



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 34 GUADALAJARA, JALISCO.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADAS A  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

DRA MARTHA ALEJANDRINA GONZALEZ GONZALEZ

GUADALAJARA, JALISCO

2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.


**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADAS A  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

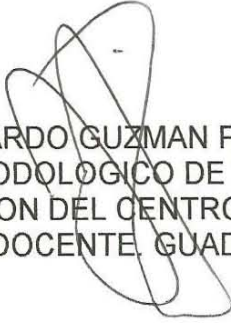
**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.**


**PRESENTA:**

**DRA MARTHA ALEJANDRINA GONZALEZ GONZALEZ**

**AUTORIZACIONES:**

  
**DR. ALBERTO CUEVAS MENDOZA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR # 34. GUADALAJARA, JALISCO.

  
**DR JAIME EDUARDO GUZMAN PANTOJA**  
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS  
ENCARGADO DE LA DIRECCION DEL CENTRO DE INVESTIGACION  
EDUCATIVA Y FORMACION DOCENTE. GUADALAJARA, JALISCO.

  
**DR MIGUEL ANGEL ROBLES ROMERO**  
ASESOR DE TEMA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO DE CURSO DE MEDICINA FAMILIAR # 51  
GUADALAJARA, JALISCO.



  
**DR LUIS ALEJANDRO SANTANA CHAVEZ**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA # 34 GUADALAJARA, JALISCO.

JEFATURA DE EDUCACION  
INVESTIGACION MEDICA  
UMF No. 34

ANSIEDAD, DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADOS A  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.

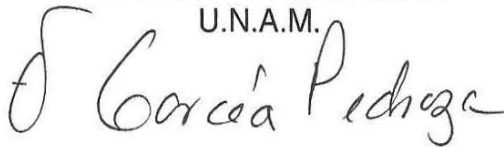
PRESENTA:

DRA MARTHA ALEJANDRINA GONZALEZ GONZALEZ

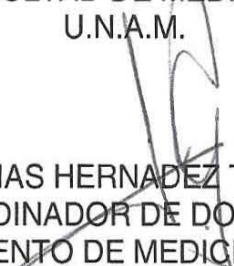
AUTORIZACIONES:



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



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



DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## ÍNDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	5
MARCO TEORICO.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
JUSTIFICACION.....	18
OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....	19
OBJETIVO GENERAL.....	19
OBJETIVOS PARTICULARES.....	19
HIPOTESIS.....	20
MATERIAL Y METODOS.....	21
TITULO DEL PROYECTO .....	21
TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO .....	21
UNIVERSO.....	21
LUGAR EN DONDE SE DESARROLLO EL ESTUDIO.....	21
TAMAÑO Y TIPO DE LA MUESTRA.....	22
DESCRIPCION GENERAL.....	23
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	25
DEPENDIENTE.....	25
INDEPENDIENTE.....	25
DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	26
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	28
CRITERIOS DE DEL ESTUDIO.....	29
CRITERIOS DE INCLUSION.....	29
CRITERIOS EXCLUSION.....	29
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	29
ANALISIS ESTADISTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	30
ASPECTOS ETICOS.....	31
RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	33
RESULTADOS.....	35
TABLAS.....	37
DISCUSION.....	40
CONCLUSION.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
ANEXOS.....	47
ANEXO 1.....	47
ANEXO 2.....	48
ANEXO 3.....	49
ANEXO 4.....	50
ANEXO 5 .....	52

## MARCO TEÓRICO

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de psicopatologías caracterizadas por serios disturbios en la ingesta, como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. (1)

Se ha observado que tanto el componente genético como los factores del medio ambiente son importantes para la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. (2)

Los trastornos alimentarios ocurren en 1% y 4% de los adolescentes y mujeres adultas jóvenes, predominantemente en raza blanca, clase media alta. Solo 5% a 10% de los casos involucran a hombres. (3)

En la actualidad, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), clasifica estos trastornos en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

La anorexia nerviosa es una enfermedad psiquiátrica compleja, con importantes manifestaciones físicas y complicaciones endocrinológicas que afecta principalmente a mujeres adolescentes. (4)

Se trata de un trastorno de la alimentación que lleva al paciente a un estado de inanición adquirido a través de dietas severas o purgaciones cuando ha perdido la percepción de su imagen corporal y tiene un miedo exagerado a engordar. (5)

En 1994 aparecen los nuevos criterios diagnósticos en el DSM-IV donde por primera vez se distinguen dos subtipos de pacientes con anorexia nerviosa.

Criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia nerviosa

A.- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del normal, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultados un peso corporal inferior al 85% del peso normal).

B.- Miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C.- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D.- En las mujeres pos-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).

