



# UNIVERSIDAD VERACRUZANA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ SUR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
ORIZABA, VERACRUZ**

**“ TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA  
Y SU ASOCIACIÓN CON DEPRESIÓN EN  
MUJERES ADOLESCENTES ”**

## **T E S I S**

**PARA OBTENER EL POSGRADO DE:  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

*Dra. Maryda Esther Hernández Chávez*

**A S E S O R A :**

**M.C. DRA. SANTA LETICIA HERNÁNDEZ CRUZ**



**ORIZABA, VER.**

**2010**



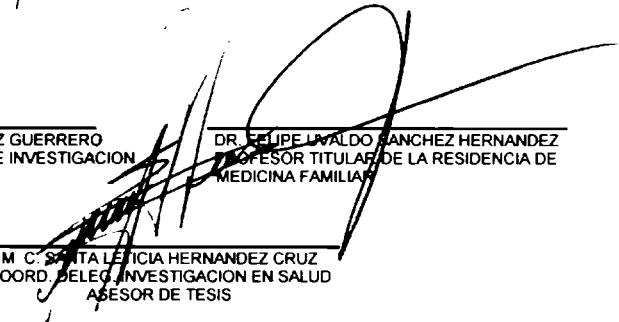
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

**AUORIZACION PARA EL INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TESIS RECEPCIONAL  
TITULADO: "TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU ASOCIACIÓN CON  
DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES."**

NOMBRE DEL AUTOR: DRA. MAYDA E. HERNÁNDEZ CHÁVEZ  
NUMERO DE REGISTRO: 2008-3101-11  
ESPECIALIDAD QUE ACREDITA: MEDICINA FAMILIAR  
PROMOCION: 01 DE MARZO DEL 2007 AL 28 DE FEBRERO DEL 2010  
UNIDAD SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 ORIZABA, VERACRUZ

INSTITUCION QUE OTORGA EL AVAL UNIVERSITARIO: UNIVERSIDAD VERACRUZANA.

  
DRA. MARÍA GUADALUPE GONZÁLEZ GUERRERO  
COORDINADOR CLINICO DE EDUC E INVESTIGACION

  
DR. FELIPE LIVALDO SANCHEZ HERNANDEZ  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE  
MEDICINA FAMILIAR

  
M. C. SANTA LETICIA HERNANDEZ CRUZ  
COORD. DELEG. INVESTIGACION EN SALUD  
ASESOR DE TESIS



**IMSS**

COORD. CLIN, EDUC, E INV. MEDICA  
COORD. GRAL REGIONAL -1  
DELEGACIONAL VERACRUZ SUR  
ORIZABA VER.

## **AGRADECIMIENTOS**

Brotan de mi corazón palabras de agradecimiento para el Padre Dios de mi vida, Jesucristo y María, por convertirme y acompañarme durante todo este proceso por haberme permitido el enriquecerme de mayores conocimientos durante estos tres años de la residencia en medicina familiar, dejando en mí una mejor persona, y medico.

### **Gracias Señor por volver a ti**

Agradezco al Espíritu Santo por regalarme sus dones, que hicieron posible que permaneciera firme a pesar de las adversidades, así como el descubrir el más exquisito sabor de la felicidad: EL AMOR DE DIOS.

### **Mama y Papa**

Agradezco el amor incondicional y la paciencia para caminar junto conmigo durante toda mi carrera, Gracias por darme su mano y levantarme cuando me caí, abrazarme fuerte y decime que tenía que ver siempre para adelante, por reír y llorar junto a mí. Son los mejores papas del mundo. Gracias por hacerme feliz y creer en mí. Pero sobre todo Gracias por enseñarme quien es la verdad, el camino y la vida. Los Amo y viven por siempre en mi corazón.

### **Oli y Adrianita**

Agradezco a ustedes hermanitas por estar conmigo siempre, demostrándome su Amor, dándome una palabra a tiempo, para fortalecerme y seguir adelante, muchas veces en nuestra familia experimentamos la ausencia por mi carrera, perdiendo momentos de esparcimiento y gozo, pero siempre recuerden que fue para lograr una meta, ahora ustedes son parte de todo esto. Las Amo y están siempre en mi corazón

### **Sr. Noel Díaz, Padre Guadalupe y Colaboradores del Sembrador**

Agradezco sus palabras y testimonio de vida ya que han sido de gran bendición en este caminar con el Señor. Gracias por su compañía durante estos tres años, en este recorrido con Dios y el Conocimiento.

**Que Dios Bendiga a todos los que estuvieron involucrados de una u otra forma en mi camino para lograr todo esto.**

## RESUMEN ESTRUCTURADO

Trastornos de conducta alimentaria y su Asociación con depresión en mujeres adolescentes.

Hernández Chávez M E<sup>1</sup>, Hernández Cruz L<sup>2</sup>.

Residente de Tercer Año Medicina Familiar<sup>1</sup>, Medico Familiar Maestro en Ciencias<sup>2</sup>.

**Objetivo.** Determinar la prevalencia de los Trastornos de Conducta de Alimentaria y su asociación con Depresión en Mujeres Adolescentes

**Material y Métodos.** Estudio trasversal, descriptivo, observacional, prospectivo: en mujeres adolescentes de 12 a 19 años, 1621 alumnas de las Escuelas Secundarias y Bachilleratos de Orizaba, Ver. Elegidos aleatoriamente. Del 1 de Agosto de 2008 al 31 de Diciembre 2009. Se aplicaron 5 cuestionarios: EAT-40 sobre síntomas de Trastornos de Conducta alimentaria (TCA), ZUNG evalúa síntomas depresivos (SD), APGAR y FACES III funcionalidad familiar. Método de GRAFFAR Nivel Socioeconómico. Se estimaron frecuencias simples y relativas, medidas de tendencia central, X<sup>2</sup> para estimar diferencias con P < 0.05 para significancia estadística.

**Resultados.** La prevalencia fue de 13.1%, de TCA en adolescentes de 15 a 19 años. Los Síntomas de depresión se presentaron con mayor frecuencia en TCA severos, así, 47.61% tuvieron SD Leve, 9.52% SD moderada y 9.52 % SD severa; en cuanto a TCA Moderada, 32.94% presentaron SD leve y 7-05% SD moderada, y con TCA Leve (23.41 y 2.53% respectivamente). En las alumnas sin TCA se pudo constatar la presencia de sintomatología Depresiva Leve (8.25%). La mayor frecuencia de Síntomas de depresión se encontró en familias moderadamente balanceadas con TCA Severo (18.9%) seguido de TCA moderado (11.32%) y TCA Leve (10.40%).

**Conclusiones.** La prevalencia de TCA fue similar a lo reportado a nivel nacional, y coincide con lo encontrado en la literatura en su asociación con depresión. Es importante difundir la gravedad de este padecimiento para su diagnóstico precoz.

**Palabras Clave.** Adolescentes, trastornos de conducta alimentaria y depresión.

## INDICE

Introducción.....	1
Justificación.....	2
Antecedentes.....	4
Planteamiento del problema.....	9
Hipótesis.....	10
Objetivos.....	11
Material y Métodos.....	12
Metodología.....	17
Recursos.....	19
Consideraciones Éticas.....	20
Resultados.....	21
Conclusiones.....	30
Alternativas.....	32
Bibliografía.....	33
Cronograma.....	36
Anexos.....	37

## INTRODUCCION

El desarrollo psicológico está influido por la alimentación, a través del seno materno desde bebé se aprenden sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La combinación de estos afectos dura toda la vida, por esta causa ciertos estados emotivos como la ansiedad, depresión, alegría influyen en los procesos de alimentación.

Un trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad provocada por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como el eje central en su vida, de acuerdo a factores psicológicos y evolutivos. Sin embargo una vez que existe este tipo de trastornos y a medida que va avanzando, las personas que lo padecen se van deteriorando cada vez más, disminuye su autoestima y crece su aislamiento social.

Los factores socioculturales cobran especial relevancia como factores de riesgo e influyen principalmente en mujeres jóvenes, principalmente en la adolescencia entre los 12 y 19 años, ya que es un periodo en el que su cuerpo se va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es mucho más lenta que su evolución fisiológica.

