



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

## ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS DE UNA PREPARATORIA DE QUERETARO.

### TESIS

COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico General Abril Espinosa  
Rayas

Dirigido por:

MIMSP Roxana Gisela Cervantes  
Becerra

Querétaro, Qro. a Febrero 2020

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN LOS ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS EN UNA  
PREPARATORIA DE QUERETARO

2020



Universidad Autónoma de  
Querétaro Facultad de  
Medicina  
Especialidad de Medicina Familiar

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN LOS ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS EN UNA  
PREPARATORIA DE QUERETARO.

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma  
de la Especialidad en Medicina Familiar

**Presenta:**

Médico General Abril Espinosa Rayas

**Dirigido por:**

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra

**SINODALES**

M.I.M.S.P Roxana Gisela Cervantes Becerra.

Presidente

\_\_\_\_\_ Firma

M. en I.M Leticia Blanco Castillo.

Secretario

\_\_\_\_\_ Firma

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz.

Vocal:

\_\_\_\_\_ Firma

M.C.E. Martha Leticia Martinez Martinez.

Suplente:

\_\_\_\_\_ Firma

M. en I.M Lilia Susana Gallardo Vidal.

Suplente

\_\_\_\_\_ Firma

Centro Universitario, Querétaro, Qro.  
Febrero 2020  
México

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La depresión constituye un grave problema de salud pública es prevalente en jóvenes y adultos en México y otros países, con mayor proporción entre mujeres. Sobre los trastornos alimentarios en México se desconoce la magnitud del problema por escasez de estudios representativos de la población y dado que la adolescencia es la etapa en la que se inician estos trastornos de salud mental, es necesario contar con datos fidedignos en la población adolescente para guiar la planeación de servicios y las políticas públicas de salud. **OBJETIVO:** Determinar la asociación entre la depresión y trastornos de la alimentación en los adolescentes. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal comparativo, prospectivo en adolescentes de 15 a 17 años de una preparatoria de Querétaro, en base criterios de inclusión, exclusión y de eliminación, se realizó estadística descriptiva por medio de frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza; estadística inferencial por medio de  $\chi^2$  y OR. El procesamiento de los datos se realizó con el programa de SPSS versión 25. Se estudiaron las variables con el test de depresión de Beck y de conducta de riesgo alimentario EAT26, bulimia (BITE) y criterios de DSM 5 para atracón y anorexia. Se llevó a cabo mediante la reglamentación ética vigente, se sometió al Comité de Investigación Local en Salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación. **RESULTADOS:** De los 337 adolescentes; 148 presentaron depresión, 30 (20.3%) con conductas alimenticias de riesgo, el restante con ausencia de estos. OR 2.94 (IC 95%; 1.52-5.72); 98 con depresión (66.2%) tenían un patrón de alimentación alterado (probable bulimia) OR 3.56 (IC 95%; 2.27-5.61). La asociación de la depresión con los criterios de atracón, se presentaron en 13 (8.8%), OR 2.93 (IC 95%; 1.089-7.92) y para anorexia con depresión se detectaron 7(4.7%), OR 4.61 (IC95%; 0.94-22.5). **CONCLUSIÓN:** La prevalencia de la depresión y los trastornos alimenticios está presente en gran proporción en los adolescentes, predominando en mujeres. Se encontró una asociación de más del 61% de los deprimidos con trastornos de la alimentación y menos de 5% en los no deprimidos, según lo documentado.

(Palabras clave: depresión, adolescentes, trastornos alimenticios)