Especificar tipo:

Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). (6)

Los trastornos de la personalidad están presentes en los pacientes anoréxicos. La mayoría tienen una personalidad evasiva con tendencia a ser perfeccionista frente a la personalidad inestable de la bulimia. Rara vez se revelan, tienen una autoestima baja, son introvertidas y sufren aislamiento social. (7) Los pacientes afectados de anorexia nerviosa suelen volverse obsesivos con el ejercicio físico, la dieta y la comida.

El antecedente de depresión es común en familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Los factores familiares tanto genéticos como ambientales desempeñan un papel importante en la aparición y mantenimiento de la anorexia nerviosa. (8,9)

La bulimia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por accesos recurrentes de excesos alimentarios acompañados de una ó más conductas compensadoras inadecuadas para evitar el aumento de peso.

En la bulimia nerviosa se observan con frecuencia crecientes síntomas depresivos y su inicio ocurre antes que se desarrolle el trastorno en la alimentación. (10)



Finalmente en 1994 la Asociación Americana de Psiquiatría publicó, en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa.

Criterios diagnósticos del DSM-IV para la bulimia nerviosa.

A.- Presencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1.- Ingesta, en un breve período de tiempo (por ejemplo, en 2 horas), de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría ingerir en el mismo tiempo y en las mismas circunstancias.

2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer ni de controlar el tipo o la cantidad de comida que se ingiere).

B.- Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

C.- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

D.- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo

Tipo purgativo. Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo. Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. (6)

Las características socio-demográficas de la población en la edad de la adolescencia permiten suponer que existen casos de trastornos de la conducta alimentaria en porcentaje mayor al de la población general. Según una investigación avalada por el servicio de epidemiología del instituto de salud pública de la comunidad de Madrid. (11) En el ámbito universitario se presentan varios factores de riesgo para sufrir trastornos de la conducta alimentaria son: las crisis depresivas, el estrés, la ansiedad etc. (12)

Por otra parte, el suicidio es la mayor causa de muerte en personas con anorexia nerviosa, refutando la idea de que la inanición es la primera causa de muerte. El porcentaje de suicidio de adolescentes con trastornos de alimentación va desde 1.8 al 7.3%. (13)

Dado este escenario, surge la relevancia de comprender estos trastornos desde distintas perspectivas, para abordarlo preventiva y/o curativamente de manera más efectiva.

Pruebas de conducta alimentaria, su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas.

Algunos investigadores describen al Test de Actitudes Alimentarias (EAT) como una medición general de síntomas de anorexia y bulimia. (14) El Test de

Actitudes Alimentarias fue elaborado por Garren y Garfiñe en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40). Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en la que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que era redundante y no aumentaba la capacidad predictiva del instrumento. (15)

Reportan tres factores altamente correlacionados: el primero es la alimentación, el segundo bulimia y preocupación por la comida, el tercero el control oral. Los autores del Test de Actitudes Alimentarias sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún trastorno de la conducta alimentaria: La puntuación por encima de 20 puntos en el Test de Actitudes Alimentaria (EAT-26), tiene riesgo de tener un desorden clínico. La confiabilidad de prueba post-prueba en un periodo de dos a tres semanas es del 84%. La sensibilidad y especificidad de la prueba es del 77% y 95% respectivamente; el poder predictivo positivo es del 79%, y el poder predictivo negativo del 94%.(16)

La ansiedad es un estado que tiene que ver con la manera de percibir y evaluar ciertos estímulos del entorno que considera amenazantes o nocivos, Este fenómeno se da manera cotidiana y llega a cumplir una función adaptativa, sin embargo cuando una situación o estímulo adverso supera todos nuestros recursos para enfrentarlo, la ansiedad se torna des- adaptativa y afecta distintos ámbitos de la vida cotidiana. La relación entre ansiedad y trastornos de alimentación ha estado poco delimitada aunque se mantiene la idea sobre su importancia a nivel clínico pero resulta afirmativa su relación con los

trastornos afectivos, pues existen datos vinculados en la continuación de técnicas de cromo-validad.

La depresión se incluye dentro de los trastornos afectivos y se expresa en diversos síntomas como trastornos de sueño, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, ideas de culpa, percepción negativa del futuro, pérdida de apetito, vivencia de pérdida, fácil fatiga, entre otros síntomas que deben durar por lo menos dos semanas para realizar un diagnóstico de episodio depresivo. Estos síntomas van a variar en intensidad y en expresión según el tipo de personalidad de cada sujeto y la causa de dicho episodio que para no ser considerado psicopatológico no debe durar más de seis meses.