La anorexia y la bulimia son patologías donde la paciente presenta psicopatología, casi siempre asociada a depresión la cual se considera un estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor.

La familia juega un papel importante ya que pueden aparecer como síntomas de conflictos internos y personales, donde las características de comunicación están alteradas, con una gran dependencia e indiferencia entre los miembros de la familia, causando alto impacto en la población adolescente.

De no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, estas situaciones perdurarán e incrementarán su sintomatología a lo largo de la adolescencia provocando dificultades personales y familiares que pueden mantenerse en la vida adulta.

## JUSTIFICACIÓN

La incidencia de trastornos de conducta alimentaria como son la anorexia y bulimia se ha incrementado, sobre todo en los adolescentes. Debido a tal aumento casi epidémico, la anorexia y bulimia, se han convertido en un problema alarmante y en un foco de gran interés para la investigación médica.

En los últimos años los trastornos de conducta de alimentación y la depresión se consideran un problema socio-sanitario con grandes secuelas físicas, sociales y psicológicas.

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se perciben a sí mismos como muy controlados por su familia y sociedad, por lo cual se despierta la controversia de si existe una relación de causalidad predominante entre la presencia de síntomas depresivos y anorexia/bulimia, o bien estas pacientes ya con la patología desarrollan un trastorno depresivo. La prevalencia según el DSM-IV está situada entre el 0.5-1 %. Actualmente afecta a una de cada 100 jóvenes entre 12-14 años, aumenta la incidencia en las chicas entre 14-18 años, es más frecuente que en el varón en una proporción de 10:1. La mortalidad se estima en 10%. La bulimia es más frecuente que la anorexia, su incidencia es 4 veces mayor. Del 3 al 10% de las jóvenes padecen y entre el 50 y 60% se cura, el resto cronifican la enfermedad.

En años anteriores se hablaba de una mayor prevalencia en niveles socioeconómicos medios y altos, en los últimos tiempos se ha visto que el trastorno alcanza todos los niveles socioeconómicos. En México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en mujeres estudiantes universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. Los estudios de seguimiento por los periodos de entre 10 y 15 años de grupos de pacientes con anorexia han mostrado que los síntomas persisten en 12-14% de los casos y las tasas de recaída son elevadas entre 4 y 27% por lo cual puede hablarse de un padecimiento crónico. La tasa de mortalidad agregada asociada a anorexia nerviosa es 12 veces mayor que la tasa

anual de morbilidad debida a todas las causas para mujeres de entre 15 y 24 años de edad en la población general.

La depresión es algo muy habitual y afecta a uno de cada ocho adolescentes, afecta a personas de todos los colores, razas, posición económica y edad; sin embargo, pareciera afectar a más mujeres que hombres durante la adolescencia. Los estudios revelan cifras alarmantes con una prevalencia de un 33%, mundialmente hasta el 20% de los adolescentes padecen una enfermedad mental de los cuales del 3-4% requiere de tratamiento. Se estima que la prevalencia de depresión diagnosticada en adolescentes es del 5%. Actualmente a la depresión se le reconoce como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental, ya que cursan con una etapa crucial para su desarrollo humano.

De aquí la gran importancia de poder identificar estos trastornos de conducta alimentaria en la población adolescente.



## ANTECEDENTES

Desde tiempos remotos el sobrepeso se ha considerado como un signo de belleza, salud y poder. Anorexia significa literalmente "falta de apetito", Bulimia nerviosa literalmente significa "hambre de buey" o un hambre muy intensa. El término bulimia nerviosa fue empleado por Russell en 1979, inicialmente como una variante de la anorexia nerviosa y en la actualidad como entidad independiente. (1, 2)

Los adolescentes son el segmento de la población con mayor vulnerabilidad debido a que están en un proceso de construcción de identidad y no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes. El riesgo de trastorno de conducta alimentaria son problemas graves que involucran complicaciones médicas y psicosociales. Y se presenta en todos los niveles socioeconómicos. (3, 4)

La prevalencia según el DSM-IV esta situada entre el 0.5-1 %. Actualmente afecta a cada una de 100 jóvenes entre 12-14 años, aumenta la incidencia en las chicas entre 14-18 años las cual se ven más afectadas. Es más frecuente que en el varón en una proporción de 10:1. La mortalidad es del 10% entre las pacientes que padecen la patología. El resto de los Trastornos de conducta alimentaria es variable del 0-13%. La prevalencia Global es de 1-4% en población femenina, en los varones es diez veces menor. La bulimia es más frecuente que la anorexia, su incidencia es 4 veces mayor. Del 3 al 10% de las jóvenes padecen y entre el 50 y 60% se cura, el resto cronifican la enfermedad. (5, 6)

La anorexia es una patología clandestina que tarda en detectarse, es frecuente el abuso de laxantes, diuréticos o píldoras de dieta de venta libre. El adelgazamiento es el síntoma central. Las principales manifestaciones clínicas son: piel fría con tonalidad azulada, dolor al sentarse, lanugo, caída de pelo, hipotensión, bradicardia y/o trastornos del ritmo cardiaco, edema o retención anormal de líquidos por hipoproteinemia, anemia, amenorrea, trastornos del sueño y

abandono de las actividades normales. Se clasifica en dos tipos: anorexia restrictiva, donde la pérdida de peso se consigue exclusivamente haciendo una dieta, ayunando o realizando ejercicios físicos extenuantes y anorexia compulsiva o purgativa, en la cual la persona recurre regularmente a atracones y/o purgas (provocación de vómitos o uso de laxantes, diuréticos o enemas). (7, 8, 9)

En las pacientes anoréxicas hay una percepción problemática de los cambios físicos puerperales, inicio de la actividad sexual, ruptura amorosa o pérdida afectiva, presión del medio sobre la mujer ideal, intensa actividad deportiva, modelos, bailarinas, patinadoras o gimnastas, obesidad familiar, padres sobre protectores, perfeccionistas, comunicación intrafamiliar inadecuada, y en familias disfuncionales. Es evidente, de acuerdo a diversos estudios realizados la relación significativa entre el impulso por la delgadez, la ansiedad y la depresión así como, entre insatisfacción corporal y afectación de la autoestima. (10, 11)

Los Criterios diagnósticos de Anorexia nerviosa de acuerdo al DSM IV son: rechazo a mantener peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando peso y talla, pérdida de peso de más del 15% del peso ideal, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, alteración de la percepción del peso o la silueta, exageración de su importancia en la autoevaluación y presencia de amenorrea. Los Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa DSM IV: Presencia de atracones recurrentes, sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos, conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo. (12, 13)

El Diagnóstico Diferencial es con patologías que provocan malnutrición: celiacía, procesos inflamatorios intestinales, o intolerancia a alimentos. Tumor cerebral, hipopituitarismo, problemas gastrointestinales, enfermedad inflamatoria crónica, acalasia, patología endocrina, diabetes mellitus hipertiroidismo, enfermedad de Adison, cualquier neoplasia, lupus eritematoso sistémico, abuso de drogas. De

igual manera con un tipo de anorexia llamada por actividad, donde la pérdida del apetito es producida por la actividad física. (14, 15)

En el origen de los trastornos de la conducta alimentaria hay factores socioculturales implicados, como la edad, la imagen corporal, el género, el nivel socioeconómico familiar, las prácticas dietéticas, deportivas y las relaciones entre los grupos familiares, con un impacto del 70%. Así como enfermedades psiquiátricas asociadas como: depresión, esquizofrenia, ansiedad, distimia, fobias, en donde se puede presentar alteraciones de todo tipo de alimentación. De acuerdo con la Encuesta Nacional de psiquiátrica el 3 a 4% de la población en mujeres jóvenes con TAC ha cursado con trastornos afectivos. (16)