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** Depression constitutes a serious public health problem is prevalent in young people and adults in Mexico and other countries, with a greater proportion among women. Regarding eating disorders in Mexico, the magnitude of the problem is unknown due to a lack of representative studies of the population and since adolescence is the stage at which these mental health disorders begin, it is necessary to have reliable data in the adolescent population to guide service planning and public health policies. **OBJECTIVE:** To determine the association between depression and eating disorders in adolescents. **MATERIALS AND METHODS:** A comparative, prospective cross-sectional study was conducted in adolescents aged 15 to 17 from Querétaro high school, based on inclusion, exclusion and elimination criteria, descriptive statistics were performed through frequencies, percentages and confidence intervals; inferential statistics by means of chi2 and OR. The data was processed with SPSS version 25 program. The variables were studied with the Beck depression test and the EAT26 eating risk behavior test, bulimia (BITE) and DSM 5 criteria for binge eating and anorexia. It was carried out through current ethical regulations, submitted to the Local Health Research Committee, before which it was submitted for review, evaluation and acceptance. **RESULTS:** Of the 337 teenagers; 148 presented depression, 30 (20.3%) with risky eating behaviors, the rest with their absence. OR 2.94 (95% CI; 1.52-5.72); 98 with depression (66.2%) had an altered eating pattern (probable bulimia) OR 3.56 (95% CI; 2.27-5.61). The association of depression with binge eating criteria was presented in 13 (8.8%), OR 2.93 (95% CI; 1.089-7.92) and for anorexia with depression 7 (4.7%), OR 4.61 (95% CI; 0.94-22.5). **CONCLUSION:** The prevalence of depression and eating disorders is present in a large proportion in adolescents, predominantly in women. An association of more than 61% of the depressed with eating disorders and less than 5% in the non-depressed was found, as documented.

(Keywords: depression, adolescents, eating disorders)

## DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mi familia y amigos por su apoyo y motivación que me brindaron; a mis compañeros porque a pesar de las adversidades que presentaron en esta etapa de formación, supimos afrontarlas y pudimos concluir de manera satisfactoria.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todas las personas que me apoyaron a realizar esta investigación, compañeros y familia que ayudaron a lo largo de este tiempo. A la M. en I.M. Roxana Gisela Cervantes por su apoyo en la realización de esta tesis al igual que la M. en I.M. Leticia Blanco Castillo jefa del área de enseñanza, la cual nos inspira con su gran dedicación y optimismo ante todas las adversidades que se han presentado a lo largo de estos años.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	i
<b>Summary</b>	ii
<b>Dedicatorias</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Índice de cuadros</b>	vi
<b>Abreviaturas y siglas</b>	vii
<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Antecedentes</b>	5
<b>III. Fundamentación teórica</b>	10
III.1 Depresión	12
III.2 Trastornos de conducta alimentaria	12
III.2.1 Anorexia	14
III.2.2 Bulimia	16
III.2.3 Atracón	18
<b>IV. Hipótesis</b>	20
<b>V. Objetivos</b>	
V.1 General	21
V.2 Específicos	21
<b>VI. Material y métodos</b>	
VI.1 Tipo de investigación	22
VI.2 Población o unidad de análisis	22
VI.3 Muestra y tipo de muestra	23
VI. Técnicas e instrumentos	24
VI. Procedimientos	29
<b>VII. Resultados</b>	31
<b>VIII. Discusión</b>	40
<b>IX. Conclusiones</b>	44

<b>X. Propuestas</b>	46
<b>XI. Bibliografía</b>	48
<b>XII. Anexos</b>	53

Dirección General de Bibliotecas UAQ



## Índice de cuadros

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
VII.1	Características sociodemográficas de los adolescentes con depresión y trastornos de la alimentación de acuerdo al sexo	33
VII.2	Relación de IMC en alumnos con depresión y sin depresión	34
VII.3	Asociación de la depresión y las conductas de riesgo alimenticio	35
VII.4	Asociación de la depresión y la bulimia	36
VII.5	Asociación de la depresión y el atracón	37
VII.6	Asociación de la depresión y la anorexia	38
VII.7	Características sociodemográficas de los alumnos con y sin conductas de riesgo alimenticias	39

## Abreviaturas y siglas

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**TCA:** Trastornos de conducta alimentaria

**BN:** Bulimia nerviosa

**AN:** Anorexia Nerviosa

**DMS V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría

**EAT:** Cuestionario de actitudes alimentarias (Eating Attitudes Test)

**BITE:** Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edimburgh)

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)

**CIE 10:** Clasificación Internacional de las Enfermedades edición 10

**EEG:** Electroencefalografía

## I. Introducción

A nivel nacional según el INEGI 2015, Querétaro ocupa el lugar 22 en relación con el número de habitantes, con un total de 2 038 372, predominando el sexo femenino con un 51.3%, siendo más de 525 mil de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa 26.5% de la población total.

