

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
ESPECIALIDAD EN NUTRICION COMUNITARIA



**ANOREXIA O BULIMIA Y FACTORES DE RIESGO EN
RESIDENTES DE UNA UNIVERSIDAD**

TESIS

**PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
CON ESPECIALIDAD EN NUTRICION COMUNITARIA**

PRESENTAN

**ING. ALMA ROSA ESCARRIA RODRIGUEZ
LIC. NUT. MONICA HARO HARB**

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 2000

TM

RC552

.A5

E83

2000

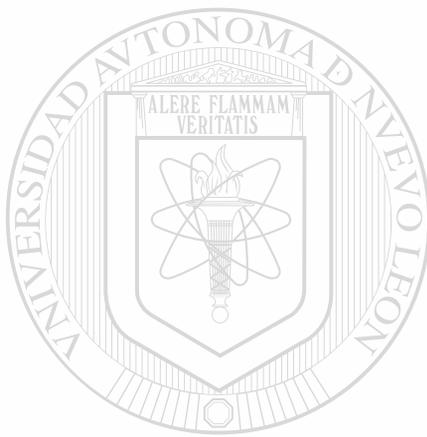
c.1



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA



1080093394



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

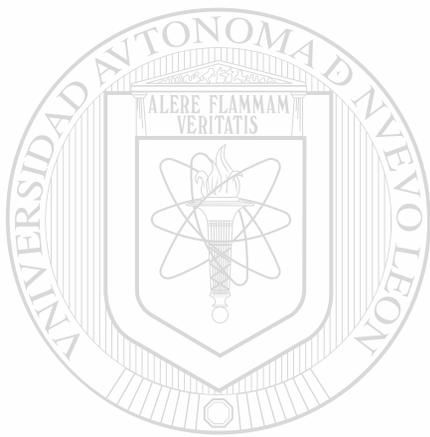
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION

SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

ESPECIALIDAD EN NUTRICION COMUNITARIA



**ANOREXIA O BULIMIA Y FACTORES DE RIESGO EN
RESIDENTES DE UNA UNIVERSIDAD**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

TESIS

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
**PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
CON ESPECIALIDAD EN NUTRICION COMUNITARIA**

PRESENTAN

ING. ALMA ROSA ESCARRIA RODRIGUEZ

LIC. NUT. MONICA HARO HARB

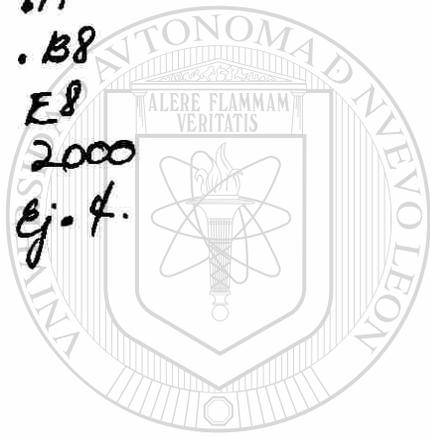
MONTERREY, NUEVO LEON.

ENERO DEL 2000

TM
RC552
.A5
E83
2000

8382

TM
RC552
.A5
.B8
E8
2000
ej. 4.



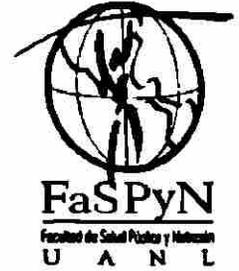
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL FONDO BIBLIOTECAS
TESIS MAESTRIA

®



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN

SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

TESIS

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO

DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

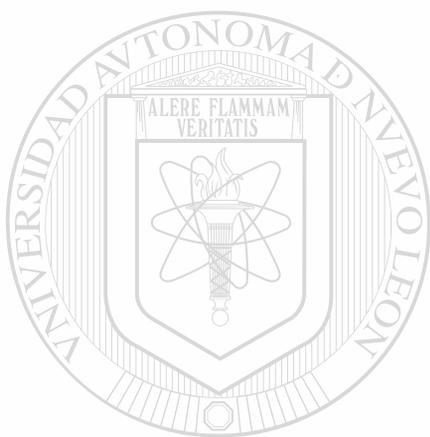
CON ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

ANOREXIA O BULIMIA Y FACTORES DE RIESGO EN

RESIDENTES DE UNA UNIVERSIDAD

MONTERREY, NUEVO LEÓN.

ENERO DEL 2000



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

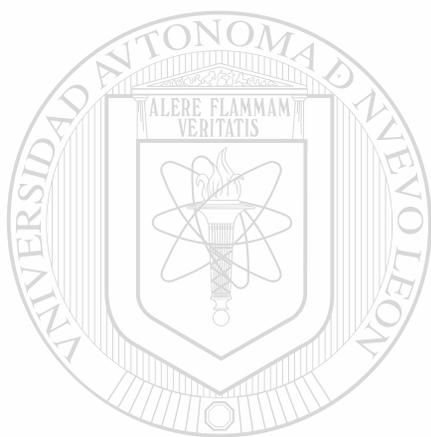
AUTORES

ING. ALMA ROSA ESCARRIA RODRÍGUEZ.

LIC. NUT. MÓNICA HARO HARB.



BIBLIOTECA • HEMEROTECA



UANL

ASESOR

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

LIC. NUT.MANUEL LÓPEZ-CABANILLAS LOMELÍ.MBA.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CONSULTORES

LIC. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON.

DRA. ROSALIA VÁZQUEZ AREVALO.



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

Monterrey, N.L., Enero 12 del 2000

Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP.
Subdirector de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL
Presente.-

Me permito informarle que he concluído mi asesoría de la tesis titulada
**"Anorexia o Bulimia y Factores de Riesgo en Residentes de una
Universidad"** para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública con
Especialidad en Nutrición Comunitaria, a fin de que sea turnado al Comité de
Tesis para la revisión y aprobación en su caso.

Sin otro particular, me es grato extender la presente.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente,


Lic. Nut. Manuel López Cabanillas Lomeli, MBA.
Asesor



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

APRUEBO

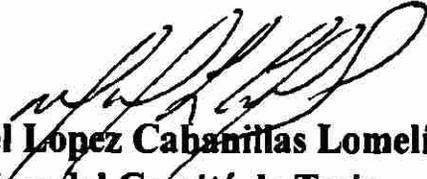
la tesis titulada "Anorexia o Bulimia y Factores de Riesgo en Residentes de una Universidad", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Atentamente,
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Monterrey, N.L., 12 de enero del 2000.

"Alere Flammam Veritatis"


Lic. Nut. Manuel Lopez Cabanillas Lomeli, MBA
Miembro del Comité de Tesis

Miembro de:
ALAESP
AMESP
AMMFEN
FLASANYD



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

A PROBAR.

la tesis titulada "Anorexia y Bulimia y factores de riesgo en residentes de una Universidad", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente,

Monterrey, N.L., 8 de febrero de 2000.

"Alere Flammam Veritatis"

**Lic. Nut. Luz Natalia Berrún de Tamez, MSP
Miembro del Comité de Tesis**

Miembro de:
ALAESP
AMESP
AMMFEN
FLASANYD



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

APRUEBO

la tesis titulada "Anorexia y Bulimia y factores de riesgo en residentes de una Universidad", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Nutrición Comunitaria.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente,
Monterrey, N.L., 8 de febrero de 2000.

"Alere Flammam Veritatis"


Dr. en Ciencias Pedro César Cantú Martínez
Miembro del Comité de Tesis

Miembro de:
ALAESP
AMESP
AMMFEN
FLASANYD



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

EL UNIVERSO ES MI CAMINO.

EL AMOR ES MI LEY.

LA PAZ ES MI REFUGIO.

LA EXPERIENCIA ES MI ESCUELA.

EL OBSTÁCULO ES MI LECCIÓN.

LA DIFICULTAD ES MI ESTÍMULO.

EL DOLOR ES MI CONSEJO.

EL TRABAJO ES MI BENDICIÓN.

EL EQUILIBRIO ES MI ACTITUD.

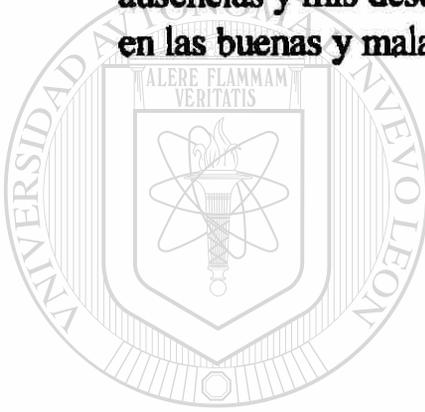
LA PERFECCIÓN ES MI DESTINO.

GUILLERMO TOLENTINO.

DEDICATORIAS

A DIOS por darnos los regalos mas maravillosos que son la vida y la salud.

A mi ESPOSO Y MI HIJO Felipe y Eugenio, a quienes amo por sobre todas las cosas, por caminar conmigo de la mano en cada momento de mis estudios soportando mis ausencias y mis descuidos, apoyándome en las buenas y malas.



A mis PADRES Dr. Ramiro y Sra. Cler, quienes amo y respeto, que me dieron la oportunidad y todo el apoyo para realizar el deseo de obtener mi estudio de posgrado, pues siempre han estado conmigo en cada momento de mi vida.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

A mis SUEGROS Carlos y Argelia por motivarme en momentos críticos y cuidarnos a mí y a mi familia con amor y cariño.

A mi AMIGA Y COMPAÑERA de tesis Alma, por pasar conmigo esfuerzos, angustias y desvelos, estar juntas en las buenas y en las malas y por preocuparse por mí. La quiero y admiro ya que es una gran amiga.



A mis **HERMANOS** Silvia, Angelique, Ramiro, Cler y Claudia que quiero mucho por ser un ejemplo para mí, por aconsejarme y cuidarme en cada momento.

A mis **AMIGOS Y COMPAÑEROS** de escuela, por hacer agradable cada momento de la escuela y aconsejarme en momentos de desesperación cuando lo necesité.



A mis **MAESTROS Y ASESORES** por ser mis amigos y además enseñarme lo importante del estudio y lo importante en la vida para llegar a ser un buen maestro.

A mis **AMIGOS** de quienes he recibido todo el apoyo y cariño, quienes me han ayudado y han estado conmigo en cada momento de mi vida con una palabra de amor y de aliento.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A todas las personas que he olvidado y que me brindaron su cariño y su apoyo para ver realizado mi sueño.

Que Dios les bendiga a todos como a mí, por tenerlos en mi camino ya que sin ustedes la vida no sería importante y no tendría color ni sabor.

MÓNICA HARO HARB.

DEDICATORIAS

A ***DIOS*** nuestro Señor por todas las bendiciones que he recibido de tí, por guiar mis pasos y caminar junto a mí. Por darme tu fortaleza para cumplir cada una de mis misiones.

A mi ***ESPOSO*** José Manuel a quien amo, dedico este trabajo en especial por todo el amor que me ha ofrecido y demostrado en cada momento; por ser mi apoyo y fortaleza, por enseñarme como ser paciente, optimista y dejar huella en todo lo que he realizado.



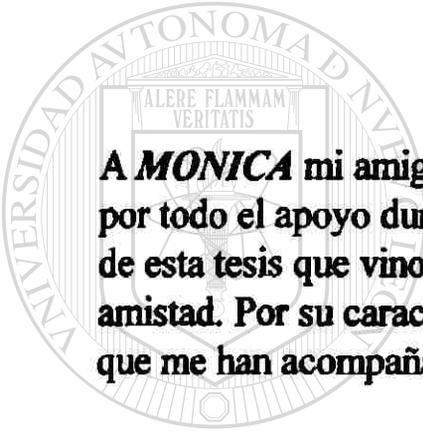
A mis ***HIJAS*** Andrea Paola y Daniela, que con sus lindas caritas iluminaron mis noches de desvelos y fueron mi inspiración. Con todo mi amor les dedico mi trabajo para que estén orgullosas de su mamá como yo lo estoy de ellas.

A mis ***PADRES*** Dr. Saúl y Sra. Julia, que me han dado la mejor herencia que unos padres pueden dejar a sus hijos como son su amor, ejemplo y mi formación profesional. Gracias por motivarme a superarme día tras día.



A mis **HERMANAS** Vilma y Sandra les agradezco el ejemplo de superación, esfuerzo y tenacidad. Por la unión que tenemos, el amor y el apoyo incondicional.

A **GEORGINA** por ser una amiga y luz en mi camino; por su orientación y generosidad al compartir sus conocimientos y experiencias.



A **MONICA** mi amiga y compañera por todo el apoyo durante la elaboración de esta tesis que vino a reforzar nuestra amistad. Por su carácter y sus buenos sentimientos que me han acompañado durante este tiempo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A mi **SUEGRA** Guadalupe a quien admiro y respeto por apoyarme y cuidar de mi familia con amor y cariño.

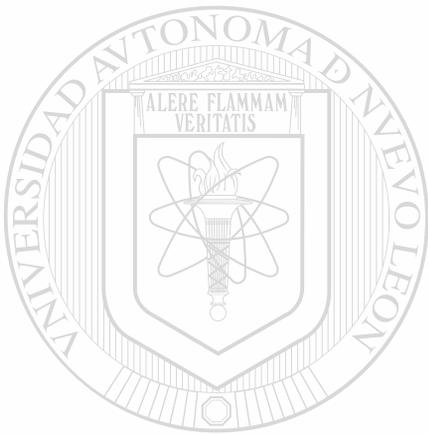
A mis **COMPAÑEROS Y AMIGOS** del trabajo ya que ustedes siempre me animaron y apoyaron en cada momento.

ALMA ROSA ESCARRIA RODRÍGUEZ.

AGRADECIMIENTOS

Lic. Nut. Elizabeth Solís. MSP.

Gracias por su apoyo y su dedicación
para que los egresados de ésta facultad
llevemos en alto el nombre de la Institución.



Dr. Esteban G. Ramos Peña. MSP.

Gracias por ayudarnos y aconsejarnos
durante nuestra formación y durante la
elaboración de nuestra tesis.

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Lic. Nut. Manuel López-Cabanillas Lomelí. MSP.

Nuestro agradecimiento y admiración por su apoyo
y preocupación, y por habernos dado su valiosa asesoría
ya que con sus conocimientos y experiencia hemos
podido concluir este trabajo de tesis.
Valoramos su amistad y comprensión.



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

A nuestros consultores Dra. Rosalia Vázquez Arevalo y en especial a la Lic. Georgina L. Alvarez Rayón.

Nuestro cariño y agradecimiento por su paciencia y dedicación, por confiar en nosotras y en nuestra investigación y proporcionarnos su experiencia y conocimiento además de toda su información, que nos llevó a poder concluir esta tesis que ha sido para nosotros un sueño hecho realidad.

La admiramos por ser una persona sencilla, humilde y por preocuparse por la juventud que padece estos problemas y ayudar a nuestro país con sus investigaciones.

A las autoridades, prefectos y residentes de la Institución Educativa.

Nuestro especial agradecimiento ya que sin su apoyo y colaboración no hubiéramos podido llevar a cabo la aplicación de nuestra investigación.

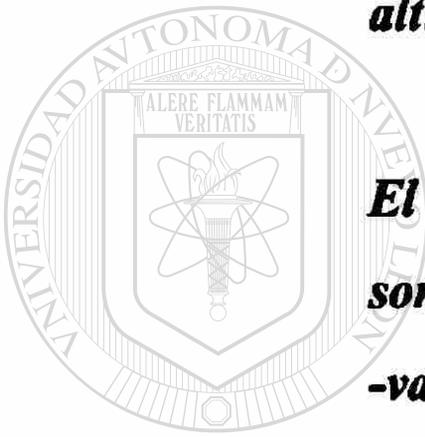
Por su apertura y preocupación siendo este su primer paso para mejorar la salud de su población estudiantil.

Lic. Nut. Luz Natalia Berrún. MSP. y Dr. en Ciencias Pedro Cesar Cantú M.
Agradecemos sus valioso interés por la investigación y sus oportunas observaciones para enriquecer nuestra tesis.

A nuestros amigos Lic. Joaquín Mayo C., Lic. Edith Casim M. MA. y Ernesto Martínez A.
Por su tiempo y desinteresada participación en la elaboración y presentación de nuestra tesis.



“La mejor escuela será entonces aquella que da a sus alumnos al mismo tiempo hondas raíces para que se mantengan firmes y alas fuertes para que alcancen las alturas “



El mejor hombre y la mejor mujer son quienes tienen hondas raíces -valores, principios, actitudes- que los mantienen firmes y alas fuertes -conocimientos, experiencias, innovación, espíritu emprendedor- para que alcancen las alturas a las que aspiran.