Según estudios se ha demostrado que el estado de ánimo depresivo puede observarse mayormente en pacientes con trastorno de la alimentación y que se asemejan a las características vegetativas de una depresión mayor. Sin embargo tales síndromes son comunes en personas con una gran variedad de trastornos y además la falta de alimentación puede producir en el organismo cambios a nivel cognitivo, afectivo y social que se asemejan a una depresión mayor. (17)

La versión Española (Escala de ansiedad y depresión de Goldberg) fue desarrollado en 1988. La versión en castellano ha sido validada en 1993.

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Con nueve preguntas cada una, todas ellas de respuesta (si/no). Cada una de las sub-escalas se estructura en cuatro preguntas, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de cinco preguntas que se formulan sólo si se obtiene respuesta positiva a las preguntas de despistaje

(dos o más en la sub-escala de la ansiedad, una o más en la sub-escala de depresión.) Los puntos de corte son igual o mayor de cuatro para la escala de ansiedad, e igual o mayor de dos para la depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte a cinco y tres mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad del 93% y sensibilidad del 74%.) (18,19.)

El Apgar familiar es un instrumento de evaluación familiar que elaboro Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en el rubro funcional de sus familias. Consta de cinco, reactivos mide relación con la situación el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

1.- Adaptabilidad: ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

2.- Participación: ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?

3.- Crecimiento: ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en un estilo de vida?

4.- Afecto: ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sean de bienestar o malestar?

5.- Resolución: ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?

Las respuestas constan de tres opciones: casi siempre (2) puntos, algunas veces (1) puntos, casi nunca (0) puntos.

La calificación: puntos evaluación

0 a 3 alta disfunción,

4 a 6 moderada disfunción,

7 a 10 familia funcional. (20)

El interés en el rol de los factores familiares en el desarrollo y manutención de los trastornos alimentarios data de 1873. Aproximaciones más sistemáticas de investigación de variables familiares en la etiología de los trastornos alimentarios fueron iniciadas por Minuchin (1978) en la escuela de Milán de terapia familiar. (21)

Otros estudios también han examinado el ambiente familiar en estudiantes universitarios y encontraron que, en la medida que la disfunción familiar se incrementa, aumenta también el reporte de trastornos de la conducta alimentaria. (22)

Así los trastornos de la conducta alimentaria podrían ser entendidos como un síntoma de la disfunción familiar.

Un estudio realizado en México con 200 estudiantes de primer año de dos preparatorias una pública y otra privada, tuvo como objetivo la identificación de la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios, junto con la indagación acerca del nivel de funcionalidad familiar. Los investigadores encontraron que una de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con trastornos alimenticios y que factores familiares como la percepción de una

madre perfeccionista y un padre periférico, dificultan la comunicación interna. Además, (encontraron un lazo excesivo de lealtad y dependencia familiar en esta misma. (23)

Por distintas razones, los trastornos alimentarios son enfermedades emergentes que han despertado en los últimos años un enorme interés en medios sociales y sanitarios. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos. (24)

Dado este escenario, surge la relevancia de comprender estos trastornos desde distintas perspectivas, para abordarlo preventiva y/o curativamente de manera más efectiva. Una de las maneras de entenderlo es desde el punto de vista de la familia. Es así como en ocasiones nos enfrentamos a las dicotomías, fundamentalmente en el ámbito clínico, entendiendo a la familia como “causante” versus familia que se “adapta” a la enfermedad o que “padece” sus consecuencias, la familia como culpable o la familia como víctima, la familia como impedimento o como recursos para el tratamiento. (24)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad y la depresión constituyen un serio problema de la salud pública a nivel nacional, estas alteraciones cada vez se presentan con mayor frecuencia en poblaciones de adolescentes o adultos jóvenes, también se han identificado asociaciones otro tipo de trastornos de orden psicológico como los trastornos de la conducta alimentaria, es posible que estos últimos se presenten con mayor frecuencia cuando el individuo padece de ansiedad y depresión, pero sobre todo cuando pertenecen a familias con disfunción familiar, lo anterior en virtud de que el paciente tiene una percepción de poco apoyo con respecto a su patología.

Con base en lo anteriormente expuesto se pretende contestar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre la ansiedad, depresión y funcionalidad familiar con los trastornos de la conducta alimentaria en una población de adolescentes?



## JUSTIFICACION

Por distintas razones, los trastornos alimentarios son enfermedades emergentes que han despertado en los últimos años un enorme interés en medios sociales y sanitarios. Se trata de enfermedades psicosomáticas que figuran entre problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, y cuya letalidad es la más alta de las detectadas por trastornos psiquiátricos.

(24)

Debido a este escenario, surge la necesidad de analizar a estos trastornos desde distintas perspectivas, para poder realizar acciones preventivas y/o curativas. Por lo que es necesario investigar los factores que pueden estar presentes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, para plantear futuras propuestas. Como serian los factores psicológicos y familiares asociados a la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria en nuestro medio, ya que estudios previos similares, solo se han realizado en poblaciones de edad mayor.

