg & Lewis, 2000, adaptada por Barcelata et al., 2013).
Psicopatología	Comportamientos de niños y adolescentes que pueden variar en grado, como parte de un continuo y ser condensados en grupos de síntomas o problemas o en taxonomías dimensionales.	Puntuación obtenida en el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años. YSR/11-18, Español (Achenbach & Rescorla, 2001, adaptada por Barcelata, Armenta y Luna, 2013, y por Pérez y Ramírez, 2014).
	Conjunto de signos y síntomas que se clasifican en problemas o trastornos de salud mental o en taxonomías categoriales.	Puntuación obtenida en el Mini International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-KID; Sheehan, D. 1997. Módulo S y T.
Trastornos de la conducta alimentaria	Es un síndrome para patologías que se dividen en dos grandes grupos: los considerados de la infancia y los de inicio en la adolescencia, estos últimos se agrupan en <i>específicos</i> ----que incluyen a la <i>anorexia</i> y <i>bulimia nerviosa</i> ---- y los <i>no específicos</i> , o Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE),	Puntuación obtenida en el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años. YSR/11-18, Español (Achenbach & Rescorla, 2001, adaptada por Barcelata, Armenta y Luna, 2013, y por Pérez y Ramírez, 2014).
		Puntuación obtenida en el Mini International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes (MINI-KID; Sheehan, D. 1997. Módulo S y T.

Procedimiento.

El nombre del proyecto principal es: “Adaptación y resiliencia en contexto clínico: Bases para la intervención”, cuyo investigador principal es la Dra. María Elena Márquez Caraveo. Fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y registrado ante la División de Investigación del mismo Hospital, con el número: II3-01-0412 (Anexo 1). Este proyecto de tesis es derivado del

mencionado y su título es: “Comparación del funcionamiento familiar y afrontamiento en adolescentes con psicopatología que presentan o no trastornos de la conducta alimentaria”, se registró ante la División de Investigación con el número: II3-01-0412 Tf.

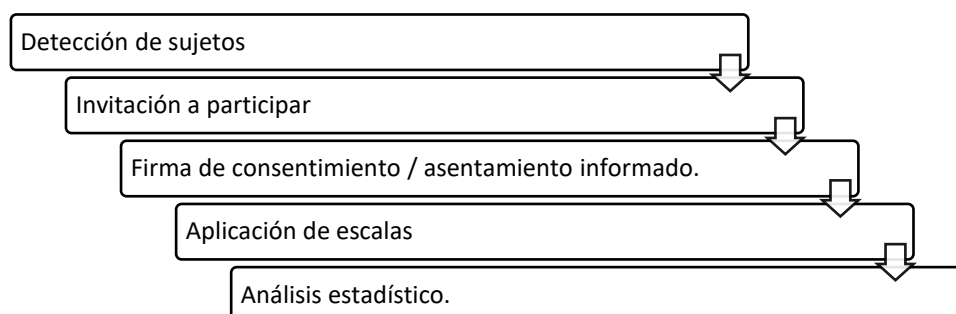
Se reclutaron pacientes que solicitaron consulta en un hospital psiquiátrico infantil, ya sea en consulta externa o en hospitalización, invitándoles a participar en el estudio. En caso de aceptar la participación se firmó el consentimiento y asentimiento informado por parte del padre/tutor y por el paciente respectivamente. A los adolescentes se les aplicó 1) un cuestionario de Estatus socioeconómico (Barcelata y Márquez, 2015), 2) el Instrumento de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares, versión breve (ERI; Rivera, 1999; Rivera y Andrade, 2010), la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS; Frydenberg & Lewis, 2000), 3) la entrevista diagnóstica Mini International Neuropsychiatric Interview MINI-KID para niños y adolescentes y 5) la versión oficial internacional en español del *Youth Self Report (YSR/11-18)*, el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años YSR/11-18. Español (Achenbach & Rescorla, 2001; parte del *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* con estudios sobre su validez con adolescentes (Barcelata & Marquez, en prensa). Se recabó de expediente mayor información del estatus socioeconómico.

Al cumplir con los criterios de selección del estudio fueron incluidos o excluidos según cada caso. La información obtenida de las escalas se vació en una base de datos electrónica para completar el análisis estadístico.

Lo anterior fue realizado para el proyecto principal, sin embargo posteriormente se hizo un análisis secundario del que deriva esta tesis.

Figura 1.

Flujograma de actividades.



Cronograma de actividades.

Tabla 6.
Cronograma de actividades.

Actividades	Abril/mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Análisis bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X						
Elaboración de protocolo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Sometimiento aprobación del comité de ética		X												
Selección de pacientes y elaboración de datos		X	X	X	X	X	X	X						
Captura de datos				X	X	X	X	X						
Análisis de datos							X	X	X	X				
Presentación de resultados										X	X	X	X	
Informe final													X	X

Instrumentos de medición.

Instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares. Versión breve. (ERI) (Rivera, 1999; Rivera, et al, 2006) (Anexo 3).

Autores: Rivera y Andrade, 1999. Con revisión en el 2006 por las misma autoras. Su idioma original es el español. Es una escala autoaplicable, tipo Likert de 5 puntos, que va de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo, que consta de 56 reactivos en su Versión Larga, 37 reactivos en su Versión intermedia y 16 reactivos en su versión breve. Mide el funcionamiento familiar a partir de la perspectiva del adolescente. Su desarrollo se realizó en dos fases. La versión breve, de 16 reactivos arrojó un análisis factorial arrojó tres dimensiones: 1. Expresión de emociones, 2. Dificultades, y 3 Unión y Apoyo que explican el 45.5% del total de la varianza y con índices de confiabilidad de Cronbach que oscilan entre 0.95 a 0.92. Las variables con las que se han relacionado las dimensiones, las cuales se clasifican en tres grupos: variables demográficas, clínicas y educativas. Las dificultades en el ambiente familiar con frecuencia están relacionados con múltiples síntomas tanto físicos como psicológicos. El tiempo de aplicación aproximado es de 30 minutos, es autoaplicada con material impreso, por lo que no se requiere de entrenamiento previo.

Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. ACS (Frydenberg & Lewis, 2000, adaptada por Barcelata et al., 2013) (Anexo 4).

Autores: Frydenberg, E. y Lewis, R. Su creación se fundamenta en que la adolescencia se considera una etapa de desarrollo caracterizada por continuos cambios, que pueden ocasionar estrés. Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico, influyendo en la confianza en si mismo, la timidez, la ansiedad, el sentimiento de eficacia, la autoestima o el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Es una escala autoaplicable que evalúa las distintas formas o modos que los adolescentes utilizan para afrontar sus problemas. Con estudios de validación: en 1997 Pereña y Seisdedos, realizaron la versión española para esta escala. Consta de dos partes: la primera es una pregunta abierta sobre los principales problemas vividos durante los últimos 6 meses. La segunda parte consiste en un inventario en forma de autoinforme compuesto por 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno abierto al final, y permite evaluar con gran fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos: 1 no me ocurre nunca o no lo hago; 2 Me ocurre o lo hago raras veces; 3 Me ocurre o lo hago algunas veces; 4 Me ocurre o lo hago a menudo y 5 Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia. Los 79 elementos se agrupan en 18 estrategias de afrontamiento y 3 estilos de afrontamiento. Dirigido a una edad 13 a 17 años. El instrumento reporta un alfa global de 0.75 y coeficiencia de test - retest de 0.78. Su aplicación es colectiva, autoaplicada. Dadas las características del instrumento, resulta fácil la aplicación, no requiere aptitudes avanzadas de comprensión lectora y resulta eficaz para la evaluación de una manera rápida y económica. Con tiempo de aplicación en promedio 10 minutos para cada escala.

Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años. YSR/11-18, Español (Achenbach & Rescorla, 2001, adaptada por Barcelata, Armenta y Luna, 2013, y por Pérez y Ramírez, 2014) (Anexo 5).

