I. EL PROBLEMA A INVESTIGAR

1. Delimitación del Problema

¿Cuál es la prevalencia de la Anorexia o Bulimia en estudiantes residentes en dormitorios de una universidad con edades entre 16 a 26 años y factores de riesgo característicos de ésta población en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, de Agosto a Diciembre de 1999?

2. Justificación

En la actualidad a nivel nacional no se conoce la prevalencia de la Anorexia o Bulimia pero ya se cuentan con estudios en donde se demuestra que en México cada vez hay mas casos de trastornos alimentarios en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, al igual que ya se encuentran más casos en el género masculino, especialmente en menores de 25 años en población estudiantil de preparatoria y profesional con diferentes factores de riesgo como la distorsión de la imagen corporal por el interés de conservar una estética delgada, los

desórdenes de alimentación debido a los excesos o limitaciones en los alimentos, los problemas del desarrollo de la personalidad, la pobre capacidad de autoregulación y las altas expectativas familiares.

El aspecto corporal ha ido cambiando según los dictados de la moda. En el siglo XVII, las redondeces de los desnudos de los cuadros eran el ideal de belleza femenina. Hoy al finalizar el XX, se dictamina que los hombres sean también delgados. Del hombre, por lo general, se espera sea inteligente, fuerte y exitoso; de la mujer, que sea atractiva, dócil y maternal. La paradoja de la mujer de nuestra era es que a pesar de haber adquirido mayor independencia económica, educación y autonomía como nunca antes en la historia de la humanidad, se siente aún insegura frente a su propio cuerpo y se somete sin vacilar a este mandato cultural absurdo. La sociedad ejerce una presión implacable sobre la mujer en el sentido de que debe conformarse a un patrón de belleza establecido.

La presencia de éstos problemas deben ser identificados y tratarse oportunamente, ya que pueden ocasionar graves problemas de salud y hasta la muerte. En los últimos años ha incrementado su incidencia, con una mortalidad de un 10% de los casos.

La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa son enfermedades mentales y de la conducta alimentaria y su tratamiento debe abarcar ambos aspectos, debe ser un tratamiento multidimensional e interdisciplinario y debe encararse con un equipo encabezado por un médico, nutriólogo y psicoterapeuta especializados en el tema.

La posibilidad de curarse según estudios de seguimiento arrójan resultados relativamente alentadores, ya que entre la mitad y dos tercios de los pacientes han recuperado su peso normal, los factores asociados con un mejor pronóstico son menor tiempo de duración de la enfermedad, menor déficit de peso, personalidad y relación familiar sanas antes de enfermar.

Se estima que la prevalencia en los Estados Unidos de presentar Anorexia nerviosa en mujeres de 14 a 18 años es de 1% a 4% y un 8% de Bulimia nerviosa en mujeres de 13 a 24 años.

La frecuencia de encontrar Bulimia en estudiantes universitarias norteamericanas es de un 3% a un 19%; las formas leves son ciertamente más frecuentes.

En el caso de la Anorexia Nerviosa, se ha podido conocer que en un 90-95% de éste desorden es presentado por el sexo femenino.



En otros países como Inglaterra la frecuencia de presentar Anorexia en mujeres de 15 a 29 años de edad es de .1%.

En nuestro país se están realizando investigaciones especialmente por parte de la UNAM-Campus Iztacala a diferentes grupos en los cuales se ha detectado la prevalencia y los diferentes factores asociados con los trastornos alimentarios en diferentes poblaciones.

Con este estudio de prevalencia podrá apoyarse a la investigación epidemiológica ya que en esta comunidad serán los primeros datos publicados que se conocerán sobre la presencia y los factores de riesgo de la Anorexia o Bulimia. Los resultados de las encuestas serán de fundamental importancia para conocer el número de casos presentes y gravedad del problema en ésta población.

El que se conozca la prevalencia y los factores de riesgo de la enfermedad servirá como base para futuras investigaciones en salud.

Los estudiantes de preparatoria y profesional son grupos susceptibles a presentar los problemas de Anorexia o Bulimia y estos pueden tener como consecuencias cambios fisiológicos como bajo peso, caída de cabello, mareos, constipación, lanugo, piel seca y mayor riesgo a enfermarse entre otros; y cambios psicológicos como alexitimia, baja autoestima, dificultad en la

separación e individuación, trastorno de la autoimagen corporal, impulsividad, obesidad y compulsibilidad que pueden afectar su vida social, familiar y su salud. Por eso es importante identificar a tiempo a ésta población estudiantil que presenten las características mencionadas. Al tener una población cautiva como son los residentes de una universidad podremos tener un rango de edades representativos, además de que es un grupo que presenta una mayor autodependencia ya que viven separados del núcleo familiar y conviven con otras personas con diferentes culturas, hábitos, costumbres y son más susceptibles a caer en algún trastorno alimentario.

Para la realización de éste trabajo de investigación, se trabajó con un equipo pluriprofesional comprendido por médicos, psicólogos y nutriólogos; además del apoyo de los directivos de las residencias y prefectos que colaboran en ella, con el fin de poder encontrar la prevalencia y los factores de riesgo que influyen para que puedan presentarse estos problemas de salud; pudiendo con esto crear futuras investigaciones, programas o grupos de autoayuda para esta población y que sea aplicable en diferentes instituciones educativas donde puedan presentarse estos problemas.

2. Objetivos

Objetivo General:

Identificar la prevalencia de Anorexia y Bulimia en estudiantes residentes entre 16 a 26 años de edad y que factores de riesgo son característicos en la población.

Objetivos Específicos:

- 1. Determinar los residentes que se encuentren en edades entre 16 a 26 años y que presentan Anorexia o Bulimia.
- 2. Determinar que prevalencia es más representativa entre los dos desórdenes alimentarios Anorexia o Bulimia.
- 3. Identificar en que edades de esta población se presenta con mayor frecuencia la Anorexia o Bulimia.



- 4. Clasificar a los residentes entre 16 a 26 años de edad que presentan Anorexia o Bulimia según sus factores de riesgo.
- 5. Identificar los factores de riesgo que caracterizan a esta población estudiantil con Anorexia o Bulimia.

II. MARCO TEÓRICO

A principios de siglo, estudios e investigaciones realizadas demostraron la importancia de una ingestión adecuada de nutrientes para ayudar al crecimiento y desarrollo del ser humano; el grado de salud y nutrición son un indicador directo de la calidad de vida de una comunidad y un indicador indirecto del desarrollo socioeconómico conjunto. (3.9).Desafortunadamente en la actualidad el concepto de alimentación se ha relacionado con el peso y a su vez con la dieta generándose trastornos en la conducta alimentaria, la cual Raich define estos trastornos alimentarios como psicológicos que comportan graves anormalidades comportamiento de la ingesta, es decir, que la base y fundamento de estos se halla en la alteración psicológica. (14,30)

Es por eso que es importante definir los trastornos mas conocidos desde diferentes puntos de vista estos que afectan a la población encontrando que Anorexia significa la pérdida de apetito o falta del deseo de comer; y es necesario conocer las causas por las cuales la persona deja de comer debido a

BIBLIOTEGAY HEMEROTEGA

que es dificil generalizar que todo aquel que se niega a comer esta Anoréxico puesto que no se podría realizar un diagnóstico. (6)

Por lo tanto definimos el término de Anorexia Nerviosa como un trastorno fisiológico que proviene de problemas psicológicos o del comportamiento en donde ocurre una autoinanición voluntaria debido a que la persona cree que está gorda a pesar de estar muy delgada.

Podría definirse también como una desnutrición psicogenética, fobia adolescente al peso y puede estar originada por choques de tipo emocional. Esta negativa a comer es llevada al extremo de poner en peligro la vida, si no es controlada a tiempo.

Esta situación puede estar originada por choques de tipo emocional. Generalmente el ambiente familiar o social de la persona influyen de manera importante. Puede haber depresión activa o una psicosis depresiva.(6,28)

A lo largo de la historia se le han imputado distintos orígenes a la Anorexia esto es debido a que no se han determinado las causas precisas y solamente se sabe que tiene relación con diferentes factores como:

- Biológicos:
- Género: En donde el 95% de los pacientes que padecen Anorexia Nervosa y Bulimia son mujeres, la mayoría de los casos en hombres (5%) están asociados con tendencias homosexuales.
- Edad: La Anorexia Nerviosa habitualmente se presenta entre los 15 y los
 26 años, mientras que la Bulimia se presenta entre los 18 y 28 años.
- Psicológicos:
- Personalidad predisponente: En la Anorexia Nerviosa las pacientes se caracterizan por ser obsesivas, dependientes y obedientes en tanto que las pacientes que padecen Bulimia generalmente son conflictiva, impulsiva y poco tolerante a las presiones.

- Familiares:

 Ambiente familiar: En general las familias de las pacientes con Anorexia son rígidas, estrictas y poco tolerantes a los cambios. La familia de la paciente con Bulimia generalmente es conflictiva; además, en ellas pueden existir antecedentes de alcoholismo, drogadicción y obesidad.

- Sociocultural:
- Ambiente socioeconómico: Hasta hace poco tiempo se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria se presentaban sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en países industrializados. Sin embargo, esta enfermedad se presenta cada vez con más frecuencia en países en vía de desarrollo.
- Factores ambientales y culturales: En los países occidentales, la imagen ideal o preferida del cuerpo de la mujer a cambiado con gran rapidez en las últimas década; cada día se les exige que sean más esbeltas y, como consecuencia, existe también la presión por el consumo de alimentos bajos en energía (6,24,37).

Y la Bulimia Nerviosa es definida como un trastorno o alteración de la alimentación caracterizada por un ciclo que comienza en un consumo mayor de cantidades de alimentos y la provocación del vómito o el uso fuerte de laxantes y diuréticos para disminuir peso. Además realizan episodios de dietas estrictas, ayuno y ejercicio excesivo siendo persistente la preocupación por su figura y peso corporal aunque su pérdida de peso sea moderada o nula (5, 7, 11, 36).

La falta de alimentación o un ayuno prolongado puede ocasionar graves consecuencias entre las cuales hay más y menos aparentes, siendo la primera la pérdida de peso, pudiendo presentarse en ocasiones una desnutrición protéico-energética teniendo un aspecto enfermo, además puede presentar pulso lento, caries dentales, mal aliento, uñas quebradizas, pérdida de cabello, estreñimiento, amenorrea, fatiga excesiva, trastornos de sueño, alteraciones en los niveles hormonales circulantes, también la persona se vuelve reservada, siempre está a la defensiva, muestra una onda preocupación por la comida, ya que en la mayoría de los casos no se deja de comer por falta de apetito sino por disminuir de peso.