Los participantes que así lo deseen podrán recibir el resultado de sus cuestionarios para en caso de ser detectada alguna patología sean atendidos por su médico tratante.

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### OBJETIVO GENERAL

- Identificar la asociación entre la ansiedad, depresión y funcionalidad familiar con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar la frecuencia de ansiedad en adolescentes.
- 2) Identificar la frecuencia de depresión en adolescentes.
- 3) Identificar la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes
- 4) Identificar la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria.
- 5) Describir las variables socio-demográficas de la población estudiada.

## HIPÓTESIS

### HIPOTESIS ALTERNA

La ansiedad, depresión y la disfunción familiar se asocian con mayor frecuencia a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

### HIPOTESIS NULA

Los trastornos de la conducta alimentaria no se asocian a la ansiedad y depresión y disfunción familiar en adolescentes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### TITULO DEL PROYECTO

Ansiedad, Depresión y funcionalidad familiar asociadas a trastornos de la conducta alimentaria

### TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Transversal descriptivo.

### UNIVERSO

Se consideró como universo de estudio una población de 500 adolescentes, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 78.

### LUGAR EN DONDE SE DESARROLLÓ EL ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 78 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el área de la consulta de Medicina Familiar.

## TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA

El tamaño de muestra se determinó por conveniencia y el muestreo que se utilizó fue de tipo consecutivo, 250 sujetos.

## DESCRIPCIÓN GENERAL

De Octubre de 2009 a Febrero de 2010 se realizó el proyecto de investigación titulado *Ansiedad, Depresión y funcionalidad familiar asociadas a trastornos de la conducta alimentaria*, teniendo como propósito principal establecer la asociación entre la ansiedad, depresión y función familiar con los trastornos de la conducta alimentaria en una población de adolescentes, el estudio se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 78 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el área de la consulta de Medicina Familiar, se invitó a participar a adolescentes adscritos a la unidad, se solicitó la autorización escrita de los padres mediante consentimiento bajo información se incluyó en el estudio a todos aquellos adolescentes que cumplieron con todos los criterios de inclusión para el estudio, su participación consistió en la aplicación de tres instrumentos; el primero (encuesta de Goldberg) se utilizó para diagnosticar la presencia de ansiedad y depresión, el segundo (Apgar familiar) se empleó para determinar la percepción de los adolescentes en relación a la función familiar es importante señalar que la evaluación de la función familiar se realizó en por lo menos dos integrantes de la familia, con la finalidad de obtener una mejor percepción sobre este parámetro, por lo que se solicitó a un familiar mayor de edad que también contestó el Apgar familiar, la calificación promediada de ambos instrumentos fue utilizada para determinar el resultado final, el tercer instrumento es el (EAT 26) se aplicó como un instrumento de tamizaje para detección de trastornos de la conducta alimentaria, una vez que los datos fueron recolectados, fueron vaciados a una base de datos previamente estructurada por el equipo de investigadores, posteriormente estos fueron analizados y presentados como trabajo de tesis.

## VARIABLES DEL ESTUDIO

### DEPENDIENTE

- Trastornos de la conducta alimentaria

### INDEPENDIENTE

- Ansiedad
- Depresión
- Funcionalidad familiar

### INTERVINIENTES

- 1) Género
- 2) Edad

## DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

**ANSIEDAD:** Es un estado emocional que genera una situación de alerta donde hay un aumento de la percepción, debido a una necesidad del organismo. Puede estar dentro de la normalidad o de la enfermedad, según como responda la persona a este alerta. Para fines de nuestro estudio esta variable fue clasificada de la siguiente manera: presente (4 o más respuestas afirmativas) y ausente (3 o menos respuestas afirmativas) en el rubro correspondiente. (Escala Nominal)

**DEPRESION:** Este trastorno puede ser la expresión final de disfunción de neurotransmisores, problemas en el desarrollo o situaciones de estrés psicosocial. Con frecuencia se presentan en la forma de molestias somáticas con resultados negativos. Para fines de nuestro estudio esta variable fue clasificada de la siguiente manera: presente (2 o más respuestas afirmativas) y ausente (1 o ninguna respuesta afirmativa) en el rubro correspondiente. (Escala de Golberg)

**TRASTORNOS ALIMENTARIOS:** Se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta, es decir, la base y el fundamento de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Se entiende, pues, que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimentaria (dietas prolongadas, pérdida de peso.) Pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica (elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a



madurar, elevados índices de auto-exigencia, ideas distorsionadas sobre el peso o la comida.) Los trastornos alimentarios más conocidos que se enmarcan dentro de este conjunto son la anorexia y la bulimia nerviosa. Para fines de nuestro estudio esta variable fueron clasificada de la siguiente manera: presente y ausente según sea el caso y de acuerdo con el puntaje del instrumento. (EAT 26)

**GÉNERO:** Conjunto de seres u objetos establecido en función de características comunes y clase o estilo. Para fines de análisis estadístico esta variable será categorizada como masculina y femenina.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR:** Es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.

El funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad. Para fines del presente estudio se realizó una clasificación dicotómica, como funcional (10 a 7) y disfuncional (6 o menos).

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>ESTADISTICO</b>	<b>INDICADOR</b>
Trastornos de la conducta alimentaria	Dependiente	Cualitativa Nominal	Frecuencia % OR IC 95%	Presente Ausente
Ansiedad	Independiente	Cualitativa Nominal	Frecuencia % OR IC 95%	Presente Ausente
Depresión	Independiente	Cualitativa Nominal	Frecuencia % OR IC 95%	Presente Ausente
Funcionalidad familiar	Independiente	Cualitativa Nominal	Frecuencia % OR IC 95%	Funcional Disfuncional
Género	Interviniente	Cualitativa Nominal	Frecuencia %	Masculino Femenino
Edad	Interviniente	Cuantitativa continua	Media Desv. estándar	Años cumplidos

## CRITERIOS DEL ESTUDIO

### CRITERIOS DE INCLUSION

- Derechohabientes del IMSS
- Adscritos a la UMF No. 78
- Sexo: femenino y masculino
- Autorización escrita de los padres mediante consentimiento bajo información.
- Edad de 10 a 17 años de edad.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

- Tratamiento psicológico preestablecido
- Tratamiento psiquiátrico preestablecido
- Enfermedades de origen endocrino

### CRITERIOS DE ELIMINACION

- Instrumentos incompletos.

## ANALISIS ESTADISTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las variables cualitativas fueron descritas mediante proporciones y frecuencias, las cuantitativas se describieron con medias y desviación estándar o medianas y rangos, según el resultado de la prueba de Kolmogorov Smirnov para valorar la distribución de la muestra, como estimador de asociación se utilizará el Odds Ratio con un intervalo de confianza al 95%.

El procesamiento de datos se realizó en el software estadístico SSPS para Windows Versión 17 en inglés.

## ASPECTOS ETICOS

El presente proyecto de investigación se clasifica como estudio clase II de acuerdo a la Ley General de Salud de México, y con base a los lineamientos de dicha clasificación deberán considerarse las siguientes:

1).-Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizó única y exclusivamente para fines de investigación del presente estudio, así mismo los resultados derivados de la presente investigación se reportaron y publicaron en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.

2).-Derecho a la no participación subsiguiente: El presente proyecto se realizó, previa autorización por escrito (consentimiento bajo información) sin embargo cada uno de los participantes pudo abandonar el estudio en el momento que lo deseara libremente por causas inherentes o no al mismo, lo anterior sin tener algún tipo de repercusión con respecto a la atención recibida en el IMSS.

3).-Consentimiento Bajo Información: Se realizó la carta de consentimiento bajo información de acuerdo a los lineamientos del IMSS, documento que debió contener los siguientes datos, nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos.

4).- Anonimato: se respetó el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación no revelando los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

## RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

- RECURSOS

### 1) MATERIALES

1 Equipo de cómputo portátil

1 Programa estadístico SPSS versión 17

1 Equipo de impresión multifuncional

1000 Fotocopias de los instrumentos de recolección de datos, encuestas.

500 Horas de papel Bond

10 Plumas de tinta azul

1 Engrapadora

### 2) HUMANOS

1 Médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar

1 Asesor Metodológico

1 Asesor Clínico

- FINANCIAMIENTO

El Financiamiento del presente proyecto fue cubierto en su totalidad por el equipo de investigadores, no se requirió fondos económicos del IMSS o de alguna otra institución.

- **FACTIBILIDAD**

El presente proyecto de investigación se apega a las recomendaciones y lineamientos de la ley general de salud para desarrollo e implementación de proyectos de investigación clínica y epidemiológica, se sometió a la revisión de un comité local de investigación científica y ética, no se pretende realizar alguna modificación estructural o en las políticas de salud institucional por lo que se considera factible desde el punto de vista ético, metodológico y financiero.