Sus autores son Achenbach & Rescorla, 2001, traducida a 80 idiomas. Su idioma original es el inglés. Adaptada por Barcelata, Armenta y Luna, 2013, y por Pérez y Ramírez, 2014. Con estudios sobre su validez con adolescentes (Barcelata y Marquez, en prensa). Es una herramienta diagnóstica y de tamizaje de problemas de salud mental para adolescentes. Consta de 50 reactivos Likert, de tres puntos (0=no es cierto,

1=en cierta manera, algunas veces, 2=Muy cierto o cierto a menudo). Depresión ($\alpha=.782$), Ansiedad ($\alpha=.654$), Retraimiento ($\alpha=.690$), Quejas somáticas ($\alpha=.693$), Problemas de sueño ($\alpha=.608$), Ruptura de reglas ($\alpha=.776$), Conducta agresiva ($\alpha=.654$), Problemas de pensamiento ($\alpha=.664$), Problemas de atención ($\alpha=.642$), Búsqueda de atención ($\alpha=.661$), Conducta prosocial/Sentido del humor ($\alpha=.775$), Autoconcepto positivo ($\alpha=.661$), estos factores se dividen en cuatro factores de segundo orden: Conductas Internalizadas (.779), Conductas Externalizadas ($\alpha=.762$), Conductas Mixtas ($\alpha=.699$) y Cualidades positivas ($\alpha=.735$), que explican el 55.54% de la varianza y presentan un alfa global de .949. El tiempo de aplicación aproximado es de 45 minutos, requiere de un entrenamiento previo y debe ser aplicada por el investigador con material impreso.

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión para niños y adolescentes (Minikid) (Sheehan et. al, 2000) (De la Peña, Pérez & Palacios, 2009) (Anexo 6).

Su autores son: Sheehan D; Shytle D; Milo K; Janavas J y Lecubrier Y; De la Peña Olvera F; Esquivel; Adame G; Perez Gonzalez A; Palacios L 2009. Entrevista clínica diagnóstica estructurada que fue elaborada en basándose en los criterios diagnósticos de DSM-IV y del CIE-10. Esta dirigida a población desde los 6 años hasta los 17 años 11 meses. Se divide en distintos módulos que incluyen 23 diagnósticos psiquiátricos, está constituida por preguntas cerradas (si o no) las cuales se deben hacer de forma literal y en cada módulo existe una pregunta clave que determina si se debe completar dicho módulo o si se puede pasar al siguiente. El tiempo de aplicación aproximado es de 25-30 minutos, requiere de un entrenamiento previo y debe ser aplicada por el investigador ya sea realizado por programa en computadora o impreso. Fue validada al español en el 2004 encontrándose una confiabilidad interevaluador de 0.9-1, una confiabilidad temporal de 0.6-0.75, con un alfa global de 0.75 y test re-test de 0.78.

Análisis estadístico.

Para el análisis descriptivo se realizó estadística descriptiva, se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Para la asociación de variables se utilizó correlación de T de Student, con la finalidad de comparar dos grupos que tiene un nivel de medición intervalar. Con una significancia estadística de 0.05. Todo esto con el programa estadístico SPSS versión 22.

Consideraciones éticas.

El presente estudio corresponde al análisis secundario de datos, en el estudio global del que deriva, a todos los participantes se les otorgó un consentimiento informado y sin excepción se les informó de manera verbal los procedimientos a llevar a cabo, objetivos y consignas del estudio; respetando su confidencialidad y conformidad para reportar los resultados. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I) se define a la presente investigación sin riesgo ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las participantes en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generales en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos acorde al Diario Oficial de la Federación publicado del año 1983.

El estudio general fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Anexo 7), así como el estudio actual (Anexo 8). Adicionalmente, la autora del presente estudio realizó el curso en línea “Protecting Reserch Investigation Participants”, avalado por el National Institutes of Health de Estados Unidos (Anexo 9).

RESULTADOS

Descripción de las características sociodemográficas de los adolescentes con y sin trastornos de conducta alimentaria

De los 219 adolescentes participantes, en la tabla 1 se observa que la media de edad fue de 14.2 años. Las mujeres predominaron sobre los hombres ya que los porcentajes fueron de 55.3% vs 44.7%. La escolaridad del 50.7% de los participantes fue de secundaria, 30.6% fue primaria completa, 15.1% con bachillerato y el resto no ha concluido primaria. Respecto a la ocupación, el 79.5% estudia y el 20.5% de los adolescentes de la muestra se encuentran en la categoría de estudiar y trabajar, solo trabajar y ni estudiar ni trabajar (Tabla 7).

Tabla 7.
Variables sociodemográficas de los adolescentes (N= 219)

Variable	Media	DE	n / rango	Porcentaje
Edad	14.2	1.63	11-17 años	
Sexo				
Hombres			98	44.7
Mujeres			121	55.3
Escolaridad				
Sin primaria completa			8	3.7
Primaria			67	30.6
Secundaria			111	50.7
Bachillerato			33	15.1
Ocupación				
Estudio			174	79.5
Estudio y trabajo			18	8.21
Solo trabajo			10	4.6
Ni estudio ni trabajo			17	7.8

Comparación del tipo de trastorno de la conducta alimentaria que tienen los adolescentes

El TCA que más predominó en los adolescentes fue la anorexia nerviosa (n=18). Sin embargo, el género femenino presentó mayor cantidad de TCA: anorexia nerviosa (7.31%), bulimia nerviosa (3.65%), anorexia nerviosa con atracones de comida / purgas (1.83%), ver Tabla 8.

Tabla 8.

Comparación del tipo de trastorno de la conducta alimentaria que tienen los adolescentes

Tipo de trastorno de conducta alimentaria	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Con anorexia nerviosa (n=18)	16	7.31	2	0.91
Con bulimia nerviosa (n=9)	8	3.65	1	0.46
Con anorexia nerviosa con atracones de comida/purgas (n=4)	4	1.83	0	0.00

Nota: existen 2 adolescentes que presentan diagnóstico de dos tipos de TCA y uno con los tres diagnósticos de TCA.

Comparación de los Problemas Internalizados (PI) y los Problemas Externalizados (PE) (problemas de banda ancha) y los de banda estrecha correspondientes en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

Los resultados en la tabla 9 muestran que en la subescala de banda ancha, predominaron los problemas internalizados en adolescentes con TCA (M= 0.77). Con el puntaje más elevado en el factor ansiedad/depresión (adolescentes con TCA presentan M= 0.88), y al comparar las medias de los dos grupos en dicho factor se observan diferencias a nivel significativo con un valor de $t= 1.71$ y una $p= 0.09$.

Tabla 9.

Comparación de los Problemas Internalizados (PI) y los Problemas Externalizados (PE) (problemas de banda ancha) y los de banda estrecha correspondientes en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

	Sin trastorno de la conducta alimentaria (N=194).		Con trastorno de la conducta alimentaria (N=25).		T	P
	M	D.E	M	D.E		
Psicopatología (YSR)						
Internalizadas	0.66	0.41	0.77	0.45	1.29	0.19
Ansiedad/Depresión	0.71	0.47	0.88	0.55	1.71	0.09*
Introversión/Depresión	0.74	0.49	0.77	0.47	0.32	0.75
Quejas Somáticas	0.53	0.42	0.62	0.45	1.04	0.29
Externalizadas	0.59	0.87	0.63	0.37	0.16	0.87
Ruptura de Reglas	0.45	0.32	0.52	0.38	0.99	0.32
Comportamiento Agresivo	0.63	0.42	0.73	0.39	1.03	0.3
Problemas Mixtos	0.61	0.36	0.68	0.37	0.96	0.34
Problemas Sociales	0.55	0.37	0.64	0.39	1.08	0.28
Problemas del Pensamiento	0.54	0.42	0.63	0.41	1.11	0.27
Problemas de la Atención	0.88	0.45	0.87	0.38	-0.15	0.88
Problemas Totales	0.54	0.32	0.63	0.39	1.48	0.14
Cualidades positivas	1.33	0.72	1.35	0.37	0.11	0.91
Otros	0.58	0.36	0.57	0.27	-0.22	0.83

Nota. * $p \leq 0.05$

En cuanto a los problemas externalizados, los cuales también predominaron en adolescentes con TCA (M=0.63), la media estuvo más elevada en el comportamiento agresivo en adolescentes con TCA (M= 0.73) en comparación a los adolescentes sin TCA (M= 0.63). Los problemas mixtos también se presentan más en adolescentes con TCA (M=0.68), siendo las medias de los factores: problemas sociales (M= 0.64) y problemas del pensamiento (M= 0.63) mayor en adolescentes con TCA.

Los problemas totales, por lo tanto, se encuentran más elevados en adolescentes con TCA (M= 0.63), que en los que no lo tienen (M= 0.54). Dentro del rubro de otros problemas, los pacientes sin TCA tuvieron puntaje más elevado (M= 0.58)

Las cualidades positivas también tienen mayor puntaje si están presentes los TCA (M= 1.35) que si están ausentes (M= 1.33).