Su obsesión por el ejercicio aumenta y la fatiga es completamente negada, además se vuelven individualistas, ésta actitud puede llevar a una ruptura de amistades y un aislamiento afectivo pudiendo afectar el sistema nervioso emocional. (28,35,40).

Y las personas que presentan trastornos de Bulimia por lo general su peso puede ser normal, ligeramente bajo, o extremadamente bajo, pero siempre tienen fluctuaciones dramáticas en su peso, además estos individuos tienen una baja autoestima y desmotivación; en ocasiones su deseo por comer en exceso se va aumentado con el fin de cubrir ese espacio en su sistema emocional.

Las personas con Bulimia tienen un temor patológico a la obesidad por lo que no permiten engordar, y cuando su alimentación es excesiva se provocan el vómito introduciendo los dedos hasta la garganta e incluso toma grandes dosis de laxantes y diuréticos dañando la dentadura a causa de los ácidos gástricos y provocando alteraciones en el aparato digestivo obteniendo con eso deshidratación, desequilibrio hormonal y deficiencia considerable de nutrientes principalmente minerales.

Las causas de la Anorexia y Bulimia actualmente no son muy claras y difíciles de descubrir; en algunos casos puede ser que sea debido a un trastorno psiquíatrico como puede ser depresión o esquizofrenia. Sin embargo la Anorexia Nerviosa se asocia casi siempre con una baja autoestima, desmotivación, y problemas familiares pudiendo verse afectada todas las actividades de los jóvenes; en algunos casos suelen ser personas muy obsesivas y persistentes (5,8,30)

Existen diferentes grados de avance de la Anorexia, debido a que se ha encontrado que es muy frecuente encontrar mujeres adolescentes en el primer nivel; además la Anorexia primaria se combina con distorsiones del desarrollo normal del adolescente, tanto fisiológico como psicológico social. No se conoce que tanto dure su frecuencia y la enfermedad puede pasar por inadvertida hasta que haya avanzado de nivel y se encuentre con otras complicaciones (4).

Se estima que en Estados Unidos alrededor del 1% - 4% de estudiantes adolescentes y mujeres adultas jóvenes, sufren este trastorno de alimentación donde de un 90-94% son mujeres y un 6%-10% son hombres. Y se consideran que pueden ser reducidos si se identifican a tiempo ya que de un 15%-21% de estos pacientes mueren porque literalmente se dejan morir de hambre antes de recibir ayuda (1,19,27).

Según la asociación de Bulimia y Anorexia de Estados Unidos, hay en aquel país un millón de personas con trastorno alimentario, de las cuales cada año mueren 150 mil mujeres (15%) a causa de la Anorexia Nerviosa. Comparando estas cifras con las correspondientes al Sida, hasta diciembre de

1994 se registraron un total de 387, 809 de casos en aquel país, de los cuales la mortalidad alcanza al (30%) cada año, según datos aportados por la Fundación Huésped. (19,27)

En Noruega la prevalencia anual de anorexia es 4.06 personas por cada cien mil habitantes. En Inglaterra el medio soicioeconómico alto tiene mayor prevalencia de anorexia entre jóvenes de 16 anos o mayores a esa edad, en contraste solo había una por cada 550 estudiantes de la misma edad en escuelas gubernamentales. (19,27)

En cambio en estudios sobre bulimia efectuados en escuelas preparatorias de Estados Unidos se encontraron entre el 4 y el 5% de afectados entre mujeres estudiantes jóvenes

BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

En estudios retrospectivos de muestras clínicas han reportado que la edad de inicio de los trastornos alimentarios se sitúa entre los 14 y los 18 años (23), los trastornos alimentarios se dan predominantemente en las mujeres aunque parece haber crecido en los últimos cinco años el porcentaje de varones afectados, pasando de un 5% al 10% (12).

En otros países han sido realizados estudios con pacientes donde su objetivo era investigar la obsesiva y compulsiva actitud y desenvolvimiento de pacientes con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, para este estudio utilizaron una encuesta semiestructurada personal y general con el tópico de psicopatolgía, ambientes que los rodea, como la familia y la situación en el trabajo; además los síntomas obsesivos y compulsivos relacionados con la comida o dieta que los rodea que no fueron incluidos.

De esta investigación como resultado se obtuvo que la prevalencia de desórdenes compulsivo-obsesivo que se encontró en 62 pacientes con Anorexia y otros 20 con Bulimia Nerviosa resultaron el 7 y 10% respectivamente del total con desórdenes compulsivos-obsesivos. (29)

La incidencia de la Bulimia ha sido menor áreas en rurales o medianamente urbanizadas y más alta en grandes ciudades; en cuanto a la Anorexia se encontraron grandes diferencias entre las áreas rurales y urbanas. (22)

En otros estudios se ha encontrado que el status socioeconómico ha sido documentado como un factor que correlaciona positivamente con la prevalencia de Anorexia y Bulimia (Anderson y Hay, 1985). Jones Etal (1980), en su investigación epidemiológica de Anorexia en New York encontraron que existía asociación entre clases sociales y la incidencia de Anorexia entre niños de 14 años de edad o menores. Sin embargo, una asociación definitiva existió con mujeres de alta sociedad de 15 años de edad o mayores, junto con un rango prevalentemente alto, también se reportó una diferencia en la prevalencia de Anorexia en escuelas privadas y públicas, encontrándose mayor porcentaje en las privadas.(22,29,38)

Los jóvenes maduran a su propio ritmo y experimenta también modificaciones de conducta ya que es un período de maduración para la mente por lo que el desarrollo emocional e intelectual son rápidos. En esta etapa de exageraciones y contradicciones empiezan a haber desórdenes ya que tienden a

distanciarse de la familia, tener apatía, depresiones, ansiedad, pensamientos abstractos, rebeldía y agitación emocional entre otras; donde suele afectar los hábitos de alimentación familiar cambiándolos por otros, debido en gran parte por la incomodidad que sienten por sus cambios corporales rápidos, sin olvidar que desean crecer como sus compañeros e ídolos, por lo que los puede llevar a tomar decisiones equivocadas o a manipulaciones dietéticas que podrían tener consecuencias negativas como lo es que los adolescentes restrinjan innecesariamente los alimentos y excedan sus actividades físicas con la esperanza de lograr un cuerpo escultural pudiendo provocar problemas graves de desórdenes alimentarios como lo es la Anorexia y la Bulimia, siendo éstas alteraciones más comúnmente encontradas en los niveles socioeconómicos medio, medioalto y altos que en los bajos. (23,41).

En nuestra sociedad existe la preocupación por la comida, las dietas, la talla, la figura, especialmente entre las mujeres; se considera como ideal un cuerpo esbelto, y hay una creencia prevalenciente de que la gordura es mala. Es frecuente observar que las casas de moda que surten a los estratos sociales más altos fabriquen sus modelos sin incluir tallas para la población con sobre

peso, y algunas llegan a marcar las prendas con un numero de talla menor a que les corresponde, creando la fantasía de una imagen corporal más esbelta (3).

El ambiente de las preparatorias y universidades son importantes ya que están llenos de competencia tanto académicas como de demanda sociales buscando una igualdad y aceptación del grupo y con el fin de lograr una estética diferente sin dejar de alimentarse, ellos practican dietas rápidas y en ocasiones tienen episodios de comer compulsivamente en poco tiempo y una gran cantidad de alimentos, que terminan con el uso de un laxante, diuréticos o la provocación del vómito, ya que su obsesión por perder peso es firme, se vuelve más repetitiva la acción del vómito ocasionando un desorden alimentario conocido como Bulimia, siendo observada con mayor frecuencia en adolescentes mayores (7,8,29)

En el caso de los residentes, este ambiente paradógico en donde ellos están enfrentando una transición estresante en el mundo adulto, la cual requiere la separación de sus familias y amigos de escuela, la selección de una carrera y la habilidad para manejar complejas relaciones sociales.

Algunos estudiantes tratan de calmar el estrés resultante, revirtiendo la conducta de comer aprendida durante su etapa temprana de vida, tal como ir a

beber seguido por culpa inducida; y esto con lleva a presentar algunos desórdenes alimentarios que reflejan la sobreprotección de las familias en las que reglas rígidas los desalientan de que pueden ser independientes y de que puedan aprender como resolver sus conflictos personales. Por lo tanto ellos tratan al estar lejos de sus familias de tomar control sobre algunas partes de sus vidas estructurando su conducta para comer, pudiendo ser apoyados por sus nuevos compañeros y amigos (7,8).

Actualmente en otros países ya se cuentan con programas de consultoría en preparatoria y universidades en donde hay grupos de ayuda que dan retroalimentación a la persona que entiende su problema como un caso único, además de la terapia son referidos a los nutriólogos quienes le ayudarán a diseñar un programa para mantener su peso como un paso para ir ganando control de sus propias vidas.

Los instrumentos mas conocidos para la detección primaria (tamizaje) de posibles trastornos alimentarios son: el EDI (inventario de desordenes alimentarios) desarrollado por Garner, Olmstead y Polivy (1983)(16) y validado con población Canadiense el cual consta de 8 factores. El EAT

(actitudes hacia la alimentación) desarrollada por Garner y Garfinkel (1979)(17) y se cuenta con la validación de este instrumento en población Mexicana desarrollado por Alvarez (en prensa)(2) y el BULIT (test sobre bulimia) desarrollado por Smith y Thelen (1984)(34)y su validación para población Mexicana por Alvarez (en prensa)(2).

En México se han comenzado los estudios para detectar estos problemas como los realizados por investigadores de la UNAM (25) en donde la prevalencia encontrada en una población de estudiantes de sexo femenino (n=527) de la unidad Iztacala perteneciente a la UNAM se encontró 44 casos con trastorno alimentario (8.3%) de las cuales 26 eran anoréxicas (4.9%), 17 bulímicas (3.2%) y un solo caso anoréxica-bulímica (1.8%).

En otras investigaciones que se han realizado en la UNAM para analizar los factores que pueden predecir la presencia de trastornos alimentarios en una muestra 912 mujeres estudiantes con edad promedio de 18.3 años, revelo que los factores que estadísticamente más significativos fueron la motivación por adelgazar, la insatisfacción corporal, la bulimia y la inefectividad.

La investigación realizada por Escobar de la Universidad Iberoamericana, determino la prevalencia de conductas alimentarias relacionadas con la Anorexia o Bulimia Nerviosa en estudiantes de sexo femenino de niveles de secundaria, preparatoria y universidad en la ciudad de México, se obtuvo como resultados que se presenta una mayor prevalencia de síntomas asociados con los trastornos alimentarios en las muestras de instituciones privadas en comparación con las de colegios públicos.(13)

Se cree que la frecuencia de estos trastornos ha aumentado durante la última mitad del siglo, así como en países Latinoamericanos siendo Argentina y Venezuela, quienes continúan con estudios de prevalencia e impacto de estos problemas en sus países.