Ing. Ramón de la Peña Manrique.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

I. EL PROBLEMA A INVESTIGAR 1

1. Delimitación del Problema 1

2. Justificación 1

3. Objetivos 6

II. MARCO TEÓRICO 8

III. HIPÓTESIS 26

1. Desarrollo 26

2. Estructura 26

3. Operacionalización 27

IV. DISEÑO	40
1. Metodológico	40
1.1 Tipo de Estudio	40
1.2 Unidades de Observación	40
1.3 Temporalidad	40
1.4 Ubicación Espacial	40
1.5 Criterios de Inclusión, Exclusión, No Inclusión	41
2. Estadístico	42
2.1 Marco Muestral	42
2.2 Tamaño Muestral	42
2.3 Tipo de Muestreo	42
2.4 Análisis Estadístico	43
3. Calendarización	44
V. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	45
VI. RESULTADOS	50

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS 91

VIII. CONCLUSIONES 97

IX. SUGERENCIAS 103

X. BIBLIOGRAFÍA 106

XI. ANEXOS 112

1. Definición de Términos y Conceptos 112

2. Cuestionarios y Hojas de Respuesta EDI, EAT y BULIT 117

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN COMUNITARIA

Título: Anorexia o Bulimia y factores de riesgo en residentes de una Universidad.

Autores: Ing. Alma Rosa Escarria Rodríguez.

Lic. Nut. Mónica Haro Harb.

Asesor: Lic. Nut. Manuel López-Cabanillas Lomelí.

En México actualmente la ocurrencia de trastornos alimentarios con mayor frecuencia se presenta entre nuestros jóvenes ya que se encuentran más influenciados por los medios de información y las exigencias de la sociedad. El objetivo del presente estudio es identificar su prevalencia en estudiantes residentes entre 16 a 26 años y los factores de riesgo característicos en esta población. Para lo cual se aplicaron los instrumentos EDI (inventario de desórdenes alimentarios), EAT (actitudes hacia la alimentación) y BULIT (bulimia) a 339 alumnos conformados por 222 mujeres y 117 hombres. Para el análisis estadístico se utilizó el sistema computacional SPSS y se aplicaron porcentajes, prueba T, anova y análisis de correlación.

Los resultados que se obtuvieron fueron que el 31.6% de la población presentó sintomatología de trastorno alimentario siendo 14 casos de anorexia (4.1%), 54 casos de bulimia (15.9%), 39 casos de anorexia-bulimia (11.5%) y 232 casos sin sintomatología (68.4%). La sintomatología de trastorno alimentario estuvo más presente en el rango de menor edad de 16-20 años (23.3%) en comparación con el rango de edad de 21-26 años (8.0%). Los factores que caracterizaron a los hombres fueron el miedo a madurar, conductas compensatorias y sobreingesta, y en cuanto a las mujeres la motivación por adelgazar, insatisfacción con la imagen corporal, restricción alimentaria, preocupación por la comida, obsesiones y compulsiones y los sentimientos negativos a la sobreingesta.

Por lo tanto se concluye que la prevalencia en esta población cautiva fue significativamente alta siendo las mujeres una población de alto riesgo ya que presenta una mayor gama de factores asociados a los trastornos de la alimentación. Los resultados obtenidos son una aportación para conocer la prevalencia a nivel nacional, para futuras investigaciones y para tomar medidas de prevención y tratamiento de los desórdenes alimentarios en nuestra población

INTRODUCCIÓN

La Anorexia y la Bulimia son trastornos de la alimentación debido a alteraciones psicológicas que afectan la conducta de ingesta a nivel mundial y la prevalencia de ésta enfermedad ha estado aumentando desde la década de los ochenta. En estudios realizados en los Estados Unidos han determinado que la prevalencia de Anorexia es del 1% al 4% en mujeres estudiantes de preparatoria y profesional de clase media, media-alta y alta, además se han encontrado en países como Inglaterra con una frecuencia de .02% en la población general y del .1% en mujeres entre 15 a 29 años de edad.

En Noruega la prevalencia de Anorexia Nerviosa en 1995 fue de 5.7% en mujeres adolescentes y de .8% en hombres.

En Japón la prevalencia fue de .2% en las zonas urbanas y de .05% en las zonas rurales.

La frecuencia de la Bulimia es más alta que la de la Anorexia Nerviosa. En Norte América las prevalencias van desde un 3% hasta un 19% en estudiantes universitarios.

En Italia los últimos estudios realizados reflejan una prevalencia de .5% de Bulimia. En América Latina, países como Argentina y Venezuela han

empezado a investigar el impacto de la Anorexia y Bulimia en su población, donde se ha encontrado que en la capital de Argentina la frecuencia de Bulimia es muy alta pero aún no se mencionan cifras exactas.

Actualmente en México se encuentran cada vez más casos con trastornos alimentarios y ya se cuenta con investigaciones como las realizadas por Mancilla, Manríquez, Mercado, Román y Alvarez (25) en donde valoraron la ocurrencia de trastornos alimentarios en una población de estudiantes de sexo femenino mexicana ($n=527$), de la UNAM-Campus Iztacala. Encontrando 44 casos de trastorno alimentario (8.3%), de los cuales 26 pertenecían a anoréxicas (4.9%), 17 a bulímicas (3.2%) y sólo un caso a anoréxica-bulímica (1.8%)

La presente investigación se realizó con el objetivo de saber si existe la Anorexia o Bulimia en estudiantes residentes en dormitorios de una universidad con edades entre 16 a 26 años de nivel socioeconómico medio, medio-alto y alto de la ciudad de Monterrey, Nuevo León; ya que las características de esta población en cuanto al rango de edades, nivel socioeconómico y el hecho de vivir lejos del ambiente familiar además de tener la libertad de tomar sus decisiones, pueden estar relacionadas con alguno de éstos trastornos.

Este estudio se llevó a cabo mediante 3 instrumentos de encuesta directa como son: Test de Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) de Garner, Olmstead y Polivy 1983 el cual refleja los factores de riesgo de la población con trastorno alimentario, Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT) de Garner y Garfinkel 1979 , el cual ayuda a detectar la sintomatología de Anorexia y el Test de Bulimia (BULIT) de Smith y Thelen 1984, detecta a la población con sintomatología de Bulimia..

El EAT y BULIT son instrumentos únicamente de tamizaje por el cual solamente se puede observar una posible presencia del trastorno alimentario ya que solo da sintomatología del trastorno.

Los instrumentos de EAT y BULIT fueron respaldados por la validación de estos cuestionarios en población Mexicana realizada por Alvarez en prensa.

Se contó con el apoyo de los directivos de las residencias de la Universidad al igual que el personal que trabaja para la misma.

Con los resultados de esta investigación esperamos sirva a futuros estudios epidemiológicos, programas de ayuda o de vigilancia epidemiológica que puedan ser aplicados en cualquier institución educativa y de esta forma poder contribuir con nuestra comunidad.

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 arrojan 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 esta 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.

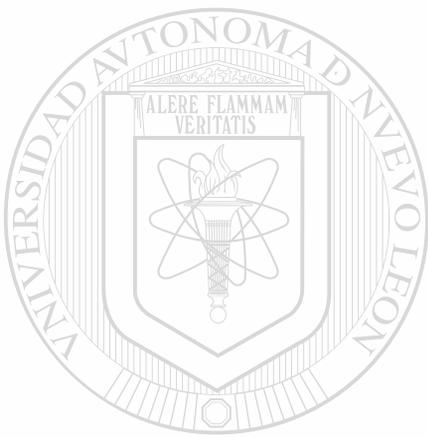
2. Determinar que prevalencia es más representativa entre los dos desórdenes alimentarios Anorexia o Bulimia.

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.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 en 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

trastornos psicológicos que comportan graves anomalías en el 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



que es difícil 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:**

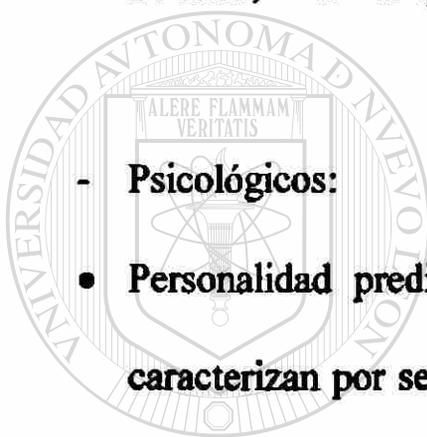
- **Género:** En donde el 95% de los pacientes que padecen Anorexia Nervosa y Bulimia son mujeres, la mayoría de los casos en hombres (5%) están asociados con tendencias homosexuales.
- **Edad:** La Anorexia Nerviosa habitualmente se presenta entre los 15 y los 26 años, mientras que la Bulimia se presenta 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).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

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 aumentando 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 psiquiátrico 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 socioeconómico alto tiene mayor prevalencia de anorexia entre jóvenes de 16 años 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

La Bulimia es dos veces más frecuente que la Anorexia Nerviosa, y ambas aumentan día tras día sencillamente porque cada vez hay más personas que, con la intención de verse más delgadas, restringen lo que comen (36), como en Australia se han reportado prevalencias hasta del 13 % en mujeres adolescentes o jóvenes; en Norteamérica las prevalencias van desde el 3% hasta un 19% en estudiantes universitarias (22,29).



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 tópic de psicopatología, 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 en áreas 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 número 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 paradójico 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%).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 o cambios cada vez más drásticos en la dieta que incluyen, a decir de la persona, alimentos que “no

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 fisioterapeuta), 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 desorden 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 auto percepción 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.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE MEDICIÓN
ANOREXIA Y BULIMIA	Indirectos	Encuesta EDI	<p>1. Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc) sin sentirme nerviosa.</p> <p>12. Pienso que mi estómago es demasiado grande.</p> <p>15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.</p> <p>17. Confío en los demás.</p> <p>19. Me siento satisfecho con la forma de mi cuerpo.</p> <p>20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo control.</p> <p>22. Prefiero ser adulto que niña.</p> <p>23. Me comunico fácilmente con los demás.</p> <p>26. Puedo identificar claramente las emociones que siento.</p> <p>30. Tengo amistades íntimas.</p> <p>31. Me gusta la forma de mis pompas o glúteos.</p> <p>37. Me siento segura de sí misma.</p> <p>39. Me siento feliz de ya no ser una niña.</p> <p>42. Pienso que puedo alcanzar mis metas.</p> <p>50. Pienso que soy una persona útil.</p> <p>55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.</p> <p>57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales.</p> <p>58. El convertirme en adulta ha sido lo mejor de mi vida.</p> <p>62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.</p>	<p>Siempre= 0</p> <p>Casi siempre= 0</p> <p>Bastantes veces = 0</p> <p>Algunas veces = 1</p> <p>Casi nunca = 2</p> <p>Nunca= 3</p>	Ordinal
ANOREXIA BULIMIA	Directos	Encuesta EDI	<p>2. Pienso que mi estómago es demasiado grande.</p> <p>3. Me gustaría poder regresar a la seguridad de mi infancia.</p> <p>4. Como, cuando estoy disgustada.</p> <p>5. Me atraco de comida.</p> <p>6. Me gustaría tener menos edad.</p> <p>7. Pienso en seguir una dieta.</p>	<p>Nunca= 0</p> <p>Casi nunca = 0</p> <p>Algunas veces = 0</p> <p>Bastantes veces = 1</p> <p>Casi siempre = 2</p> <p>Siempre = 3</p>	Ordinal

VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE MEDICIÓN
ANOREXIA BULIMIA	Directos	Encuesta EDI	<p>8. Me asusto cuando mis sensaciones/ sentimientos son demasiados intensos.</p> <p>9. Pienso que mis piernas son demasiado anchas.</p> <p>10. Me siento inútil como persona.</p> <p>11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso.</p> <p>13. Mi familia sólo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de lo habitual.</p> <p>14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño.</p> <p>16. Me aterroriza ganar peso.</p> <p>18. Me siento sola en el mundo.</p> <p>21. Me siento confundida ante las emociones que siento.</p> <p>24. Me gustaría ser otra persona.</p> <p>25. Exagero a menudo la importancia del peso.</p> <p>27. Me siento inadaptada.</p> <p>28. Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo parar de hacerlo.</p> <p>29. Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros.</p> <p>32. Me preocupa el deseo de estar más delgada.</p> <p>33. No sé lo que está pasando dentro de mí.</p> <p>34. Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás.</p> <p>35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes.</p> <p>36. Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor.</p> <p>38. Pienso en comer en exceso.</p> <p>40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no.</p> <p>41. Tengo una pobre opinión de mí misma.</p> <p>43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.</p> <p>44. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control.</p> <p>45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.</p>	<p>Nunca = 0</p> <p>Casi nunca = 0</p> <p>Algunas veces = 1</p> <p>Bastantes veces = 1</p> <p>Casi siempre = 2</p> <p>Siempre = 3</p>	Ordinal

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



VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE MEDICIÓN
ANOREXIA Y BULIMIA	Indirectos	Encuesta EAT	<p>1. Me gusta comer con otras personas.</p> <p>18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.</p> <p>19. Disfruto comiendo carne.</p> <p>23. Tengo la menstruación regular.</p> <p>27. Disfruto comiendo en restaurantes.</p> <p>39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas</p>	<p>Bastantes veces = 0</p> <p>Casi siempre = 0</p> <p>Siempre = 0</p> <p>Algunas veces = 1</p> <p>Casi nunca = 2</p> <p>Nunca = 3</p>	Ordinal
	Directos	Encuesta EAT	<p>2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como</p> <p>3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.</p> <p>4. Me da miedo pesar demasiado.</p> <p>5. Procuro no comer aunque tenga hambre.</p> <p>6. Me preocupo mucho por la comida.</p> <p>7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendome que era incapaz de parar de comer.</p> <p>8. Corto mis alimentos en pequeños trozos.</p> <p>9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.</p> <p>10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.Ej. Pan, arroz, papas, etc.).</p> <p>11. Me siento llena después de las comidas.</p> <p>12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.</p> <p>13. Vomito después de haber comido.</p> <p>14. Me siento muy culpable después de comer.</p> <p>15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.</p> <p>16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.</p> <p>17. Me peso varias veces al día.</p> <p>20. Me levanto pronto por las mañanas.</p> <p>21. Cada día como los mismos alimentos.</p> <p>22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.</p> <p>24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.</p> <p>25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.</p> <p>26. Tardo en comer más que las otras personas.</p> <p>28. Tomo laxantes (purgantes).</p> <p>29. Procuro no comer alimentos con azúcar.</p>	<p>Nunca = 0</p> <p>Casi nunca = 0</p> <p>Algunas veces = 0</p> <p>Bastantes veces = 1</p> <p>Casi siempre = 2</p> <p>Siempre = 3</p>	Ordinal

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

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE MEDICIÓN
ANOREXIA Y BULIMIA	Directos	Encuesta BULIT	<p>1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente lleno(a) (atrascándote)?</p> <p>2. Estoy satisfecho(a) con mis hábitos alimentarios.</p> <p>6. ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?</p> <p>10. ¿En qué grado estás preocupado por comer entre comidas?</p>	<p>a) Una vez al mes o menos = 1 b) 2-3 veces al mes = 2 c) Una vez o dos a la semana = 3 d) 3-6 veces a la semana = 4 e) Una vez al día o más = 5</p> <p>a) De acuerdo = 1 b) Neutral = 2 c) Un poco en desacuerdo = 3 d) En desacuerdo = 4 e) Muy en desacuerdo = 5</p> <p>a) Siempre o la mayoría de las veces = 1 b) Muchas veces = 2 c) Ocasionalmente = 3 d) Raramente = 4 e) Nunca = 5</p> <p>a) No como entre comidas = 1 b) Me preocupa un poco = 2 c) Preocupación moderada = 3 d) Gran preocupación = 4 e) Probablemente es la mayor preocupación de mi vida = 5</p>	Ordinal



VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE MEDICIÓN
ANOREXIA Y BULIMIA	Directos	Encuesta BULIT	16. ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?	a) No como entre comidas = 1 b) Me siento bien = 2 c) Me siento moderadamente molesto(a) conmigo mismo (a) = 3 d) Me siento bastante molesto(a) conmigo mismo(a) = 4 e) Me odio = 5	Ordinal
			19. He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.	a) No en el año pasado = 1 b) Una vez en el año pasado = 2 c) 2-3 veces en el año pasado = 3 d) 4-5 veces en el año pasado = 4 e) Más de 5 veces en el año pasado = 5	
			22. Comparado con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:	a) Mayor que la capacidad de otros = 1 b) Más o menos la misma = 2 c) Menor = 3 d) Mucho menor = 4 e) No tengo ningún control = 5	
			23. Uno de tus mejores amigos(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?	a) Bien, contento de haber probado ese nuevo restaurante = 1 b) Un poco arrepentido por haber comido tanto = 2 c) Algo decepcionado conmigo mismo(a) = 3 d) Molesto conmigo mismo(a) = 4 e) Totalmente disgustado conmigo mismo(a) = 5	

VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE MEDICIÓN
ANOREXIA Y BULIMIA	Directos	Encuesta BULIT	30. ¿Con qué frecuencia vomitas después para perder peso?	<ul style="list-style-type: none"> a) Nunca = 1 b) Una vez al mes = 2 c) 2-3 veces al mes = 3 d) Una vez a la semana = 4 e) 2 o más veces a la semana = 5 	Ordinal
ANOREXIA Y BULIMIA	Indirectos	Encuesta BULIT	3. ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podrías explotar?	<ul style="list-style-type: none"> a) Prácticamente cada vez que como = 5 b) Muy frecuentemente = 4 c) A menudo = 3 d) Algunas veces = 2 e) Rara vez o nunca = 1 	Ordinal
			4. ¿Te autodenominarías actualmente un tragón?	<ul style="list-style-type: none"> a) Sí, siempre = 5 b) Sí, frecuentemente = 4 c) A menudo = 3 d) Alguna vez = 2 e) Nunca = 1 	
			5. Prefiero comer:	<ul style="list-style-type: none"> a) En casa solo = 5 b) En casa con otros = 4 c) En un restaurante = 3 d) En casa de un amigo = 2 e) Me da igual = 1 	
			8. Como hasta sentirme demasiado(a) cansado(a) para continuar comiendo.	<ul style="list-style-type: none"> a) Por lo menos una vez al día = 5 b) 3-6 veces por semana = 4 c) De 1-2 veces por semana = 3 d) 2-3 veces al mes = 2 e) Una vez al mes o nunca = 1 	

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

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

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

VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	ITEMS	RANGOS	TIPO DE MEDICIÓN
ANOREXIA Y BULIMIA	Indirectos	Encuesta BULIT	29. Me siento deprimido(a) inmediatamente despues de comer demasiado.	a) Siempre = 5 b) Frecuentemente = 4 c) Algunas veces = 3 d) Rara vez o nunca = 2 e) No como demasiado = 1	Ordinal
			31. Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?	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	
			31. Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?	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 = 1	
			32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?	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	

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

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.