Los trastornos de comportamiento alimentario se consideran un problema de salud propio de los países desarrollados. Aunque en los últimos tiempos esa tendencia va cambiando progresivamente ya que se ven casos en cualquier entorno o clase social. La estimación de la prevalencia de anorexia en los Estados Unidos fluctúa de 2% a 18%, de bulimia nerviosa en mujeres jóvenes varían de 4% a 10%. En mujeres noruegas tienen una prevalencia del 1.6% para bulimia y 0.4% para anorexia. En Escandinavia las adolescentes entre 14 y 16 años presentan una prevalencia de 0.3 a 1.8%. En Inglaterra y Canadá se encuentra una incidencia inferior al 2%. En Estudios realizados en España, Japón y Suiza e Irán se ha determinado que la prevalencia de la anorexia y bulimia es del 1.5% ligeramente mayor que en los países Occidentales. (17)

Actualmente a la depresión se le reconoce como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en los adolescentes, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta. Las niñas adolescentes presentan doble de posibilidades de experimentar depresión. (18, 19, 20)

Se ha encontrado que la sintomatología depresiva en mujeres, el temor de la pérdida de la figura de apego, un bajo nivel de autoestima y un alto nivel de stress son predictores de sintomatología depresiva. Los indicadores clínicos de

depresión son alteraciones del sueño y/o apetito, astenia y alteraciones de motricidad. Hoy en día se sabe que la depresión es algo habitual y afecta a cada uno de ocho adolescentes, sin distinción de razas, situación económica o edad. Los estudios revelan cifras alarmantes con una prevalencia de un 33%, mundialmente hasta el 20% de los adolescentes padecen una enfermedad mental de los cuales del 3-4% requiere de tratamiento. (21,22)

La familia es la célula de la sociedad y el grado en que cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional. Un entorno disfuncional familiar, el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo, han llevado a buscar en la vida familiar del paciente posibles factores estresantes para presentar TCA . (23)

Existe una persecución por parte de la familia ante la sospecha de estas patologías, por lo que provoca a la paciente anoréxica aumentar sus conflictos hasta llegar a la ansiedad extrema, provocando perjuicios severos en la vida familiar. (24, 25)

La desintegración familiar ha aumentado significativamente en los últimos años, principalmente motivado por la separación de los padres, lo que determina qué la experiencia de divorcio durante la infancia está relacionada con la salud subjetiva y conductual durante la adolescencia. (26, 27)

Gamer y Garfinel fueron los primeros en autores que iniciaron las investigaciones de los trastornos de conducta alimentaria y establecieron una relación entre el aislamiento social, la falta de autoestima y la autoafirmación en pacientes anoréxicas. Diversos estudios muestran la prevalencia de anorexia nerviosa en España entre el 0.1 y el 1.5%; los TAC no específicos constituyen los casos más frecuentes, con una prevalencia estimada del 1.7-3.8%. (28)

Estados depresivos se consideran tanto condición predisponente, asociada o consecuencia de un cuadro de anorexia y bulimia, ya que sus manifestaciones son muy similares. . Se estima que la prevalencia a nivel mundial de depresión diagnosticada en adolescentes es del 5%. (29)

En México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. Los estudios de seguimiento por los periodos de entre 10 y 15 años de grupos de pacientes con anorexia han mostrado que los síntomas persisten en 12-14% de los casos y las tasas de recaída son elevadas entre 4 y 27% por lo cual puede hablarse de un padecimiento crónico. La tasa de mortalidad agregada asociada a anorexia nerviosa es 12 veces mayor que la tasa anual de morbilidad debida a todas las causas para mujeres de entre 15 y 24 años de edad en la población general. (30)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los últimos años los trastornos de conducta alimentaria y la depresión se consideran un problema socio-sanitario con grandes secuelas físicas, sociales y psicológicas. Los adolescentes presentan con relativa frecuencia trastornos de la conducta alimentaria, y depresión detectados tardiamente en muchas ocasiones. De no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, estas situaciones perdurarán e incrementarán su sintomatología a lo largo de la adolescencia provocando dificultades personales y familiares que pueden mantenerse en la vida adulta. De acuerdo a lo antes planteado la pregunta de investigación es:

**¿Cuál es la prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria y su asociación con Depresión en Mujeres Adolescentes?**

## **HIPOTESIS NULA**

**La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en mujeres adolescentes de la Ciudad de Orizaba, Ver, es baja y no se encuentra asociada a depresión.**

## **HIPOTESIS ALTERNA**

**La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en mujeres adolescentes de la Ciudad de Orizaba, Ver, es alta y se encuentra asociada a depresión.**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar cuál es la prevalencia de los Trastornos de Conducta de Alimentaria y su Asociación con Depresión en Mujeres Adolescentes de la Ciudad de Orizaba, Ver.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.-Determinar la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en Mujeres Adolescentes.

2.-Determinar la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria de acuerdo a la edad, escolaridad y nivel socioeconómico en mujeres adolescentes.

3.-Determinar la frecuencia de depresión de acuerdo a la edad, escolaridad y nivel socioeconómico en mujeres adolescentes.

4.-Identificar como Influye la edad, escolaridad y nivel socioeconómico en mujeres adolescentes con trastornos de conducta alimentaria y su asociación con depresión.

5.-Determinar cómo Influye el tipo de familia, por su estructura, demografía e integración en mujeres adolescentes con trastornos de conducta alimentaria y su asociación con depresión.

6.-Determinar cómo influye la funcionalidad familiar en mujeres adolescentes con trastornos de conducta alimentaria y su asociación con depresión.

7.-Determinar cómo influye el ciclo vital familiar en mujeres adolescentes con trastornos de conducta alimentaria y su asociación con depresión.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

Por su temporalidad: Transversal, por su objetivo: Descriptivo, por el grado de control de la causa: Observacional, por la unidad de análisis: Individual y por la recolección de datos: Prospectivo.

### **POBLACION Y LUGAR DE ESTUDIO**

Alumnas del sexo femenino entre 12-19 años que asisten a Escuelas Secundarias y Bachilleratos, particulares y de gobierno de Orizaba Veracruz.

**PERIODO** Del 1 Agosto del 2008 al 31 Diciembre 2008.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Muestreo por conglomerados, aleatorio simple, tamaño de población: 7,921 alumnas, 4,296 de Secundaria, 3,625 de Bachillerato, probabilidad de Confianza 95% IC, poder promedio 80%, prevalencia de la Enfermedad en México del 5-18%, resultado Esperado: 12%, peor resultado: 10%, muestra total: 1,612 alumnas.

Secundarias Privadas: Colegio México TM con 151 alumnas, Instituto Tec. Del Golfo de México TM con 157 alumnas, Valle de Orizaba TM con 37 alumnas.

Secundarias Federales y Estatales: Secundaria Técnica Industrial no.4, TM con 444 alumnas, TV con 362 alumnas, y Secundaria Técnica Industrial no. 84, TM con 436 alumnas.

Bachilleratos Privados: Colegio México TM con 208 alumnas, Instituto Tec. Del Golfo de México TM con 132 alumnas, Valle de Orizaba TM con 121 alumnas

Bachilleratos Federales y Estatales: Colegio Preparatorio de Orizaba TM con 361 alumnas y Centro Bachillerato Tecnológico Industrial no.142, TM con 405 alumnas, TV con 338 alumnas.

**Muestra Total de Alumnas de Secundaria: 820 y Alumnas de Preparatoria: 792.**

Nota: A pesar de que el promedio de la muestra es de 1,612 Alumnas, y considerando que los Directores de las Escuelas lo ven como un problema de Salud se aplicaran un mayor número de cuestionarios.

## **CRITERIOS DE SELECCION**

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- 1.- Ser Alumnas Inscritas en las Escuelas Seleccionadas
- 2.- Alumnas de 12-19 años de edad
- 3.-Alumnas que sus padres acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- 1.-Adolescentes embarazadas

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- 1.- Alumnas que no acepten participar en el estudio a pesar de que sus padres firmen el consentimiento informado.
- 2.- Alumnas que se nieguen a responder el cuestionario de forma completa
- 3.- Alumnas que sus padres no acepten que participen en el estudio

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Se estimaron frecuencias simples y relativas, así como medidas de tendencia central. Para encontrar diferencia de proporciones se utilizó prueba de Chi cuadrada, con  $P < 0.05$  para significancia estadística. La asociación se evaluó a través de razón de prevalencia (Rp) estimando intervalo de confianza al 95%.