La detección de estos dos desórdenes alimentarios como son la Anorexia o Bulimia pueden tener señales o signos de alarma antes de presentar el problema. Como puede ser cuando se observa una preocupación excesiva de la persona por la comida y el control de peso acompañada de reducciones importantes en la cantidad de comida que ingiere cambios cada vez más drásticos en la dieta que incluyen, a decir de la persona alimentos que "no BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

engordan" o que "engordan menos"; cuando existe una discrepancia entre la forma en que se percibe (muy gorda) y la forma en que la perciben los demás (muy flaca), así como si la persona utiliza laxantes y se sospecha que los está utilizando injustificadamente o en forma excesiva (32)

Una vez identificada la prevalencia se pueden dar tratamientos a los casos que presentan Anorexia o Bulimia siendo conveniente la multiterapia que incluya medicina alópata y varias psicoterapias. (36)

Es importante tomar medidas preventivas o de tratamiento tomando en cuenta la participación de la familia completa, así como el equipo interdisciplinario de salud (médico, nutriólogo, psicólogo y fisioterapista), debido a que son alteraciones multidimensionales se necesita trabajar a partir de una estrategia donde se busque mejorar la salud física, reducir los síntomas, incrementar la autoestima y lograr un mejor desarrollo personal y asociarlo. El tratamiento es más efectivo en las etapas tempranas y se vuelve cada vez más difícil según se va progresando el desórden presentado, es por eso que se sugiere no forzar al paciente a comer debido a que no se modifica el problema

presentado, pero si es importante conocer a fondo cada padecimiento para poderlo identificar en etapas iniciales y atenderlos de manera preventiva.

Para el tratamiento de estos desórdenes es importante lograr una ingesta apropiada de energía según su requerimiento para que el paciente alcance su peso ideal y de manera simultánea atender también los factores psicológicos que afectan la autopercepción de la imagen corporal, sin olvidar ir informando al paciente sobre los riesgos físicos que lleva consigo la realización de cualquiera de los dos desórdenes relacionados con la alimentación alterada con el episodio de autoestimulación.

La terapia conductual cognoscitiva ha mostrado ser efectiva y comprende la promoción del peso adecuado, el conocimiento acerca de la Anorexia y Bulimia según su problema en donde se explicará que es y que ocasiona la enfermedad, además de darle orientación alimentaria con autoevaluación de la dieta indicándole las ventajas de realizarla y en que consiste con el fin de poder valorar los problemas que ocasiona al dejar de comer o el comer compulsivamente con el fin de resolverlos.

Con la base en la premisa de que la Bulimia Nerviosa puede ser una variante de alteración efectiva, se ha propuesto también el uso de múltiples fármacos antidepresores bajo vigilancia profesional si es necesario utilizarlos para su tratamiento. (36,42,43)

Los pacientes con Bulimia muestran mejor motivación al tratamiento que los pacientes con Anorexia, pero tienen baja tolerancia a la frustración y a la intervención médica cuando no ven resultados rápidos, ya que con facilidad pueden volver a recaer sino se lleva un control. Y los pacientes que han sido tratados de Anorexia Nerviosa deben seguir también bajo vigilancia psiquiátrica durante meses, y según los casos incluso años.

II. HIPÓTESIS

1. Desarrollo
General:
* La prevalencia de Anorexia o Bulimia es mayor a 1% en estudiantes
residentes entre 16 a 26 años de edad y sus factores de riesgo.
2. Estructura
Tipo de hipótesis:
* Descriptiva con una sola variable.
Variables:
* Anorexia y/o Bulimia.

3. OPERACIONALIZACION DE HIPOTESIS

I EMS
w controlidantes (man
 Como duices y carbonidiados (pan, papitas, etc.) sin sentirme nerviosa.
12. Pienso que mi estómago es demasiado grande.
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus
17. Confio en los demás.
19. Me siento satisfecho con la forma de mi cuerpo.
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están
bajo control.
22. Prefiero ser adulto que niña.
23. Me comunico facilmente con los demás.
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento.
30. Tengo amistades íntimas.
31. Me gusta la forma de mis pompas o glúteos.
37. Me siento segura de sí misma.
39. Me siento feliz de ya no ser una niña.
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas.
50. Pienso que soy una persona útil.
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos
58. El convertirme en adulta ha sido lo mejor de mi vida.
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría poder regresar a la seguridad de mi infancia.
4. Como, cuando estoy disgustada.
Me atraco de comida.
Me gustaría tener menos edad.
Pienso en seguir una dieta.

TIPO DE MEDICIÓN	Ordinal
RANGOS	Nunca= 0 Casi nunca = 0 Algunas veces = 0 Bastantes veces = 1 Casi siempre = 2 Siempre = 3
ITEMS	 Me asusto cuando mis sensaciones/ sentimientos son dernasiados intensos. Pienso que mis piernas son demasiado anchas. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso. Mi familia sólo valora como buenos los logros o resulta dos que están por encima de lo habitual. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño. Me aterroriza ganar peso. Me siento confundida ante las emociones que siento. Me siento sola en el mundo. Me siento sola en el mundo. Me siento sola en el mundo. Me siento confundida ante las emociones que siento. Me siento sola en el mundo. Me siento confundida ante las emociones que siento. Me siento confundida ante las emociones que siento. Me siento imadaptada. Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo parar de hacerlo. Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo parar de hacerlo. Me preocupa el desco de estar más delgada. No sélo que está pasando dentro de mí. Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás. Las exigencias del adulto son demasiado grandes. Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor. Pienso en comer en exceso. No me doy cuenta de si tengo hambre o no. Tengo una pobre opinión de mí misma. Fienso en control. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control. Pienso que mis caderas son demasiado anchas. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.
VARIABLE INDICADORES INSTRUMENTO	Encuesta EDI
INDICADORES	Directos
VARIABLE	BULIMIA

TIPO DE MEDICIÓN	Ordinal
RANGOS	Nunca= 0 Casi nunca = 0 Algunas veces = 0 Bastantes veces = 1 Casi siempre = 2 Siempre = 3
ITEMS	 46. Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy sola. 47. Después de haber comido poco, me siento excesivamente llena. 48. Pienso que las personas son más felices cuando son nifias. 49. Si subo un poco de peso, me preocupa que pueda seguir aumentando. 51. Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemori zada o enojada. 52. Creo que las cosas las debo de hacer perfectamente o sino no hacerlas. 53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso. 54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercárseme o entablar amistad. 56. Me siento interiormente vacía. 59. Creo que mis pompis o glúteos son demasiado anchas. 60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar calaramente. 61. Como o bebo a escondidas. 63. Mis metas son excesivamente altas. 64. Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer.
VARIABLE INDICADORES INSTRUMENTO	Encuesta EDI
INDICADORES	Directos
VARIABLE	BULIMIA



Z	Π		_						_						_	_		_			_		_	_						_				_
TIPO DE MEDICIÓN	Ordinal						Ordinal																											
RANGOS	Bastantes veces $= 0$	Casi siempre= 0	Siempre=0	Algunas veces = 1	Casi nunca = 2	Nunca $= 3$	Nunca = 0	Casi nunca = 0	Algunas veces = 0	Bastantes veces = 1	Casi siempre= 2	Siempre=3																						
ILEMS	1. Me gusta comer con otras personas.	18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.	19. Disfruto comiendo carne.	23. Tengo la mestruación regular.	27. Disfruto comiendo en restaurantes.	39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	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 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, sintiendome	que era incapaz de parar de comer.	Corto mis alimentos en pequeños trozos.	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, papas, etc.).	11. Me siento llena después de las comidas.	12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	13. Vomito después de haber comido.	14. Me siento muy culpable después de comer.	15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.	16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	17. Me peso varias veces al día.	20. Me levanto pronto por las mañanas.	21. Cada día como los mismos alimentos.	22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	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.	28. Tomo laxantes (purgantes).	29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
VARIABLE INDICADORES INSTRUMENTO	Encuesta EAT	_					Encuesta EAT																											
INDICADORES	Indirectos						Directos																											
VARIABLE	ANOREXIA	Y BULIMIA																																

VARIABLE	VARIABLE INDICADORES INSTRUMENT	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE
					MEDICIÓN
	Directos	Encuesta EAT	30. Como alimentos dietéticos.	Nunca = 0	Ordinal
			31. Siento que los alimentos controlan mi vida.	Casi nunca = 0	
			32. Me controlo en las comidas.	Algunas veces = 0	
			33. Noto que los demás me presionan para que coma.	Bastantes $veces = 1$	
			34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de	Casi siempre= 2	
			la comida.	Siempre=3	
			35. Tengo estrefimiento.		
			36. Me siento incómoda.		
			37. Me preocupo a hacer dietas.		
			38. Me gusta sentir el estórnago vacío.		
			40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.		

INSTRUMENTO
Encuesta BULIT
2. Estoy satisfecho(a) con mis hábitos alimentarios.
6. ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?
10. ¿En qué grado estás preocupado por comer entre comidas?

BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

TIPO DE MEDICIÓN	Ordinal
RANGOS	a) No como entre comidas = 1 b) Me siento bien = 2 c) Me siento bien = 2 c) Me siento moderadamente molesto(a) conmigo mismo (a) = 3 d) Me siento bastante molesto(a) conmig mismo(a) = 4 e) Me odio = 5 a) No en el año pasado = 1 b) Una vez en el año pasado= 3 d) 4-5 veces en el año pasado= 4 e) Más de 5 veces en el año pasado = 5 a) Mayor que la capacidad de otros = 1 b) Más o menor = 4 c) O Menor = 3 d) Mucho menor = 4 e) No tengo ningún control = 5 a) Bien, contento de haber probado ese nuevo restaurante = 1 b) Un poco arrepentido por haber comido tanto = 2 c) Algo decepcionado comigo mismo(a) = 3 d) Molesto conmigo mismo(a)=4 e) Totalmente disgustado conmigo mismo(a) = 5
ITEMS	16. ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas? 19. He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas. 22. Comparado con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser: 23. Uno de tus mejores amigas(os) sugiere inesperadamente que ambos podrían comer en un nuevo restaurante esa noche. Aunque habías planeado comer algo ligero en casa, decides ir a cenar fuera comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno(a). ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?
INSTRUMENTO	Encuesta BULIT
INDICADORES	Directos
VARIABLE	ANOREXIA Y BULIMIA

INDICADORES INSTRUMENTO
30. ¿Con qué frecuencia vomitas después para perder peso?
3. ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podrías explotar?
4. ¿Te autodenominarías actualmente un tragón?
5. Prefiero comer:
8. Como hasta sentirme demasiado(a) cansado(a) para continuar comiendo.