Comparación de la psicopatología de adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

Los resultados en la tabla 10 muestran que la psicopatología que más se presenta en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria son cualquier trastorno de ansiedad (M= 1.84, t= 1.81, p= 0.00), cualquier trastorno afectivo (M= 3.28, t= 3.69, p= 0.0002), cualquier trastorno por conducta (M= 1.68, t= 2.26, p= 0.02) y cualquier trastorno por consumo de sustancias (M= 0.52, t= 2.11, p= 0.04).

Tabla 10.
Comparación de psicopatología y trastorno de la conducta alimentaria.

Psicopatología (categorías)	Sin trastorno de la conducta alimentaria (N=194).		Con trastorno de la conducta alimentaria (N=25).		t	P
	M	D.E	M	D.E		
Cualquier trastorno afectivo	2.12	1.51	3.28	1.17	3.69	0.0002*
Cualquier trastorno de ansiedad	0.91	1.32	1.84	1.81	3.15	0.00*
Cualquier trastorno por consumo de sustancias	0.21	0.63	0.52	1.05	2.11	0.04*
Cualquier trastorno psicótico	0.05	0.26	0.04	0.2	-0.21	0.83
Cualquier trastorno por conducta	1.15	1.06	1.68	1.28	2.26	0.02*
Cualquier otro diagnóstico **	0.05	0.32	0.00	0.000	-0.81	0.42

Nota. *p < 0.05

** Trastorno adaptativo; por causas, médicas, orgánicas o por alguna sustancia; trastorno generalizado del desarrollo.

Comparación de los puntajes de los estilos y estrategias de afrontamiento que predominan en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria

Respecto al estilo de afrontamiento referidos en la tabla 11, se puede observar que el afrontamiento productivo fue discretamente superior en adolescentes sin TCA (M= 60.67 vs M= 60.10), sin embargo, llama la atención que en los adolescentes con TCA, algunas estrategias se presentaron discretamente superiores como fue el fijarse en lo

positivo (M= 60.8), buscar pertenencia (M= 60.8) e invertir en amigos íntimos (M= 59.4). Ninguna de las diferencias fue a un nivel significativo.

El afrontamiento no productivo fue mayor en adolescentes con TCA (M= 52.86) que en aquellos sin TCA (M= 52.67). La estrategia más frecuente en adolescentes con TCA fue preocuparse (M= 64.64), autoinculparse (M= 59.4), hacerse ilusiones (M= 58.08) y reducción de la tensión (M= 49.12).

En lo que respecta al afrontamiento relacionado a otros, también fue superior en adolescentes sin TCA. Sin embargo el estilo de buscar apoyo social (M= 57.9) se presenta superior en adolescentes con TCA.

Tabla 11.

Comparación de los puntajes de los estilos y estrategias de afrontamiento que predominan en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

Estilos y Estrategias de Afrontamiento	Sin trastorno de la conducta alimentaria (N=194).		Con trastorno de la conducta alimentaria (N=25).		T	p
	M	D.E	M	D.E		
Afrontamiento productivo	60.68	12.91	60.1	15.39	-0.38	0.7
Concentrarse en resolver los problemas	60.47	17.68	59.36	22.41	-0.28	0.77
Fijarse en lo positivo	59.74	18.87	60.8	19.82	0.26	0.79
Invertir en amigos íntimos	56.1	18.12	59.04	16.5	0.77	0.44
Distracción física	59.79	22.29	58.24	28.05	-0.31	0.75
Buscar diversiones relajantes	66.75	18.21	63.28	19.11	-0.89	0.37
Buscar pertenencia	58.95	17.95	60.8	17.04	0.48	0.63
Esforzarse y tener éxito	62.95	17.61	59.2	18.47	-0.99	0.32
Afrontamiento no productivo	52.67	12.41	52.86	14.68	0.07	0.94
Ignorar el problema	45.88	17.3	40.2	18.95	-1.52	0.13
Reservarlo para sí	58.3	21.07	55.4	23.04	-0.64	0.52
Falta de afrontamiento	46.25	15.38	43.2	17.96	-0.91	0.36
Auto-inculparse	55.77	21.66	59.4	22.18	0.78	0.43
Reducción de la tensión	45.22	17.92	49.12	19.64	1.01	0.31
Hacerse ilusiones	54.89	16.58	58.08	18.04	0.89	0.37
Preocuparse	62.39	17.67	64.64	20.02	0.59	0.56
Relacionado a otros	49.42	13.5	48.81	11.73	-0.22	0.83
Buscar ayuda profesional	53.3	20.33	52.8	20.26	-0.12	0.91
Buscar apoyo social	57.9	18.14	58.24	18.4	0.09	0.93
Buscar apoyo espiritual	45	17.72	44.6	13.14	-0.11	0.91
Acción social	41.49	15.29	39.6	14.28	-0.58	0.56

Comparación del funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto a las relaciones intrafamiliares tanto en adolescentes con TCA como sin TCA predominó la expresión y la unión y apoyo. Sin embargo los puntajes son discretamente superiores en adolescentes con TCA (expresión con $M=3.61$, unión y apoyo con $M=2.66$ y dificultad con $M=2.27$). Y la expresión mostró diferencia significativa en el grupo que presenta TCA con respecto al que no los presenta con un valor de $t= -2.63$ y una $p= 0.009$ (Tabla 12).

Tabla 12.

Comparación del funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria

Funcionamiento familiar	Sin trastorno de la conducta alimentaria (N=194)		Con trastorno de la conducta alimentaria (N=25)		T	p
	M	D.E	M	D.E		
Unión y apoyo	2.46	0.79	2.66	0.72	-1.17	0.24
Expresión	2.94	1.21	3.61	0.94	-2.63	0.009*
Dificultad	2.29	0.96	2.27	1.04	0.11	0.91

Nota. * $p \leq 0.05$

DISCUSIÓN

Descripción de las características sociodemográficas de la muestra.

Al respecto de las características sociodemográficas, se observa que en congruencia con lo que reporta la literatura, en el sentido de que las mujeres tienen más vulnerabilidad para la psicopatología, se observa que en la muestra predominaron en los TCA, acorde a Benjet (2009, 2012)^{48, 51}.

Además, Benjet (2009) describió que en el caso de que un adolescente estudia y trabaja o solo trabaja, tiene una carga inusual social⁴⁸. La misma autora describe que no estudiar ni trabajar también es un riesgo para los adolescentes de presentar psicopatología. En esta muestra estudiar y trabajar, trabajar y no estudiar ni trabajar conforman un 20% de los adolescentes. Inclusive, llama la atención que el 3.7% de los adolescentes no tuvieron primaria completa lo cual es otro factor de riesgo. Este aspecto lo documenta el INEGI, ya que menciona respecto a la escolaridad, que el 52.8% de los adolescentes reportó escolaridad de nivel básico (2.3% primaria incompleta, 6.7% completa y 43.7% al menos un grado de secundaria); 41.8% tenía al

menos un grado de media superior y 4.1%, al menos un grado de educación superior. Para el caso de la condición de actividad, la Encuesta Intercensal 2015 arrojó que 20.8% de los adolescentes estaban ocupados; 2.4%, desocupados; y 61.3% eran PNEA (53.7% eran estudiantes) acorde a lo analizado por Duran (2017)⁴⁴.

Por lo tanto Benjet (2009)⁴⁸, remarca que ser mujer, haber abandonado la escuela y estar cargadas con la responsabilidad del adulto fueron asociadas con mayores probabilidades de tener un trastorno por 12 meses y que sea un trastorno grave.

Comparación del tipo de trastorno de la conducta alimentaria que tienen los adolescentes.

Respecto a la presencia de TCA en esta muestra, llama la atención que las prevalencias observadas fueron mayores y también el tipo de diagnóstico más prevalente, que en muestras comunitarias es el de atracones/purgas acorde a Benjet (2012)⁵¹; sin embargo en esta muestra el TCA más común fue anorexia con un 7.31% y bulimia con 3.65% en mujeres.

Acorde a lo anterior, las mujeres presentaron más vulnerabilidad para la psicopatología, como se describió en el aspecto socioeconómico, sin embargo se comprueba ahora para los TCA, lo cual coincide con Unikel (2000), León (2008) y Benjet (2012)^{50, 51, 52}.