La adolescencia según la OMS se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, iniciando con la pubertad, aspecto puramente orgánico, terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial (Güemes, 2017).

Es una de las fases de la vida más complejas, en la cual la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una sensación de independencia, buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables (UNICEF, 2011).

Representa una etapa de grandes riesgos y cambios, donde significa aceptar su cuerpo como es, identificarse con el rol de género, etc; dentro de los cambios que pueden tener para aceptarse a sí mismos se encuentran los trastornos de conductas de alimentación, actividad física inadecuada, insatisfacción corporal, trastornos afectivos que puede ocasionar dificultades en la trayectoria del desarrollo normal, persistiendo dichos efectos adversos hasta la vida adulta (García, 2015; Graell, 2015; Academia Nacional de Medicina, 2016).

Entre los trastornos de la conducta que se presentan en la adolescencia encontramos la depresión, caracterizada por un conjunto de síntomas de

predominio afectivo, cognitivo, volitivo y somático. Con cambios en lo afectivo de: tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. En lo cognitivo deterioro de la atención o la memoria; en lo volitivo: debilidad de la voluntad, la apatía, la indecisión; y en lo somático: pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos e inadaptados, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, enfatizando la esfera afectiva. (González, 2008)

Según la OMS la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Convirtiéndose en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, teniendo como consecuencia el suicidio; se ha encontrado que cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, siendo la segunda causa de mortalidad en el grupo etario de 15 a 29 años. (World Health Organization, 2018)

En los años setenta se creyó que los trastornos depresivos eran poco frecuentes en los jóvenes; que los niños en la etapa prepuberal eran incapaces de presentar depresión. La depresión en los adolescentes era vista como algo normal como parte de su etapa de desarrollo. (The nice guideline on the treatment and management of depression in adults, 2013).

La mitad de los casos de depresión recurre de por vida sobre todo si sus síntomas se desarrollan antes de los 15 años, destacando la importancia de tratar la depresión tan pronto como sea posible, entre más tiempo curse sin tratamiento el pronóstico será peor, y mayor probabilidad de presentar episodios recurrentes. (Costello, Windfuhr, 2008).

También se observó que, en esta etapa de la vida, los adolescentes presentan riesgo de padecer otros trastornos aparte de la depresión, como son los de la conducta alimentaria; entre los que está el someterse a dietas, preocuparse por la delgadez o la provocación de vómitos. (Losada, 2015).

La etiología de los trastornos alimenticios es multifactorial, incluyendo factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Frecuentemente se asocian a depresión, trastornos ansiosos y trastornos de personalidad, lo que indica el carácter transnosográfico de las conductas de dependencia (the nice guideline on the treatment and management of depression in adults, 2013).

La incidencia de los trastornos ha ido en aumento en las últimas décadas, alcanzando cifras hasta del 5%. No está claro si este incremento responde al aumento en el número de casos o al diagnóstico más temprano. Encontrando que es mayor su presentación en mujeres. (Treasure, 2011).

La depresión según la Encuesta Mexicana de Salud Mental del Adolescente realizada en la Ciudad de México reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II (Veytia,2012).

Aunque puede diagnosticarse en menores de 13 años, presentan mayor riesgo los adolescentes entre 15 y 19 años, que representan hasta el 40% de los casos. Existen dos picos de incidencia: entre los 13 a 14 y entre los 16 a 17 años. (Smink, 2012).

En los trastornos alimenticios, la bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia. Su prevalencia mundial es de 1%-3% y suele iniciarse al final de la adolescencia. Su evolución es más caótica, con episodios de remisión de duración variable, tentativas de suicidio más frecuentes y complicaciones somáticas más severas. (Bermúdez, 2016).

La anorexia es una enfermedad grave, con mortalidad entre 7%-10%. El 50% de las defunciones tiene relación con la desnutrición y 24% son por suicidio. Son probables consecuencias a largo plazo: osteoporosis, avulsión dentaria y disminución de la expectativa de vida. Los estudios a largo plazo muestran que 15%-25% evoluciona a cronicidad, 25% mantiene dificultades psicológicas invalidantes

como depresión, fobias y retraimiento social y 30% pueden evolucionar a bulimia (García, 2011).