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

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 Álvarez (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 $p \geq 30$ y Alvarez en prensa $p \geq 28$),

el **BULIT** (Smith y Thelen 1984 $p \geq 102$ y Alvarez en prensa $p \geq 85$) 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

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS RESIDENTES SEGÚN SEXO Y EDAD.

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. * $p \leq 0.0001$

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Se encontraron diferencias significativas ($p \leq 0.0001$), 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).

TABLA 2

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

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

Punto de corte EAT ($p \geq 28$), BULIT Álvarez ($p \geq 85$).

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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



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%).

TABLA 5**RESIDENTES CON PRESENCIA O AUSENCIA DE TRASTORNO ALIMENTARIO ESPECÍFICO SEGÚN SEXO.**

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

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 fue la de anorexia (0.3%). Por otro lado entre las mujeres la más frecuente fue la sintomatología de anorexia y bulimia (8.8%), en tanto que la de anorexia estuvo menos presente (tabla 5).

TABLA 6**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 (n=79)	23.3
2. 21-26 años con sintomatología (n=27)	8.0
3. 16-20 años sin sintomatología (n=178)	52.5
4. 21-26 años sin sintomatología (n=55)	16.2

Al dividir a la población por dos rangos 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).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

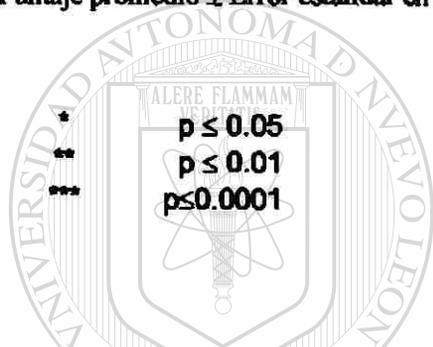


TABLA 7

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

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

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



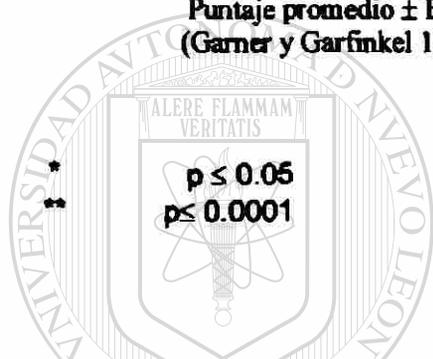
Se pudo observar que las mujeres presentaron significativamente mayor motivación para adelgazar (MA) e insatisfacción corporal (IC) ($p \leq 0.0001$), mientras que en los hombres se observó mayor miedo a madurar (MM) ($p \leq 0.0001$), bulimia (B) ($p \leq 0.01$) e identificación interoceptiva (II) ($p \leq 0.05$). 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).

TABLA 8

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 (n=117)	3.74 ± 0.42	1.45 ± 0.25	2.40 ± 0.24	14.74 ± 0.98
Femenino (n=202)	7.23 ± 0.50	1.55 ± 0.17	2.81 ± 0.21	17.86 ± 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).



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 ($p \leq 0.0001$). 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).

SEXO	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PYEA	CC	TOTAL
Masculino (n=117)	2.07 ± 0.25	0.64 ± 0.11	0.87 ± 0.18	0.73 ± 0.12	2.74 ± 0.12	1.51 ± 0.17	0.56 ± 0.13	14.74 ± 0.98
Femenino (n=222)	4.32 ± 0.29	1.04 ± 0.12	1.17 ± 0.15	0.51 ± 0.09	2.43 ± 0.12	1.46 ± 0.12	0.29 ± 0.06	17.87 ± 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).

*
**

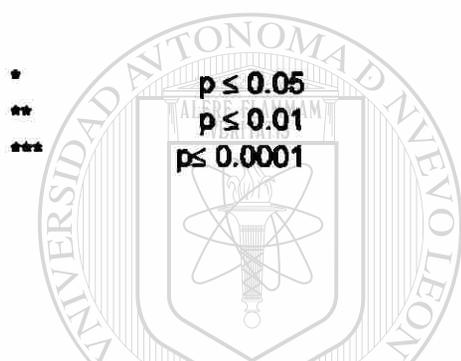
p ≤ 0.05
p ≤ 0.0001

Como se pudo observar, se confirma que la motivación para adelgazar (MA) ($p \leq 0.0001$), la evitación de alimentos engordantes (EVAL) (dieta o restricción alimentaria) y la sintomatología de anorexia- de acuerdo al puntaje total en el EAT ($p \leq 0.05$), 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 (n=117)	25.46 ± 0.73	22.55 ± 0.64	9.63 ± 0.37	5.86 ± 0.18	5.26 ± 0.18	74.97 ± 1.82
Femenino (n=222)	22.57 ± 0.55	23.65 ± 0.53	7.52 ± 0.21	5.89 ± 0.13	5.25 ± 0.11	69.76 ± 1.33
Valor t P	3.12 **	1.26	4.91 ***	0.13	0.04	2.31 *

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 ($p \leq 0.05$), y particularmente, la sobre ingesta (SOB) ($p \leq 0.01$) y la inducción al vómito ($p \leq 0.0001$). 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.



TABLA 11**RESIDENTES SEGÚN SEXO CON RESPECTO AL INSTRUMENTO BULIT Y SUS FACTORES DE RIESGO (PROPUESTO POR ALVAREZ, EN PRENSA).**

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

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

*
**

p ≤ 0.05
p ≤ 0.0001

U A N L

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 ($p \leq 0.05$), y específicamente, la sobreingesta y la conducta compensatorias, estuvieron más presentes en los hombres ($p \leq 0.0001$), en este caso se vió que los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SYPICAL) fueron mayores en las mujeres ($p \leq 0.05$).

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

GRUPOS	MA	IC	MM	B	II	IN	P	DI	TOTAL
1. Masculino 16-20 (n=97)	2.92	4.91	5.02	2.68	4.06	2.76	6.25	3.37	31.97
2. Masculino 21-26 (n=20)	0.31	0.42	0.38	0.34	0.40	0.38	0.34	0.31	1.87
3. Femenino 16-20 (n=154)	2.85	4.60	3.70	1.95	2.70	1.55	6.25	3.70	27.30
4. Femenino 21-26 (n=83)	0.67	1.11	0.59	0.67	0.60	0.52	0.60	1.03	3.66
Valor F P	6.04	7.37	3.68	1.67	3.07	2.26	5.75	3.07	32.88
Bonferroni	0.44	0.49	0.25	0.23	0.27	0.27	0.25	0.28	1.66
	5.97	7.46	2.70	1.54	2.68	2.00	5.71	2.84	31.25
	0.77	0.78	0.31	0.34	0.47	0.31	0.40	0.41	2.24
	10.18	5.30	7.08	2.72	2.45	1.15	0.65	0.50	0.53
	**	*	**						
	3 vs 2-1 4 vs 2	4-3 vs 2-1	1 vs 4-3						

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

*
**
p \leq 0.01
p \leq 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) ($p \leq 0.0001$) y la insatisfacción corporal (IC) ($p \leq 0.01$) estuvieron significativamente más presentes entre las mujeres que en los hombres, independientemente del grupo de edad, sin embargo, se vio que el miedo a madurar (MM) sólo fue significativamente mayor en el grupo de hombres de menor edad ($p \leq 0.0001$), respecto a los dos grupos de mujeres (tabla 12).

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

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

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

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.0001$

Como se puede observar en la tabla 13, se confirma que las mujeres presentaron mayor sintomatología anoréxica ($p \leq 0.05$) 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 ($p \leq 0.0001$).

TABLA 14

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

GRUPO	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PYEA	CC	TOTAL
1. Masculino 16-20 (n=97)	1.97	0.71	0.99	0.70	2.87	1.64	0.63	15.25
2. Masculino 21-26 (n=20)	0.26	0.13	0.21	0.13	0.13	0.19	0.15	1.14
3. Femenino 16-20 (n=154)	2.55	0.30	0.30	0.85	2.15	0.90	0.25	12.25
4. Femenino 21-26 (n=63)	0.65	0.13	0.16	0.27	0.32	0.33	0.18	1.46
Valor F P	4.41	1.01	1.22	0.40	2.46	1.35	0.35	17.85
Bonferroni	4.06	0.13	0.17	0.08	0.14	0.14	0.07	0.95
	0.58	1.13	1.05	0.81	2.35	1.71	0.14	17.89
	8.83	0.26	0.28	0.23	0.22	0.24	0.06	1.82
		2.06	1.20	2.29	2.20	1.56	2.87	2.07
	2-4 vs 1-2						1 vs 4	

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

* p ≤ 0.05

** p ≤ 0.0001

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

TABLA 15

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

GRUPOS	SOB	SN	VOM	PAL	FP	TOTAL
1. Masculino 16-20 (n=97)	25.84	22.27	9.71	5.90	5.21	75.08
	0.81	0.69	0.39	0.20	0.20	1.97
2. Masculino 21-26 (n=20)	23.60	23.90	9.25	5.70	5.50	74.45
	1.72	1.78	1.09	0.43	0.39	4.85
3. Femenino 16-20 (n=154)	22.77	23.96	7.50	6.00	5.18	70.26
	0.65	0.64	0.25	0.16	0.13	1.60
4. Femenino 21-26 (n=63)	22.06	22.86	7.59	5.62	5.41	68.49
	1.04	0.96	0.38	0.25	0.23	2.38
Valor F P	3.78 *	1.10	9.42 **	0.62	0.40	1.89
Bonferroni	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.

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.0001$

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 ($p \leq 0.0001$), independientemente de la edad.

Sin embargo, no fue así en lo que refiere a la sobreingesta, ya que ésta fue mayor únicamente en el grupo de los hombres de menor edad respecto a los dos grupos de mujeres ($p \leq 0.05$).

TABLA 16

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

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

Sin embargo, al realizar este análisis con los criterios para población mexicana (tabla 16), se observó que el factor sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación (SYPICAL) fue más frecuente en los 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 las mujeres de menor edad (p ≤ 0.001).



TABLA 17

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

	MA	IC	MM	BUL	II	IN	PE	DI	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	-0.06	-0.08	-0.10

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

- * $p \leq 0.05$
- ** $p \leq 0.01$
- *** $p \leq 0.0001$

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

TABLA 18

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

	DI	BUYPC	CO	TOTAL	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PYEA	CC
SEXO	0.24 **	0.02	0.07	0.12 *	0.27 **	0.12 *	0.07	-0.08	-0.09	-0.01	-0.12 *
EDAD	-0.03	-0.11 *	0.06	-0.04	-0.01	-0.02	-0.07	0.08	-0.06	0.03	-0.10

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

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.0001$

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) ($p \leq 0.0001$), 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) ($p \leq 0.0001$), evitación de alimentos engordantes (EVAL) y conductas compensatorias (CC) ($p \leq 0.05$).

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

TABLA 19

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

	SOB	SN	VOM	PAL	FP	TOTAL	SYPICAL	SNS	CCOM
SEXO	-0.17 **	0.07	-0.28 ***	0.01	0.00	-0.12 *	-0.24 ***	0.12 *	-0.22 ***
EDAD	-0.08	-0.06	-0.02	-0.05	0.09	-0.06	-0.07	-0.04	0.02

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

- * $p \leq 0.05$
- ** $p \leq 0.01$
- *** $p \leq 0.0001$

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 ($p \leq 0.05$).

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

EAT	EDI	MA	IC	MM	B	II	IN	P	DI	TOTAL
DI	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 *****	
CO	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 *****	0.09	0.04	0.16 **	0.19 *****	0.08	0.08	0.02	0.25 *****	
PRC	0.60 *****	0.42 *****	0.29 *****	0.67 *****	0.50 *****	0.49 *****	0.20 *****	0.25 *****	0.69 *****	
PRS	0.10	0.00	0.14 *	0.13 *	0.23 *****	0.21 *****	0.07	0.08	0.17 ***	
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 *****	-0.04	0.24 *****	0.28 *****	
CC	0.23 *****	0.18 ***	0.32 *****	0.37 *****	0.37 *****	0.45 *****	0.08	0.19 *****	0.42 *****	

* $p \leq 0.05$
** $p \leq 0.01$
*** $p \leq 0.001$
**** 0.0001

En lo que refiere al total del EDI, se observó que éste correlacionó de manera poderosa con el total del EAT ($r = 0.64$, $p \leq 0.0001$). 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:

Dieta (DI) correlacionó con todos los factores del EDI y su total, destacándose en este caso las referentes a: total de EDI ($r = 0.62$), motivación para adelgazar (MA) ($r = 0.81$), bulimia (B) ($r = 0.44$), insatisfacción 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 interoceptiva (II) ($r = 0.50$).

Control oral (CO) se asoció únicamente con el total del EDI ($r = 0.17$), y sus factores: identificación interoceptiva (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 correlación 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 señalar 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) ($r = 0.37$).



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	IC	MM	B	II	IN	P	DI	TOTAL
BULIT									
SOB	0.32 ****	0.39 ****	0.32 ****	0.65 ****	0.40 ****	0.41 ****	0.11 *	0.23 ****	0.56 ****
SN	0.62 ****	0.52 ****	0.30 ****	0.49 ****	0.43 ****	0.39 ****	0.07	0.18 ****	0.63 ****
VOM	0.17 **	0.24 ****	0.34 ****	0.45 ****	0.36 ****	0.43 ****	-0.01	0.21 ****	0.42 ****
PAL	0.08	0.14 *	0.12 *	0.20 ****	0.15 **	0.13 *	0.11 *	0.03	0.19 ****
FP	0.26 ****	0.27 ****	0.16 **	0.24 ****	0.23 ****	0.35 ****	0.04	0.09	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	0.21 ****	0.53 ****
SNS	0.63 ****	0.47 ****	0.27 ****	0.45 ****	0.40 ****	0.35 ****	0.07	0.13 *	0.59 ****
CCOM	0.11 *	0.18 ****	0.29 ****	0.28 ****	0.30 ****	0.43 ****	-0.07	0.17 **	0.32 ****

* p ≤ 0.05
 ** p ≤ 0.01
 *** p ≤ 0.001
 **** p ≤ 0.0001

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) ($r = 0.39$).

Sentimientos negativos (SN), se asoció con el total del EDI ($r = 0.63$) y todos sus factores, excepto 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 ineficacia (IN) ($r = 0.39$).

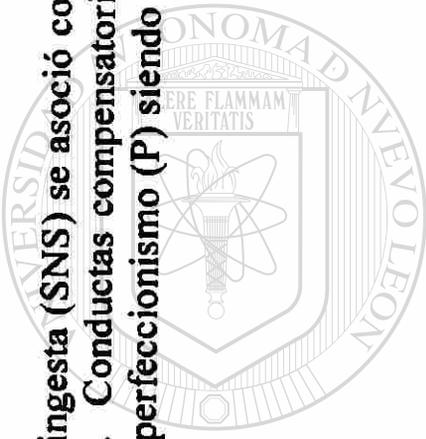
Vómito también correlacionó con el total del EDI ($r = 0.42$), y todos sus factores, excepto una vez más perfeccionismo (P). Las asociaciones más importantes fueron con : bulimia (B) ($r = 0.45$) e ineficacia (IN) ($r = 0.43$).

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 los factores, excepto el perfeccionismo (P). Conductas compensatorias (CCOM), se asocian con el total del EDI ($r = 0.32$) todos los factores excepto el perfeccionismo (P) siendo él mas relevante la inefectividad (IN) ($r = 0.43$).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

TABLA 22

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

	MA	IC	MM	B	II	IN	P	DI	TOTAL
C/Sintomatología (n=107)	8.89	9.52	5.36	4.35	5.67	4.38	6.33	4.12	48.63
Control (n=125)	0.59	0.59	0.37	0.38	0.40	0.42	0.36	0.34	2.06
Valor t	3.05	4.73	3.09	0.82	2.09	1.27	5.75	2.78	23.74
	0.28	0.42	0.23	0.15	0.25	0.17	0.26	0.30	1.07
	9.39**	6.75**	5.34**	9.15**	7.82**	7.29**	1.33	2.96	11.15**

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

* $p \leq 0.01$

** $p \leq 0.0001$

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 significativamente mayores en el total del EDI y todos sus factores ($p \leq 0.0001$), siendo la excepción dos 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.