Sin embargo, aunque las mujeres son quienes más frecuentemente muestran TCA, los hombres también llegan a padecerlo. En los resultados existe la presencia de varones con anorexia aunque en general las mujeres la presenten más, coincidente con lo que Weltzin menciona al describir a los hombres con mayor inclinación a presentar conductas para control de peso en vez de conductas compensatorias (vómitos y abuso de laxantes)⁵⁴. Y contrastante con lo que resultó en la investigación de Benjet (2012)⁵¹, quien encontró mayor porcentaje de hombres con anorexia que mujeres aunque no fue una diferencia estadísticamente significativa. La bulimia y la anorexia con atracones es más frecuente en mujeres que en hombres en este estudio, al igual que lo encontrado por Benjet (2012)⁵¹.

Comparación de los Problemas Internalizados (PI) y los Problemas Externalizados (PE) (problemas de banda ancha) y los de banda estrecha correspondientes en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

Como era de esperarse, predominaron los problemas internalizados en los adolescentes con TCA, siendo el puntaje más elevado el de ansiedad/depresión, lo cual está asociado con la función hiposerotonérgica central presente en adolescentes con TCA, coincidente con lo encontrado por Johnson (2002), Hinrichsen (2003), Granillo (2011) y Levinson (2012)^{67, 68, 69, 70}. De importancia semejante, existen en estas pacientes quejas somáticas, ya documentado por Ross (1989)⁶³.

En cuanto a los problemas externalizados, los adolescentes con TCA presentaron mayor comportamiento agresivo, resultado semejante al de Fava (1995)⁶⁴.

Dentro de los problemas mixtos, los factores de problemas sociales y del pensamiento se encontraron más elevados en los adolescentes con TCA, lo cual sugiere que hay más distorsiones cognitivas en estos pacientes que en adolescentes con psicopatología sin TCA, lo cual ya ha sido documentado por Troop (1998) y Schutz (2007)^{37, 66}, quienes refieren que mujeres con TCA tienen más probabilidades de usar la evitación cognitiva o la rumia cognitiva y generar cualidades de amistad negativas.

Las cualidades positivas también tienen mayor puntaje en los adolescentes con TCA, sin embargo la literatura no documenta aspectos positivos en pacientes con TCA.

Comparación de la psicopatología en adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

En relación con la psicopatología presente en los sujetos estudiados, se encontró una media de los diagnósticos por medio de la herramienta utilizada (MINI-KID) en ambos grupos, con un promedio de 4 diagnósticos para los sujetos con TCA y de 2 diagnósticos para los sujetos sin TCA. Los diagnósticos más prevalentes para adolescentes con TCA son: cualquier trastorno de ansiedad, cualquier trastorno afectivo, cualquier trastorno por conducta y cualquier trastorno por consumo de sustancias ($p= 0.04$). Al contrastar los resultados con los obtenidos por Hinrichsen (2003), Benjet (2012) y Levinson (2012) coincide en los trastornos de ansiedad^{51, 68, 69}. Los trastornos afectivos, por consumo de

sustancias y por conducta también es una comorbilidad frecuente en los adolescentes con TCA, lo cual también fue reportado por Holderness (1994), Johnson (2002), Granillo (2011) y Benjet (2012)^{51, 67, 70, 71}.

Comparación de los puntajes de los estilos y estrategias de afrontamiento que predominan en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

Referente al afrontamiento encontramos que los sujetos con TCA tienen afrontamiento no productivo dentro de los estilos más frecuentes. Siendo la estrategia más común el autoinculparse, lo cual coincide con Troop (1994), García (2002) y Lobera (2009), así como el hacerse ilusiones, acorde con Troop^{37, 38, 39}.

En lo que respecta al afrontamiento relacionado a otros, también fue superior en adolescentes sin TCA lo que sugiere que hay menor búsqueda de apoyo social en adolescentes con TCA acorde a los estudios de Troop (1994) o de aislamiento social según Lobera (2009)³⁹.

Tampoco resultaron significativas las cifras de las estrategias de afrontamiento productivo y en la literatura no suele documentarse este aspecto en los adolescentes con TCA. Solo coincide con Troop (1994) en que la resolución centrada de los problemas es menor. Sin embargo acorde a los resultados en este trabajo, se puede considerar que existen fortalezas en dichos pacientes, como es el fijarse en lo positivo, buscar pertenencia e invertir en amigos íntimos, lo cual, de continuarse investigando podría ser un aspecto que remarcar y de gran ayuda en la terapia que se otorgue cuando estas patologías se presenten³⁷.

Comparación del funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.

En los adolescentes de este trabajo se encontró, que las familias con adolescentes con TCA presentan puntajes discretamente mayores que el grupo de adolescentes sin TCA, con Alta Emoción Expresada, por lo tanto resultan más críticas, hostiles y/o emocionalmente involucradas acorde a lo descrito por Le Grange (2017)²⁷. La diferencia en la expresión fue el único aspecto de las relaciones familiares estadísticamente significativo.

También la percepción del funcionamiento familiar se caracteriza por la unión y el apoyo. Algunos autores han descrito que en las familias de adolescentes con TCA son familias que suelen “estar muy cerca”, los límites generacionales están rígidamente establecidos, ofreciendo dificultades para la diferenciación e individualización de los miembros del grupo, por lo tanto la paciente con TCA no logra percibirse como una persona independiente de su madre, y esta última suele tener una necesidad de ser intrusiva y opresiva, coincidente con lo descrito por Minuchin (1978), Heron (1984), Kog (1989), Legoff, (2005) y Cerniglia (2017)^{19, 23, 24, 25, 26}.

CONCLUSIONES

1. Los TCA tienen prevalencias mayores en muestras clínicas que en muestras comunitarias.
2. El TCA que más predominó en los adolescentes fue la anorexia nerviosa y no los atracones que es lo que se observa en muestras comunitarias.
3. En los adolescentes que tienen TCA, predominaron los problemas internalizados (ansiedad/depresión).
4. Sobre los problemas externalizados en adolescentes con TCA, la media más elevada fue para el comportamiento agresivo.
5. De los problemas mixtos en adolescentes con TCA, los más frecuentes son los problemas sociales y los problemas del pensamiento.
6. Las cualidades positivas también tienen mayor puntaje si están presentes los TCA.
7. Los diagnósticos más prevalentes en el grupo con TCA fueron: 1) cualquier trastorno de ansiedad, cualquier trastorno afectivo, cualquier trastorno por conducta y cualquier trastorno por consumo de sustancias.
8. Los adolescentes con TCA tienen puntuaciones medias más bajas de afrontamiento productivo y relacionado a otros, y puntuaciones medias más elevadas en el afrontamiento no productivo que los sujetos sin TCA.
9. La estrategia de afrontamiento más utilizada fue preocuparse.
10. Las familias de adolescentes con TCA presentan puntajes discretamente mayores que el grupo de adolescentes sin TCA, con alta expresión.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Existen limitaciones en el presente trabajo al ser un estudio transversal, en el que únicamente se evaluó a los sujetos en un punto del tiempo, por lo que no podemos determinar cómo cambia la conducta a lo largo del tiempo, ni definir causalidad. Además, este estudio fue realizado en una población clínica de adolescentes en un hospital psiquiátrico infantil (hospitalización y consulta externa), por lo que quizás la muestra no es representativa para extrapolar los datos a una comunidad. En relación con lo anterior, podemos suponer que las prevalencias que obtuvimos, tanto en psicopatología como en los TCA, son mayores a las reportadas en contextos comunitarios al ser el hospital psiquiátrico un sitio en la severidad de los casos estudiados es mayor. Por otro lado, existe un tamaño limitado de esta muestra por lo que en próximas investigaciones se podrá incluir una población mayor, que sea más representativa respecto al género masculino.

Los trastornos de la conducta alimentaria son prevalentes en muestras clínicas exhibiendo una alta comorbilidad entre sí y con respecto a la psicopatología, tanto dimensional como categórica, llama la atención que exhiben puntajes elevados de problemas internalizados, sino también de comportamiento agresivo, problemas sociales y problemas del pensamiento; así como trastornos de ansiedad, afectivos, por consumo de sustancias y trastorno de conducta. Por lo que, en la evaluación a profundidad, el uso de escalas en este estudio y los resultados obtenidos a través de estas revelan la importancia de la clinimetría en la evaluación de los pacientes. Además de que es importante incorporarlos en tratamiento oportunos.

Finalmente, el abordaje de los sujetos se enfoca principalmente al tratamiento farmacológico de la psicopatología y no en ayudar al paciente a desarrollar estrategias para afrontar las dificultades propias de esta etapa del desarrollo. Por lo que cobra importancia la elaboración de programas de prevención y de enfatizar la identificación y desarrollo de estrategias saludables de afrontamiento por parte de nuestros adolescentes para la prevención e intervención con el fin de evitar el surgimiento de conductas maladaptativas y mejorar su salud mental una vez que han presentado algún trastorno psiquiátrico.