TIPO DE MEDICIÓN	Ordinal				
RANGOS	 a) Siempre= 5 b) Frecuentemente= 4 c) Algunas veces = 3 d) Rara vez o nunca = 2 e) No como entre comidas= 1 	 a) Si= 5 b) Muy probablemente = 4 c) Probablemente = 3 d) Difficilmente = 2 e) No = 1 	 a) Muy frecuente = 5 b) Frecuentemente = 4 c) Bastante a menudo = 3 d) Ocasionalmente = 2 e) Raramente o nunca = 1 	 a) Siempre = 5 b) Casi siempre = 4 c) Frecuentemente = 3 d) Algunas veces = 2 e) Rara vez o nunca = 1 	 a) Siempre = 5 b) Frecuentemente = 4 c) Algunas veces = 3 d) Rara vez o nunca = 2 e) No como demasiado = 1
ITEMS	9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, mal teadas o dulces entre comidas?	11. La mayoría de la gente se asombraría si supiese (a) Sí= 5 cuánta comida puedo consumir de un jalón. c) Muy c) Proba d) Diffici e) No =	12. ¿ Alguna vez comes hasta el punto de sentirme mal?	13. Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar.	14. Me siento mal comnigo mismo(a) después de comer demasiado.
INSTRUMENTO	Encuesta BULIT				
VARIABLE INDICADORES	Indirectos				
VARÍABLE	ANOREXIA Y BULIMIA				

TIPO DE MEDICIÓN	Ordinal	Ordinal			
RANGOS	a) Dos o más veces a la semana = 5 b) Una vez a la semana = 4 c) 2-3 veces a la semana = 3 d) Una vez al mes = 2 e) Nunca= 1	 a) Muy frecuente = 5 b) Frecuentemente = 4 c) Ocasionalmente = 3 d) Algunas veces = 2 e) Rara vez o nunca = 1 	a) Siempre = 5 b) Casi siempre = 4 c) Frecuentemente = 3 d) Algunas veces = 2 e) Rara vez o nunca = 1	a) Siempre = 5 b) Casi siempre = 4 c) Frecuentemente = 3 d) Algunas veces = 2 e) Rara vez o nunca = 1	a) Siempre = 5 b) Casi siempre = 4 c) Frecuentemente = 3 d) Algunas veces = 2 e) Rara vez o nunca = 1
ITEMS	15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?	17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento (a).	18. Mis hábitos alimenticios son diferetnes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente.	20. Me siento triste o demprimido (a) después de comer más de lo que había planeado comer.	21. Entre comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas)
VARIABLE INDICADORES INSTRUMENTO	Encuesta BULIT				
INDICADORES	Indirectos				
VARIABLE	ANOREXIA Y BULIMIA				

TIPO DE MEDICIÓN	Ordina!		Ordinal		
RANGOS	 a) Totalmente = 5 b) Muy probablemente = 4 c) Probablemente = 3 d) Tal vez = 2 e) No, probablemente no = 1 	a) Más de 8 kilos = 5 b) De 6-8 kilos = 4 c) De 3-5 Kilos = 3 d) De 1-2 Kilos = 2 e) Menos de 1 kilo = 1	 a) Siempre = 5 b) Casi siempre = 4 c) Frecuentemente = 3 d) Algunas veces = 2 e) No como demasiado por la noche = 1 	a) Si, no es más problema para mi (en absoluto) = 5 b) Si, me es más fácil = 4 c) Si, mes es un poco más fácil = 3 d) Más o menos lo mismo = 2 e) No, me resulta más difícil = 1	 a) Siempre = 5 b) Casi siempre = 4 c) Frecuentemente = 3 d) Algunas veces = 2 e) Rara vez o nunca = 1
ITEMS	24. Me podría llamar actualmente un(a) "comedor(a) compulsivo(a)" (episodios de ingesta incontrolada).	25. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?	26. Como demasiado por la noche, me siento deprimido(a) a la mañana siguiente.	27. ¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?	28. Creo que la comida controla mi vida.
INSTRUMENTO	Encuesta BULIT				
INDICADORES	Indirectos				
VARIABLE	ANOREXIA Y BULIMIA				

TIPO DE MEDICIÓN	Ordinal	Ordinal	
RANGOS	a) Siempre = 5 b) Frecuentemente = 4 c) Algunas veces = 3 d) Rara vez o nunca = 2 e) No como demasiado = 1 a) Más rapidamente de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida = 5 b) Mucho más rápido que la mayoría de la gente = 4 c) Un poco más rápidamente que la mayoría de la gente = 4	a) Más rapidamente de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida = 5 b) Mucho más rápido que la mayoría de la gente = 4 c) Un poco más rápidamente que la mayoría de la gente = 3 d) Más o menos a la misma velocidad que la mayoría de la gente = 2 e) Más lentamente que la mayoría de la gente = 2 e) Más lentamente que la mayoría de la mayoría de la gente = 1	a) Más de 8 kilos = 5 b) De 6-8 kilos = 4 c) De 3-5 Kilos = 3 d) De 1-2 Kilos = 2 e) Menos de 1 kilo = 1
ITEMS	29. Me siento deprimido(a) inmediatamente despues de comer demasiado.31. Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?	31. Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?	32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?
INSTRUMENTO	Encuesta BULIT		
INDICADORES	Indirectos		
VARIABLE	ANOREXIA Y BULIMIA		

es?	VARIABLE	VARIABLE INDICADORES INSTRUMENTO	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE
Indirectos Encuesta 35. ¿Cómo piensas que es tu apetito comparado BULIT con el de la mayoría de la gente que conoces? Otros Encuesta 7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso. 33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.						MEDICION
Otros Encuesta 7. Uso laxantes o supositorios para controlar BULIT mi peso. 33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.	ANOREXIA	Indirectos	Encuesta	35. ¿Cómo piensas que es tu apetito comparado	a) Mucho mayor que la	Ordinal
Otros Encuesta 7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso. 33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.	Y BULIMIA		BULIT	con el de la mayoría de la gente que conoces?	mayoría = 5	
Otros Encuesta 7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso. 33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.					b) Bastante mayor = 4	
Otros Encuesta 7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso. 33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.					c) Un poco mayor = 3	
Otros Encuesta 7. Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso. 33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.					d) Más o menos el mismo = 2	
Otros Encuesta 7. Uso laxantes o supositorios para controlar BULIT mi peso. 33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.					e) Menor que el de la	
Otros BULIT mi peso. 33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.					mayoría = 1	
33. Mi último período menstrual fue 34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso. 36. Tengo la menstruación una vez al mes.	ANOREXIA V RITLIMIA	Отов	Encuesta RUII IT	7. Uso laxantes o supositorios para controlar	Cero	Ordinal
i último período menstrual fue so diuréticos (laxantes) para controlar mi so diuréticos (uxantes) para controlar mi	THE PART OF T			in poso.		
so diuréticos (laxantes) para controlar mi ngo la menstruación una vez al mes.				33. Mi último período menstrual fue	Cero	
ngo la menstruación una vez al mes.				34. Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi	Cero	
				peso.		
				36. Tengo la menstruación una vez al mes.	Cero	

IV. DISEÑO

1. Metodológico

1.1. Tipo de Estudio

Esta investigación fue por medio de una muestra no probabilística de tipo intencional.

1.2. Unidades de Observación

Se estudiaron residentes de un dormitorio universitario y que estuvieran entre 16 y 26 años de edad, con el fin de conocer la prevalencia de los problemas de Anorexia o Bulimia.

1.3. Temporalidad

Esta investigación se llevó a cabo durante el período del semestre escolar de Agosto-Diciembre de 1999.

1.4. Ubicación espacial

Dormitorios de la universidad constan de 10 edificios de residencias para mujeres y 8 edificios de residencias para hombres, ubicados en la zona sur de la ciudad de Monterrey, N.L.

1.5 Criterios

* Criterio de Inclusión:

- Se tomó un muestreo no probabilístico de la población que reside en los dormitorios de la universidad dentro del área metropolitana con edades entre 16 a 26 años.
- Se llevó a cabo la investigación entre el período de Agosto a
 Diciembre de 1999 en el ciclo escolar.

* Criterio de no Inclusión:

- No se tomó a la población estudiantil que esté en edades menores de 16 y mayores de 26 años.
- Se eliminaron cuestionarios que no fueron contestados completamente.
- No se incluyeron dormitorios de universidades que no estuvieran ubicados en el sur del área metropolitana.

2. Estadístico

2.1 Marco Muestral

Número de residentes por edificio.

Residencias Femeninas: 499

Residencias Masculinas: 610

2.2 Tamaño Muestral

Se aplicaron 339 cuestionarios entre población femenina y masculina residente.

Sexo femenino 222 (65.5%) cuestionarios.

Sexo masculino 117 (34.5%) cuestionarios.

2.3 Tipo de Muestreo

La muestra fue no probabilística de tipo intencional.



2.4 Análisis Estadístico

- Para la hipótesis: estadística descriptiva (medias y porcentajes), análisis de correlación con respecto a los factores de riesgo.
- Para el objetivo #1 estadística descriptiva (medias y porcentajes) y prueba anova.: que porcentaje tiene sintomatología de trastorno alimentario.
- Para el objetivo #2 estadística descriptiva: determinar el tipo específico de sintomatología de trastorno alimentario presente.
- Para el objetivo #3 prueba T, anova y análisis de correlación entre variables: a partir de los rangos de edades la ocurrencia del trastorno alimentario y su tipo específico de trastorno. Correlación entre la edad y la sintomatología.
- Para el objetivo #4 estadística descriptiva y análisis de correlación: determinar la asociación entre la presencia del trastorno y los factores de riesgo.
- Para el objetivo #5 anova: identificar la capacidad de cada factor de riesgo para predecir la presencia del trastorno alimentario.

3. Calendarización

1999

8 Septiembre Entrega de protocolo de investigación.

4 Octubre Exposición de protocolo de investigación.

8 Octubre Presentación del proyecto de investigación a los directivos

de las residencias.

11 Octubre Capacitación de encuestadores.

18 Octubre Aplicación de la encuesta a los alumnos residentes.

1 Noviembre Conteo y selección de los cuestionarios aplicados.

15 Noviembre Análisis de cuadros y conclusiones.

1 Diciembre Revisión del proyecto.

13 Diciembre Presentación final del estudio de investigación a las

autoridades de la Facultad de Salud Pública y Nutrición,

maestría en Salud Pública con especialidad en Nutrición

Comunitaria.

V. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Se solicitó el apoyo a los directivos y prefectos de las residencias con el fin de realizarlo dentro de sus horas libres. Los residentes contestaron los 3 cuestionarios (EDI, EAT y BULIT) de manera voluntaria. Y se aplicaron las encuestas por medio de las pasantes en forma directa y por medio de los prefectos. De los cuales se capacitó a un total de 8 prefectos entre residencias femeninas y masculinas como facilitadores para que apliquen las encuestas a los residentes en sus edificios durante el ciclo escolar Agosto-Diciembre de 1999. Los prefectos son alumnos seleccionados por los directivos de las residencias que cumplen con una serie de requisitos desde un buen nivel académico con promedio de 8.5 o más y que se capacitan con cursos específicos (prefectos 1 y prefectos 2) en donde ven temas desde como tratar y canalizar problemas de drogas, conflictos interpersonales, trastornos de la alimentación, problemas académicos y todo lo relacionado con el bienestar del residente.

Antes de iniciar la aplicación del cuestionario, el encuestador explicó a los estudiantes los objetivos de la investigación y las instrucciones generales como son: que el cuestionario debe ser contestado en el cuadernillo de hojas de respuesta, que la información que se dio es confidencial y sólo se requiere su

edad, que no deben de dejar alguna pregunta sin contestar, que deberá ser respondido con sinceridad y de manera individual.

Al encuestado se le informó que no hay respuestas ni correctas ni equivocadas.

Los encuestados tuvieron oportunidad de hacer preguntas, y el facilitador explicó cualquier detalle que fue necesario.

La población residente que contestó los 3 instrumentos estuvo conformada por 97 hombres en rango de edades de 16-20 años (19.1), 20 hombres entre 21-26 años (21.6%), 159 mujeres en rango de edades de 16-20 años (18.9%) y 63 mujeres entre 21-26 años (21.8%)

- El test inventario de desórdenes alimentarios (EDI) según Garner 1983, es un autoinforme de 64 ítems diseñado para medir las características cognitivas y conductuales de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Con 8 factores:

Motivación por adelgazar (MA) 1,7,11,16,25,32 y 49.

Insatisfacción corporal (IC) 2,9,12,19,31,45,55,59 y 62.

Miedo a madurar (MM) 3,6,14,22,35,39,48 y 58.

Bulimia (B) 4,5,28,38,46,53 y 61.

Identificación interoceptiva (II) 8,21,26,33,40,44,47,51,60 y 64.

Ineficacia (IN) 10,18,20,24,27,37,41,42,50 y 56.

Perfeccionismo (PE) 13,29,36,43,52 y 63.

Desconfianza interpersonal (DI) 15,17,23,30,34,54 y 57.

- El test de actitudes hacia la alimentación (EAT), el cual tiene por objetivo identificar los trastornos alimentarios específicamente la Anorexia Nerviosa.

Consta de 40 ítems que se dividen en 3 factores :

Control oral (CO) 5,8,12,24,26,32 y 33.

Dieta (DI) 4,9,10,14,15,22,25,29,30,36,37,38 y 39.

Bulimia y preocupación por la comida (BUYPC) 6,7,13,31,34 y 40.

Según Garner y Garfinkel (1979)

Y según Alvarez (en prensa) validación del instrumento para México con 7 factores:

Motivación para adelgazar (MA) 4, 15, 22, 25 y 37.

Evitación de alimentos engordantes (EVAL) 9, 10 y 29.

Preocupación por la comida (PRC) 7, 14, 31 y 34.

Presión social percibida (PRS) 12, 24 y 33.

Obsesiones y compulsiones (OBYC) 17, 18, 21 y 30.

Patrones y estilos alimentarios (PYEA) 1, 19, 27 y 39.

Conductas compensatorias (CC) 13, 28 y 40.

- El test de bulimia (BULIT), consta de 36 ítems, cuya finalidad es detectar el trastorno alimentario de Bulimia Nerviosa. Del cual se derivan 5 factores:

Sobreingesta (SOB)1,2,3,4,8,11,12,17,18,22 y 24.

Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SN) 5, 6, 10, 14, 16, 19, 20, 23, 26 y 29.

Vómito (VOM) 1,8,15,27 y 30.

Preferencias alimentarias durante la sobreingesta (PAL) 9 y 21.

Fluctuaciones en el peso (FP) 25 y 32.

Según Smith y Thelen (1984).

Y según Alvarez (en prensa) validación del instrumento para México con 3 factores:

Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación (SYPCAL) 1,3,4,8,11,12,13,17,24,28 y 35.

Sentimientos negativos después de la sobreingesta (SNS) 4, 10, 16, 20, 23, 26 y 29.

Conductas compensatorias (CCOM) 7, 15, 27 y 30.

Al finalizar el día de levantamiento de datos, toda la información fue entregada a las pasantes de la maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria para iniciar la etapa de revisión, vaciado e interpretación de datos.

Para el análisis estadístico se utilizó el sistema computacional SPSS para realizar estadística descriptiva (medias y porcentajes), prueba T, anova y análisis de correlación. Se crearon varias bases de datos según las diferentes variables como sexo, edad y los diferentes factores.

Una vez totalizados los instrumentos EDI, EAT y BULIT, según el punto de corte para el EAT (Garner y Garfinkel 1979 p≥30 y Alvarez en prensa p≥28), el BULIT(Smith y Thelen 1984 p≥102 y Alvarez en prensa p≥85) y el EDI que no tiene punto de corte se clasificaron por grupo control (grupo sin trastorno alimentario) y grupo con sintomatología de trastorno alimentario y a su vez el grupo se subdividió por grupo #1 con sintomatología de Anorexia, grupo #2 con sintomatología de Bulimia y grupo #3 con sintomatología de Anorexia/Bulimia.

También se correlacionó el trastorno alimentario con la edad según rangos de edad (16-20 y 21-26 años), sexo (femenino y masculino) y los factores de riesgo mas frecuentes de acuerdo al instrumento aplicado.

VI. RESULTADOS

EDAD.

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS RESIDENTES SEGÚN SEXO Y

GRUPOS	EDAD
1. Masculino 16-20 (n=97)	19.1 ± 0.8
2. Masculino 21-26 (n=20)	21.6 ± 0.8
3. Femenino 16-20 (n=159)	18.9 ± 1.0
4. Femenino 21-26 (n=63)	21.8 ± 0.1
Valor F	181.21
Bonferroni	4-2 vs. 3-1

Tabla 1. Edad promedio ± desviación estandar de acuerdo al sexo y rango de edad. * p ≤ 0.0001

Se encontraron diferencias significativas ($p \le 0.0001$), en donde los dos grupos (masculino y femenino) con rango de edades de 21-26 años tuvieron edades promedio mayores, como era de esperarse (tabla 1).

RESIDENTES CON PRESENCIA O AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA, DE ACUERDO A LA PUNTUACIÓN TOTAL EN EL EAT Y/O BULIT.

GRUPO	PORCENTAJE
1. Con sintomatología	31.6
(n=107)	
2. Sin sintomatología o grupo	68.4
control	
(n=232)	

Punto de corte EAT ($p \ge 28$), BULIT Alvarez ($p \ge 85$).

En la muestra estudiada (n=339), el 31.6% (n=107) presentó sintomatología de trastorno alimentario (tabla 2).

TABLA 3
RESIDENTES CON SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO
ALIMENTARIO ESPECÍFICO.

GRUPO	PORCENTAJE
1. Con sintomatología de anorexia (n=14)	4.1
2. Con sintomatología de bulimia (n=54)	15.9
3. Con sintomatología de anorexia y bulimia (n=39)	11.5
4. Sin sintomatología o grupo control (n=232)	68.4

Punto de corte EAT \geq 28, BULIT \geq 85.

Al analizar respecto a la presencia de un tipo específico de sintomatología en la muestra estudiada (tabla 3), se observó que la sintomatología bulímica fué la más frecuente (15.9%), mientras que la sintomatología de anorexia fué la menos frecuente (4.1%).

TABLA 4
RESIDENTES CON PRESENCIA O AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA SEGÚN SEXO.

GRUPO	PORCENTAJE
1. Masculino con sintomatología (n=43)	12.7
2. Masculino sin sintomatología (n=74)	21.8
3. Femenino con sintomatología (n=64)	18.9
4. Femenino sin sintomatología (n=158)	46.6

Al analizar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, de acuerdo al sexo (tabla 4), observamos que fué ésta mayor en las mujeres (18.9%) que entre los hombres (12.7%).

RESIDENTES CON PRESENCIA O AUSENCIA DE TRASTORNO ALIMENTARIO ESPECÍFICO SEGÚN SEXO.

GRUPO	PORCENTAJE
1. Masculino con sintomatología de anorexia	0.3
(n=1)_	<u> </u>
2. Masculino con sintomatología de bulimia	9.7
(n=33)	
3. Masculino con sintomatología de anorexia y bulimia	2.7
(n=9)	
4. Masculino sin sintomatología	21.8
(n=74)	
5. Femenino con sintomatología de anorexia	5.9
(n=13)	
6. Femenino con sintomatología de bulimia	6.2
(n=21)	
7. Femenino con sintomatología de anorexia y bulimia	8.8
(n=30)	
8. Femenino sin sintomatología	46.6
(n=158)	

Mientras, que al realizar la agrupación respecto al sexo y la presencia de una sintomatología específica, se observó que en los hombres la sintomatología de bulimia fue la más frecuente (9.7%), mientras que la menos frecuente fué la de anorexia (0.3%). Por otro lado entre las mujeres la más frecuente fué la sintomatología de anorexia y bulimia (8.8%), en tanto que la de anorexia estuvo menos presente (tabla 5).

RESIDENTES CON PRESENCIA O AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO ALIMENTARIO SEGÚN RANGOS DE EDAD.

GRUPO POR RANGO DE EDAD	PORCENTAJE
1. 16-20 años con sintomatología	23.3
(n=79)	
2. 21-26 años con sintomatología	8.0
(n=27)	
3. 16-20 años sin sintomatología	52.5
(n=178)	
4. 21-26 años sin sintomatología	16.2
(n=55)	

Al dividir a la población por dos rangoas de edad (16-20 y 21-26 años), se observó que la sintomatología de trastorno alimentario estuvo más presente en el rango de menor edad (16-20 años, 23.3%), aunque cabe mencionar que el 68.7% de la muestra estudiada no presenta (tabla 6).



TABLA 7

RESIDENTES SEGÚN SEXO CON RESPECTO AL INSTRUMENTO EDI Y SUS FACTORES DE RIESGO (PROPUESTO POR GARNER 1984).