TABLA 23

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

	DI	BUYPC	CO	TOTAL	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PPYEA	CC
C/Sintomatología (n=107)	11.82 0.76	3.87 0.33	3.58 0.37	27.63 1.40	6.6 0.44	1.69 0.20	2.96 0.27	1.06 0.17	3.18 0.18	2.25 0.22	1 0
Control (n=125)	3.00 0.32	0.38 0.09	2.09 0.19	11.10 0.52	1.97 0.23	0.46 0.09	0.18 0.05	0.36 0.08	2.05 0.12	1.02 0.12	0 0
Valor t	11.24 *	10.98 *	3.68 *	11.68 *	9.64 *	5.86 *	10.76 *	3.78 *	5.29 *	5.06 *	6

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

* p < 0.0001

Para el caso del EAT (tabla 23), se observó que tanto en los factores propuestos por Garner y Garfinkel (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 < 0.0001).

TABLA 24

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

	SOB	SN	VOM	PAL	FP	TOTAL	SYPICAL	SNS	CCOM
C/Sintomatología (n=107)	31.89 0.73	31.33 0.53	11.73 0.37	6.50 0.20	6.37 0.15	95.07 1.31	32.04 0.76	22.59 0.45	6.8 0.30
Control (n=125)	19.57 0.42	19.14 0.44	6.72 0.18	5.77 0.17	4.65 0.14	60.18 0.88	18.06 0.45	13.34 0.34	3.97 0.12
Valor t	15.23 **	17.72 **	12.66 **	2.86 *	8.39 **	22.67 **	16.27 **	16.67 **	9.19 **

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

* p ≤ 0.01
** p ≤ 0.0001

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).

TABLA 25

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

GRUPOS	EDI	MA	IC	MM	B	II	IN	P	DI	TOTAL
1) ANOREXIA (n= 14)		12.21 1.40	6.50 1.37	2.86 0.48	1.43 0.72	4.93 1.15	2.57 0.69	5.64 0.67	2.07 0.74	38.21 3.51
2) BULIMIA (n=54)		5.78 0.70	8.41 0.69	5.65 0.53	3.76 0.45	4.72 0.46	3.63 0.48	5.83 0.49	3.94 0.45	41.72 2.03
3) ANOREXIA Y BULIMIA (n=39)		12.00 0.86	12.15 1.08	5.87 0.67	6.23 0.68	7.26 0.76	6.08 0.84	7.26 0.64	5.10 0.60	61.95 3.96
4) CONTROL (n=60)		3.02 0.41	4.97 0.64	2.97 0.30	0.78 0.21	2.12 0.39	1.63 0.30	5.92 0.40	3.20 0.49	24.9 1.78
VALOR F		37.17 **	13.97 **	9.62 **	27.44 **	15.65 **	12.38 **	1.68	3.42 *	36.55 **
BONFERRONI		1-3 vs 4-2 2 vs 4	3 vs 4-1-2 2 vs 4	3-2 vs 1-4 3-2 vs 4	3 vs 4-1-2 2 vs 4	3-2 vs 4 3 vs 2	3 vs 4-1-2 2 vs 4		3 vs 1	3 vs 4-1-2 2 vs 4

Puntaje promedio ± Error estándar en el total del EDI y sus factores respecto a la presencia o ausencia de una sintomatología específica de trastorno alimentario.

* $p \leq 0.05$
** $p \leq 0.0001$

Al comparar entre la presencia de una sintomatología de trastorno alimentario específica y el EDI (tabla 25), se observó que en el caso del puntaje total y de sus factores: insatisfacción corporal ((IC), bulimia (B) e ineficacia (IN), el grupo 3 (sintomatología de anorexia y bulimia) presentó puntuaciones promedio significativamente mayores a las de los otros tres grupos ($p \leq 0.0001$), así mismo, también fueron significativamente mayor las del grupo 2 (sintomatología bulímica) que las del grupo control ($p \leq 0.0001$). Mientras que la motivación para adelgazar (MA) fue significativamente mayor en los grupos 1 (sintomatología de anorexia) y 3 (sintomatología de anorexia y bulimia) que en los otros dos grupos ($p \leq 0.0001$), aunque también fue mayor la del grupo 2 a la del grupo control.

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

SISTEMA GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLA 26

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

TIPO DE SINTOMATOLOGIA	EAT	DI	BUYPC	CO	TOTAL	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PYEA	CC
1. ANOREXIA (n=14)		18.07	3.29	7.79	37.50	9.21	4.00	2.14	2.71	4.00	1.50	0.50
		1.82	0.74	1.35	2.45	1.07	0.65	0.48	0.77	0.47	0.39	0.36
2. BULIMIA (n=54)		6.59	2.04	1.83	17.24	4.00	0.72	1.48	0.52	2.41	2.33	0.56
		0.74	0.34	0.30	1.21	0.54	0.15	0.28	0.14	0.20	0.34	0.15
3. ANOREXIA Y BULIMIA (n=39)		16.82	6.61	4.49	38.46	9.26	2.20	5.31	1.20	3.95	2.41	1.79
		0.96	0.46	0.61	1.89	0.55	0.34	0.40	0.29	0.34	0.34	0.31
4. CONTROL (n=80)		3.52	0.43	2.28	11.65	2.15	0.60	0.20	0.45	2.15	1.02	0.03
		0.54	0.14	0.32	0.82	0.35	0.16	0.08	0.14	0.19	0.17	0.03
VALOR F		66.90 ^{***}	62.13 ^{***}	18.56 ^{***}	90.26 ^{***}	42.14 ^{***}	24.43 ^{***}	65.53 ^{***}	10.50 ^{***}	12.75 ^{***}	5.79 [*]	17.27 ^{***}
BONFERRONI	1-3 vs 4-2		3-1-2 vs 4	1-3 vs 2-4	3-1 vs 4-2	3-1 vs 4-2	1-3 vs 4-2	3-1-2 vs 4	1 vs 4-2-3	1-3 vs 4-2	3-2 vs 4	3 vs 4-1-2
	2 vs 4		3 vs 2-1	1 vs 3	2 vs 4	2 vs 4	1 vs 3	3 vs 2-1				

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

* p ≤ 0.001

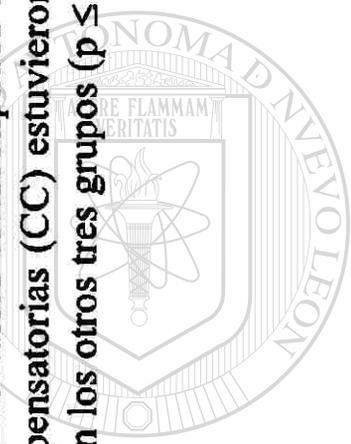
** p ≤ 0.0001

Por otro lado, respecto a la misma comparación pero de acuerdo EAT (tabla 26), se observó que los grupos con anorexia y bulimia y con sintomatología de anorexia presentaron un puntaje total significativamente mayor ($p \leq 0.0001$) que en los grupos control y con sintomatología de bulimia, aunque también el de éste fue mayor al del primero.

En el caso de los factores propuestos por Garner y Garfinkel (1979), se observó que el caso de sintomatología dieta, éste estuvo también más presente en las jóvenes con sintomatología de anorexia y anorexia y bulimia que en los otros dos grupos, aunque en las bulímicas estuvo más presente que en el grupo control ($p \leq 0.0001$). Para el caso del control oral (CO) estuvo más presente en la sintomatología de anorexia y de anorexia y bulimia que los otros dos grupos, aunque se observó que dicho sintomatología estuvo más presente entre el grupo con sintomatología de anorexia que en la de anorexia y bulimia ($p \leq 0.0001$). Mientras que el más presente en los tres grupos con sintomatología respecto al grupo control, y especialmente en el grupo con sintomatología de bulimia ($p \leq 0.0001$).

Mientras que en el caso de los factores propuestos para la población mexicana (Alvarez, en prensa), se observó que la motivación para adelgazar (MA) estuvo más presente en los grupos con sintomatología de anorexia y anorexia y bulimia que en los otros dos grupos, sin embargo, también estuvo más presente en el grupo con sintomatología de bulimia que en el grupo control ($p \leq 0.0001$). Así mismo, la evitación de alimentos engordantes (EVAL) fue mayor en los grupos con sintomatología de anorexia y anorexia y bulimia que en los otros grupos, destacándose principalmente entre el grupo con sintomatología de anorexia ($p \leq 0.0001$). Por otro lado, se observó que la preocupación por la comida (PRC) estuvo más significativa en los tres grupos con sintomatología respecto al grupo control, pero principalmente en el grupo con sintomatología de anorexia y bulimia ($p \leq 0.0001$).

Contrariamente, el grupo con sintomatología de anorexia, la presión social percibida estuvo significativamente más presente ($p \leq 0.0001$) que en los otros tres grupos. En cuanto a las obsesiones y compulsiones (OBYC), estuvieron más presentes en los grupos con sintomatología de anorexia y anorexia y bulimia que en los otros dos grupos ($p \leq 0.0001$). Así mismo, en los grupos con sintomatología de anorexia y bulimia y bulimia, presentaron patrones alimentarios estereotipados en mayor medida que el grupo control ($p \leq 0.001$). Finalmente, las conductas compensatorias (CC) estuvieron significativamente más presentes en el grupo con sintomatología de bulimia que en los otros tres grupos ($p \leq 0.0001$).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



TABLA 27

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

GRUPOS	BULIT	SOB	SN	VOM	PAL	FP	TOTAL	SYPICAL	SNS	CCOM
1. ANOREXIA (n=14)		21.07 1.41	28.36 1.18	7.57 0.63	4.71 0.55	5.79 0.55	72.14 2.70	19.57 1.38	20.71 1.15	4.79 0.59
2. BULIMIA (n=54)		33.48 0.80	29.85 0.57	12.85 0.47	6.78 0.25	6.26 0.20	97.06 1.31	34.41 0.83	21.26 0.49	7.39 0.39
3. ANOREXIA Y BULIMIA (n=39)		33.56 1.13	34.44 0.97	11.67 0.63	6.77 0.31	6.74 0.24	100.56 1.75	33.23 1.09	25.10 0.79	6.72 0.54
4. CONTROL (n=60)		20.27 0.61	18.92 0.66	6.92 0.26	6.18 0.26	4.52 0.16	61.17 1.21	18.38 0.68	13.03 0.50	4.15 0.21
VALOR F		71.10 **	85.81 **	42.48 **	4.86 *	21.71 **	180.25 **	91.65 **	76.72 **	17.07 **
BONFERRONI		3-2 vs 4-1	3-2-1 vs 4 3 vs 1-2	2-3 vs 4-1	2-3 vs 1	3-2-1 vs 4	3-2-1 vs 4 3-2 vs 1	2-3 vs 4-1	3-2-1vs 4 3 vs 1-2	2-3 vs 4 2 vs 1

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

* p ≤ 0.01
** p ≤ 0.0001



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

En el caso de las mismas comparaciones, pero con el instrumento BULIT (tabla 27), se observó que los tres grupos con sintomatología presentaron puntajes totales significativamente mayores que el grupo control, y específicamente los grupos con sintomatología de anorexia + bulimia y bulimia ($p \leq 0.0001$).

En lo que refiere a los factores establecidos por Smith y Thelen (1984), se observó que en el caso de la sobreingesta (SOB) y la inducción del vómito (VOM), estos estuvieron significativamente más presentes que en los otros dos grupos ($p \leq 0.0001$). Sin embargo, los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SN) estuvieron más presentes en los tres grupos con sintomatología que en el grupo control, especialmente entre los jóvenes con sintomatología de anorexia + bulimia ($p \leq 0.0001$). Por otro lado, los patrones alimentarios estereotipados estuvieron más presentes en los grupos con sintomatología de bulimia y anorexia + bulimia que en el grupo con sintomatología de anorexia ($p \leq 0.01$). Aunque las fluctuaciones en el peso (FP) si lo estuvieron en los tres grupos con sintomatología de trastorno alimentario ($p \leq 0.0001$).

Por otro lado al analizar pero en función de los factores propuestos por Alvarez (en prensa), se observó que el síntoma sobreingesta y pérdida de control sobre la alimentación (SYPCAL) estuvo significativamente más presente en los grupos bulimia y anorexia + bulimia, que en los otros dos grupos ($p \leq 0.0001$). Sin embargo, se observó nuevamente que los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SNS) fueron más frecuentes en los tres grupos con sintomatología, que en el grupo control, y específicamente en el grupo con sintomatología de anorexia + bulimia ($p \leq 0.0001$). Finalmente, las conductas compensatorias (CCOM) estuvieron significativamente más presentes en los jóvenes con sintomatología de bulimia y anorexia + bulimia que en el grupo control, y especialmente en el grupo con sintomatología de bulimia ($p \leq 0.0001$).

TABLA 28

PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO ALIMENTARIO POR SEXO, SEGUN EDI.

GRUPOS	EDI	MA	IC	MM	B	II	IN	P	DI	TOTAL
1. MASCULINO CON SINTOMATOLOGIA (n= 43)		4.30	7.21	6.39	4.63	5.98	4.98	6.46	4.46	44.42
2. MASCULINO CONTROL (n= 50)		1.82	3.44	3.7	1.30	1.88	1.12	5.80	2.84	21.90
3. FEMENINO CON SINTOMATOLOGIA (n=64)		11.97	11.08	4.67	4.17	5.47	3.98	6.23	3.89	51.47
4. FEMENINO CONTROL (n=70)		0.70	0.62	0.46	0.50	0.54	0.52	0.45	0.46	2.81
VALOR F		3.91	6.70	3.13	0.66	1.87	1.53	5.29	2.23	25.23
		0.41	0.68	0.31	0.16	0.31	0.30	0.29	0.39	1.44
		75.80	19.59	9.71	25.01	24.11	16.23	1.61	5.32	42.48
		**	**	**	**	**	**		*	**
BONFERRONI		3-1-4 vs 2 3 vs 4-1	3-1-4 vs 2 3 vs 4-1	1-3 vs 4 1 vs 2-3	1-3 vs 4-2	1-3 vs 4-2	1-3 vs 2-4		1-3 vs 4	3-1 vs 2-4

Puntaje promedio ± Error estándar en el EDI y sus factores de acuerdo a la presencia o ausencia de sintomatología de trastorno alimentario por sexo.

* p ≤ 0.01
** p ≤ 0.0001

Por último, se realizó una comparación bajo dos vertientes de agrupación: presencia de sintomatología de trastorno alimentario y la variable sexo. En el caso del instrumento EDI (tabla 28), se observó que el puntaje total y los tres factores: bulimia (B), identificación interoceptiva (II) e ineficacia (IN), los dos grupos con sintomatología independientemente del sexo –presentaron puntajes significativamente mayores a los de los dos grupos control ($p \leq 0.0001$). Mientras que en lo que refiere a la motivación para adelgazar (MA) y la insatisfacción corporal (IC), se observó que los dos grupos con sintomatología y el grupo control femenino, los presentaron en mayor medida que el grupo control masculino, y especialmente fue mayor en el caso de las mujeres con sintomatología ($p \leq 0.0001$). Por otro lado, si bien el miedo a madurar (MM) se observó que fue mayor en los dos grupos con sintomatología –independientemente del sexo–, fue aún mayor en el grupo masculino ($p \leq 0.0001$). La desconfianza interpersonal (DI) fue significativamente mayor en ambos grupos con sintomatología que en el grupo femenino control ($p \leq 0.0001$). Finalmente, cabe señalar que respecto al perfeccionismo (P), éste no reportó ninguna diferencia significativa entre los grupos.

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

SISTEMA GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

TABLA 29

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

GRUPOS	EAT	DI	BUYPC	CO	TOTAL	MA	EVAL	PRC	PRS	OBYC	PYEA	CC
1. MASCULINO CON SINTOMATOLOGIA (n= 43)		6.70	3.28	3.30	21.14	3.39	1.09	2.12	1.21	2.53	2.14	1.37
2. MASCULINO CONTROL (n= 50)		0.81	0.55	0.51	2.16	0.46	0.23	0.41	0.26	0.23	0.28	0.29
3. FEMENINO CON SINTOMATOLOGIA (n=64)		2.00	0.44	1.82	10.88	1.3	0.42	0.14	0.30	2.84	1.10	0.82
4. FEMENINO CONTROL (n=70)		0.40	0.15	0.28	0.7	0.28	0.14	0.08	0.10	0.16	0.25	0.02
VALOR F		15.27	4.27	3.77	31.98	8.75	2.09	3.53	0.95	3.61	2.33	0.75
BONFERRONI		0.93	0.40	0.52	1.65	0.52	0.29	0.35	0.23	0.25	0.32	0.16
		4.13	0.46	2.70	13.06	2.54	0.63	0.29	0.49	1.99	1.31	0.09
		0.47	0.12	0.32	0.76	0.35	0.13	0.09	0.15	0.15	0.18	0.05
		75.08	38.62	3.8	53.21	64.36	13.48	41.40	4.18	12.51	5.4	16.43
		3-1 vs 2 3 vs 4-1	3-1 vs 2-4	3 vs 2	3-1 vs 2-4 3 vs 1	3-1 vs 2 3 vs 4-1	3 vs 2-4-1	3-1 vs 2-4 3 vs 1	1 vs 2	3-2 vs 4 3 vs 1	3-1 vs 2-4	1-2-3 vs 4 1 vs 3

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



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

* p ≤ 0.05
** p ≤ 0.01
*** p ≤ 0.0001

Siguiendo con la misma línea de investigación pero respecto al EAT (tabla 29), se observó que en el puntaje total, los dos grupos con sintomatología presentaron puntuaciones promedio que ambos grupos control, siendo especialmente mayor en el grupo femenino con sintomatología ($p \leq 0.0001$).