## **VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Trastornos de Conducta Alimentaria

### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

Síntomas de Depresión en mujeres Adolescentes, edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, tipo de familia por su estructura, demografía e integración, funcionalidad familiar y ciclo vital.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Trastornos de Conducta de Alimentación	Cuantitativa	Anorexia El DSM IV lo define como Trastorno mental que consiste en el rechazo a mantener peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma del tamaño del cuerpo	La prueba de conductas alimentarias, su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN).	Ordinal
	Cuantitativa	Bulimia El DSM IV lo define como Trastorno mental que consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso	La prueba de conductas alimentarias, su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN).	Ordinal
Depresión	Cuantitativa	El DSM IV la ubica dentro los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. Es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente	La Escala de Depresión de Zung. Es una escala que explora la presencia de síntomas depresivos durante las dos últimas 2 semanas	Ordinal
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Número de años vividos hasta el momento del registro	Número Continuo
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica masculina o femenina de los animales	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Nominal Categórica
Escolaridad	Cualitativa	Periodo de tiempo, medido en años, durante el cual alguien ha asistido a la escuela	Años de estudio realizados por el individuo hasta el momento del registro	Nominal Categórica

Estado Civil	Cualitativa	Es la situación de hecho de la población de 12 años y más, en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país	Se refiere al estado marital como el estado que cada individuo guarda con relación a las leyes o costumbres de matrimonio del país	Nominal Categoría
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Nivel económico que ocupa una persona de acuerdo a los patrones establecidos por la sociedad y la economía	Grado de bienestar Material dado por el número de salarios mínimos que gana el jefe de familia de acuerdo a Graffar	Nominal Categoría
Tipo de familia en relación a su estructura, demografía e integración	Cualitativa	Clasificación del tipo de familia con base a su estructura, demografía e integración	Es el tipo de familia que tenga el paciente al momento del registro de acuerdo a su dinámica familiar	Nominal Categoría
Funcionalidad familiar	Cuantitativa	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Es la determinada por el puntaje obtenido por medio del cuestionario FACES III y APGAR familiar al momento del estudio	Nominal Ordinal
Ciclo vital de la familia	Cualitativa	Son las fases de las etapas correspondientes a la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución	Fase de la etapa del ciclo vital familiar que se obtenga al momento de la encuesta	Nominal Categoría

## **METODOLOGIA**

Previo registro del protocolo titulado "Trastornos de Conducta Alimentaria y su Asociación con Depresión en mujeres Adolescentes". Con número de registro 2008-3101-11. Y autorización por los directivos de los diferentes planteles escolares, se inicia la aplicación de cuestionarios en doce escuelas secundarias y bachilleratos, públicos y privados de la Ciudad de Orizaba, Ver, las cuales fueron seleccionadas de forma aleatoria, se realizaron 1621 encuestas a alumnas entre 12-19 años que asisten a las siguientes Escuelas: Secundarias Privadas: Colegio México TM (69), Instituto Tec. Del Golfo de México TM (119), Valle de Orizaba TM (25). Secundarias Federales y Estatales: Secundaria Técnica Industrial no.4, TM (142), TV (338), y Secundaria Técnica Industrial no.84, TM (132). Bachilleratos Privados: Colegio México TM (112), Instituto Tec. Del Golfo de México TM (132), Valle de Orizaba TM (44). Bachilleratos Federales y Estatales: Colegio Preparatorio de Orizaba TM (132) y Centro Bachillerato Tecnológico Industrial # 142, TM (276), TV (100) alumnas.

Previo consentimiento informado se aplicó el EAT-40 que contiene 40 reactivos agrupados en 7 factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso y abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Los reactivos se contestan a través de una escala de 6 puntos tipo likert. El punto de corte para identificar a los individuos con trastornos de conducta alimentaria + 30 puntos. Otra encuesta es la Escala de Zung la cual investiga el grado de depresión a través de 20 ítems, utilizando una escala de likert de 4 puntos: nunca, a veces, casi siempre y siempre. A cada ítem se le da una puntuación de uno a cuatro, 50,0% en sentido positivo de 1 a 4 y 50,0% en sentido negativo, o de 4 a 1; el rango de puntuación es de 20-80 puntos, con un punto de corte para síntomas depresivos con importancia clínica de 40. De la siguiente manera: No depresión <40, depresión leve 41-47 puntos, depresión moderada 48-55 puntos, depresión grave >55 puntos. Obteniendo una muestra final de 00 casos sospechosos. Los

cuestionarios APGAR, y Faces III que nos indican la funcionalidad familiar, el APGAR familiar mide adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución de los problemas. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos de acuerdo a la siguiente clasificación: 0-Nunca, 1-Casi siempre, 2-Algunas veces, 3-Casi siempre, 4-Siempre. Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica la calificación de la funcionalidad familiar: buena función familiar 18-20, disfunción familiar leve 14-17, disfunción familiar moderada 10-13, disfunción familiar severa 9 o menos. Y para darle más confiabilidad a este estudio se agregó el FACES III, que valora cohesión y adaptabilidad familiar, contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala tipo likert, con 5 opciones con un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca: 1, casi nunca: 2, algunas veces: 3, casi siempre: 4 y siempre: 5). Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems impares, y la adaptabilidad de la suma de los pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase en la tabla de puntaje lineal e interpretación para utilizarse en el análisis de datos. Para obtener la puntuación para el tipo de familia se suma el puntaje de cohesión y adaptabilidad y se divide entre 2. La interpretación del puntaje del tipo de familia se indica en la tabla de puntaje e interpretación. Otro cuestionario que se aplicara es el método de Graffar que nos permite conocer las características socioeconómicas de la familia, que incluye la medición del nivel de escolaridad y de ocupación del jefe del hogar y características de la vivienda. Para determinar el nivel socioeconómico (NSE) la escala permite categorizar a la muestra en 5 estratos: 1=NSE alto-alto; 2=NSE medio-alto; 3=NSE medio; 4=NSE medio bajo; 5=NSE bajo-bajo. Categorizando la muestra en tres estratos: NSE alto (1+2), NSE medio (3) y NSE bajo (4+5). Para la clasificación del estrato se sumaran las cantidades señaladas en cada variable para obtener los siguientes resultados: 1: 4-6; 2: 7-9; 3: 10-12, 4: 13-16 y 5: 17-20.

## **RECURSOS**

### **Humanos**

1 Residente de Medicina Familiar de segundo año.

1 Médico asesor

### **Materiales**

Una Computadora

Dos USB

Una Impresora

8,000 Hojas de papel Bond tamaño carta

20 Plumas y 30 lápices

8 Borradores

Una Engrapadora

6 cartuchos de tinta para impresora

### **Financieros**

Proyecto autofinanciado con recursos propios de residente y del Instituto Mexicano del Seguro Social.



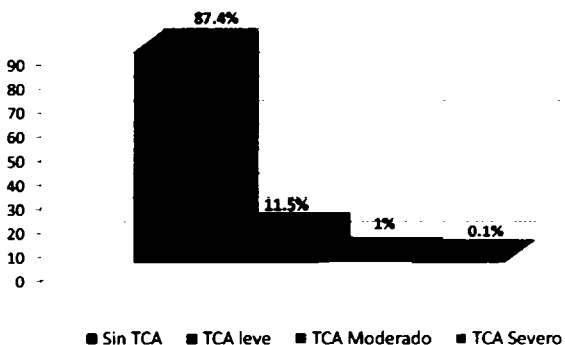
## CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICADAS AL ESTUDIO

La presente investigación se considera sin riesgo, ya que las participantes no se expondrán a daños innecesarios por el investigador (Art. 17, fracción 1, capitulo1, título segundo del reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud). Además se cobija en el Artículo 22 de la declaración de Helsinki Finlandia 1964, con modificación de Tokio Japón el año de 1975. Cumple con las normas y procedimientos en materia de investigación que rigen las instituciones de salud. Se solicito consentimiento informado.