SEXO	MA	IC	MM	В		IN	Р	DI	TOTAL
Masculino	2.91	4.85	4.79	2.56	3.83	2.56	6.25	3.43	31.18
(n=117)	± 0.28	± 0.39	± 0.33	± 0.31	± 0.35	± 0.33	± 0.30	± 0.31	± 1.68
Femenino	6.02	7.39	3.41	1.63	2.96	2.19	5.74	3.01	32.35
(n=222)	± 0.38	± 0.42	± 0.20	<u>±</u> 0.19	± 0.24	± 0.21	± 0.21	± 0.23	± 1.35
Valor t	6.61	4.46	3.74	2.55	2.11	0.97	1.40	1.07	0.56
P	***	***	***	**					

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del EDI y sus factores (Garner 1984).

- p ≤ 0.05 p ≤ 0.01
- *** p≤0.0001

Se pudo observar que las mujeres presentaron significativamente mayor motivación para adelgazar (MA) e insatisfacción corporal (IC) ($p \le 0.0001$), mientras que en los hombres se observó mayor miedo a madurar (MM) ($p \le 0.0001$), bulimia (B) ($p \le 0.01$) e identificación interoceptiva (II) ($p \le 0.05$). Sin embargo no se observaron diferencias significativas, en cuanto al sexo, respecto a: ineficacia (IN), perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (DI), ni en el puntaje total del EDI (tabla 7).

RESIDENTES SEGÚN SEXO CON RESPECTO AL INSTRUMENTO EAT Y SUS FACTORES DE RIESGO (PROPUESTO POR GARNER Y GARFINKEL 1979).

SEXO	DI	BUYPC	CO	TOTAL
Masculino	3.74	1.45	2.40	14.74
(n <u>=117)</u>	± 0.42	± 0.25	± 0.24	± 0.98
Femenino	7.23	1.55	2.81	17.86
(n=202)	± 0.50	± 0.17	± 0.21	± 0.85
Valor t	5.33	0.34	1.24	2.41
P	**	_		*

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del EAT y sus factores (Garner y Garfinkel 1979).

- * p ≤ 0.05
- ** p≤ 0.0001

Al realizar la misma comparación pero respecto al total del EAT y los factores propuestos por (Garner y Garfinkel 1979) se detectó que las mujeres presentan una puntuación significativamente mayor que los hombres en cuanto al puntaje total ($p \le 0.0001$). Contrariamente, no hubo diferencia en el puntaje promedio de los factores: a) Bulimia y preocupación por la comida (BUYPC), y b) Control oral (CO), entre hombres y mujeres (tabla 8).



TABLA 9

RESIDENTES SEGÚN SEXO CON RESPECTO AL INSTRUMENTO EAT (MÉXICO) Y SUS FACTORES DE RIESGO (PROPUESTO POR ALVAREZ, EN PRENSA).

\$EXO	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PYEA	CC	TOTAL
Masculino	2.07	0.64	0.87	0.73	2.74	1.51	0.56	14.74
(n=1 <u>17)</u>	± 0.25	± 0.11	± 0.18	± 0.12	± 0.12	± 0.17	± 0.13	± 0.98
Femenino	4.32	1.04	1.17	0.51	2.43	1.46	0.29	17.87
(n=222)	± 0.29	± 0.12	± 0.15	± 0.09	± 0.12	± 0.12	± 0.06	± 0.85
Valor t P	5.87	2.46	1.24	1.43	1.89	0.28	1.89	2.41

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del EAT (México) y sus factores (Alvarez, en prensa).

- p ≤ 0.05 p ≤ 0.0001
- Como se pudo obrservar, se confirma que la motivación para adelgazar (MA) ($p \le 0.0001$), la evitación de alimentos engordantes (EVAL) (dieta o restricción alimentaria) y la sintomatología de anorexia- de acuerdo al puntaje total en el EAT ($p \le 0.05$), estuvieron significativamente más presentes entre las mujeres. Sin embargo, hombres y mujeres mostraron puntajes similares en lo que refiere a: preocupación por la comida (PRC); presión social (PRS); obsesiones y compulsiones (OBYC); patrones y estilos

alimentarios (PYEA), y conductas compensatorias (CC) (tabla 9).

TABLA 10
RESIDENTES SEGÚN SEXO CON RESPECTO AL INSTRUMENTO
BULIT Y SUS FACTORES DE RIESGO (PROPUESTO POR SMITH
Y THELEN).

SEXO	SOB	SN	VOM	PAL	FP	TOTAL
Masculino	25.46	22.55	9.63	5.86	5.26	74.97
(n <u>=117</u>)	± 0.73	± 0.64	± 0.37	± 0.18	± 0.18	± 1.82
Femenino	22.57	23.65	7.52	5.89	5.25	69.76
_ (n=222)	± 0.55	± 0.53	_ ± 0.21	± 0.13	± 0.11	± 1.33
Valor t	3.12	1.26	4.91	0.13	0.04	2.31
P	**		***			•

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del BULIT y sus factores (Smith y Thelen).

Contrariamente, a partir de la evaluación con el BULIT (tabla 10), podemos observar que fueron los hombres los que presentaron en mayor medida la sintomatología bulímica ($p \le 0.05$), y particularmente, la sobre ingesta (SOB) ($p \le 0.01$) y la inducción al vómito ($p \le 0.0001$). No así, en cuanto a: los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SN), preferencias alimentarias específicas (PAL), o fluctuaciones en el peso (FP), ya que no se registraron en éstos diferencias significativa entre hombres y mujeres.



RESIDENTES SEGÚN SEXO CON RESPECTO AL INSTRUMENTO BULIT Y SUS FACTORES DE RIESGO (PROPUESTO POR ALVAREZ, EN PRENSA).

SEXO	SYPCAL	SNS	CCOM	TOTAL
Masculino	25.54	15.58	5.56	74.97
(n=117)	_ ± 0.83	± 0.49	± 0.26	± 1.82
Femenino	21.07	17.01	4.39	69.76
(n=222)	± 0.57	± 0.41	± 0.15	± 1.33
Valor t	4.51	2.14	3.93	2.31
P	48	•	**	*

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del BULIT y sus factores (Alvarez, en prensa).

* p ≤ 0.05
** p≤ 0.0001

Lo anterior se confirma parcialmente al considerar en el análisis los factores sugeridos para población mexicana (Alvarez en prensa) (tabla 11), ya que si bien se observó nuevamente que la sintomatología bulímica ($p \le 0.05$), y específicamente, la sobreingesta y la conducta compensatorias, estuvieron más presentes en los hombres ($p \le 0.0001$), en este caso se vió que los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SYPCAL) fueron mayores en las mujeres ($p \le 0.05$).

EDI (GARNER) Y SUS FACTORES SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD. TABLA 12

1. Masculino 16-20 (n=97)		2		۵	=	Z	.	5	
16-20 (n=97)	2.92	4.91	5.02	2.68	4.06	2.76	6.25	3.37	31.97
(70=0)									
	0.31	0.42	0.38	0.3	0.40	0.38	0.34	0.31	1.87
2. Masculino	2.85	4.60	3.70	1.95	2.70	1.55	6.25	3.70	27.30
21-26									
(n=20)	0.67	1.11	0.59	0.67	09.0	0.52	0.60	1.03	3.66
3. Femenino	6.04	7.37	3.68	1.67	3.07	2.28	5.75	3.07	32.88
16-20									
(n=154)	0.4	0.49	0.25	0.23	0.27	0.27	0.25	0.28	1.88
4. Femenino	5.97	7.46	2.70	1.54	2.68	2.00	5.71	2.84	31.25
21-28									
(n=63)	0.77	0.78	0.31	0.34	0.47	0.31	0.40	0.41	2.24
Valor F	10.18	5.30	7.08	2.72	2.45	1.15	0.65	0.50	0.53
۵.	*	+	ŧ						
Bonferroni	3 vs 2-1	4-3 vs 2-1	1 18 4-3						
	4 18 2								

Puntajes promedio ± Error estándar en el total del EDI y sus factores, respecto a sexo y rango de edad.

p ≤ 0.01 p ≤0.0001 Al considerar además de la variable sexo (masculino vs femenino), la variable edad (16-20 vs 21-26 años), se confirmó que en el caso de la motivación para adelgazar (MA) (p < 0.0001) y la insatisfación corporal (IC) (p < 0.01) estuvieron significativamente más presentes entre las mujeres que en los hombres, independiente del grupo de edad, sin embargo, se vió que el miedo a madurar (MM) sólo fué significativamente mayor en el grupo de hombres de menor edad (p ≤ 0.0001), respecto a los dos grupos de mujeres (tabla 12).

EAT (GARNER Y GARFINKEL 1979) Y SUS FACTORES SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS	ō	BUYPC	တ	TOTAL
1. Masculino	3.80	1.64	2.37	15.25
16-20				
(n=97)	0.48	0.29	0.26	1.14
2. Masculino	3.45	0.55	2.55	12.25
21-26				
(n=20)	0.82	0.23	0.53	1.46
3. Femenino	7.30	1.67	2.62	17.85
16-20				
(n=154)	0.57	0.21	0.22	0.95
4. Femenino	7.05	1.25	3.30	17.89
21-28				
(n=63)	1.01	0.31	0.47	1.82
Valor F	7.11	1.38	1.38	2.07
n .	#			•
Bonferroni	3-4 vs 2-1			4-3 vs 2
		4		

Puntajes promedio ± Error estándar en el total del EAT y sus factores, respecto a sexo y rango de edad.

 $p \le 0.0001$

Como se puede observar en la tabla 13, se confirma que las mujeres presentaron mayor sintomatología anoréxica (p ≤ 0.05) pero sólo respecto al grupo de hombres de mayor edad (21-26 años) y no así en lo que refiere a los de menor edad. Mientras que en el factor dieta (DI) fueron las mujeres las que la presentaron en mayor medida que ambos grupos de hombres, independientemente del rango de edad (p ≤ 0.0001).

EAT (ALVAREZ EN PRENSA) Y SUS FACTORES SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD

TABLA 14

GRUPO	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PYEA	္ပ	TOTAL
1. Masculino	1.97	0.71	0.99	0.70	2.87	1.64	0.63	15.25
16-20								
(n=97)	0.26	0.13	0.21	0.13	0.13	0.19	0.15	1.14
2. Masculino	2.55	0.30	0.30	0.85	2.15	06.0	0.25	12,25
21-26								
	0.65	0.13	0.16	0.27	0.32	0.33	0.18	1.46
2	4.41	1.01	1.22	0.40	2.46	1.35	0.35	17.85
16-20								
(n=154)	0.34	0.13	0.17	0.08	0.14	0.14	0.07	0.95
4. Femenino 4.08	4.08	1.13	1.05	0.81	2.35	1.71	0.14	17.89
21-26								
(n=63)	0.58	0.28	0.28	0.23	0.22	0.24	0.06	1.82
Valor F	8.83	2.08	1.20	2.28	2.20	1.56	2.87	2.07
۵.	#						*	
Bonferroni	2-4 vs 1-2						1 18 4	

Puntajes promedio ± Error estándar en el total del EAT y sus factores, respecto a sexo y rango de edad.

p ≤ 0.0001

Los resultados de la tabla anterior se confirman parcialmente en la tabla 14, ya que al emplear los factores (MA) que las mujeres obtienen puntajes promedio significativamente mayores (p ≤ 0.0001) a las de los propuestos para México (Alvarez en prensa), se vió que sólo es en cuanto a la motivación para adelgazar Por otro lado, se observó que si bien las conductas compensatorias (CC) (p < 0.05) estuvieron más presentes hombres, independientemente de la edad-, y no en cuanto a la evitación de alimentos engordantes (EVAL). en los hombres de menor edad (16-20 años) fué sólo respecto a las mujeres de mayor edad (21-26 años).