Mientras que en lo referente a los factores propuestos por Garner y Garfinkel (1979), se observó que la dieta fué más frecuente en ambos grupos con sintomatología respecto al grupo control masculino, aunque estuvo especialmente presente en el grupo femenino con sintomatología ($p \leq 0.0001$). En tanto que la bulimia y preocupación por la comida (BUYPC) estuvo más presente en ambos grupos con sintomatología ($p \leq 0.0001$) que en los dos grupos control. Por último, el control oral (CO) estuvo significativamente presente en el grupo femenino con sintomatología que en el grupo masculino control ($p \leq 0.05$).

Por otro lado, en el caso de los factores propuestos por Alvarez (en prensa), se observó que los dos factores: 1) patrones y estilos alimentarios y 2) preocupación por la comida estuvieron significativamente más presentes en los dos grupos con sintomatología que en los dos grupos control ($p \leq 0.01$ y $p \leq 0.0001$ respectivamente), aunque ésta preocupación fué especialmente mayor en el grupo femenino con sintomatología.

Mientras que la motivación para adelgazar (MA) también estuvo más presente en ambos grupos con sintomatología que en los grupos control, aunque lo estuvo especialmente en el caso del grupo femenino ($p \leq 0.0001$). Algo semejante se observó respecto a la evitación de alimentos engordantes (EVAL), ya que ésta también fué mayor en el grupo femenino con sintomatología que en los otros tres grupos ($p \leq 0.0001$).

En tanto que respecto a la presión social percibida (PRS), ésta fué significativamente mayor para el caso del grupo masculino con sintomatología respecto al masculino control ($p \leq 0.01$). Mientras que las obsesiones y compulsiones (OBYC) estuvieron curiosamente más presentes en los grupos femenino control, siendo especialmente mayores en el grupo femenino con sintomatología ($p \leq 0.0001$).

TABLA 30

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

GRUPOS	BULIT	SOB	SN	VOM	PAL	FP	TOTAL	SYPCAL	SNS	CCOM
1. MASCULINO C/SINTOMATOLOGIA (n=43)	3.86	29.53	13.72	6.53	6.44	97.26	34.37	21.02	8.35	
2. MASCULINO S/SINTOMATOLOGIA (n=50)	0.78	0.68	0.44	0.28	0.22	1.40	0.85	0.56	0.35	
3. FEMENINO C/SINTOMATOLOGIA (n=64)	20.94	17.62	7.00	5.38	4.44	60.34	19.90	11.74	3.86	
4. FEMENINO S/SINTOMATOLOGIA (n=70)	0.88	0.56	0.31	0.27	0.25	1.41	0.90	0.41	0.19	
VALOR F	31.23	32.53	10.39	6.48	6.33	93.61	30.47	23.84	5.77	
BONFERRONI	1.09	0.73	0.49	0.27	0.21	1.97	1.10	0.61	0.40	
	19.68	20.47	6.43	5.74	4.84	61.09	17.79	14.67	3.77	
	0.60	0.67	0.20	0.22	0.19	1.33	0.59	0.51	0.18	
	61.42	108.38	73.88	4.45	20.98	152.69	80.04	102.35	47.48	
	1-3 vs 4-2	3-1 vs 4	1-3 vs 4-2	1-3 vs 2	1-3 vs 2-4	1-3 vs 2-4	1-3 vs 4-2	3-1-4 vs 2	1-3 vs 4-2	
	3-1 vs 4	3-1 vs 4	1 vs 3	1-3 vs 2	1-3 vs 2-4	1-3 vs 2-4	1 vs 3	3-1 vs 4	1 vs 3	
	3 vs 1	3 vs 1						3 vs 1		

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



* p ≤ 0.01
** p ≤ 0.0001

Como último, se siguió con la misma línea de comparación (presencia o ausencia de sintomatología de trastorno alimentario por peso) pero en lo que respecta al BULIT (tabla 30). Se observó que el puntaje total fué significativamente mayor en el caso de ambos grupos con trastorno alimentario –independientemente al sexo– que de los dos grupos control ($p \leq 0.0001$)

En lo que refiere a los factores propuestos por Smith y Thelen (1984), se observó que los tres síntomas sobreingesta (SOB), fluctuaciones en el peso (FP) y la provocación del vómito (VOM), estuvieron significativamente más presentes en los dos grupos con sintomatología ($p \leq 0.0001$, $p \leq 0.0001$ y $p \leq 0.01$ respectivamente); Aunque la provocación del vómito (VOM) lo fué específicamente en el caso del grupo masculino con sintomatología.

Curiosamente, en el caso de los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SYPCAL), se observó que estuvieron significativamente más presentes en tres grupos: femenino con sintomatología, masculino con sintomatología y femenino control ($p \leq 0.0001$), y especialmente en el femenino con sintomatología. Por último, los patrones alimentarios estereotipados presentaron un puntaje significativamente mayor en el caso de ambos grupos con sintomatología, pero sólo respecto al grupo control masculino.

Finalmente, al realizar esta comparación pero para el caso de los factores del BULIT propuestos para población mexicana (Alvarez, en prensa), se observó que en los dos factores: 1) Sobreingesta (SOB) y sensación de pérdida del control sobre la alimentación (SYPCAL), y 2) Conductas compensatorias (CC), estuvieron significativamente más presentes en ambos grupos con sintomatología, pero especialmente en el grupo masculino ($p \leq 0.0001$). En tanto que los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta (SNS) estuvieron significativamente más presentes en tres grupos: femenino con sintomatología, masculino con sintomatología y femenino control, aunque especialmente en el grupo femenino con sintomatología ($p \leq 0.0001$).

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Empleando los cuestionarios de screening o tamizaje (EAT y/o BULIT) con base a los puntos de corte establecidos para México, el **31.6%** presenta sintomatología de trastorno alimentario, por lo cual puede ser considerado como de alto riesgo. Ya que las estadísticas que se tienen en Estados Unidos reportan que **1%-4%** de estudiantes adolescentes y mujeres adultas jóvenes sufren de estos trastornos alimentarios(1) y la Asociación de Bulimia y Anorexia de este país reporta que hay 1 millón de personas con trastorno alimentario(19), en Noruega el **4%** sufre de anorexia(27), en Australia se ha reportado prevalencias hasta de un **13%** (22), en México el estudio realizado por Mancilla, Manríquez, Mercado, Román y Alvarez de una muestra de 527 estudiantes de sexo femenino se encontró que 44 casos (**8.3%**) presentaron trastornos alimentarios de los cuales 26 fueron anoréxicas y 17 bulímicas y 1 caso anoréxicas-bulímicas (25).

- La sintomatología mas presente fué la bulimia nerviosa (**15.9%**) y la menor la anorexia (**4.1%**). La literatura confirma los resultados ya que también reportan hasta dos veces mas frecuente la bulimia que la anorexia(36).

- La sintomatología estuvo significativamente mas presente en la mujeres (18.9%) que en los hombres (12.7%). De acuerdo a diferentes autores se confirman que hasta un 95% de los pacientes que padecen anorexia y bulimia son mujeres(37). Aunque en los últimos 5 años el porcentaje de varones afectados por estos trastornos ha aumentado de un 5% a un 19% (12).

También se encontró que las mujeres con sintomatología de anorexia y bulimia de manera conjunta, fué la que estuvo mas presente (8.8%), mientras que en los hombres lo fué la bulimia nerviosa (9.7%), y sólo un hombre presentó sintomatología de anorexia.

- En el grupo de jóvenes de menor edad (16-20 años) la sintomatología de trastorno alimentario estuvo significativamente más presente (23.3%) que respecto a los de mayor edad (8.0%). En estudios realizados por Crispo, Figueroa y Guelar se ha confirmado que los primeros síntomas de trastorno es en la etapa de cambio de la niñez a la adolescencia, empezándose a manifestar con mayor fuerza entre los 14 y los 18 años(12).

- En la comparación por sexo (masculino vs femenino), se observó que las mujeres estuvieron caracterizadas por mayor motivación por adelgazar e

insatisfacción con la imagen corporal. Contrariamente, los hombres lo estuvieron por mayor miedo a madurar e insatisfacción corporal.

- Respecto a la comparación por sexo y rango de edad, se observó que la motivación por adelgazar y la insatisfacción con la imagen corporal estuvieron significativamente más presentes en las mujeres independientemente de la edad. En tanto que de manera contraria, el miedo a madurar del grupo de hombres de menor edad (16-20 años) y no de los de mayor edad.

- Por otro lado, al analizar las correlaciones entre los factores de riesgo (EDI) con los síntomas específicos de trastorno alimentario (EAT y BULIT), se observó que:

La motivación por adelgazar, se asoció con la presencia de: restricción alimentaria, sobreingesta, preocupación por la comida, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y obsesiones y compulsiones.

La insatisfacción con la imagen corporal, lo estuvo con: restricción alimentaria, motivación por adelgazar, preocupación por la comida, sobreingesta y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta.

La identificación interoceptiva, se asocio con la presencia de la siguiente sintomatología: restricción alimentaria, sobreingesta, preocupación por la comida, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y conductas compensatorias.

La inefectividad lo estuvo con los síntomas: preocupación por la comida, sobreingesta, patrones y estilos alimentarios estereotipados, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta y conductas compensatorias.

- En tanto, que en lo que refiere a la comparación entre jóvenes que presentaron sintomatología de trastorno alimentario y los que no la presentaron (grupo control), se observó que todos los factores que evalúa el EDI estuvieron significativamente más presentes en el grupo con sintomatología: **motivación para adelgazar, insatisfacción con la imagen corporal, miedo a madurar, identificación interoceptiva, inefectividad, bulimia y desconfianza interpersonal**, sin embargo, no fue así en cuanto al perfeccionismo. En cuanto al factor **perfeccionismo** coincide con la investigación de la UNAM por Martínez, Medina y Quiroz en donde también tuvo una correlación débil(25).



- Contrariamente, el miedo a madurar, el perfeccionismo y la desconfianza interpersonal, no se asociaron de manera consistente con algún síntoma específico de trastorno alimentario. Como se pudo observar, es de llamar la atención que **la motivación por adelgazar y la insatisfacción con la imagen corporal** se asociaron tanto a sintomatología anoréxica como bulímica y la **ineficacia** sólo se asociaron a la sintomatología de tipo bulímico.

- Mientras como era de esperar, **el grupo con sintomatología de trastorno alimentario**, presento puntajes significativamente mayores respecto a todos los síntomas específicos de trastorno alimentario (evaluados con el EAT y **BULIT**).

- Por otro lado, se observo que **la sintomatología de anorexia nerviosa (EAT)** se asoció específicamente con la presencia de: **motivación por adelgazar, restricción alimentaria, control oral, presión social percibida, evitación de alimentos engordantes y las obsesiones y compulsiones.** Mientras que **la bulimia nerviosa (BULIT)** se asocio con: **miedo a madurar, identificación interoceptiva, patrones y estilos alimentarios estereotipados, sobreingesta, sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, y**

VIII. CONCLUSIONES

- Actualmente los cuestionarios son una herramienta práctica y válida para la obtención de información de una población determinada ya que es un medio no muy costoso, ahorra tiempo por que se puede aplicar a grupos y ayuda a medir hábitos, actitudes, motivaciones entre otros.
- Los cuestionarios EDI, EAT y BULIT son utilizados para la identificación de los trastornos de la alimentación específicamente la Anorexia y la Bulimia al igual que los factores asociados a esta enfermedad, son instrumentos de tamizaje validados con diferentes poblaciones tanto Canadienses, Norteamericanas y Europeas; y actualmente ya se cuenta con la validación de ellos en población Mexicana y con esta investigación se refuerza su validación en otro tipo de población.
- Los resultados obtenidos de la presente investigación comprueban la hipótesis ya que demuestran un porcentaje alto de prevalencia (31.6%) de trastornos alimentarios de los cuales el 4.1% fue de anorexia, el 15.9% de

conductas compensatorias. Sin embargo, es importante mencionar que el grupo con sintomatología de anorexia y bulimia (EAT y BULIT) presentaron regularmente puntajes mayores que los otros dos grupos con sintomatología parcial.

- Finalmente, al comparar entre los jóvenes agrupados en cuanto a dos variables eje: presencia o ausencia de sintomatología de trastorno alimentario (EAT y BULIT) y el sexo masculino, se observó lo siguiente: **los hombres con sintomatología se caracterizaron por mayor presencia de: miedo a madurar, conductas compensatorias y sobreingesta. Mientras que las mujeres con sintomatología lo estuvieron por mayor: motivación por adelgazar, insatisfacción con la imagen corporal, restricción alimentaria, preocupación por la comida, obsesiones y compulsiones y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta.**



bulimia y el 11.5% de anorexia-bulimia; en relación ha investigaciones en otros países, aunque los porcentajes reportados han sido la mayoría en población abierta. Se concluyó que el hecho de que los alumnos sean residentes de los dormitorios de la universidad tienen en común que ninguno tiene de procedencia la ciudad de Monterrey y todos son foráneos por lo cual ya es un factor que pone en riesgo a esta población, al estar separados de sus familias y de sus amigos más cercanos.

El nivel socioeconómico medio-alto y alto de esta población influye en los resultados y concuerda con los datos obtenidos en estudios donde es más frecuente encontrar casos con trastorno alimentario en este nivel socioeconómico.

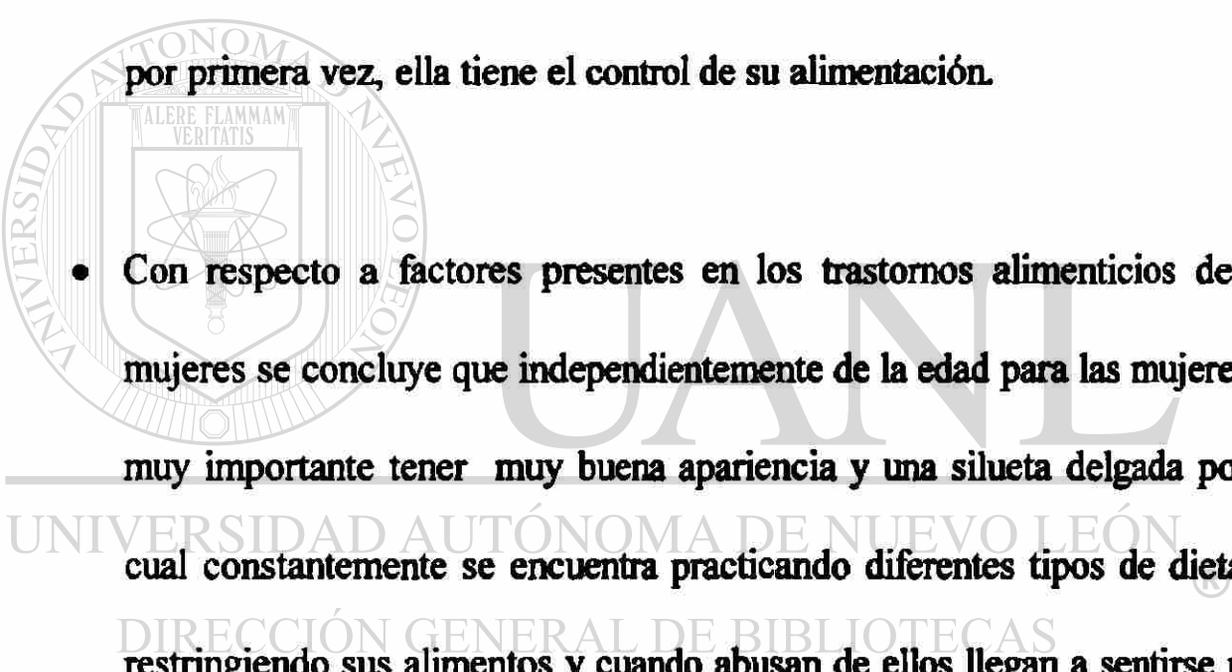
Estos desórdenes alimenticios predominan en la universidad ya que el paso a ser universitarios es una transición mayor en la vida, en donde va acompañada de ansiedad, nervios, tensión al dejar el núcleo familiar y enfrentarse a la competencia con compañeros por salir bien en sus calificaciones y el estrés.

- En el caso específico de sintomatología de bulimia es mas de 3 veces mayor su presencia(54 casos) con respecto a la anorexia(14 casos), aunque

también se obtuvo un número significativo de residentes con anorexia y bulimia(39casos).

Se confirma que la sintomatología de trastorno alimentario (anorexia y bulimia) tiene mayor presencia en las mujeres y en los hombres lo fue la bulimia y de forma más relevante en los grupos de edades de 16-20 años.