REFERENCIA

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. 2004. 1–69 p.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration C for MHS. Promotion and prevention in child mental health: Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience. [Internet]. DHHS Publication. 2007. Available from: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2009/51/2/88/49447>
3. Overton W, Molenaar PC. Handbook of child psychology and developmental science. 7^o. Lerner RM, Overton WF, Molenaar PCM, editors. Hoboken, New Jersey; 2015. 1–883 p.
4. Márquez ME, Santibañez O. Estilos de afrontamiento en adolescentes con trastornos de conducta atendidos en un Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México. UNAM; 2016.
5. Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* [Internet]. 1996;8(4):597–600. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579400007318/type/journal_article
6. Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. Handbook of child psychology. Vol. 3, Wiley. 2006. 1–1128 p.
7. García MM, Rivera AS, Díaz LR. Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Ridep*. 2006;2(22):91–110.
8. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III : ¿ Modelo de dos o tres factores? *Escritos Psicol*. 2010;3(nº 2):30–6.
9. Rivera HME. Evaluación de las relaciones intrafamiliares : construcción y. *Rev Psicol* [Internet]. 2015;13(2):147. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/50298477>
10. López AC. Funcionamiento familiar, fortalezas y bienestar en adolescentes. 2015;67.
11. Lindahl KM, Malik NM. Marital Conflict Typology and Children’s Appraisals: The Moderating Role of Family Cohesion. *J Fam Psychol*. 2011;25(2):194–201.
12. Gómez E. Adolescencia y familia : revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Rev Intercont Psicol y Educ*. 2008;10(2):105–22.
13. Morales E., Hernández G, Dörr-Zegers O. Contribución a una interpretación sistémica de la anorexia nervosa. 1994.
14. Hernández L, Cargill N, Gutiérrez G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta , Tabasco 2011. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2012;18(1):14–23. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48724427004>
15. Losinno H. Anorexia nerviosa: la representación padre y su influencia sobre las manifestaciones clínicas que involucran el cuerpo. *Subj y Procesos Cogn* [Internet]. 2008;(11):53–76. Available from: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/121>
16. Álvarez ZM, Ramírez JB, Silva RA, Coffin CN, Jimenez RML. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Int J Psychol Psychol Ther* [Internet]. 2009;9(2):205–16. Available from: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-ES.pdf>
17. Peña F, Lara M, Cortés J, Nicolini H. Traducción al español y validez de la escala de Birleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia

- [Internet]. 1996. Available from: <http://inprf.bi-digital.com:8080/handle/123456789/1709>
18. Ferrer HP, Miscán RA, Pino JM, Pérez SV. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Rev enferm Hered*. 2013;6(2):51–8.
 19. Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;Volume 10:305–12.
 20. Simpson EG, Vannucci A, Ohannessian CMC. Family functioning and adolescent internalizing symptoms: A latent profile analysis. *J Adolesc*. 2018;64(September 2017):136–45.
 21. Selvini PM. Anorexia Nervosa. A syndrom of the affluent society. 1985. 22–199 p.
 22. Selvinii M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino A. Muchachas anoréxicas y bulímicas. 1ª edición. Buenos Aires: Paidós; 1998.
 23. Heron J, Leheup R. Happy Families? *Br J Psychiatry* [Internet]. 1984;145(2):136–138. Available from: <http://doi.org.pbidi.unam.mx:8080/10.1192/bjp.145.2.136>
 24. Kog E, Vandereycken W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *Int J Eat Disord*. 1989;8(1):11–23.
 25. Legoff GPCA, Senties CH, Ruiz VV, Caballero RA, Fresán OA. Análisis del funcionamiento familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. 2005.
 26. Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic families. *Anorexia Nervosa in context*. 1978.
 27. Le Grange D, Rienecke R, Lock J, Bryson SW. Parental Expressed Emotion of Adolescents with Anorexia Nervosa: Outcome in Family-Based Treatment. 2011;44(8):731–4. Available from: doi:10.1002/eat.20877
 28. Bulik C, Striegel-moore RH, Bulik CM. Risk Factors for Eating Disorders. 2007;(May).
 29. Figueroa MI, Contini N, Lacunza AB, Levín M, Suedan E. Las estrategias de afrontamiento y su relacion con el nivel de bienestar psicologico. 2005;21(4107):66–72.
 30. Frydenberg E, Eacott C, Clark N. From distress to success: Developing a coping language and programs for adolescents. *Prev Res*. 2008;15(4):8–13.
 31. Frydenberg E, Care E, Freeman E, Chan E. Interrelationships between coping, school connectedness and wellbeing. *Aust J Educ*. 2009;53(3):261–76.
 32. Frydenberg E, Lewis R. Adolescent coping: the different ways in which boys and girls cope. *J Adolesc*. 1991;14(2):119–33.
 33. Francisco R, Loios S, Pedro M. Family Functioning and Adolescent Psychological Maladjustment: The Mediating Role of Coping Strategies. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47(5):759–70.
 34. Frydenberg E, Lewis R. Adolescent coping: the different ways in which boys and girls cope. *J Adolesc*. 1991;14(2):119–33.
 35. Rivas D, López D, Barcelata B. Efectos del sexo y la edd sobre el afrontamiento y el bienestar subjetivo en adolescentes escolares. *Enseñanza e Investig en Psicol* [Internet]. 2017;22(June):27–41. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/292/Resumenes/Resumen_29251161003_1.pdf
 36. Coppari N, Barcelata Eguiarte B, Bagnoli L, Cudas Zavala G, López Humada H, Martínez Cañete Ú. Influencia del sexo, edad y cultura en las estrategias de afrontamiento de adolescentes paraguayos y mexicanos. *Univ Psychol*. 2019;18(1):1–13.

37. Troop NA, Holbrey A, Trowler R, Treasure JL. Ways of coping in women with eating disorders. Vol. 182, *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994. p. 535–40.
38. García E, Fusté A, Miró A, Saldaña C, Bados A. Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 2002;32(1):116–20.
39. Lobera IJ, Estébanez S, Fernández MJS, Bautista EÁ, Garrido O. Coping strategies in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2009;17(3):220–6.
40. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th ed. Blackwell Publishing Limited. 2008. 1–1230 p.
41. Forman SF, Yager J, Solomon D. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis. [Internet]. 2018. Available from: [https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=eating disorder dsm iv&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#references](https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/eating-disorders-overview-of-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=eating%20disorder%20dsm%20iv&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#references)
42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV)*. Cuarta. American Psychiatric Association; 2000.
43. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. 2014.
44. Durán BR. Ninis: Factores Determinantes. *Rev Int Estadística y Geogr* [Internet]. 2017;8(3):104. Available from: http://www.inegi.org.mx/rde/rde_23/rde_23.pdf
45. Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2015;56(3):345–65.
46. Alvis N, Valenzuela MT. Los QALYS y DALYS como indicadores sintéticos de salud [QALYs and DALYs as synthetic indicators of health]. *Rev Med Chil*. 2010;138(Supl 2):83–7.
47. Institute for Health Metrics and Evaluation. DALYs [Internet]. 2017. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
48. Benjet C, Borges G, Medina MME, Zambrano J, Aguilar GS. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the mexican adolescent mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2009;50(4):386–95.
49. Registro de morbilidad. División de mejora continua y calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. 2018;
50. Unikel C, Villatoro J, Medina M, Fleiz C, Alcántar E, Hernández S. *Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes mexicanos*. Ric. 2000.
51. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Ment*. 2012;35(6):483–90.
52. León HRC, Gómez PG, Platas AS. Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Ment*. 2008;31(6):447–52.
53. Bojorquez I, Saucedo MT de J, Juárez GF, Unikel SC. Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro*, 29(1)29-39, Jan, 2013. 2013;29(1):29–39.
54. Weltzin T. Eating disorders in men: Update. *J Men's Heal Gend*. 2005;2:186–93.
55. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG, Walker S, Miller S, Sagar A, et al. Risk and