## RESULTADOS

En nuestro estudio los participantes tenían una edad promedio de 16 años con una desviación estándar de .99 años. Tabla 1

En relación a la ansiedad se observó que esta alteración se presentó en el 22% de los participantes, la depresión se encontró presente en el 21.6% de los adolescentes estudiados, en relación a la percepción de la función familiar se observó que el 14.8% de los participantes percibía a su familia como disfuncional. Tablas 2, 3 y 4

En relación a los trastornos de la conducta alimentaria se observó que esta alteración estuvo presente en el 17.6 % de los participantes, no solo logró determinar el tipo del trastorno. Tabla 5

En relación a la distribución por género se identificó que el 45.6 % de la población estudiada correspondía al sexo femenino. Tabla 6

En relación a la asociación entre la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria se determinó que este trastorno psiquiátrico se asocia 15 veces más (OR 15.514 IC 95% 7-25 – 33.16) a los adolescentes con presencia de trastornos de la conducta alimentaria. Tabla 7

Referente a la asociación entre la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria logramos identificar que los adolescentes con depresión tienen una



probabilidad de presentar trastornos de la conducta alimentaria de 22 veces más (OR 22.30 IC 95% 10.04 – 49.50) que aquellos adolescentes que no presentan depresión. Tabla 8

En relación a la asociación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria se identificó que los adolescentes con disfunción familiar tienen una posibilidad de presentar trastornos de la conducta alimentaria de 4.76 veces más que aquellos adolescentes que pertenecen a familias funcionales. Tabla 9

## TABLAS

Tabla No. 1 Distribución por edad.

Media	16.3160
Desviación estándar	.99403

Fuente: formato de recolección de datos.

Tabla No. 2 Distribución por ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Presente	55	22.0
Ausente	195	78.0
Total	250	100.0

Fuente: Escala de Goldberg

Tabla No. 3 Distribución por depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Presente	54	21.6
Ausente	196	78.4
Total	250	100.0

Fuente: Escala de Goldberg

Tabla No. 4 Distribución por funcionalidad familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Funcionalidad Funcional	213	85.2
Disfuncional	37	14.8
Total	250	100.0

Fuente: Apgar Familiar

Tabla No. 5 Distribución por trastornos de la conducta alimentaria

		Frecuencia	Porcentaje
Trastornos de la conducta alimentaria	Presente	44	17.6
	Ausente	206	82.4
	Total	250	100.0

Fuente: EAT 26

Tabla No. 6 Distribución por sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	114	45.6
	Femenino	136	54.4
	Total	250	100.0

Fuente: Formato de recolección de datos.

Tabla No. 7 Asociación entre Trastornos de la conducta alimentaria y ansiedad

	Trastorno de la Conducta Alimentaria		Total
	Presente	Ausente	
Ansiedad Presente	30	25	55
Ausente	14	181	195
Total	44	206	250

OR	Intervalo de Confianza al 95%	
	Inferior	Superior
15.514	7.257	33.168

Fuente: Escala de Goldberg y EAT 26

Tabla No. 8 Asociación entre Trastornos de la conducta alimentaria y depresión

	Trastorno de la Conducta Alimentaria		Total
	Presente	Ausente	
Depresión Presente	32	22	54
Ausente	12	184	196
Total	44	206	250

OR	Intervalo de confianza al 95%	
	Inferior	Superior
22.303	10.049	49.502

Fuente: Escala de Goldberg y EAT 26

Tabla No. 9 Asociación entre Trastornos de la conducta alimentaria y funcionalidad familiar

		Trastorno de la Conducta Alimentaria		Total
		Presente	Ausente	
Funcionalidad Familiar	Funcional	15	198	213
	Disfuncional	29	8	37
Total		44	206	250

OR	Intervalo de confianza 95%	
	Inferior	Superior
.021	.008	.054

Fuente: Escala de Goldberg y Apgar Familiar

## **DISCUSION**

En nuestro estudio logramos identificar que la función familiar es un factor susceptible de alteración en aquellos adolescentes con algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, identificamos que los adolescentes pertenecientes a familias disfuncionales tenían 4.76 veces mas de riesgo para presentar trastornos de la conducta alimentaria que aquellos que pertenecían a familias funcionales. En un estudio realizado por Cruzant (24) se evaluó la correlación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria logrando identificar al igual que nosotros que estas dos alteraciones tenían una correlación o asociación directa, y aunque la metodología es distinta se concluye que la percepción de estos adolescentes sobre la función familiar sufre alteraciones cuando estos presentan algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. En el estudio realizado por Palpan en Lima Perú (17) se logró identificar una asociación directa entre la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo esta asociación fue más significativa cuando los participantes correspondieron al sexo masculino.