La mujer se vuelve más vulnerable a las circunstancias alimenticias ya que por primera vez, ella tiene el control de su alimentación.

- 
- Con respecto a factores presentes en los trastornos alimenticios de las mujeres se concluye que independientemente de la edad para las mujeres es muy importante tener muy buena apariencia y una silueta delgada por lo cual constantemente se encuentra practicando diferentes tipos de dietas o restringiendo sus alimentos y cuando abusan de ellos llegan a sentirse muy mal consigo mismas. Ya que actualmente hacer dietas en nuestra sociedad es como una norma social y la estética de lo físico son vistas como más bellas y más atractivas y hasta triunfadoras.
 - En cuanto a los hombres presenta mayor miedo a madurar, sobreingesta y conductas compensatorias(bulimia) en rangos de edades de 16-20 años,

debido al papel que juega el hombre en cuanto a la responsabilidad y en esos rangos de edades el adolescente todavía no desea crecer y tener mayor responsabilidades de adulto situación opuesta en las mujeres que para esa edad se encuentran biológicamente y psicológicamente mas maduras.

- En los factores de riesgo del EDI se concluyo que existe una relación de asociación con la motivación para adelgazar, la insatisfacción con la imagen corporal, la identificación interoceptiva y la ineficacia ocasionada por la presión cercana de su grupo de compañeros ó social pero no fue así con respecto al miedo madurar, el perfeccionismo y la desconfianza interpersonal.

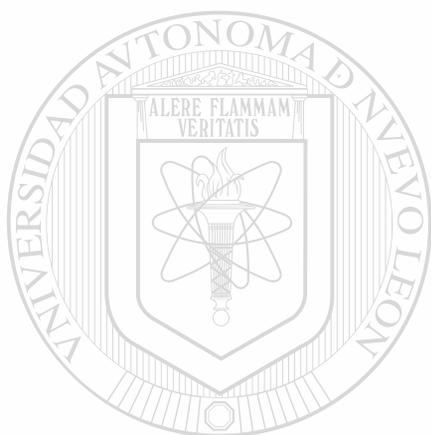
En el caso de los residentes con presencia de anorexia y bulimia los factores que los caracteriza son la motivación para adelgazar y la insatisfacción con la imagen corporal, en cambio la bulimia se caracterizó con la identificación interoceptiva y la ineficacia.

- El factor de perfeccionismo del EDI no fué característico en los residentes que presentaron la sintomatología al igual que con grupo control aún y cuando algunos autores extranjeros reportan este factor como característico

en los desórdenes alimentarios pero en cuanto a la anorexia (EAT) se encontró una fuerte inclinación por la motivación por adelgazar, la restricción alimentaria (dietas y evitaciones de alimentos engordantes), el control oral, la presión social percibida y las obsesiones y compulsiones. La bulimia (BULIT) con el miedo a madurar, la identificación interoceptiva, los patrones y estilos estereotipados, las conductas compensatorias, la sobreingesta y los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta.

- Finalmente se concluye que las mujeres son más susceptibles a caer en los trastornos de la alimentación: Anorexia y Bulimia siendo caracterizadas por la motivación por adelgazar, las constantes restricciones alimentarias o dietas, la preocupación por la comida al querer saber las calorías que aporta cada alimento, las obsesiones y compulsiones y los sentimientos negativos que viene después de la sobreingesta por lo tanto se requiere de mucho apoyo nutricional para que se alimenten de manera balanceada, en cuanto a los hombres caen en estos trastornos por el miedo a madurar y compensan esos temores con conductas compensatorias y sobreingesta.

Existe una gran influencia de los medios de información por la imagen corporal en nuestra sociedad sin pensar en las consecuencias que pueden ocasionar a la juventud, al crear una confusión en ellos de que una persona exitosa o destacada vale mas por lo que proyectan físicamente.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

IX. SUGERENCIAS

*** El contar con instrumentos como el EDI, EAT y BULIT son una gran herramienta para futuras investigaciones. Los resultados de la presente investigación podrán ser utilizados como una guía o parámetro del comportamiento de los trastornos alimentarios en una población cautiva. La aplicación de los cuestionarios en diferentes poblaciones geográficas, rangos de edades y sexo, niveles educativos tanto públicos como privados y diferentes niveles socioeconómicos, ayudarán a dar a conocer la prevalencia a nivel local y nacional.**

*** Recomendamos que a partir de la negociación o convencimiento de las diferentes autoridades tanto educativas, gubernamentales e inclusive los núcleos familiares para que en primer lugar conozcan sobre estos problemas que afectan a los jóvenes y que si ya los conocen para que no se cieguen y minimicen el alcance de este problema de salud, para que ellos mismos promuevan la investigación sobre este tema.**

*** Una vez que se tenga la autorización para la aplicación de los cuestionarios se recomienda invertir tiempo a la capacitación, etapa fundamental para la buena aplicación de los instrumentos por parte de los encuestadores o facilitadores.**

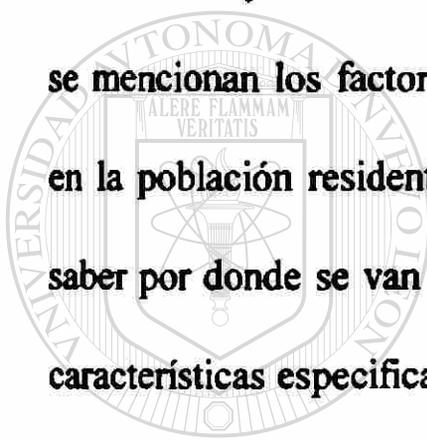
Antes de dar el cuestionario a los jóvenes encuestados sensibilizarlos de la importancia de sus respuestas para que de manera honesta sean contestados los cuestionarios.

*** Cuando se analice estadísticamente los cuestionarios de la investigación es importante informar como fueron los resultados de esa población a las autoridades con el objetivo de que conozcan si tienen algún problema de anorexia y/o bulimia y contando con esos datos crear un programa de ayuda.**

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

*** Se debe educar sobre estos problemas de salud tanto a las instituciones educativas desde la secundaria, preparatoria y profesional, a las familias, a las instituciones u organismos que se han creado para ayudar a jóvenes con trastornos alimentarios, a los diferentes profesionistas de la salud que tratan con casos de anorexia y bulimia como médicos, nutriólogos y psicólogos y especialmente a los jóvenes como campaña de prevención.**

*** En el caso específico de la población estudiada se requiere desarrollar e implementar un programa de ayuda elaborado por un grupo pluriprofesional de la salud, para los jóvenes que tienen trastornos alimentarios o que los empiezan a tener, además de apoyarse con conferencias y folletos informativos sobre el tema. Como ya se cuenta con los resultados de esta investigación y entre ellos se mencionan los factores predisponentes o de riesgo de estas enfermedades en la población residente, recomendamos incluirlos dentro del programa para saber por donde se van a dirigir las líneas de ayuda y después adecuarlo a las características específicas de la población.**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

X. BIBLIOGRAFÍA

Información citada y consultada

1. ABRAHAM Suzanne y Col. Eating Disorders. The Guilford Press. U.S.A 1990.
2. ALVAREZ Rayón Georgina L. Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis UNAM. 1999
3. ANDERSON, L, Dibble M.V, y Col. Nutrición y Dieta de Cooper. 17ª Edición. Editorial Interamericana. México. 1988.
4. APOSTOLIDES Marianne: Vence la anorexia y la bulimia. Ediciones Urano. España. 1999

5. BARAVALLE, G , Jorge Ch y Vaccarezza L.E. Anorexia, Teoría y Clínica Psicoanalítica. Ediciones Paidós. España. 1993
6. BEAL, Virginia A. Nutrición en el ciclo de la vida. 1ª Edición. Edit. Limusa. México. 1983.
7. BLIMLING, Gregory S, Miltenberger Lawrence J. The Resident Assistant. 2ª Edition. Kendall-Hunt Publishing Company. U.S.A. 1984.
8. BLIMLING, Gregory S. The Experienced Resident Assistant. Kendall-Hunt Publishing Company. U.S.A. 1988.

9. CASANUEVA, Ester y Col. Nutriología Médica. 1ª Edición. Editorial Médica Panamericana. México. 1990.
10. CASTRO J, Toro J, Salameo M, Guimerá E: The Eating Attitudes Test: validation on the spanish version. Psychological Assesment, 2.1991
11. CLAYMAN, Charles B. Biblioteca Médica Familiar. Dieta y Nutrición. Editorial. Everest. España. 1991
12. CRISPO, R, Figueroa, E & Guelar, D. Anorexia y bulimia, lo que hay que saber: Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Gedisa. España. 1996.
13. ESCOBAR, G.M. Prevalencia de conductas generalmente presentes en ~~pacientes que padecen anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de~~ secundaria, preparatoria y universidad en la ciudad de México. Tesis Lic. DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS En Nutrición y Ciencia de los Alimentos. Universidad Iberoamericana. 1992
14. FAJARDO, Guillermo Ortiz. Diccionario terminológico de administración de la atención médica. Editorial Salvat Mexicana de Ediciones. México. 1983.
15. FERRAN, M. SPSS para Windows: Programación y análisis estadístico. McGraw-Hill. España. 1996

16. GARNER, D.M, Olmsted, M.P, Bohr, Y, & Garfinkel. The eating attitudes test: An index of symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine. 1979
17. GARNER, D.M, Olmstead, M.P & Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders. 1983
18. GUIMERA Q, Torrubia B; Adaptación Española del eating disorder inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. Anales de Psiquiatría. 1987.
19. HAHN, Martin Colimon (profesor de epidemiología, Facultad Nacional de Salud Publica), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Ediciones Dias de Santos. 1999.
20. HERNANDEZ, S.R, Fernández, C.C & Baptista, L.P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Mexico. 1991
21. HSU George L.K. Eating Disorders. The Guilford Press. U.S.A. 1990
22. LEHALLE, Henri. Psicología de los adolescentes. 1ª Edición. Editorial. Grijalva. México. 1990.



23. LEVINE, M.P & Smolak, L. toward A Model of the developmental psychopathology of eating disorders: The Example of early adolescence. Hemisphere Publishing Corporation. 1992
24. MAHAN, Katheleen y Arlin Marian. Nutrición y Dietoterapia. Krause. 8ava Edición. Edit. Interamericana McGraw-Hill. México. 1995.
25. MANCILLA, D.J.M, Alvarez, R.G, Lopez, A.X, Mercado, G.L, Manriquez, R.E & Roman, F.M. Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias Mexicanas. Psicología y Ciencia Social. 1998
26. MANCILLA D J M, Manriquez E, Mercado L, Roman M, Alvarez G: Valoración de ocurrencia de trastornos alimentarios. Memorias de la Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Santiago, Chile. 1996.
27. MORA M, Raich, R Adaptación del Bulimia test in Body Shape Questionnaire en una muestra universitaria. Comunicación presentada en el VIII Jornada de Terapia del Comportamiento Medicina Conductual en la Práctica Clínica. Barcelona, 1993
28. MC Laren, Donals. La Nutrición y sus trastornos. 3ª Edición. Editorial. M/M Manual Moderno. México. 1989.

29. MUMFORD, David B. Eating disorders in different cultures. *International Review of Psychiatry*. U.S.A. 1993.
30. RAICH, R.M. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Pirámide. España. 1994
31. RAUSCH, H, Cecile y Col. Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía. Paidós. Argentina. 1990.
32. RAUSH, H, Cecile. La esclavitud de las dietas. Editorial Paidós. Argentina. 1996.
33. ROJAS, Raúl S. Guía para realizar investigaciones sociales. 12ava Edición. Editorial Plaza y Valdés. México. 1993.
34. SMITH, M.C & Thelen, M.H. Development and validation of a test for bulimia. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1984
35. VILLALOBOS. J. Gastroenterología. 2ª. Edición. Editorial Méndez Oteo. México. 1989.

Información electrónica

36. BAKER, Catherine A. (Division of family medicine, Duke University, Durham, North Carolina. Never too late to act: Preventing eating disorders on the college campus. U.S.A. 1992

- 37.FELKER. Kenneth y col. The relationship of gender and family. Environment to eating disorder risk in adolescents. U.S.A. 1994.
- 38.HOEK, Hans y col. Impact of urbanitazion on detection rates rates of eating disorders. U.S.A. 1995
- 39.INTERNET, [http:// www.psych.med.umich.edu/web/aacap](http://www.psych.med.umich.edu/web/aacap). Adolescentes con trastornos alimenticios. U.S.A. 1996
- 40.MATEOS, A & Solano, N. Trastornos de la alimentación: Anorexia y Bulimia nerviosa. Revista electrónica de psicología. 1997
- 41.PATE,J.Pumarriega. y col. Cross-cultural patterns in eating disorders:a review. Jam. Acad. Chil Adolesc. Psychiatry. St Thomas, South Carolina, U.S.A. 1992
-
- 42.RODGERS, Katie. FDA, advisory unit endorses use of prozac for bulimia. U.S.A.1994
- 43.THIEL, Andreas y col. Obsessive.Compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. U.S.A. 1995

XI. ANEXOS

1. Definición de términos y conceptos

ANOREXIA NERVIOSA:

Proviene del Latín AN, prefijo restrictivo y orexis, apetito (es decir sin apetito), mientras que el adjetivo NERVIOSA expresa su origen psicológico.

Trastorno fisiológico que proviene de problemas psicológicos o el comportamiento que cursa con rechazo al alimento o autoinanición voluntaria y puede llevar a la persona o grupos de personas a la desnutrición.

Es más frecuente que se presente en mujeres jóvenes. Es común encontrar hiperactividad además de una imagen corporal desvirtuada ya que la persona cree estar gorda a pesar de estar delgada.

En ocasiones se manifiesta miedo y angustia ante el desarrollo de las características sexuales secundarias de los jóvenes.



BULIMIA:

Significa “Hambre de buey”, se deriva del griego “bous”- buey y “limos”- hambre.

Trastorno que se manifiesta por apetito excesivo, inducción de vómito o el uso frecuente de laxantes y diuréticos para disminuir de peso.

Por lo general resultante de un trastorno o lesión del sistema nervioso central.

FACTOR DE RIESGO:

Toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que está asociada a un riesgo anormal de aparición de un proceso patológico de Anorexia o Bulimia que afecta desfavorablemente el desarrollo del adolescente. Algunos factores de riesgo de estos problemas son: distorsión de la imagen corporal, problemas de la personalidad y familiares, desórdenes de la alimentación y problemas de identidad y relación con la sociedad.

PREVALENCIA:

Es una medida importante en los estudios de morbilidad como la Anorexia y Bulimia. Ayuda a medir la cantidad de enfermedad existente en un determinado momento, en un lugar establecido y en un grupo social dado siendo este el caso de los residentes de una universidad, para saber si la enfermedad esta en esta población.

RESIDENTE:

Es el alumno que llega a la Institución Educativa y vive dentro de los dormitorios (residencias) del Instituto.

PREFECTO:

Es la persona responsable de administrar los edificios de dormitorios (residencias) y llevar a cabo los programas de bienestar para mejorar la calidad de vida del residente.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

EDI:

Test de inventario de desórdenes alimentarios.

MA (Motivación para adelgazar).

II (identificación de la interocepción).

B (bulimia).

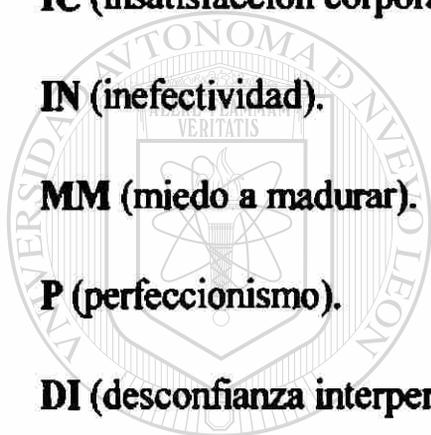
IC (insatisfacción corporal).

IN (inefectividad).

MM (miedo a madurar).

P (perfeccionismo).

DI (desconfianza interpersonal).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

EAT:

Test de actitudes hacia la alimentación.

DI (dieta).

BUYPC (bulimia y preocupación por la comida).

CO (control oral).

MA (motivación por adelgazar).

EVAL (evitación de alimentos engordantes).

PRC (preocupación por la comida).

PRS (presión social percibida).

OBYC (obsesiones y compulsiones).

PYEA (patrones y estilos alimentarios).

CC (conductas compensatorias).



BULIT:

Test de bulimia.

SOB (sobreingesta).

UANL

SN (sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta).

VOM (vómito).

PAL (preferencias alimentarias durante la sobreingesta).

FP (fluctuaciones en el peso).

SYPCAL (sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación).

SNS (sentimientos negativos después de la sobreingesta).

CCOM (conductas compensatorias).



BIBLIOTECA Y HLMEROTECA

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas.
2. Contéstalas de manera individual, sin consultar a nadie.
3. Intenta ser sincera con tus respuestas.
4. Especifica tu Respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecúe a lo que piensas. No escribas en este cuadernillo, únicamente hazlo en las hojas de respuesta.
5. No existen respuestas correctas ni incorrectas.
6. Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.
7. Las claves que se encuentran a la izquierda de cada pregunta son únicamente para fines de organización.