- protective factors for juvenile eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2003;12(0):1–1. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-003-1106-8>
56. Pita S, Vila MT, Carpena JM. Determinación de factores de riesgo. *Cad Aten Primaria*. 1997;48(4):75–8.
 57. Zucker NL, Womble LG, Williamson DA, Perrin LA. Protective factors for eating disorders in female college athletes. *Eat Disord*. 1999;7(3):207–18.
 58. Langdon JD, Serpell L. Protective factors against disordered eating in family systems: A systematic review of research. *J Eat Disord*. 2017;5(1):1–15.
 59. Achenbach TM, McConaughy SH, Ivanova MY, Rescorla L a. Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor™ for Ages 6-18 (BPM/6-18). 2001;18:13. Available from: [http://www.aseba.org/ASEBA Brief Problem Monitor Manual.pdf](http://www.aseba.org/ASEBA%20Brief%20Problem%20Monitor%20Manual.pdf)
 60. Alarcón D, Bárrig JÓ PS. Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit* [Internet]. 2015;21(2):253–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272015000200008&script=sci_arttext&lng=pt
 61. Zahn C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of Childhood and Adolescence: Gender and Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008;4(1):275–303.
 62. Zubeidat I, Fernández AP, Ortega J, Vallejo MA, Sierra JC. Psychosocial and psychopathological characteristics of Spanish adolescents sample throw Youth Self-Report/11-18 [Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report/11-18]. *An Psicol* [Internet]. 2009;25(1):60–9. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-69949130928&partnerID=40&md5=2d6cf9696c652aca780c33766e83cbd7>
 63. Ross CA, Heber S, Ron Norton G, Anderson G. Somatic Symptoms in Multiple Personality Disorder. *Psychosomatics* [Internet]. 1989;30(2):154–60. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(89\)72296-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(89)72296-9)
 64. Fava M, Rappe SM, West J, Herzog DB. Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Res*. 1995;56(3):205–12.
 65. Troop NA, Holbrey A, Treasure JL. Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1998;24(2):157–66.
 66. Schutz HK, Paxton SJ. Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *Br J Clin Psychol*. 2007;46(1):67–83.
 67. Granillo MT, Grogan-kaylor A, Delva J, Castillo M. Eating Disorders Among a Community-based Sample of Chilean Female Adolescents. *J Res Adolesc*. 2011;21(4):762–8.
 68. Hinrichsen H, Wright F, Waller G, Meyer C. Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eat Behav*. 2003;4(2):117–26.
 69. Levinson CA, Rodebaugh TL. Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eat Behav* [Internet]. 2012;13(1):27–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.006>
 70. Johnson JG, Cohen P, Kotler L, Kasen S, Brook JS. Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(5):1119–28.
 71. Holderness C, Brooks GJ, Warren Michelle P. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord*. 1994;16(1):1–34.
 72. Crow SJ. Pharmacologic Treatment of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2019;42(2):253–62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.007>

73. Maquez ME, Calleja A. Estilos de afrontamiento en sujetos adolescentes que presentan comportamiento suicida atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México. 2016.
74. González BR, Montoya CI, Casulo MM, Bernabéu VJ. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 2002;14(2):363–8.
75. Leija EM, Saucedo GJM, Ulloa FRE. Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico / Family characteristics and eating disorders in a sample of female adolescent inpatients in a psychiatric hos. *Salud ment*. 2011;34(3):203–10.
76. Unicef. La Adolescencia. Una época de oportunidades [Internet]. Vol. vol.1, Madrid, Editorial: Estado Mundial de la Infancia. 2011. 1 a 148. Available from: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
77. Hernández CA, Marta A, González V, Rodríguez L, Pedro S, Ganén MS. Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *Cienfuegos 2014 Communication, cohesion and family satisfaction in senior high and high school adolescents*. Cienfuegos 2014. Descargado [Internet]. 2017;15–7. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n3/ms09315.pdf>
78. Organización Mundial de la Salud. Atlas de recursos de salud mental para niños y adolescentes. Preocupaciones globales: implicaciones para el futuro. 2005;

ANEXOS

Anexo 1.

Carta de aprobación para el proyecto general del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.



Ciudad de México a 30 de mayo 2018
Asunto: aprobación enmienda
Oficio: 148

DRA. MA. ELENA MÁRQUEZ CARAVEO,
PRESENTE:

Por este medio se le informa que en relación a la enmienda presentada el día 24 de Mayo 2018 del protocolo aprobado por el Comité de Investigación el día **26 de Abril del 2012**: *“Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y protección, clave H3/01/0412*, cuyo título se modificó a *“Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención”*, se han revisado los cambios y se ha dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES
PRESIDENTA DEL COMITE

Anexo 2.

Carta de aprobación para el proyecto actual del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
AÑO DEL BICENTENARIO DEL
EMILIANO ZAPATA



Ciudad de México, 23 de abril de 2019.
Asunto: Registro de tesis derivada.

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Investigador responsable
Presente.

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención".

Clave de registro: II3/01/0412

Aprobación CI a última enmienda: 30/05/2018

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO:**

Título: "Relación entre funcionamiento familiar, afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes valorados en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México".

Clave de registro: II3/01/0412/Tf

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: María de los Ángeles Castelán Campos

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente
Lic. Ipzahin Cortés Iñiguez

Ipzahin Cortés I.

Apoyo administrativo de la División de Investigación

C.c.p. Registro de productividad
Archivo

Anexo 3.

Instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares. Versión breve. ERI (Rivera, 1999; Rivera, et al, 2006).

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TÚ FAMILIA. Por favor elige la opción (a, b, c, d, o e) que mejor se adecue a la forma de actuar de tú familia, basándote en la siguiente escala:

a = Totalmente de Acuerdo

b = De Acuerdo

c = Neutral (Ni de Acuerdo, Ni en Desacuerdo)

d = En Desacuerdo

e = Totalmente en Desacuerdo

	Totalmente de Acuerdo A	De Acuerdo b	Neutral c	En Desacuerdo d	Totalmente en Desacuerdo e
1. Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	A	b	c	d	e
2. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	A	b	c	d	e
3. En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	A	b	c	d	e
4. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	A	b	c	d	e
5. En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	A	b	c	d	e
6. La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	A	b	c	d	e
7. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	A	b	c	d	e
8. Mi familia me escucha.	A	b	c	d	e
9. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	A	b	c	d	e
10. Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	A	b	c	d	e
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	A	b	c	d	e
12. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	A	b	c	d	e

Anexo 4.

Escalas de Afrontamiento para Adolescentes. ACS (Frydenberg & Lewis, 2000, adaptada por Barcelata et al., 2013).

Instrucciones

Los adolescentes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones.

Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, **las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades**. En cada afirmación deberás marcar la respuesta A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar.

No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase, simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago A
Me ocurre o lo hago raras veces B
Me ocurre o lo hago algunas veces C
Me ocurre o lo hago a menudo D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia E

	A	B	C	D	E
	No me ocurre nunca o no lo hago	Me ocurre o lo hago raras veces	Me ocurre o lo hago algunas veces	Me ocurre o lo hago a menudo	Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia
¹ Hablar con los otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.					
² Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema.					
³ Seguir con mis tareas como es debido.					
⁴ Preocuparme por mi futuro					
⁵ Reunirme con mis amigos					
⁶ Producir una buena impresión en las personas que me importan					
⁷ Esperar que ocurra lo mejor					

	A No me ocurre nunca o no lo hago	B Me ocurre o lo hago raras veces	C Me ocurre o lo hago algunas veces	D Me ocurre o lo hago a menudo	E Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia
⁸ No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada					
⁹ Llorar o gritar					
¹⁰ Organizar una acción o petición en relación con mi problema					
¹¹ Ignorar el problema					
¹² Criticarme a mí mismo					
¹³ Guardar mis sentimientos para mí solo					
¹⁴ Dejar que Dios se ocupe de mis problemas					
¹⁵ Acordarme de los que tienen problemas peores, de esta forma que los míos no parezcan graves					
¹⁶ Pedir consejo a una persona competente					
¹⁷ Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo; oír música, ver la televisión					
¹⁸ Hacer deporte					
¹⁹ Hablar con otros para apoyarnos mutuamente					
²⁰ Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades					
²¹ Asistir a clase con regularidad					
²² Preocuparme por mi felicidad					
²³ Llamar a un amigo íntimo					
²⁴ Preocuparme por mis relaciones con los demás					
²⁵ Desear que suceda un milagro					
²⁶ Simplemente me doy por vencido					
²⁷ Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol fumando o tomando drogas (no medicamentos)					
²⁸ Organizar un grupo que se ocupe del problema					
²⁹ Ignorar conscientemente el problema					
³⁰ Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas					
³¹ Evitar estar con la gente					
³² Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva					