BULIT (SMITH) Y SUS FACTORES SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

TABLA 15

1. Masculino 25.84 22.27 16-20 (n=97) 2. Masculino 23.60 23.90 21-26 (n=20) 1.72 1.78 3. Femenino 22.77 23.96 (n=154) 0.65 0.64 4. Femenino 22.06 22.86 21-26 (n=63) 1.04 0.96	GRUPOS S	SOB	NS	MOV	PAL	FP	TOTAL
23.60 23.77 22.77 22.06 22.06 3.78	culino	25.84	22.27	9.71	2.90	5.21	75.08
0.81 23.60 22.77 22.77 22.06 22.06 3.78	-50 -20						
23.60 2 1.72 2 22.77 2 22.06 2 3.78	97)	0.81	0.69	0.39	0.20	0.20	1.97
1.72 22.77 2 0.65 22.08 2.08 3.78	culino	23.60	23.90	9.25	5.70	5.50	74.45
1.72 22.77 2 0.65 22.06 2 1.04 3.78	-58						
22.77 2 0.65 2 22.06 2 1.04 3.78	(50)	1.72	1.78	1.09	0.43	0.39	4.85
0.65 22.06 1.04 3.78	onine	22.77	23.96	7.50	8.00	5.18	70.28
22.06 22.06 1.04 3.78	-20						
22.08 1.04 3.78	- (52)	0.65	0.64	0.25	0.16	0.13	1.60
1.04	enino	22.08	22.88	7.59	5.62	5.41	68.49
3.78	-58						
3.78	(63)	2	0.98	0.38	0.25	0.23	2.38
	or F	3.78	1.10	9.45	0.62	0.40	1.89
*	_	*		#			
Bonferroni 1 vs 4-3	erroni	1 vs 4-3		1-2 vs 3-4			

Puntajes promedio ± Error estándar en el total del BULIT y sus factores, respecto a sexo y rango de edad.

p < 0.05 p< 0.0001 Este análisis (tabla 15) confirma parcialmente lo observado en la tabla 10, ya que si bien se observó que la inducción al vómito (VOM) estuvo significativamente más presente en los hombres que en las mujeres (p ≤ Sin embargo, no fué así en lo que refiere a la sobreingesta, ya que ésta fué mayor únicamente en el grupo de 0.0001), independientemente de la edad.

los hombres de menor edad respecto a los dos grupos de mujeres (p ≤ 0.05).

BULIT (ALVAREZ EN PRENSA) Y SUS FACTORES SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

Odnas	SYPCAL	SNS	MODD	TOTAL
1. Masculino	25.84	15.35	5.58	75.08
16-20				
(n=97)	0.91	0.53	0.28	1.97
2. Masculino	24.05	16.70	5.50	74.45
21-26				
(n=20)	1.95	1.34	0.70	4.85
3. Femenino	21.33	17.21	4.28	70.26
16-20				
(n=154)	0.68	0.49	0.17	1.60
4. Femenino	20.43	16.52	4.67	68.49
21-26				
(n=63)	1.07	0.75	0.29	2.39
Valor F	7.16	2.03	6.24	1.89
۵	:		*	
Bonferroni	1-2 vs 4-3		1 148 3	

Puntajes promedio ± Error estándar en el total del BULIT y sus factores, respecto a sexo y rango de edad.

p ≤ 0.001 p≤ 0.0001

glos dos grupos de hombres que en las mujeres (p ≤ 0.0001); en tanto que las conductas compensatorias CCOM) sólo fueron significativamente mayores en el grupo de hombres de menor edad (16-20 años) que en factor sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación (SYPCAL) fué más frecuente en Sin embargo, al realizar este análisis con los criterios para población mexicana (tabla 16), se observó que el

(p ≤ 0.001).

EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SEXO Y EDAD, CON EL TOTAL DEL EDI Y SUS FACTORES.

	MA	<u>ာ</u>	WW	BOL	=	Z	PE	<u> </u>	TOTAL
SEXO	0.29	0.21	-0.20	-0.14 **	-0.11	-0.05	-0.08	-0.06	0.03
EDAD	0.01	0.04	-0.15	-0.09	-0.12	-0.07	90.0-	-0.08	-0.10

Coeficiente de correlación (r de Pearson) de las variables sexo y edad con el total del EDI y sus factores.

p < 0.05

Al realizar la correlación (r de Pearson) entre la variable sexo con el total del EDI y sus factores (tabla 17), interoceptiva (II) (p \leq 0.05). Por otro lado, la edad sólo se asoció con miedo a madurar (p \leq 0.01) e observamos que sexo se asoció únicamente y de forma leve con cuatro factores: motivación para adelgazar (MA), insatisfacción corporal (IC), miedo a madurar (MM) (p ≤ 0.0001), bulimia (p ≤ 0.01) e identificación identificación interoceptiva (II) (p \leq 0.05).

EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SEXO Y EDAD, CON EL TOTAL DEL EAT Y SUS FACTORES.

	IQ	BUYPC	တ	TOTAL	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PYEA	႘
SEXO	0.24	0.02	0.07	0.12	0.27	0.12	0.07	-0.08	60'0-	-0.01	-0.12
EDAD	-0.03	-0.11	90.0	-0.04	-0.01	-0.05	-0.07	0.08	-0.06	0.03	-0.10

Coeficiente de correlación (r de Pearson) de las variables sexo y edad con el total del EAT y sus factores.

 $p \le 0.05$

ps 0.0001

Respecto al análisis de la asociación entre las variables edad y sexo, pero respecto al instrumento EAT y sus factores (tabla 18), se observó que el total en este instrumento sólo se asoció al sexo (p $\leq 0.05\%$) aunque muy levemente, y no así con la edad.

En cuanto a los factores propuestos por (Garner y Garfinkel, 1979), se observó que la variable sexo solamente se asoció con el factor dieta (DI) (p < 0.0001), mientras que la edad lo estuvo con el factor bulimia y preocupación por la comida (BUYPC) (p \leq 0.05), aunque también levemente.

Contrariamente, conforme a los factores para población mexicana (Alvarez en prensa), el sexo se asoció con los factores: motivación para adelgazar (MA) (p < 0.0001), evitación de alimentos engordantes (EVAL) y conductas compensatorias (CC) ($p \le 0.05$).

En tanto que la edad no mostró asociación con ninguno de los factores del EAT.

FABLA 19

EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SEXO Y EDAD, CON EL TOTAL DEL BULIT Y SUS FACTORES.

	808	NS	MOV	PAL	FP	TOTAL	SYPCAL	SNS	Mooo
SEXO	-0.17	0.07	-0.28	0.01	0.00	-0.12	-0.24	0.12	-0.22
EDAD	0.0	90.0	-0.02	-0.05	60.0	900	9	0.00	

Coeficiente de correlación (r de Pearson) de las variables sexo y edad con el total del BULIT y sus factores.

p s 0.05

Por otro lado, al continuar con el mismo procedimiento de análisis pero ahora respecto al BULIT y sus factores (tabla 19), se observó que el puntaje total en este instrumento sólo correlacionó levemente con la variable sexo (p ≤ 0.05).

En lo que corresponde a los factores propuestos por Smith y Thelen (1984), únicamente la sobreingesta corrobora en lo que refiere a los factores propuestos por Alvares (en prensa), ya que también fué la (SOB) (p ≤ 0.01) y la inducción del vómito (VOM) ≤ 0.0001) se asociaron con la variable sexo. Esto se sobreingesta (SYPCAL) y las conductas compensatorias (CCOM) (p \leq 0.0001).

TABLA 20

ASOCIACIÓN ENTRE EL TOTAL DEL EDI Y SUS FACTORES, CON EL TOTAL DEL EAT Y SUS FACTORES (GARNER Y GARFINKEL, 1979; ALVAREZ, EN PRENSA).

EDI	MA	2	MM	8	=	Z	٩	ā	TOTAL
EAT									
Ճ	0.81	0.41	0.20	0.44	0.39	0.30	0.21	0.13	0.62
	****	****	****	****	****	***	****	*	***
BUYPC	0.57	0.35	0.33	0.61	0.50	0.52	0.17	0.25	0.66
	****	****	****	****	***	***	***	****	***
ន	0.20	-0.01	0.09	0.08	0.22	0.17	0.06	0.09	0.17
	****				****	*			*
TOTAL	0.71	0.37	0.27	0.49	0.48	0.42	0.22	0.19	0.64
	****	****	****	***	****	****	****	****	•
MA	0.79	0.42	0.19	0.44	0.35	0.26	0.23	0.10	0.60
	****	****	****	****	****	****	*****		#
EVAL	0.49	60.0	0.04	0.18	0.19	90.08	80.0	0.02	0.25
	****			#	****				****
PRC	09.0	0.42	0.29	29.0	0.50	0.49	0.20	0.25	0.69
	****	***	*****	*****	****	****	****	****	i
PRS	0.10	0.00	0.14	0.13	0.23	0.21	0.07	80.08	0.17
			*	*	****	****			į
OBYC	0.41	0.27	0.03	0.21	0.22	0.15	0.17	0.01	0.32
	****	#		****	****	*	***		***
PYEA	0.11	0.22	0.22	0.12	0.19	0.38	9.0°	0.24	0.28
	•	****	****	*	****	****		****	****
၁	0.23	0.18	0.32	0.37	0.37	0.45	0.08	0.19	0.42
	***	1	****	****	****	*****		****	****

p < 0.05 p < 0.01 p < 0.001 En lo que refiere al total del EDI, se observó que éste correlacionó de manera poderosa con el total del EAT (r = 0.64, p ≤ 0.0001). Mientras que respecto a la correlación entre los factores de ambos instrumentos, partiendo inicialmente de los de Garner y Garfinkel (1979) (tabla 20), se observó lo siguiente:

total de EDI (r = 0.62), motivación para adelgazar (MA) (r = 0.81), bulimia (B) (r = 0.44), insatisfacción Dieta (DI) correlacionó con todos los factores del EDI y su total, destacándose en este caso las referentes a: corporal (IC) (r = 0.41) e identificación interoceptiva (II) (r = 0.39). Bulimia y preocupación por la comida (BUYPC) correlacionó con todos los factores del EDI y su total, destacándose las siguientes: total del EDI (r = 0.66), bulimia (B) (r = 0.61), motivación para adelgazar (MA) (r= 0.52) e identificación interocepltiva (II) (r = 0.50).