En un estudio realizado en Chile (24) en una población de edad similar pero del género femenino se identificó que las mujeres con algún trastorno de la conducta alimentaria tenían depresión en un 39%, sin embargo en nuestro estudio nosotros solo logramos identificar esta alteración psiquiátrica en el 12.8% de la población estudiada, probablemente esta diferencia numérica sea debida a la pertenencia de género, ya que ambos trastornos se presentan con

mayor frecuencia en el sexo femenino, lo anterior con fundamento en el estudio realizado por Palpan en Lima Perú (17) en donde encontraron una asociación significativa entre la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria en el sexo femenino contrario a lo encontrado en el sexo masculino en donde no se estableció una asociación significativa.

En nuestro estudio se identificó que la ansiedad se asoció 15 veces más a adolescentes con algún trastorno de la conducta alimentaria sin embargo en el estudio realizado en Perú (17) esta asociación solo fue de 1.18 veces más, en ese mismo estudio la depresión fue asociada con el trastorno de la conducta alimentaria solo en 1.042 veces más a diferencia de nuestro estudio en el cual se estimó una asociación de 22 veces más con adolescentes portadores de trastorno de la conducta alimentaria, consideramos que las diferencias numéricas y significativas pudieran ser debidas a las características socio-demográficas de cada una de las población estudiadas, ya que se ha observado que estos tres trastornos psiquiátricos se presentan con mayor frecuencia en poblaciones de ciudades cosmopolitas, y aunque en ambos estudios se utilizaron instrumentos similares sería interesante conocer la logística utilizada para la aplicación de los instrumentos, esto en virtud de que el resultado puede tener una gran variabilidad cuando no es aplicado de manera correcta.

Referente a la asociación entre la disfunción familiar y los trastornos de la conducta alimentaria logramos identificar que existe una probabilidad más elevada de presentar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria en los adolescentes que provienen de familias con disfunción familiar, es posible que las diferencias numéricas en relación a lo reportado por otros autores pueda ser debida al tipo de instrumentos utilizados para el diagnóstico o detección de este tipo de alteraciones. (17)

## CONCLUSION

En nuestro estudio logramos observar que todos los factores estudiados (ansiedad, depresión y disfunción familiar) tenían algún grado de alteración en los pacientes que fueron identificados con algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria.

La depresión fue la alteración de orden psiquiátrico que mostró una mayor asociación con los adolescentes que presentaron algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Aunque los trastornos de la conducta alimentaria también fueron asociados a la población que presento algún grado de ansiedad, esto según lo detectado por el instrumento utilizado.

La funcionalidad familiar fue un factor que se asocio mayormente a jóvenes sin trastornos de la conducta alimentaria.

En la población estudiada la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria fue similar a la reportada en otros estudios, por lo que consideramos que este tipo de factores también se encuentran alterados en el resto de la población con trastornos de la conducta alimentaria.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Becker A, Grinspoon S, Klinbanski A. Eating disorders. N Engl J Med 1999; 340: 1092-1098.
2. Yager J. Weighty perspectives: contemporary challenges in obesity and eating disorders. Am J Psychiatry 2000; 157: 851-853.
3. Morandé G, Celadas J. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. J Adolesc Health 1999; 24: 212-219.
4. Emans SJ. Eating disorders in adolescent girl. Pediatr Into 2000; 42:1-7.
5. Arnow BA. Eating disorders. Introduction. J Clin Psycho 1999; 55: 669-674.
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4 a ed. Washington, D.C., 1994.120
7. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Joyce PR. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. Acta Psychiatr Scand 1997; 96:101-107.
8. Schalling M, Johansen J, Nordfors L, Lonnqvist F. Genes involved in animal models of obesity and anorexia. J Internet Med 1999; 245: 613-619
9. Bulik CM, Sullivan PF; Wade TD, Kendlers KS. Twin studies of eating disorders: a review. Into J Eat Discord 2000; 27:1-20.
10. L. Kathleen Mahan, Sylvia Scott-Stump. Nutrición y dietoterapia de Krause. Décima edición. Editorial McGraw-Hill interamericana.
11. Sepúlveda R, Gandarillas A, Carrobes JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. Psiquiatría.com [en línea] 2004 (fecha de acceso octubre de 2004); 8 (2). URL disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/130/14984/?++interactivo>
12. Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez JM, Ruiz MA, Fernández JR, Jiménez D. Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spines city. J Adolesc Health 2001; 28: 338-345.
13. Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. International Journal of Eating Disorders, 2004; 36: 99-103.