## RESULTADOS

Se encuestaron 1621 mujeres adolescentes de nivel secundaria y bachillerato en Orizaba, Ver, a las cuales se les aplico el EAT 40, se encontraron 205 casos (12.6%) con trastornos de conducta alimentaria (TCA), de los cuales se clasificó en: Leve 11.5%, Moderado 1.0% y Severo 0.1%. No se encontraron TCA en el 87.4%. (Gráfica 1).

Gráfica 1  
Grados de Trastornos de Conducta Alimentaria (TAC)



Fuente: Cuestionario EAT-40

En relación a la edad, las adolescentes de 16-19 años presentaron mayor frecuencia de TCA (13.01%) en comparación con las de 12 a 15 años (12.96%). En ambos rango de edad, fue más frecuente el TCA Leve (87.91 y 87.01 respectivamente) sólo se encontró TCA severo en 2 adolescentes de 12 a 15 años.,

En cuanto al grado de escolaridad se encontró que las alumnas de segundo grado tuvieron mayor porcentaje de TCA leve (14.49%) seguida en orden de frecuencia por las alumnas de 3º (13.09) y primero (8.53). De igual forma se presentó el TCA Moderado aunque en menor frecuencia. TCA Severo se determinó en dos alumnas (primero y segundo año respectivamente). En las alumnas de Bachillerato, el TCA Leve se encontró más frecuentemente en las de 5º grado (12.07%), seguidas en orden de frecuencia 4º año y por ultimo 6º (10.52 y 9.52%).

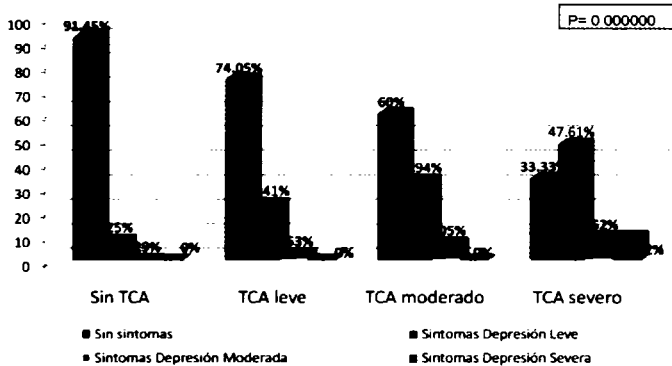
Respecto al nivel socioeconómico, se observó mayor frecuencia de TCA Leve para el nivel alto-alto (18.11%), medio alto (12.17%), medio bajo (11.90%) y el rango medio (9.34%). No presentándose TCA en NSE bajo.

En lo que se refiere al lugar donde residen, en medio urbano viven 1191 (73.5%), siendo de mayor frecuencia en TCA leve (11.25%), moderado (1.25%) y severo (0.08) y 430 alumnas en medio semi urbano (26.5%) presentando TCA leve (12.32%), moderado (0.23%) y severo (0.23%).

En ningún rubro se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 1).

De acuerdo a la presencia de síntomas de depresión en las adolescentes, éstos se presentaron con mayor frecuencia en los TCA severa, así, 47.61% tuvieron SD. Leve, 9.52% SD moderada y 9.52 % SD severa; en cuanto a los TCA Moderada, 32.94% presentaron SD leve y 7.05% SD moderada, de igual forma las adolescentes con TCA Leve (23.41 y 2.53% respectivamente). Llama la atención que también en las alumnas que no presentaron TCA se pudo constatar la presencia de SD Leve (8.25%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $P= 0.000000$ ). (Gráfica 2).

Grafica 2  
Síntomas de Depresión de acuerdo a Grados de Trastornos de Conducta Alimentaria



Fuente: Escala de ZUNG

La funcionalidad familiar, es un punto importante al evaluar la dinámica familiar, de manera general, de acuerdo al modelo circunflejo y tomando en cuenta el FACES III, los tres tipos de mayor frecuencia son: **familia estructuralmente disgregada** (204 adolescentes), **caóticamente relacionada** (165 adolescentes), **flexiblemente disgregada** (147 adolescentes), presentándose de forma menos frecuente 5 de tipo rígida aglutinada. De manera General, 337 familias son **extremas**, 771 en **rango medio** y 513 balanceadas. (Tabla 2)

**Tabla 2**

**Tipos de familia según el Modelo Circunflejo (FACES III)**

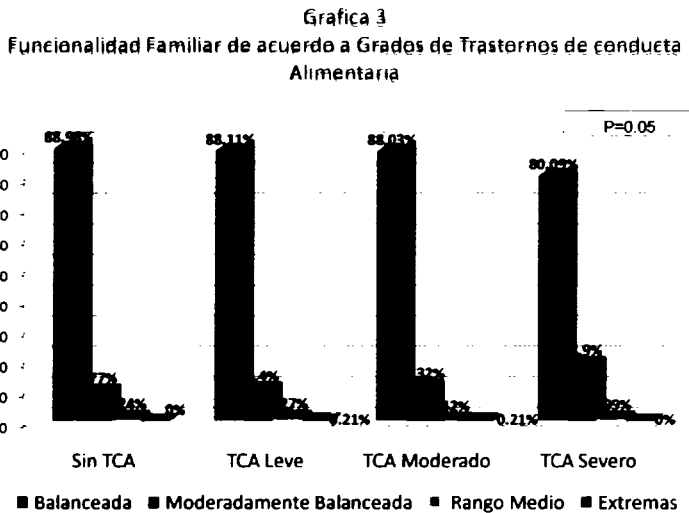
	Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
<b>Caótica</b>		118	165		480
<b>Flexible</b>	147			52	472
<b>Estructurada</b>	204			24	468
<b>Rígida</b>		42	19		201
<b>Total</b>	567	443	414	197	1621

	<b>MEDIA</b>	
--	--------------	--

Fuente: Cuestionario FACES III

De acuerdo a la funcionalidad familiar utilizando el cuestionario Faces III, la Familia Moderadamente balanceada fue la más frecuente encontrándose de la siguiente manera: 18.9% en TCA Severo, 11.32% TCA moderado y 10.40% TCA

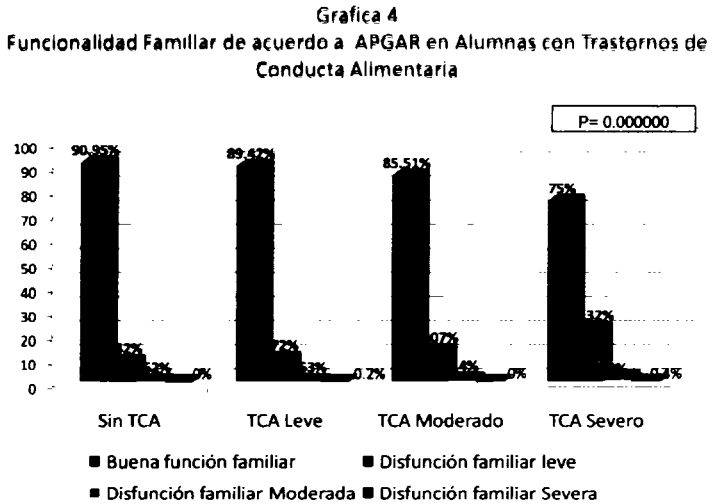
Leve. Familias extremas se encontraron en TCA Leve y moderado con 0.21% respectivamente. Las diferencias fueron estadísticamente significativas (P= 0.05) (Grafica 3)



Fuente: Cuestionario FACES III

El Apgar familiar, es otro instrumento para medir el apoyo familiar, en las adolescentes estudiadas, se observó que en todos los grados presentaban buena funcionalidad familiar, y la disfunción familiar Leve se presentó, en orden de frecuencia en TCA severo, moderado, leve y STCA (22.32, 13.07, 9.72 y 8.42% respectivamente). Hubo Disfunción familiar moderada en los TCA severo (2.2%), seguido del TCA moderado (1.48%) Leve con 0.63%. Disfunción severa se determinó en menor proporción sólo en TCA Severo y Leve (0.4 y 0.2%

respectivamente. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $P=0.00000$ ). (Grafica 4)