	A No me ocurre nunca o no lo hago	B Me ocurre o lo hago raras veces	C Me ocurre o lo hago algunas veces	D Me ocurre o lo hago a menudo	E Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia
33 Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas					
34 Conseguir ayuda o consejo de un profesional					
35 Salir y divertirme para olvidar mis dificultades					
36 Mantenerme en buena forma y con buena salud					
37 Buscar ánimo con otros					
38 Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta					
39 Trabajar intensamente					
40 Preocuparme por lo que está pasando					
41 Empezar una relación personal estable					
42 Tratar de adaptarme a mis amigos					
43 Esperar que el problema se resuelva por si solo					
44 Me enfermo					
45 Trasladar mis frustraciones a otros					
46 Ir a reuniones en los que se estudia el problema					
47 Borrar el problema en mi mente					
48 Sentirme culpable					
49 Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa					
50 Leer un libro sagrado o de religión					
51 Tratar de tener una visión alegre de la vida					
52 Pedir ayuda a un profesional					
53 Buscar tiempo para las actividades de ocio					
54 Ir al gimnasio a hacer ejercicio					
55 Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de el					
56 Pensar en lo que estoy haciendo y porque					
57 Triunfar en lo que estoy haciendo					
58 Inquietarme por lo que me pueda ocurrir					
59 Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o chica					
60 Mejorar mi relación personal con los demás					
61 Soñar despierto que las cosas irán mejorando					

	A No me ocurre nunca o no lo hago	B Me ocurre o lo hago raras veces	C Me ocurre o lo hago algunas veces	D Me ocurre o lo hago a menudo	E Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia
62 No tengo forma de afrontar la situación					
63 Cambiar las cantidades de lo que como bebo o duermo					
64 Unirme a gente que tiene el mismo problema					
65 Aislarme del problema para poder evitarlo					
66 Considerarme culpable					
67 No dejar que otros sepan cómo me siento					
68 Pedir a Dios que cuide de mí					
69 Estar contento de cómo van las cosas					
70 Hablar del tema con personas competentes					
71 Conseguir apoyo con otros, como mis padres o amigos					
72 Pensar en distintas formas de afrontar el problema					
73 Dedicarme a mis tareas en vez de salir					
74 Inquietarme por el futuro del mundo					
75 Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir					
76 Hacer lo que quieren mis amigos					
77 Imaginar que las cosas van a ir mejor					
78 Sufro dolores de cabeza o de estómago					
79 Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar, drogas					

80 Anota cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas

Mi preocupación principal es:

Anexo 5.

Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años. YSR/11-18, Español (Achenbach & Rescorla, 2001, adaptada por Barcelata, Armenta y Luna, 2013, y por Pérez y Ramírez, 2014).

TU NOMBRE COMPLETO

Primer nombre

Segundo nombre

Apellidos

TU SEXO: masculino

femenino

TU

EDAD

FECHA DE HOY: Día _____ Mes _____ Año _____

GRADO ESCOLAR: _____ No voy a la escuela

FECHA DE

NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____

Si estás trabajando, ¿qué tipo de trabajo haces? _____

TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando (por favor especifica, por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército).

TRABAJO DEL PADRE: _____

TRABAJO DE LA MADRE: _____

Parte I

Por favor completa esta forma con **tu opinión sobre tu conducta**, inclusive si crees que otras personas no están de acuerdo. Si tienes comentarios adicionales escríbelos al final de la pregunta en el espacio que se proporciona.

I. Anota por favor los deportes que más te gustan. Por ejemplo: natación, béisbol, patinaje, fútbol, bicicleta, etc. <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada uno de estos deportes?			En comparación con otros muchachos(as) de tu edad, ¿cómo eres en estos deportes?		
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Anota por favor tus actividades, juegos o pasatiempos favoritos además de los deportes. Por ejemplo, coleccionar objetos, jugar con muñecas(os), leer, tocar un instrumento musical, danza, artesanías, etc. (No incluyas escuchar radio, ver televisión o videojuegos). <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada una de estas actividades?			En comparación con otros muchachos(as) de tu edad, ¿cómo eres en estas actividades?		
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Anota por favor las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que perteneces. <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿qué tan activa es tu participación en cada uno de los grupos?		
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Anota por favor los trabajos que tienes que hacer. Por ejemplo: repartir periódicos, cuidar niños, quehacer doméstico. (tareas pagadas y no pagadas). <input type="checkbox"/> Ninguno	En comparación con los otros jóvenes de tu edad, ¿Cómo llevas a cabo estas tareas o trabajos?		
	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos(as) tienes? Ninguno 1 2 ó 3 4 o más
(No incluyas a tus hermanos o hermanas)

2. Sin contar con las horas en que estás en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participas en actividades con tus amigos(as)? Menos de 1 1 ó 2 3 o más

VI. En comparación con otros jóvenes de tu edad, ¿cómo...	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	
a. te llevas con tus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tengo hermanos o hermanas
b. te llevas con otros jóvenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. te comportas con tus padres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. haces cosas por ti mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Desempeño escolar.

No voy a la escuela porque _____

Marca una respuesta para cada materia.

	Reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Español o Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas o Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras materias, ejemplo: idiomas,	e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cursos de computación etc. No	f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
incluyas educación física, artes	g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
industriales, u otras materias no					
académicas.					

<p>¿Padeces de alguna enfermedad, problemas físico o mental?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si describe el problema:</p>
<p>En el siguiente espacio, explica qué es lo que más te preocupa de la escuela:</p>
<p>Por favor describe otras preocupaciones que tengas:</p>
<p>Por favor describe lo mejor de ti:</p>

Parte II

A continuación hay una lista de frases que describen a los jóvenes.

Si la frase te describe a ti **en este momento o durante los últimos seis meses**, elige **2** si es *muy cierto* o te describe *muy a menudo*. Elige **1** si sólo te describe *en cierta manera* o *algunas veces*. Si la frase **NO** te describe o *no es cierto*, elige **0**. Marca la respuesta elegida como prefieras, puedes tachar, palomear o encerrar el número elegido.

En caso de que la pregunta lo requiera, por favor escribe con letra de molde.

Por ejemplo:

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
1. Actúo como si fuera mucho más joven que la edad que tengo	0	1	2✓

La opción seleccionada fue el **2** porque la persona se describe como que es **muy cierto**, o que es **muy a menudo** que actúa como si fuera más joven de la edad que tiene.

Asegúrate de contestar todas las preguntas.

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
1. Actúo como si fuera mucho más joven que la edad que tengo	0	1	2
2. Bebo alcohol sin permiso de mis padres (describe): _____ _____	0	1	2
3. Discuto mucho	0	1	2
4. Dejo sin terminar lo que empiezo	0	1	2
5. Disfruto de muy pocas cosas	0	1	2
6. Me gustan los animales	0	1	2
7. Soy engreído o presumido	0	1	2
8. No puedo concentrarme o prestar atención por mucho tiempo	0	1	2
9. No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe): _____ _____	0	1	2
10. No puedo estarme quieto(a)	0	1	2
11. Dependo demasiado de algunos adultos	0	1	2
12. Me siento muy solo(a)	0	1	2
13. Me siento confundido(a) o como si estuviera en las nubes	0	1	2
14. Llora mucho	0	1	2
15. Soy bastante honesto(a)	0	1	2
16. Soy malo(a) con los demás	0	1	2
17. Sueño despierto(a) a menudo	0	1	2
18. Me hago daño a mí mismo(a) deliberadamente o he intentado suicidarme	0	1	2
19. Trato de atraer mucha atención	0	1	2
20. Destruyo mis cosas	0	1	2
21. Destruyo las cosas de otras personas	0	1	2
22. Desobedezco a mis padres	0	1	2
23. Desobedezco en la escuela	0	1	2