14. García-Camba E.. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masón. 2001; 79.
15. Garren DM., MP. Olmsted, Y. Bohr and PE. Garfunkel. 1982. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 12: 871-878.
16. Mintz LB. and MS. O'Halloran. The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess.* 2000; 74: 489- 503.
17. Palpan, J., C., Garay,J., V. FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA. *Psychology international.* 2007; 18 (4), 100-20.
18. Goldberg D,Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97: 897-9.
19. Montón C, Pérez Echeverria MJ, campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: un guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria* 1993, 12 (6): 345-9.
20. Huerta G. José Luis. La familia en el proceso salud-enfermedad. 2005 México, Alfil, 2005. pp95,96.
21. Fornari,V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews,M., Sandberg, D., Mandel, F.& Katz, J.L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry.* 40, 434-441
22. Wisotsky. W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz,J., Wisotzky,W& Swencionis, C. (2003).The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders* 11,89-99.
23. Hernández, M. (2006). Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México. *Episteme*, 8 y 9. Recuperado el 14 de marzo de 2007 desde: Disponible en: [http://www.uvmnet.edu/investigación/episteme/numeros8y906/reportes/a\\_anorexia.asp](http://www.uvmnet.edu/investigación/episteme/numeros8y906/reportes/a_anorexia.asp)
- 24.- Cruzat C. Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *PSYKHE* 2008, Vol. 17, 81-90.

## ANEXOS

### Anexo # 1 Consentimiento Bajo Información para participación en proyectos de investigación clínica

Lugar \_\_\_\_\_ y  
Fecha \_\_\_\_\_

—

Por medio de la presente acepto que mi hijo participe en el proyecto de investigación titulado Ansiedad y Depresión y funcionalidad familiar asociadas a trastornos de la conducta alimentaria.

Registrado ante el comité local de Investigación en salud o la CNIC **Registro:**

El objetivo del estudio es: identificar la asociación entre la Ansiedad, Depresión y funcionalidad familiar con los trastornos de la conducta alimentaría

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar 1 encuesta.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio; que son los siguientes: Sin riesgo, solo la posibilidad de que le sean detectadas ansiedad, depresión o trastornos de la conducta alimentaria.

El investigador principal se ha comprometido a aclarar cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planté acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo.

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

INVESTIGADOR RESPONSABLE  
DR JAIME EDUARDO GUZMAN PANTOJA

PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Cedula Profesional

(NOMBRE Y FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(Parentesco)

Testigos

\_\_\_\_\_  
(Parentesco)

Teléfono 0443310394946 al cual puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: (LAS 24 HORAS DEL DÍA LOS 365 DÍAS DEL AÑO)

## ANEXO #2 ESCALA DE GOLDBERG

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD= \_\_\_\_\_

---

### SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?
9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN= \_\_\_\_\_

---

### ANEXO # 3 APGAR FAMILIAR

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

Calificación:

1. 0 a 3 familia disfuncional
2. 4 a 6 moderada disfunción familiar
3. 7 a 10 familia funcional.

ANEXO # 04 EAT 26

Variable	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca
Me aterroriza la idea de estar con sobre peso						
Evito comer cuando tengo hambre						
Me preocupo por los alimentos						
He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Me preocupa el contenido de calorías de los alimentos						
Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
Siento que los demás quieren que yo coma mas						
Vomito después de haber comido						
Me siento extremadamente culpable después de haber comido						
Me preocupo por estar mas delgado (a)						
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
Los demás piensan que estoy muy delgado (a)						
Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
Como más lento que los demás o me demoro mas en terminar mis comidas						
Evito los alimentos que						

contienen azúcar						
Como alimentos dietéticos (diet. o light)						
Siento que la comida controla mi vida						
Mantengo un control de mi ingesta						
Siento que los demás me presionan para comer						
Pienso demasiado en la comida						
Me siento culpable después de comer dulces						
Engancho con conductas de dieta						
Me gusta sentir el estomago vacío						
Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
Tengo el impulso de vomitar luego de comer.						

## ANEXO# 5 FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 78  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD

Ansiedad, Depresión y funcionalidad familiar asociadas a trastornos de la conducta alimentaria

A continuación se presentan una serie de criterios por favor marque con una "x" aquellos que usted presente

### CRITERIOS DE INCLUSION

Derechohabientes del IMSS

Adscritos a la UMF No. 78

Sexo: femenino y masculino

Autorización escrita de los padres mediante consentimiento bajo información

.

Si	No
Si	No
Si	No
Si	No

### CRITERIOS DE EXCLUSION

Tratamiento psicológico preestablecido

Tratamiento psiquiátrico preestablecido

Enfermedades de origen endocrino

Si	No
Si	No
Si	No



Variables socio demográficas

Género	Masculino	Femenino	
Edad	Años cumplidos		

VARIABLE	1	2	SPSS
Ansiedad	Presente	Ausente	
Depresión	Presente	Ausente	
Funcionalidad familiar	Funcional	Disfuncional	
Trastornos de la conducta alimentaria	Presente	Ausente	
Género	Masculino	Femenino	
Edad	Años cumplidos		