Fuente: Cuestionario APGAR

El **FACES III**, evalúa a las familias en dos dimensiones importantes, la **Cohesión** y la **Adaptabilidad familiar**. De acuerdo a estas dos áreas, y su relación con TCA, leve se observó que en adaptabilidad 481 familias el 18.93% son rígidas, representando el mayor porcentaje, 11.22% estructuradas, 10.44% Flexibles, y las que presentaron menor grado fueron las familias caóticas 9.70%. De acuerdo a los TCA moderado el 1.27% flexibles, 1.26% caóticas, 0.97% rígidas y 0.42% estructuradas. Los TAC severos figuraron en 0.21%, con familias estructuradas y flexibles. En Comparación con la Cohesión y TCA Leves el 17.35% fueron las

**Tabla 1**

**Características Sociodemográficas en relación a la presencia de Trastornos de Conducta Alimentaria**

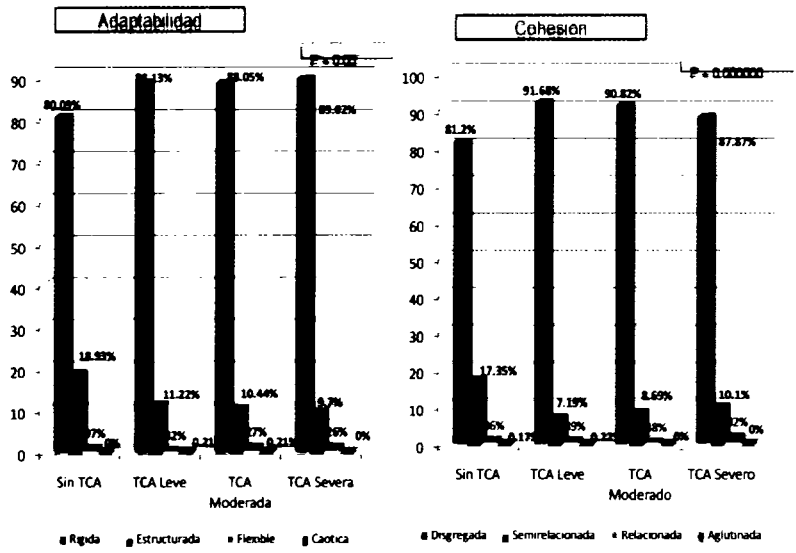
	Trastornos de Conducta Alimentaria										Valor de P
	Sin		Moderado		Severo		Total				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Edad</b>											
12 a 15	943	87.07	127	11.72	11	1.01	2	0.18	1083	0.76	
16 a 19	473	87.91	60	11.15	5	0.92	0	0	538		
<b>Secundaria</b>											
1ro	520	90.59	49	8.53	4	0.69	1	0.17	574	0.34	
2do	283	83.72	49	14.49	5	1.47	1	0.29	338		
3ro	380	85.77	58	13.09	5	1.12	0	0	443		
<b>Bachillerato</b>											
4to	34	89.47	4	10.52	0	0	0	0	38		
5to	181	87.43	25	12.07	1	0.48	0	0	207		
6to	18	85.71	2	9.52	1	4.76	0	0	21		
<b>Nivel Socioeconómico</b>											
Alto - Alto	102	80.31	23	18.11	2	1.57	0	0	127	0.28	
Medio - Alto	560	86.28	79	12.17	9	1.38	1	0.15	649		
Medio	481	89.90	50	9.34	3	0.56	1	0.18	535		
Medio - Bajo	257	87.41	35	11.90	2	0.68	0	0	294		
Bajo - Bajo	16	100	0	0	0	0	0	0	16		
<b>Demografía</b>											
Urbana	1041	87.40	134	11.25	15	1.25	1	0.08	1191	0.23	
Semiurbana	375	87.20	53	12.32	1	0.23	1	0.23	430		

Fuente: Cuestionario aplicado a las alumnas



familias disgregadas, 10.10% Aglutinadas, 8.69% relacionadas y por último el 7.19% de familias semirelacionadas. En relación TCA moderados 2.02% aglutinadas, 1.06% disgregadas, 0.89% semirelacionadas, y 0.48% relacionadas. Y finalmente los TCA severos 0.22% en familias semirelacionadas y el 0.17% disgregadas. (Grafica 5)

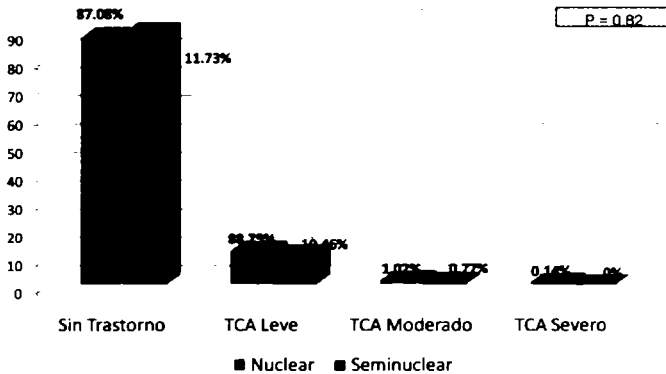
Grafica 5  
 Tipo de Familia de acuerdo a FACES III en relación a Grados de Trastornos de Conducta Alimentaria



Fuente: Cuestionario FACES III

De acuerdo a la Tipología familiar, se encontró mayor frecuencia de TCA leve en adolescentes que pertenecen a familias nucleares (11.73%), siguiendo las familias semi-nucleares (10.46%). En menor frecuencia pero en el mismo orden de frecuencia los TCA moderados (1.02 y 0.77%). TCA severo se presentó en familias nucleares (0.14%). No hubo diferencias estadísticas. **(Grafica 6)**

**Grafica 6**  
**Tipo de Familia de acuerdo a su Conformación en Alumnas con Trastornos de Conducta Alimentaria**



Fuente: Cuestionario aplicado

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria es del 12.6% en las adolescentes de la Ciudad de Orizaba, Ver. Lo que coincide con lo reportado en la literatura ya que se estima entre 5-18% de la población en general. (30)
2. Con respecto a la edad, se encontró que el grupo donde se presenta mayor prevalencia fue en de 16-19 años (13.01%), lo cual difiere con la literatura, donde se menciona mayor frecuencia entre 10 y 15 años; probablemente, esto sea debido a la presión social en las adolescentes y al comportamiento familiar, pues en esta zona, la socialización es a mayor edad. (30)
3. El grado escolar en que más se encontraron casos con TCA fue el segundo grado de secundaria con mayor porcentaje de TCA leves, seguido de las alumnas de bachillerato de quinto grado. No existen reportes en la literatura respecto a este hallazgo, sin embargo, esta relacionado con la hipótesis anterior.
4. El nivel socioeconómico donde se presentaron el mayor número de adolescentes con TCA Leve fue el nivel alto-alto y medio alto. Esto difiere de lo encontrado en la literatura ya que se menciona que no existen diferencias en cuanto a la clase social, este factor sociocultural podría tener un impacto hasta del 70% y ser uno de los factores de presentación de la edad y grado escolar en que se encontró mayor frecuencia de TCA. (16, 17)
5. El grupo de adolescentes que presentaron mayor frecuencia de síntomas depresivos, fueron los relacionados con TCA Severos (47.61%). Sin embargo en alumnas que no presentaron TCA se pudo constatar la presencia de Síntomas de depresión leve (8.26%), encontrándose significancia estadística. Lo cual se apoya claramente en la literatura a nivel mundial la cual hace mención que hoy en día se sabe que la depresión es

algo habitual y afecta a cada uno de ocho adolescentes. Los estudios revelan cifras alarmantes con una prevalencia de un (5 a 33%).  
(20,21,22,29)