PREGUNTAS

- MA 1.- Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc.) sin sentirme nerviosa.
- IC 2.- Pienso que mi estómago es demasiado grande.
- MM 3.- Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia.
- B 4.- Como, cuando estoy disgustada.
- B 5.- Me atraco de comida.
- MM 6.- Me gustaría tener menos edad.
- MA 7.- Pienso en seguir una dieta.
- II 8.- Me asusto cuando mis sensaciones / sentimientos son demasiado intensos.
- IC 9.- Pienso que mis piernas son demasiado anchas.
- N 10.- Me siento inútil como persona.
- MA 11.- Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso.
- IC* 12.- Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
- P 13.- Mi familia sólo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de lo habitual.
- MM 14.- El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño.
- DI* 15.- Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.
- MA 16.- Me aterroriza ganar peso.
- DI* 17.- Confío en los demás.
- IN 18.- Me siento sola en el mundo.
- IC* 19.- Me siento satisfecho con la forma de mi cuerpo.
- IN* 20.- Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo control.
- II 21.- Me siento confundida ante las emociones que siento.
- MM* 22.- Prefiero ser adulto que niña.
- DI* 23.- Me comunico fácilmente con los demás.
- IN 24.- Me gustaría ser otra persona.
- MA 25.- Exagero a menudo la importancia del peso.
- II* 26.- Puedo identificar claramente las emociones que siento.

EDI-F

- IN 27.- Me siento inadaptada.
- B 28.- Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo parar de hacerlo.
- P 29.- Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros.
- DI* 30.- Tengo amistades íntimas.
- IC* 31.- Me gusta la forma de mis pompas o glúteos.
- MA 32.- Me preocupa el deseo de estar más delgada.
- I 33.- No sé lo que está pasando dentro de mí.
- DI 34.- Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás.
- MM 35.- Las exigencias del adulto son demasiado grandes.
- P 36.- Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor.
- IN* 37.- Me siento segura de mí misma.
- B 38.- Pienso en comer en exceso.
- MM* 39.- Me siento feliz de ya no ser una niña.
- I 40.- No me doy cuenta de si tengo hambre o no.
- IN 41.- Tengo una pobre opinión de mí misma.
- IN* 42.- Pienso que puedo alcanzar mis metas.
- P 43.- Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.
- I 44.- Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control.
- IC 45.- Pienso que mis caderas son demasiado anchas.
- B 46.- Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy sola.
- I 47.- Después de haber comido poco, me siento excesivamente llena.
- MM 48.- Pienso que las personas son más felices cuando son niñas.
- MA 49.- Si subo un poco de peso, me preocupa que pueda seguir aumentando.
- IN* 50.- Pienso que soy una persona útil.
- I 51.- Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada.
- P 52.- Creo que las cosas las debo de hacer perfectamente o sino no hacerlas.
- B 53.- Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso.
- DI 54.- Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercarse o entablar amistad.
- IC* 55.- Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.
- IN 56.- Me siento interiormente vacía.
- DI* 57.- Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales.
- MM* 58.- El convertirme en adulta ha sido lo mejor en mi vida.
- IC 59.- Creo que mis pompis o glúteos son demasiado anchas.
- I 60.- Tengo sentimientos / sensaciones que no puedo identificar claramente.
- B 61.- Como o bebo a escondidas.
- IC* 62.- Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
- P 63.- Mis metas son excesivamente altas.
- B 64.- Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer.

GRACIAS POR TU COOPERACION:



INSTRUCCIONES

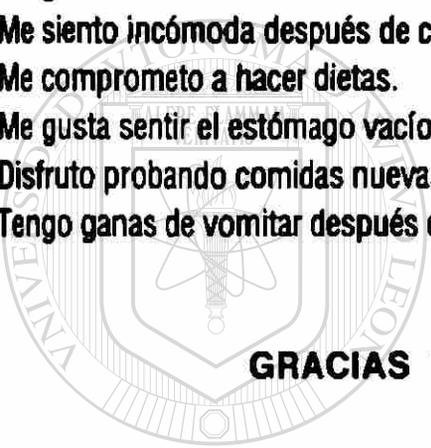
1. Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas.
2. Contéstalas de manera individual sin consultar a nadie.
3. Al contestarlas, hazlo lo más verdídicamente posible.
4. Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecúe a lo que piensas. No escribas nada en este cuadernillo, únicamente hazlo en las hojas de respuestas.
5. Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.

PREGUNTAS

- 1 Me gusta comer con otras personas.
- 2 Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
- 3 Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.
- 4 Me da mucho miedo pesar demasiado.
- 5 Procuo no comer aunque tenga hambre.
- 6 Me preocupo mucho por la comida.
- 7 A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
- 8 Corto mis alimentos en trozos pequeños.
- 9 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
- 10 Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. Ej. Pan, arroz, 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.
- 18 Me gusta que la ropa me quede ajustada.
- 19 Disfruto comiendo carne.
- 20 Me levanto pronto por las mañanas.
- 21 Cada día como los mismos alimentos.
- 22 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
- 23 Tengo la menstruación regular.

EAT-F

- 24 Los demás piensan que estoy demasiado delgada.
- 25 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
- 26 Tardo en comer más que las otras personas.
- 27 Disfruto comiendo en restaurantes.
- 28 Tomo laxantes (purgantes).
- 29 Procuro no comer alimentos con azúcar.
- 30 Como alimentos dietéticos.
- 31 Siento que los alimentos controlan mi vida.
- 32 Me controlo en las comidas.
- 33 Noto que los demás me presionan para que coma.
- 34 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
- 35 Tengo estreñimiento.
- 36 Me siento incómoda después de comer dulces.
- 37 Me comprometo a hacer dietas.
- 38 Me gusta sentir el estómago vacío.
- 39 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
- 40 Tengo ganas de vomitar después de las comidas.



GRACIAS POR TU COOPERACION

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



INSTRUCCIONES

Responde a cada pregunta en las hojas de respuesta poniendo una cruz en la respuesta que se ajuste mejor a tu caso particular. No escribas en este cuadernillo. **RECUERDA, NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS**, la mejor respuesta es la que corresponda con lo que a tí te suceda particularmente. **POR FAVOR**, responde a cada pregunta con **SINCERIDAD**. Recuerda que toda la información que nos des será estrictamente confidencial.

PREGUNTAS

1.- ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente llena (atracándote)?

- a) Una vez al mes o menos (o nunca).
- b) 2-3 veces al mes.
- c) Una vez o dos a la semana.
- d) 3-6 veces a la semana.
- e) Una vez al día o más.

2.- Estoy satisfecha con mis hábitos alimentarios.

- a) De acuerdo.
- b) Neutral.
- c) Un poco en desacuerdo.
- d) En desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

3.- ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?

- a) Prácticamente, cada vez que como.
- b) Muy frecuentemente.
- c) A menudo.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

4.- ¿Te autodenominarías actualmente una tragona?

- a) Sí, siempre.
- b) Sí, frecuentemente.
- c) A menudo.
- d) Alguna vez.
- e) Nunca.

5.- Prefiero comer:

- a) En casa sola.
- b) En casa con otros.
- c) En un restaurante.
- d) En casa de un amigo.
- e) Me da igual.

BULI-F

6.- ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?

- a) Siempre o la mayoría de las veces.
- b) Muchas veces.
- c) Ocasionalmente.
- d) Raramente.
- e) Nunca.

7.- Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.

- a) Una vez al día o más.
- b) 3-6 veces por semana.
- c) Una o dos veces por semana.
- d) 2-3 veces al mes.
- e) Una vez al mes o nunca.

8.- Como hasta sentirme demasiado cansada para continuar comiendo.

- a) Por lo menos una vez al día.
- b) 3-6 Veces por semana.
- c) De una o dos veces por semana.
- d) 2-3 veces al mes.
- e) Una vez al mes o nunca.

9.- ¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, malteadas o dulces entre comidas?

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como entre comidas.

10.- ¿En qué grado estás preocupada por comer entre comidas?

- a) No como entre comidas.
- b) Me preocupa un poco.
- c) Preocupación moderada.
- d) Gran preocupación.
- e) Probablemente es la mayor preocupación de mi vida.

11.- La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.

- a) Sí.
- b) Muy probablemente.
- c) Probablemente.
- d) Difícilmente.
- e) No.

12.- ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?

- a) Muy frecuentemente.
- b) Frecuentemente.
- c) Bastante a menudo.
- d) Ocasionalmente.
- e) Raramente o nunca.

13.- Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

14.- Me siento mal conmigo misma después de comer demasiado.

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como demasiado.

15.- ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

- a) Dos o más veces a la semana.
- b) Una vez a la semana.
- c) 2-3 veces a la semana.
- d) Una vez al mes.
- e) Nunca.

16.- ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?

- a) No como entre comidas.
- b) Me siento bien.
- c) Me siento moderadamente molesto conmigo mismo.
- d) Me siento bastante molesto conmigo mismo.
- e) Me odio.

17.- Como mucho, incluso cuando no estoy hambrienta.

- a) Muy frecuentemente.
- b) Frecuentemente.
- c) Ocasionalmente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

18.- Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

19.- He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.

- a) No en el año pasado.
- b) Una vez en el año pasado.
- c) 2-3 veces en el año pasado.
- d) 4-5 veces en el año pasado.
- e) Más de 5 veces en el año pasado.

BULI-F

20.- Me siento triste o deprimida después de comer más de lo que había planeado comer.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

21.- Entre comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas).

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca como entre comidas.

22.- Comparada con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:

- a) Mayor que la capacidad de otros.
- b) Más o menos la misma.
- c) Menor.
- d) Mucho menor.
- e) No tengo ningún control.

23.- Uno de tus mejores amigos 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 llena. ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?

- a) Bien, contenta de haber probado ese nuevo restaurante.
- b) Un poco arrepentida por haber comido tanto.
- c) Algo decepcionada conmigo misma.
- d) Molesta conmigo misma.
- e) Totalmente disgustada conmigo misma.

24.- Me podría llamar, actualmente un "comedora compulsiva" (episodios de ingesta incontrolada).

- a) Totalmente.
- b) Muy probablemente.
- c) Probablemente.
- d) Tal vez.
- e) No, probablemente no.

25.- ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?

- a) Más de 8 kilos.
- b) De 6-8 kilos.
- c) De 3-5 kilos.
- d) De 1-2 kilos.
- e) Menos de 1 kilo.



BULI-F

26.- Si como demasiado por la noche, me siento deprimida a la mañana siguiente,

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) No como demasiado por la noche.

27.- ¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?

- a) Sí, no es más problema para mi (en absoluto).
- b) Sí, me es más fácil.
- c) Sí, me es un poco más fácil.
- d) Más o menos lo mismo.
- e) No, me resulta más difícil.

28.- Creo que la comida controla mi vida.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

29.- Me siento deprimida inmediatamente después de comer demasiado.

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como demasiado.

30.- ¿Con qué frecuencia vomitas después para perder peso?

- a) Nunca.
- b) Una vez al mes.
- c) 2-3 veces al mes.
- d) Una vez a la semana.
- e) 2 o más veces a la semana.

31.- Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?

- a) Más rápidamente de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida.
- b) Mucho más rápido que la mayoría de la gente.
- c) Un poco más rápidamente que la mayoría de la gente.
- d) Más o menos a la misma velocidad que la mayoría de la gente.
- e) Más lentamente que la mayoría de la gente.

32.- ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?

- a) Más de 8 kilos.
- b) De 6-8 kilos.
- c) De 3-5 kilos.
- d) De 1-2 kilos.
- e) Menos de un kilo.

33.- Mi último período menstrual fue.

- a) El mes pasado.
- b) Hace 2 meses.
- c) Hace 4 meses.
- d) Hace 6 meses.
- e) Hace más de 6 meses.

34.- Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso.

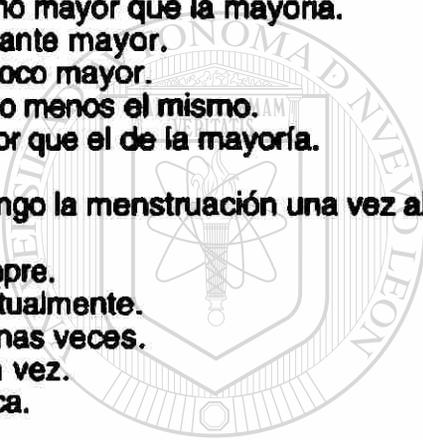
- a) Una vez al día o más.
- b) 3-6 veces a la semana.
- c) Una o dos veces a la semana.
- e) 2-3 veces al mes.
- f) Nunca.

35.- ¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?

- a) Mucho mayor que la mayoría.
- b) Bastante mayor.
- c) Un poco mayor.
- d) Más o menos el mismo.
- e) Menor que el de la mayoría.

36.- Tengo la menstruación una vez al mes.

- a) Siempre.
- b) Habitualmente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez.
- e) Nunca.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

GRACIAS POR TU COOPERACION

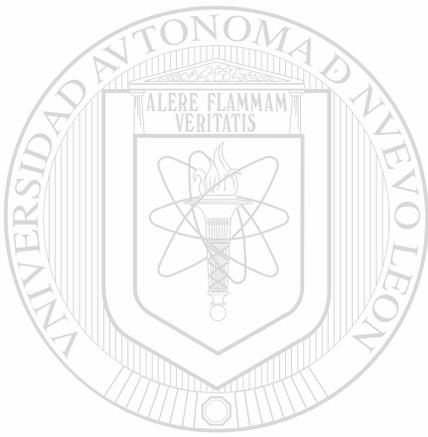


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

EDI-F

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| 62. Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 63. Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 64. Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |

GRACIAS POR TU COOPERACION



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

EAT-F

HOJA DE RESPUESTAS

1	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
11	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
12	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
13	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
14	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
15	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
16	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
17	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
18	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
19	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
20	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

EAT-F

21	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
22	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
23	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
24	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
25	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
26	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
27	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
28	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
29	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
30	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
31	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
32	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
33	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
34	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
35	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
36	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
37	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
38	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
39	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
40	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

GRACIAS POR TU COOPERACION

HOJA DE RESPUESTAS

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 2. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 3. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 4. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 5. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 6. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 7. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 8. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 9. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 10. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 11. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 12. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 13. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 14. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 15. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 16. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 17. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 18. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 19. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 20. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 21. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 22. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 23. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 24. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 25. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 26. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 27. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 28. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 29. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 30. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 31. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 32. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 33. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 34. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 35. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 36. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |



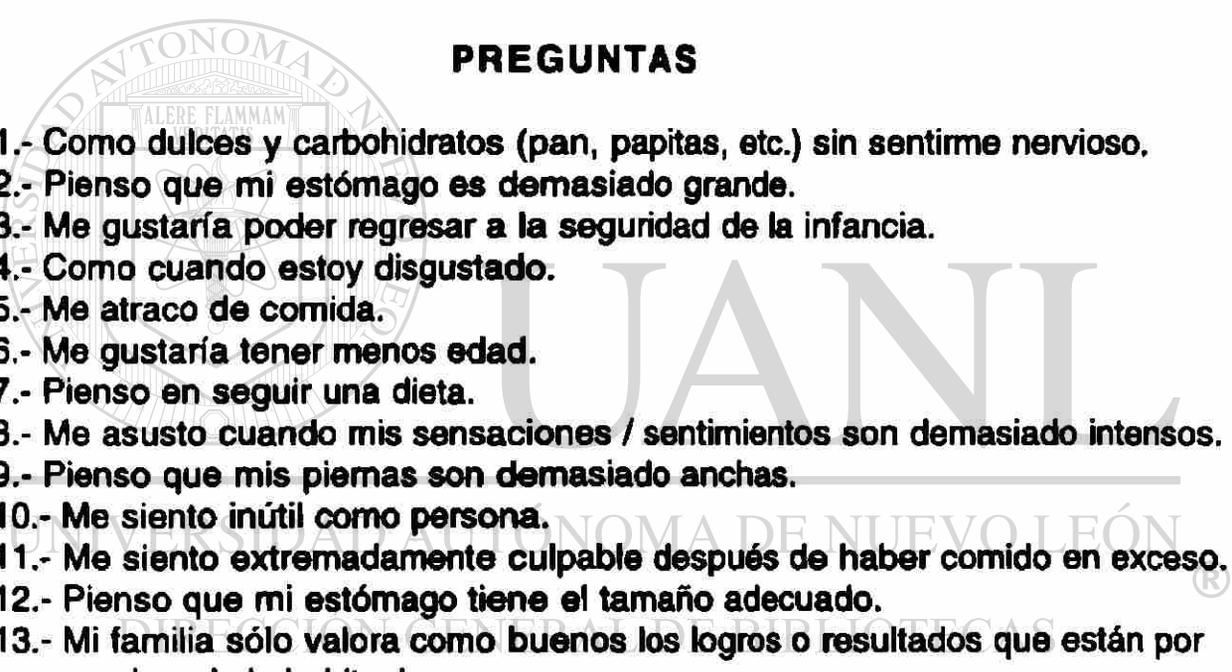
GRACIAS POR TU COOPERACION

BIBLIOTECA Y HEMEROTECA

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas.
2. Contéstalas de manera individual, sin consultar a nadie.
3. Intenta ser sincera con tus respuestas.
4. Especifica tu Respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecúe a lo que piensas. No escribas en este cuadernillo, únicamente hazlo en las hojas de respuesta.
5. No existen respuestas correctas ni incorrectas.
6. Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.
7. Las claves que se encuentran a la izquierda de cada pregunta son únicamente para fines de organización.