Control oral (CO) se asoció únicamente con el total del EDI (r = 0.17), y sus factores: identificación ineroceptiva (II) (r = 0.22), motivación para adelgazar (MA) (r = 0.20) e ineficacia (IN) (r = 0.17). Sin embargo, estas correlaciones, aunque significativas fueron leves.

Por otro lado, en cuanto a la correleación del EDI y sus factores con los factores del EAT propuestos para México (Alvarez, en prensa), se observó lo siguiente: motivación para adelgazar (MA) se asoció con el total del EDI y sus factores, excepto desconfianza interpersonal (DI), destacándose su asociación con: total del EDI (r = 0.60), motivación para adelgazar (MA) (r = 0.79), bulimia (B) (r = 0.44) e insatisfacción corporal (IC) (r = 0.42). Evitación de alimentos engordantes (EVAL) correlacionó únicamente con el total del EDI (r = 0.25) y tres de sus factores: Motivación para adelgazar (MA) (r = 0.49), identificación interoceptiva (II) (r = 0.19), y bulimia (B) (r = 0.16), sin embargo con estas dos últimas fué leve. Preocupación por la comida (PRC) se asoció con el total del EDI y todos sus factores, siendo las más relevantes las siguientes: total del EDI (r = 0.69), bulimia (B) (r = 0.67), motivación para adelgazar (MA) (r = 0.60), identificación interoceptiva (II) (r = 0.50) e ineficacia (IN) (r = 0.49).

Presión social (PRS) sólo se asoció con el total del EDI (r = 0.17), identificación interoceptiva (II) (r = 0.23), ineficacia (IN) (r = 0.13), cabe sefialar que todos fueron leves aunque significativas. Obsesiones y compulsiones (OBYC) se asoció únicamente con el total del EDI (r = 0.32) y seis de sus factores, destacando los siguientes coeficientes: Motivación para adelgazar (MA) (r = 0.41) e insatisfacción corporal (IC) (r = 0.37).

Patrones y estilos alimentarios (PYEA) correlacionó con el total del EDI y todos sus factores, excepto el perfeccionismo. Se destacan las siguientes: ineficacia (IN) (r = 0.38) y total del EDI (r = 0.28). Conductas compensatorias (CC) también se asoció con el total del EDI y sus factores, excepto nuevamente el perfeccionismo (P). La más importantes fueron: ineficacia (IN) (r = 0.45), total del EDI (r = 0.42), bulimia (B) (r = 0.37). e identificación interoceptiva (II) (r = 0.37).

BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

TABLA 21

ASOCIACIÓN ENTRE EL TOTAL DEL EDI Y SUS FACTORES, CON EL TOTAL DEL BULIT Y SUS FACTORES (GARNER, SMITH Y THELEN 1984; ALVAREZ, EN PRENSA).

EDI	MA	<u>၁</u>	MM	8	=	Z	۵	П	TOTAL
BULIT			,						
SOB	0.32	0.39	0.32	0.65	0.40	0.41	0.11	0.23	0.56
	****	****	****	****	****	****	•	****	*****
Z S	0.62	0.52	0.30	0.49	0.43	0.39	0.07	0.18	0.63
	***	****	****	****	****	****		***	***
MOV	0.17	0.24	0.34	0.45	0.38	0.43	-0.01	0.21	0.42
	:	****	****	****	****	****		****	****
PAL	90.0	0.14	0.12	0.20	0.15	0.13	0.11	0.03	0.19
		*	*	****	#	*	•		***
FP	0.28	0.27	0.18	0.24	0.23	0.35	0.04	0.0	0.34
	****	****	‡	****	****	****			****
TOTAL	0.47	0.48	0.37	0.61	0.47	0.48	0.10	0.23	0.65
	***	****	****	****	****	****		****	****
BYPCAL	0.31	0.34	0.34	0.62	0.40	0.39	0.10		0.53
	****	****	****	****	***	****		****	****
SNS	0.63	0.47	0.27	0.45	07:0	0.35	20.0	0.13	0.59
	****	****	****	****	****	****		*	****
CCOM	0.11	Ö	0.29	0.28	0.30	0.43	-0.07	0.1	0.32
	t	***	***	****	****	****		\$	****

p s 0.05 p s 0.01 p s 0.001 ps 0.0001

: 1 1

Por otro lado, al realizar las correlaciones pero ahora respecto al instrumento BULIT y el EDI (tabla 21), se observó que sus totales se asociaron poderosamente (r = 0.65). Mientras que respecto a los factores del BULIT (Smith y Thelen, 1984) y el EDI, se observó lo siguiente: Sobreingesta (SOB) correlacionó con el total del EDI y sus factores, sin embargo las asociaciones más importantes fueron con: el total del EDI (r = 0.56), bulimia (B) (r = 0.65), ineficacia (IN) (r = 0.41), identificación interoceptiva (II) (r = 0.40) e insatisfacción corporal (IC) (r = 0.39).

perfeccionismo (P), sin embargo las más sobresalientes fueron: motivación para adelgazar (MA) (r = 0.62), insatisfacción corporal (IC) (r = 0.52), bulimia (B) (r = 0.49), identificación interoceptiva (II) (r = 0.43) e Sentimientos negativos (SN), se asoció con el total del EDI (r = 0.63) y todos sus factores, excepto ineficacia (IN) (r = 0.39). Vómito también correlacionó con el total del EDI (r = 0.42), y todos sus factores, excepto una vez más perfeccionismo (P). Las asociaciones más importantes fueron con : bulimia (B) (r = 0.45) e ineficacia (IN) (r = 0.45) e

Preferencias alimentarias (PAL) también correlacionó con el total del EDI y todos sus factores, excepto motivación para adelgazar (MA) y desconfianza interpersonal (DI). No obstante los coeficientes de correlación observados fueron aunque significativos, poco relevantes: Fluctuaciones en el peso (FP) también se asoció con el total del EDI (r = 0.34) y sus factores, excepto perfeccionismo (P) y desconfianza interpersonal (DI). Respecto a las correlaciones presentes, sólo destacó lo observado con el factor: insatisfacción corporal (IC) (r = 0.35). Bulimia (B) y pérdida de control sobre la alimentación (PAL), se asoció con el total del EDI (r = 0.53) y todos sus factores, excepto perfeccionismo. Los coeficientes más relevantes fueron con: bulimia (B) (r = 0.62), identificación interoceptiva (II) (r = 0.40) e ineficacia (IN) (r = 0.39). Sentimientos negativos después de la sobreingesta (SNS) se asoció con el total del EDI (r = 0.59) y con todos EDI (r = 0.32) todos los factores excepto el perfeccionismo (P) siendo él mas relevante la inefectividad (IN) (r los factores, excepto el perfeccionismo (P). Conductas compensatorias (CCOM), se asocian con el total del = 0.43).

PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO ALIMENTARIO CON EL TOTAL DEL **EDI Y SUS FACTORES.**

	AM	<u>၁</u>	MM	8	=	Z		δ	TOTAL
C/Sintomatología	8.89	9.52	5.36	4.35	5.67	4.38	6.33	4.12	48.63
(n=107)	0.59	0.59	0.37	0.38	0.40	0.42	0.38	0.34	2.06
Control	3.05	4.73	3.09	0.82	2.09	1.27	5.75	2.78	23.74
(n=125)	0.28	0.42	0.23	0.15	0.25	0.17	0.28	0.30	1.07
Valor t	9.39	6.75	5.34	9.15	7.82	7.29	1.33	2.98	11.15
	**	**	**	1	#	#		•	**

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del EDI y sus factores del grupo con sintomatología y grupo control.

p < 0.01

Por otro lado, se realizó otra serie de comparaciones entre la nuestra detectada con sintomatología (grupo control) en cuanto a los tres instrumentos aplicados en la presente investigación (EDI, EAT Y BULIT)

En lo que corresponde al EDI (tabla 22), se observó que el grupo con sintomatología obtuvo puntajes factores: desconfianza interpersonal (DI) – en donde la probabilidad fue menor (p \leq 0.01)- y el perfeccionismo (P), en el que no hubo diferencia significativa entre los grupos con sintomatología y el control.

BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO ALIMENTARIO CON EL TOTAL DEL EAT Y SUS FACTORES.

	IQ	BUYPC	8	TOTAL	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PPYEA	သ
C/Sintomatología	11.82	3.87	3.58	27.63	6.6	1.69	2.98	1.06	3.18		
(n=107)	0.76	0.33	0.37	1.40	4.0	0.20	0.27	0.17	0.18	0.22	0
Control	3.00	0.38	2.09	11.10	1.97	0.46	0.18	96.0	2.05		0
(n=125)	0.32	0.09	0.19	0.52	0.23	0.09	0.05	0.08	0.12	0.12	0
Valor t	11.24	10.98	3.68	11.68	9.64	5.86	10.78	3.78	5.29	5.06	B
,	•	*	•	*	*	*	*	*	•	*	

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del EAT y sus factores del grupo con sintomatología y grupo control.

DX 0.0001

(1979) así como en los de Alvarez (en prensa) y en el puntaje total (tabla 23), que el grupo con sintomatología de trastorno alimentario presentó puntuaciones significativamente mayores a las del grupo control (p < Para el caso del EAT (tabla 23), se observó que tanto en los factores propuestos por Garner y Garfinkel

PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO ALIMENTARIO CON EL TOTAL DEL **BULIT Y SUS FACTORES.**

	SOB	SN	NOM	PAL	FP	TOTAL	SYPCAL	SNS	CCOM
C/Sintomatología	31.89	31.33			6.37	95.07		22.59	8.8
(n=107)	0.73	0.53			0.15	1.31			0.30
Control	19.57	19.14	6.72	5.77	4.65	80.18			3.97
(n=125)	0.42	0.44		0.17	0.14	0.88	0.45	0.34	0.12
Valort	15.23	17.72	12.66	2.86	8.39	22.67			9.19
	*	*	*	•	•	#			\$

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del BULIT y sus factores del grupo con sintomatología y grupo control.

p ≤ 0.001

Respecto al BULIT (tabla 24), también el grupo con sintomatología de trastorno alimentario presentó puntuaciones promedio significativamente mayores que el grupo control en el total del BULIT, en los cinco factores propuestos por Smith y Thelen (1984) y en los tres propuestos por Alvarez (en prensa).