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
24. No como tan bien como debería	0	1	2
25. No me llevo bien con otros jóvenes	0	1	2
26. No me siento culpable después de haber hecho algo que no debo	0	1	2
27. Tengo celos de otras personas	0	1	2
28. Rompo las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0	1	2
29. Tengo miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluyas la escuela) (describe): _____ _____	0	1	2
30. Tengo miedo de ir a la escuela	0	1	2
31. Tengo miedo de que pueda pensar o hacer algo malo.	0	1	2
32. Me siento como que tengo que ser perfecto(a)	0	1	2
33. Me siento como que nadie me quiere	0	1	2
34. Me siento como que los demás quieren perjudicarme	0	1	2
35. Me siento inferior o creo que no valgo nada	0	1	2
36. Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia	0	1	2
37. Peleo mucho	0	1	2
38. Los demás se burlan de mí a menudo	0	1	2
39. Me junto con jóvenes que se meten en problemas	0	1	2
40. Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe): _____ _____	0	1	2
41. Actúo sin pensar	0	1	2
42. Me gusta más estar solo(a) que con otras personas	0	1	2
43. Digo mentiras o engaño a los demás	0	1	2
44. Me muerdo las uñas	0	1	2
45. Soy nervioso(a), tenso(a)	0	1	2
46. Partes de mi cuerpo se tuercen o tienen movimientos involuntarios (describe): _____ _____	0	1	2
47. Tengo pesadillas	0	1	2
48. No les caigo bien a otros/as jóvenes	0	1	2
49. Puedo hacer ciertas cosas mejor que otros/as jóvenes	0	1	2
50. Soy demasiado ansioso(a) o miedoso(a)	0	1	2
51. Me siento mareado(a)	0	1	2
52. Me siento demasiado culpable	0	1	2
53. Como demasiado	0	1	2
54. Me siento demasiado cansado(a) sin ninguna buena razón	0	1	2
55. Peso demasiado	0	1	2
56. Tengo problemas físicos sin causa médica:			
a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)	0	1	2
b. Dolores de cabeza	0	1	2
c. Náuseas, me siento mal	0	1	2

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
d. Problemas con los ojos (si no usas lentes)	0	1	2
e. Me da salpullido o irritación en la piel	0	1	2
f. Dolores de estómago	0	1	2
g. Vómitos	0	1	2
h. Otros (describe): _____ _____	0	1	2
57. Ataco la gente físicamente	0	1	2
58. Me araña la piel u otras partes del cuerpo (describe): _____ _____	0	1	2
59. Puedo ser bastante amigable	0	1	2
60. Me gusta tratar cosas nuevas	0	1	2
61. Mi desempeño escolar es bajo	0	1	2
62. Soy torpe; no tengo mucha coordinación	0	1	2
63. Prefiero estar con jóvenes mayores que yo	0	1	2
64. Prefiero estar con jóvenes menores que yo	0	1	2
65. Me rehúso a hablar	0	1	2
66. Repito ciertas acciones una y otra vez (describe): _____ _____	0	1	2
67. Me fugo de la casa	0	1	2
68. Grito mucho	0	1	2
69. Soy muy reservado(a); me callo todo	0	1	2
70. Veo cosas que otros creen que no existen (describe): _____ _____	0	1	2
71. Me cohibo, me avergüenzo con facilidad	0	1	2
72. Prendo fuegos	0	1	2
73. Puedo trabajar bien con mis manos	0	1	2
74. Me gusta llamar la atención o hacerme el(la) gracioso(a)	0	1	2
75. Soy demasiado tímido(a)	0	1	2
76. Duermo menos que la mayoría de los jóvenes	0	1	2
77. Duermo más que la mayoría de los jóvenes durante el día y/o la noche (describe): _____ _____	0	1	2
78. No presto atención o me distraigo fácilmente	0	1	2
79. Tengo problemas con el habla (describe): _____ _____	0	1	2
80. Defiendo mis derechos	0	1	2
81. Robo en casa	0	1	2
82. Robo fuera de casa	0	1	2

	0 No es cierto	1 En cierta manera Algunas veces	2 Muy cierto A Menudo
83. Almaceno demasiadas cosas que no necesito (describe): _____ _____	0	1	2
84. Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describe): _____ _____	0	1	2
85. Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describe): _____ _____	0	1	2
86. Soy necio(a) o testarudo(a)	0	1	2
87. Mi estado de ánimo o sentimientos cambian de repente	0	1	2
88. Me gusta estar con otras personas	0	1	2
89. Soy desconfiado(a)	0	1	2
90. Digo groserías o uso lenguaje obsceno	0	1	2
91. Pienso en matarme	0	1	2
91. Me gusta hacer reír a los demás	0	1	2
93. Hablo demasiado	0	1	2
94. Me burlo mucho de los demás	0	1	2
95. Me enojo con facilidad	0	1	2
96. Pienso demasiado en el sexo	0	1	2
97. Amenazo lastimar a otras personas	0	1	2
98. Me gusta ayudar a otras personas	0	1	2
99. Fumo, mastico, o inhalo tabaco	0	1	2
100. No duermo bien (describe): _____ _____	0	1	2
101. Falto a clases o a la escuela	0	1	2
102. Tengo poca energía	0	1	2
103. Me siento infeliz, triste o deprimido(a)	0	1	2
104. Soy más ruidoso (a) que otros (as) jóvenes	0	1	2
105. Uso drogas sin razón médica (no incluyas aquí el uso de alcohol o tabaco) (describe): _____ _____	0	1	2
106. Trato de ser justo(a) con los demás	0	1	2
107. Me gusta un buen chiste	0	1	2
108. Me gusta llevar las cosas con calma	0	1	2
109. Trato de ayudar a los demás cuando puedo	0	1	2
110. Desearía ser del sexo opuesto	0	1	2
111. Evito relacionarme con los demás	0	1	2
112. Me preocupo mucho	0	1	2

Por favor escribe cualquier cosa que describa tus sentimientos, comportamientos o intereses:

Anexo 6.

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión para niños y adolescentes (Minikid) (De la Peña, Pérez & Palacios, 2009)

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

También está disponible gratuito a través del "Medical Outcome Systems, Inc" en www.medical-outcomes.com

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamineto

M.I.N.I. **KID** (1.1) 1 de enero del 2000.

-1-

Anexo 7.

Carta de aprobación para el proyecto general del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".



Comité de Ética en Investigación

Ciudad de México, 04 de Julio de 2018.
Oficio Núm. 11

Dra. María Elena Marquez Caraveo.
Responsable de proyecto.
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que, derivado de la revisión realizada a los documentos de Consentimiento Informado y Asentimiento del menor pertenecientes al proyecto de investigación titulado "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención", con clave de registro 113/01/0412 y, en cumplimiento con los criterios normativos en materia de Ética en investigación han sido:

Aprobados

Cabe señalar que deberá contactar a cada uno de los usuarios anteriores que participaron en este proyecto previo a esta segunda Enmienda, para aplicar nuevamente los documentos de Consentimiento Informado y Asentimiento de menor con el cambio aprobado. Se le recomienda incluir un Adendum a los documentos y sobre este la firmas de los interesados.

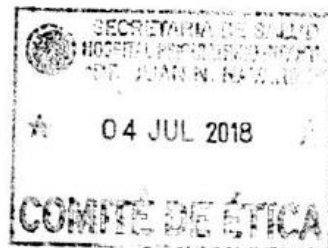
Asimismo le exhorto a supervisar que sus colaboradores se mantengan en cumplimiento de la normatividad vigente en el campo de la ética en investigación durante todas las etapas del estudio.

Por último, le informo que por indicación de la Dirección de este hospital, a partir del 28 de julio de 2017 toda investigación deberá recibir la autorización final del director para iniciar el desarrollo del proyecto.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente.


Dr. Julio César Flores Lázaro.
Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p Mtra. en Enf. Lucía Arciniega Buenrostro, Adscrita a la División de Investigación, HPI/DJNN. - Presente
Dra. Blanca Estela Barcelata Eguarte, Responsable de Proyecto en FES Zaragoza, UNAM. - Presente
Archivo CEI/HPI/DJNN

Anexo 8.

Carta de aprobación para el proyecto actual del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.



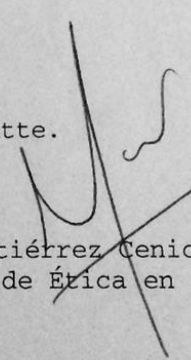
Ciudad de México, 10 de julio de 2019.

Asunto: Carta de aprobación

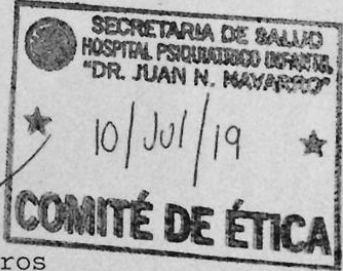
Dr. María de los Ángeles Castelán Campos
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: **“Comparación del funcionamiento familiar y afrontamiento en adolescentes con psicopatología que presentan o no trastornos de la conducta alimentaria”.**


Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Atte. 

Dr. Michel Gutiérrez Cenicerros
Presidente del Comité de Ética en Investigación



Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, CDMX.
+52 (55) 5573 4844, +52 (55) 5573 4866 y +52 (55) 5573 2855. Sitio web www.gob.mx/salud/sap/


2019

Anexo 9.

Certificado del Curso “Protecting Human Research Participants” avalado por el National Institutes of Health.