6. Con respecto a la dinámica familiar las familias estructuralmente disgregadas presentaron la mayor frecuencia, este hallazgo esta más que justificado en la presencia de TCA.
7. De acuerdo a la funcionalidad familiar la Familia Moderadamente balanceada fue la más frecuente en relación a TCA Severo (18.90%). Y con el menor porcentaje las Familias extremas con TCA Leve y moderado respectivamente (0.21%). Se encontró significancia estadística.
8. También se mostró en este estudio que de forma general todos los grados presentaron buena funcionalidad familiar. En lo que se refiere a la disfunción familiar leve se presento con mayor frecuencia en TCA severo. La literatura menciona, que una disfunción en el entorno familiar constituye uno de los factores estresantes para presentar TCA, contrario a lo descrito.  
( 10,11, 23)
9. En cuanto a la Cohesión y la Adaptabilidad familiar y su relación con TCA leves se observo que en adaptabilidad la mayor prevalencia fueron las familias rígidas y menor grado fueron las familias caóticas, lo cual concuerda con los datos encontrados de acuerdo a la Cohesión donde la mayor prevalencia se presento en familias disgregadas y semirrelacionadas.
10. De acuerdo a la conformación de las familias se encontró mayor frecuencia de TCA leve en adolescentes que pertenecen a familias nucleares (11.73%), siguiendo las familias semi-nucleares (10.46%).
11. Finalmente se concluye que los Trastornos de Conducta Alimentaria son una forma de expresar cierta dolencia multifactorial, en la que figuran como principales factores responsables la depresión, el entorno familiar y social.
12. Es necesario difundir información sobre estos temas, ya que cada vez es más notoria la prevalencia. "Conocer estas enfermedades y el sufrimiento de quienes las padecen es el primer paso para combatir las".

## ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- **Buscar intencionadamente los signos y síntomas de este trastorno en las unidades de medicina familiar, con la finalidad de realizar el diagnóstico a etapas más tempranas y con ello reducir las complicaciones.**
- **Realizar difusión de estos trastornos en las escuelas, con la finalidad de que tanto adolescentes, profesores y padres de familia, puedan identificar datos sugestivos de estas patologías, y ser enviados con el médico familiar para protocolizar el caso, y enviar a una unidad de segundo nivel oportunamente para su complementación diagnóstica.**
- **Identificar factores de riesgo, y hacer mayor énfasis en los adolescentes sobre los signos, síntomas y complicaciones que pudiesen presentar, con la finalidad de crear conciencia en ellos para que de ser necesario soliciten ayuda a sus padres y puedan ser canalizados al médico familiar de forma oportuna.**
- **Trabajar de forma conjunta con Psicólogos, Psiquiatras, Médicos Internistas, nutrición y trabajo social, para orientar a los padres sobre la patología de su hija.**

## BIBLIOGRAFIA

1. Concilio M C, Danilin M P. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Mujeres Adolescentes de Bajos Recursos: El paradigma de la Pobreza. *Rev Chil Psicol.* 2004; (11): 1-62
2. Sandoval S O. Trastornos de Conducta Alimentaria en Adolescentes / Anorexia, Bulimia y Vigorexia. *Intern Jour Psych Psychol Ther* 2005; (5): 223-232
3. Loreto C M, Zubarew T G, Silva P M, Romero M S. Prevalencia de Riesgos de Trastornos Alimentarios en Adolescentes Mujeres Escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 2005; (23): 123-134
4. Unikel C S, Bojórquez L M, Carreño G S. Validación de un Cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de riesgo. *Salud Púb Mex* 2004; (46): 509-515
5. Rueda G E y Cols. Validación de la Encuesta de Comportamiento Alimentario en Adolescentes Escolarizadas de Bucaramanga, Colombia. *Rev Col Psiquiat* 2005; (34): 375- 385
6. Bay L B, y Cols. Alteraciones Alimentarias en Niños y Adolescentes Argentinos que concurren al Consultorio del Pediatra. *Arch. Argent Pediatr* 2005; (103): 305-316
7. Chaskel R. Perspectiva Psicosomática de los Trastornos Alimentarios en Niños y Adolescentes. *Rev. Col Psiquiat* 2006; (35): 176-186
8. Hurtado M, González L, Hidalgo M, Nova C, Venegas M I. Relación entre Factores Individuales y Familiares de riesgo para desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. *Rev Chil Psicol.* 2006; (11): 91-116
9. Cabetas H I. Desnutrición en anorexia Nervosa: Enfoque Psicosomático y Tratamiento Multidisciplinar. *Rev Esp Nutr Hosp* 2004; (19): 225-228
10. Machado B C, y Cols. Anorexia Nervosa: Divergent Validity of a Prototipe Narrative. *Rev ter Psicol* 2006; (24): 99-104

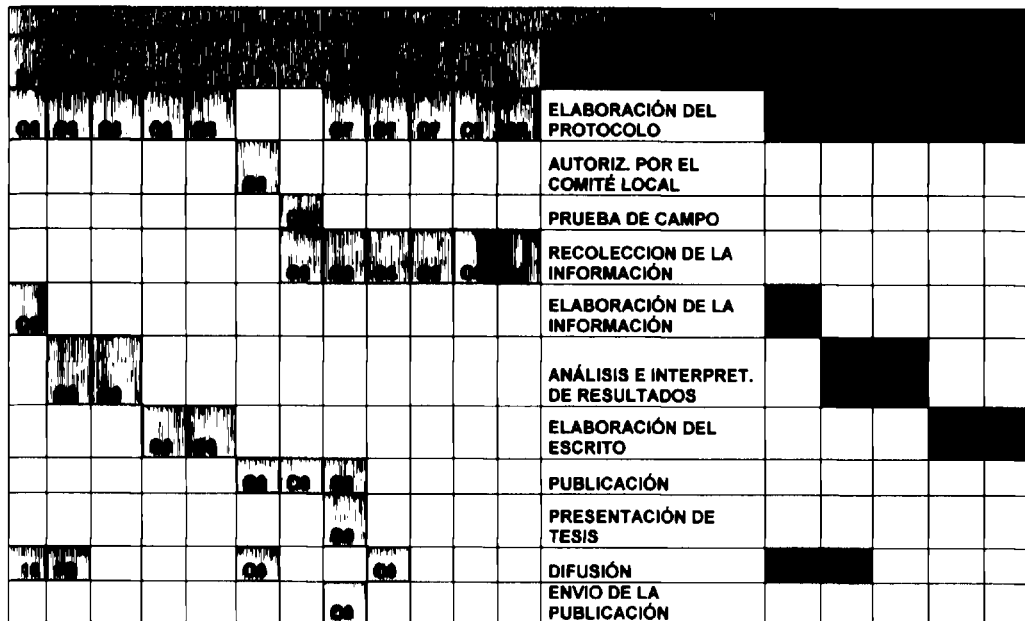
11. Baile J I, Garrido E. Autoimagen referente al peso en un grupo de chicas Adolescentes. *An Esp Pediatr* 2005; (3): 11-21
12. Rodríguez C, Fernández B C, Lalaguna B, González R, González P A. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev Esp Salud Global* 2004; (4): 2-7
13. Miranda A S, Méndez N S. Trastornos de la Alimentación. *Med Sur* 2004; (7): 131-135
14. Turón G V, Turón V L. ¿Que son los Trastornos de Alimentación?. *Rev Chil Psicol.* 2005; (12): 346-372
15. Noreña M M, Rojas S N, Novoa G M. Análisis relacional de las Contingencias asociadas a las Prácticas deportivas con los Trastornos de Alimentación en los Adolescentes entre los 16 a 18 años. *Rev Diversitas Perspectivas Psicol.* 2006; (2): 229-240
16. Garcia E E, Ortiz G T, Fernández S M. Perfiles Sociales, Alimentación y predicción de la alimentación en Adolescentes Urbanos Andaluces. *Aten Primaria* 2007; (39): 7-13
17. Cano C. A, y Cols. Factores de riesgo para Trastornos de la Alimentación en los Alumnos de la Universidad de Manizales. *Rev Med UNAB* 2007; (10): 187-194
18. Czernilk G E, Almeida S A, Godoy E I, Almirón L M. Severidad Depresiva en Adolescentes de una Escuela de formación profesional de la Resistencia Chaco, Argentina. *Rev CIMEL* 2006; (11): 12-21
19. Barra E A, Cerna R C, Kramm D M, Véliz V V. Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Rev ter Psicol* 2006; (24): 55-61
20. Leyva J R, Hernández J A, Nava J G, López G V. Depresión en Adolescentes y Funcionamiento Familiar. *Rev. Méd IMSS* 2007; (3): 225-232
21. Monterzino J M. Prevalencia de Depresión en Adolescentes Escolarizados de la Localidad de la Concha Tucumán. *Rev. Facultad de Medicina* 2006; (7): 15-19
22. González L B, Méndez T L. Relación entre Autoestima, Depresión y Apego en Adolescentes Urbanos de la comuna de Concepción, Chile. *Rev ter Psicol* 2006; (24): 5-14