PREGUNTAS

- 
- MA 1.- Como dulces y carbohidratos (pan, papitas, etc.) sin sentirme nervioso.
- IC 2.- Pienso que mi estómago es demasiado grande.
- MM 3.- Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia.
- B 4.- Como cuando estoy disgustado.
- B 5.- Me atraco de comida.
- MM 6.- Me gustaría tener menos edad.
- MA 7.- Pienso en seguir una dieta.
- II 8.- Me asusto cuando mis sensaciones / sentimientos son demasiado intensos.
- IC 9.- Pienso que mis piernas son demasiado anchas.
- N 10.- Me siento inútil como persona.
- MA 11.- Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso.
- IC* 12.- Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
- P 13.- Mi familia sólo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de lo habitual.
- MM 14.- El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño.
- DI* 15.- Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.
- MA 16.- Me aterroriza ganar peso.
- DI* 17.- Confío en los demás.
- IN 18.- Me siento solo en el mundo.
- IC* 19.- Me siento satisfecho con la forma de mi cuerpo.
- IN* 20.- Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo control.
- II 21.- Me siento confundido ante las emociones que siento.
- MM* 22.- Prefiero ser adulto que niño.
- DI* 23.- Me comunico fácilmente con los demás.
- IN 24.- Me gustaría ser otra persona.
- MA 25.- Exagero a menudo la importancia del peso.
- II* 26.- Puedo identificar claramente las emociones que siento.

EDI-M

- IN 27.- Me siento inadaptado.
- B 28.- Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo parar de hacerlo.
- P 29.- Cuando era niño intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros.
- DI* 30.- Tengo amistades íntimas.
- IC* 31.- Me gusta la forma de mis pompas o glúteos.
- MA 32.- Me preocupa el deseo de estar más delgado.
- II 33.- No sé lo que está pasando dentro de mí.
- DI 34.- Tengo dificultad en expresar mis emociones a los demás.
- MM 35.- Las exigencias del adulto son demasiado grandes.
- P 36.- Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor.
- IN* 37.- Me siento seguro de mí mismo.
- B 38.- Pienso en comer en exceso.
- MM* 39.- Me siento feliz de ya no ser una niño.
- II 40.- No me doy cuenta de si tengo hambre o no.
- IN 41.- Tengo una pobre opinión de mí mismo.
- IN* 42.- Pienso que puedo alcanzar mis metas.
- P 43.- Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.
- II 44.- Estoy preocupado de que mis sentimientos se escapen de mi control.
- IC 45.- Pienso que mis caderas son demasiado anchas.
- B 46.- Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy solo.
- II 47.- Después de haber comido poco, me siento excesivamente lleno.
- MM 48.- Pienso que las personas son más felices cuando son niños.
- MA 49.- Si subo un poco de peso, me preocupa que pueda seguir aumentando.
- IN* 50.- Pienso que soy una persona útil.
- II 51.- Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, atemorizado o enojado.
- P 52.- Creo que las cosas las debo de hacer perfectamente o sino no hacerlas.
- B 53.- Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso.
- DI 54.- Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo si alguien intenta acercárseme o entablar amistad.
- IC* 55.- Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.
- IN 56.- Me siento interiormente vacío.
- DI* 57.- Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales.
- MM* 58.- El convertirme en adulto ha sido lo mejor en mi vida.
- IC 59.- Creo que mis pompis o glúteos son demasiado anchas.
- II 60.- Tengo sentimientos / sensaciones que no puedo identificar claramente.
- B 61.- Como o bebo a escondidas.
- IC* 62.- Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
- P 63.- Mis metas son excesivamente altas.
- B 64.- Cuando estoy disgustado me preocupa el que pueda empezar a comer.

GRACIAS POR TU COOPERACION

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas.
2. Contéstalas de manera individual sin consultar a nadie.
3. Al contestarlas, hazlo lo más verídicamente posible.
4. Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecúe a lo que piensas. No escribas nada en este cuadernillo, únicamente hazlo en las hojas de respuestas.
5. Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.

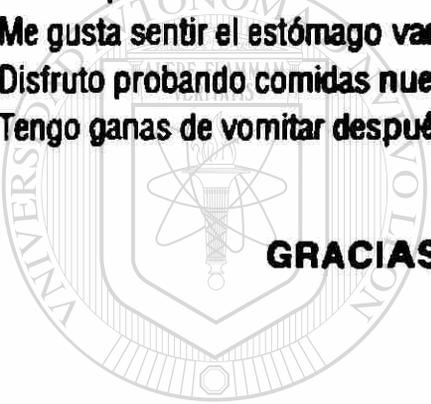
PREGUNTAS

- 1 Me gusta comer con otras personas.
- 2 Preparo comidas para otros, pero yo no me lo como.
- 3 Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas.
- 4 Me da mucho miedo pesar demasiado.
- 5 Procuro no comer aunque tenga hambre.
- 6 Me preocupa mucho por la comida.
- 7 A veces me he ¡atracado! de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
- 8 Corto mis alimentos en trozos pequeños.
- 9 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
- 10 Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. Ej. Pan, arroz, papas, etc.).
- 11 Me siento lleno 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 delgado.
- 16 Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
- 17 Me peso varias veces al día.
- 18 Me gusta que la ropa me quede ajustada.
- 19 Disfruto comiendo carne.
- 20 Me levanto pronto por las mañanas.
- 21 Cada día como los mismos alimentos.
- 22 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
- 23 Los demás piensan que estoy demasiado delgado.



EAT-M

- 24 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.**
- 25 Tardo en comer más que las otras personas.**
- 26 Disfruto comiendo en restaurantes.**
- 27 Tomo laxantes (purgantes).**
- 28 Procuro no comer alimentos con azúcar.**
- 29 Como alimentos dietéticos.**
- 30 Siento que los alimentos controlan mi vida.**
- 31 Me controlo en las comidas.**
- 32 Noto que los demás me presionan para que coma.**
- 33 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.**
- 34 Tengo estreñimiento.**
- 35 Me siento incómodo después de comer dulces.**
- 36 Me comprometo a hacer dietas.**
- 37 Me gusta sentir el estómago vacío.**
- 38 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.**
- 39 Tengo ganas de vomitar después de las comidas.**



GRACIAS POR TU COOPERACION

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



INSTRUCCIONES

Responde a cada pregunta en las hojas de respuesta poniendo una cruz en la respuesta que se ajuste mejor a tu caso particular. No escribas en este cuadernillo. **RECUERDA, NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS**, la mejor respuesta es la que corresponda con lo que a tí te suceda particularmente. **POR FAVOR**, responde a cada pregunta con **SINCERIDAD**. Recuerda que toda la información que nos des será estrictamente confidencial.

PREGUNTAS

1.- ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de estar totalmente lleno (atracándote)?

- a) Una vez al mes o menos (o nunca).
- b) 2-3 veces al mes.
- c) Una vez o dos a la semana.
- d) 3-6 veces a la semana.
- e) Una vez al día o más.

2.- Estoy satisfecho con mis hábitos alimentarios.

- a) De acuerdo.
- b) Neutral.
- c) Un poco en desacuerdo.
- d) En desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

3.- ¿Alguna vez has continuado comiendo hasta pensar que podías explotar?

- a) Prácticamente, cada vez que como.
- b) Muy frecuentemente.
- c) A menudo.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

4.- ¿Te autodenominarías actualmente un tragón?

- a) Sí, siempre.
- b) Sí, frecuentemente.
- c) A menudo.
- d) Alguna vez.
- e) Nunca.

5.- Prefiero comer:

- a) En casa solo.
- b) En casa con otros.
- c) En un restaurante.
- d) En casa de un amigo.
- e) Me da igual.



6.- ¿Crees que tienes control sobre la cantidad de comida que comes?

- a) Siempre o la mayoría de las veces.
- b) Muchas veces.
- c) Ocasionalmente.
- d) Raramente.
- e) Nunca.

7.- Uso laxantes o supositorios para controlar mi peso.

- a) Una vez al día o más.
- b) 3-6 veces por semana.
- c) Una o dos veces por semana.
- d) 2-3 veces al mes.
- e) Una vez al mes o nunca.

8.- Como hasta sentirme demasiado cansado para continuar comiendo.

- a) Por lo menos una vez al día.
- b) 3-6 Veces por semana.
- c) De una o dos veces por semana.
- d) 2-3 veces al mes.
- e) Una vez al mes o nunca.

9.- ¿Con qué frecuencia prefieres comer helado, malteadas o dulces entre comidas?

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como entre comidas.

10.- ¿En qué grado estás preocupado por comer entre comidas?

- a) No como entre comidas.
- b) Me preocupa un poco.
- c) Preocupación moderada.
- d) Gran preocupación.
- e) Probablemente es la mayor preocupación de mi vida.

11.- La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiese cuánta comida puedo consumir de un jalón.

- a) Sí.
- b) Muy probablemente.
- c) Probablemente.
- d) Difícilmente.
- e) No.

12.- ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte mal?

- a) Muy frecuentemente.
- b) Frecuentemente.
- c) Bastante a menudo.
- d) Ocasionalmente.
- e) Raramente o nunca.

BULI-M

13.- Temo comer algo por miedo de no ser capaz de parar.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

14.- Me siento mal conmigo mismo después de comer demasiado.

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como demasiado.

15.- ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

- a) Dos o más veces a la semana.
- b) Una vez a la semana.
- c) 2-3 veces a la semana.
- d) Una vez al mes.
- e) Nunca.

16.- ¿Cuál de las siguientes frases describe tus sentimientos después de comer entre comidas?

- a) No como entre comidas.
- b) Me siento bien.
- c) Me siento moderadamente molesto conmigo mismo.
- d) Me siento bastante molesto conmigo mismo.
- e) Me odio.

17.- Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento.

- a) Muy frecuentemente.
- b) Frecuentemente.
- c) Ocasionalmente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

18.- Mis hábitos alimenticios son diferentes de los hábitos alimenticios de la mayoría de la gente.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

19.- He intentado perder peso ayunando o siguiendo dietas intensivas.

- a) No en el año pasado.
- b) Una vez en el año pasado.
- c) 2-3 veces en el año pasado.
- d) 4-5 veces en el año pasado.
- e) Más de 5 veces en el año pasado.



BULI-M

20.- Me siento triste o deprimido después de comer más de lo que había planeado comer.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

21.- Entre comidas tiendo a comer alimentos altos en calorías (dulces y harinas).

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca como entre comidas.

22.- Comparado con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:

- a) Mayor que la capacidad de otros.
- b) Más o menos la misma.
- c) Menor.
- d) Mucho menor.
- e) No tengo ningún control.

23.- Una de tus mejores amigas 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. ¿Cómo te sentirías de vuelta a casa?

- a) Bien, contento de haber probado ese nuevo restaurante.
- b) Un poco arrepentido por haber comido tanto.
- c) Algo decepcionado conmigo mismo.
- d) Molesto conmigo mismo.
- e) Totalmente disgustado conmigo mismo.

24.- Me podría llamar, actualmente un "comedor compulsivo" (episodios de ingesta incontrolada).

- a) Totalmente.
- b) Muy probablemente.
- c) Probablemente.
- d) Tal vez.
- e) No, probablemente no.

25.- ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que has perdido alguna vez en un mes?

- a) Más de 8 kilos.
- b) De 6-8 kilos.
- c) De 3-5 kilos.
- d) De 1-2 kilos.
- e) Menos de 1 kilo.

BULI-M

26.- Si como demasiado por la noche, me siento deprimido a la mañana siguiente,

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) No como demasiado por la noche.

27.- ¿Crees que te resulta más fácil vomitar que a la mayoría de la gente?

- a) Sí, no es más problema para mi (en absoluto).
- b) Sí, me es más fácil.
- c) Sí, me es un poco más fácil.
- d) Más o menos lo mismo.
- e) No, me resulta más difícil.

28.- Creo que la comida controla mi vida.

- a) Siempre.
- b) Casi siempre.
- c) Frecuentemente.
- d) Algunas veces.
- e) Rara vez o nunca.

29.- Me siento deprimido inmediatamente después de comer demasiado.

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Algunas veces.
- d) Rara vez o nunca.
- e) No como demasiado.

30.- ¿Con qué frecuencia vomitas después para perder peso?

- a) Nunca.
- b) Una vez al mes.
- c) 2-3 veces al mes.
- d) Una vez a la semana.
- e) 2 o más veces a la semana.

31.- Cuando comes una gran cantidad de alimento, ¿a qué velocidad lo haces?

- a) Más rápidamente de lo que la mayoría de la gente ha comido en su vida.
- b) Mucho más rápido que la mayoría de la gente.
- c) Un poco más rápidamente que la mayoría de la gente.
- d) Más o menos a la misma velocidad que la mayoría de la gente.
- e) Más lentamente que la mayoría de la gente.

32.- ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?

- a) Más de 8 kilos.
- b) De 6-8 kilos.
- c) De 3-5 kilos.
- d) De 1-2 kilos.
- e) Menos de un kilo.

BULI-M

33.- Uso diuréticos (laxantes) para controlar mi peso.

- a) Una vez al día o más.
- b) 3-6 veces a la semana.
- c) Una o dos veces a la semana.
- e) 2-3 veces al mes.
- f) Nunca.

34.- ¿Cómo piensas que es tu apetito comparado con el de la mayoría de la gente que conoces?

- a) Mucho mayor que la mayoría.
- b) Bastante mayor.
- c) Un poco mayor.
- d) Más o menos el mismo.
- e) Menor que el de la mayoría.

GRACIAS POR TU COOPERACION



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

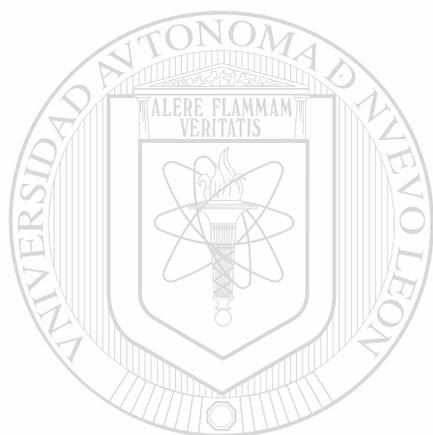


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

EDI-M

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| 62. Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 63. Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 64. Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |

GRACIAS POR TU COOPERACION



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

HOJA DE RESPUESTAS

1	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
11	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
12	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
13	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
14	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
15	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
16	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
17	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
18	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
19	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
20	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Bastantes veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

EAT-M

- | | | | | | | |
|----|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|---|
| 21 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 22 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 23 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 24 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 25 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 26 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 27 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 28 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 29 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 30 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 31 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 32 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 33 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 34 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre [®]
<input type="radio"/> |
| 35 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 36 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 37 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 38 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |
| 39 | Nunca
<input type="radio"/> | Casi nunca
<input type="radio"/> | Algunas veces
<input type="radio"/> | Bastantes veces
<input type="radio"/> | Casi siempre
<input type="radio"/> | Siempre
<input type="radio"/> |

GRACIAS POR TU COOPERACION

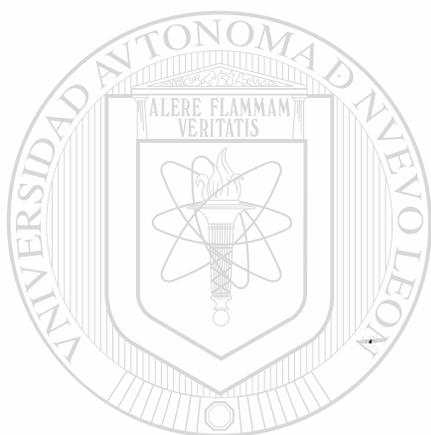
HOJA DE RESPUESTAS

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 2. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 3. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 4. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 5. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 6. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 7. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 8. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 9. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 10. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 11. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 12. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 13. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 14. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 15. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 16. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 17. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 18. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 19. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 20. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 21. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 22. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 23. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 24. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 25. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 26. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 27. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 28. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 29. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 30. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 31. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 32. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 33. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |
| 34. a) <input type="radio"/> | b) <input type="radio"/> | c) <input type="radio"/> | d) <input type="radio"/> | e) <input type="radio"/> |

GRACIAS POR TU COOPERACION



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA
BIBL. ...



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

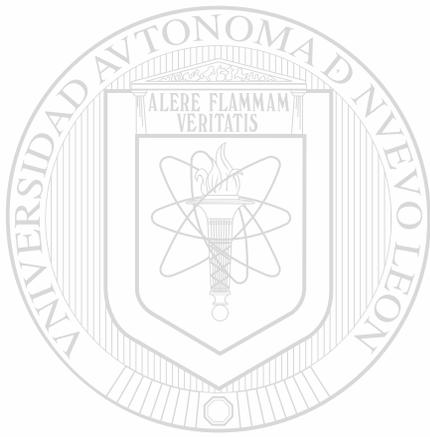
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



bib.
BIBLIOTECA • HEMEROTECA



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



BIBLIOTECA Y HEMEROTECA