23. Garcia A. C. Anorexia and Depression: Depressive Comorbidity in Anorexic Adolescents. *J Psychology* 2004; (7): 40-52
24. Morla B C, Saad J E, Saad J. Depresión en Adolescentes de desestructuración Familiar en la Ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev. Col Psiquiat* 2006; (35): 149-166
25. Zapata J G, y Cols. Depresión Asociada a la Disfunción Familiar en la Adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2007; (64): 295-301
26. Valdès S N. Bienestar Psicológico de los Adolescentes en función de la Estructura Familiar. *Rev ter Psicol* 2005; (10): 134-141
27. Lowe G A, Gibson R C. Depression in Adolescence. *J Med West Indian* 2005; (54): 387-392
28. Behar A R, Manzo R G, Casanova D Z. Trastornos de Conducta Alimentaria y Asertividad en Adolescentes. *Rev Med Chil* 2006; (134): 312-319
29. Bleichmar E D. Anorexia/Bulimia en Adolescentes. Un intento de ordenamiento desde el Enfoque Modular-Transformacional. *Rev Esp. Aperturas Psicoanalíticas* 2004; (4): 229-249
30. Paniagua R H, García S C. Signos de Alerta de Trastornos Alimentarios, Depresivos, del Aprendizaje y Conductas violentas entre Adolescentes de Cantabria. *Rev. Esp. Salud Pùb* 2004; (77): 564-579



## **ANEXOS**

**CRONOGRAMA DEL ACTIVIDADES**



## ANEXO A

FORMA PARA NIÑOS, PACIENTES AFECTADOS DE SUS FACULTADES MENTALES, PACIENTES  
COMATOSOS, U OTROS QUE NO PUEDAN DECIDIR POR SI MISMOS.  
**CARTA DE CONSENTIMIENTOS INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE  
INVESTIGACION CLINICA**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Orizaba Veracruz

Por medio de la presente Autorizo que mi hija \_\_\_\_\_  
participe en el Proyecto de Investigación Clínica Títulado: Relación de los Trastornos de Conducta  
Alimentaria y la presencia de Depresión en Mujeres Adolescentes.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: 2008-3101-11.

---

El Objetivo del Estudio es: Determinar la Relación de los Trastornos de Conducta Alimentaria y la presencia  
de Depresión en Mujeres Adolescentes.

Se me ha explicado que su participación consistirá en:

Permitir que se le apliquen cuestionarios: EAT-40 sobre síntomas y preocupaciones características de los  
trastornos de Conducta Alimentaria, Escala de ZUNG para investigar el grado de depresión en adolescentes,  
APGAR y FACES III para evaluar funcionalidad y dinámica familiar. Así como el método de GRAFFAR para  
determinar las características socioeconómicas de la familia. Los datos se manejarán de manera confidencial  
respetando su privacidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y  
beneficios derivados de su participación en el estudio, que son los siguientes: Ninguno

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier  
procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su tratamiento, así como a responder  
cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a  
cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento.

Entiendo que mi hija conserva el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere  
conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que a mi hija no se identificará en las  
presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su  
privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la  
información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto  
a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable  
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas  
relacionadas con el estudio:

---

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias  
de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810 – 009 –013

## ANEXO B

### CUESTIONARIOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Plantel Escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado de  
 Escolaridad \_\_\_\_\_  
 Edo. Civil \_\_\_\_\_

Conteste las 20 preguntas marcando con una X solo uno de los casilleros correspondientes a las columnas A, B, C o D, según el siguiente criterio:

- A = Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente.
- B = Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando.
- C = Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente.
- D = Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo.

### ESCALA DE ZUNG

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido/a.				
Por las mañanas me siento peor que por las tardes.				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.				
Ahora tengo menos apetito que antes.				
Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.				
Creo que estoy adelgazando				
Estoy estreñado/a (constipado/a).				
¡Tengo palpitaciones				
Me canso por cualquier cosa				
Mi cabeza no esta tan despejada como antes.				
No hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.				
No tengo esperanza y confianza en el futuro.				
Me siento más irritable que habitualmente.				
Encuentro difícil la toma de decisiones.				
No me creo útil y necesario para la gente.				
No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.				
Creo que sería mejor para los demás que me muriera.				
No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

## ANEXO C

Conteste las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros con una X, según corresponda a las columnas N, CS, AV, BV, CS o S, según el siguiente criterio:  
 N= Nunca CN= Casi Nunca AV= Algunas Veces BV= Bastantes Veces CS= Casi siempre S=Siempre

### Test de Actitudes hacia la alimentación EAT-40

		N	CN	AV	BV	CS	S
1	Me gusta comer con otras personas						
2	Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3	Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas						
4	Me da mucho miedo pesar demasiado						
5	Procuro no comer aunque tenga hambre						
6	Me preocupo mucho por la comida						
7	A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. Pan, arroz patatas etc.)						
11	Me siento llena después de las comidas						
12	Noto que los demás preferirían que yo comiera más						
13	Vomito después de haber comido						
14	Me siento muy culpable después de comer						
15	Me preocupa el deseo de estar más delgada						
16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17	Me peso varias veces al día						
18	Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19	Disfruto comiendo carne						
20	Me levanto pronto por las mañanas						
21	Cada día como los mismos alimentos						
22	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23	Tengo la menstruación regular						
24	Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26	Tardo en comer más que las otras personas						
27	Disfruto comiendo en restaurantes						
28	Tomo laxantes (purgantes)						
29	Procuro no comer alimentos con azúcar						
30	Como alimentos de régimen						
31	Siento que los alimentos controlan mi vida						
32	Me controlo en las comidas						
33	Noto que los demás me presionan para que coma						
34	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35	Tengo estreñimiento						
36	Me siento incómoda después de comer dulces						
37	Me comprometo a hacer régimen						
38	Me gusta sentir el estómago vacío						
39	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

## ANEXO D

Conteste las siguientes preguntas marcando con una X, solo uno de los casilleros correspondientes a las columnas Nunca, Casi Nunca, Algunas veces, Casi siempre o Siempre, según el siguiente criterio:

### APGAR FAMILIAR

Función	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero					

## ANEXO E

Conteste las 20 preguntas marcando con una X, solo uno de los casilleros correspondientes a las columnas según el siguiente criterio:

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

### FACES III

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

## ANEXO F

Conteste las siguientes preguntas marcando con un círculo, solo una de las respuestas correspondientes a las columnas A, B, C, D o E según sea su situación:

### METODO DE GRAFFAR

VALORACION	PUNTUACION
<b>PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA</b>	
A) Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas etc	1
B) Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc	2
C) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa	3
D) Obrero especializado tractoristas, taxistas, etc	4
E) Obrero no especializado, servicio domestico, etc	5
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE</b>	
A) Universitaria o su equivalente	1
B) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa	2
C) Secundaria incompleta o técnico inferior cursos cortos	3
D) Educación primaria completa	4
E) Primaria incompleta analfabeta	5
<b>PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS</b>	
A) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios juegos al azar)	1
B) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales	2
C) Sueldo quincenal o mensual	3
D) Salario diario o semanal	4
E) Ingresos de origen público o privado (subsídios)	5
<b>CONDICIONES DE LA VIVIENDA</b>	
A) Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias	1
B) Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias	2
C) Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias	3
D) Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias	4
E) Vivienda improvisada construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias	5