En nuestro país no se conoce la magnitud de los trastornos de alimentación por escasez de estudios representativos en la población.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## II. Antecedentes

La adolescencia es una etapa de la vida muy vulnerable, ya que en esta se realizan varios cambios físico, biológico, mental y social. Se puede definir como una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, comienza con el inicio de la pubertad. (Fañido, 2011).

Se estima que la mitad de los primeros episodios de enfermedades mentales ocurren durante la adolescencia. Además, aproximadamente una cuarta parte de los adolescentes que padece estas enfermedades mentales sufren del deterioro en el funcionamiento diario (Mendelson, 2016).

Las principales causas de la aparición de psicopatología dependerán de aspectos genéticos, de la interacción entre los cambios hormonales, de la presencia de psicopatología previa y por supuesto de factores ambientales, que presente el adolescente. Se considera que hasta la pubertad son frecuentes las somatizaciones y problemas de conducta, pero en la adolescencia irrumpen los síntomas emocionales como consecuencia de la maduración cognitiva, es por eso por lo que existe más riesgo de desarrollar trastornos de conducta como depresión o trastornos de la alimentación. (Fañido, 2011).

### II.1 Depresión

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, enfatizando la esfera afectiva (González, 2008).

El principal predictor de depresión en la adolescencia es haberla padecido

ya en la infancia y esta evolución a su vez predice nuevos episodios en la edad adulta (Fañido, 2011).

Antiguamente en los años 70's se creía que los trastornos depresivos eran poco frecuentes en los jóvenes; que los niños en la etapa prepuberal eran incapaces de presentar depresión y la depresión en los adolescentes era vista como algo normal por ser parte de su etapa de desarrollo del adolescente (The british psychological society, 2010).

El concepto de depresión en la infancia aparece relacionado a los efectos de la separación temprana del bebé de su madre, en la actualidad los criterios diagnósticos empleados son los mismos que en la edad adulta. Las cifras de depresión en la infancia oscilan entre un 0.6% -4.6% en niños y un 1.6%-8% en adolescentes. En la infancia tienen más peso los factores ambientales y en la adolescencia los genéticos. Es un diagnóstico que con frecuencia pasa inadvertido y los niños no reciben tratamiento (Sánchez, 2015).

Dentro de las posibles causas de depresión en adolescentes se realizaron estudios sobre el tipo de sucesos vitales estresantes que experimentan los adolescentes y se encontró que los más frecuentes presentaban una naturaleza muy distinta: cambio de clase (evento relativo al contexto escolar), muerte de un familiar (acontecimiento estresante familiar) y ruptura de la relación de pareja (estresor relativo al grupo de iguales) (González, 2015).

Al igual que las altas tasas de trastorno psiquiátrico están asociadas a una serie de resultados negativos en la vida, incluidos un menor rendimiento educativo, disminución del empleo, menores ingresos y un nivel de vida más bajo (Gibbs, 2010).

También se encontró que los antecedentes familiares juegan un papel importante, los niños de padres depresivos se enfrentan 3 o 4 veces aumento de



las tasas de depresión, ambos factores genéticos y ambientales contribuyen a este riesgo por lo que vale la pena tomar en cuenta la historia familiar. (Rice, 2010).

Al igual que el género también es considerado factor de riesgo, siendo las mujeres las más vulnerables a esta condición en una proporción 2:1. (Rice, 2010) asociada con periodos de cambios hormonales, más notable, en pubertad, embarazo y menopausia (Hyde, 2008)

Además de estos trastornos de salud mental que afectan a los adolescentes por ser una etapa de cambios, la preocupación por la imagen corporal, la necesidad de aprobación social y la influencia del modelo estético corporal imperante hacen que el adolescente sea vulnerable a desarrollar trastornos de conducta alimentaria.

## II.2 Trastornos de conducta alimentaria.

Los trastornos de conducta alimentaria consisten en graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso y están asociados con una gran variedad de consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas. Una persona con un trastorno de la alimentación puede comenzar por comer solo cantidades más pequeñas o grandes de alimentos. Sin embargo, en algún momento, su necesidad de comer menos o de comer más se sale de control y se vuelve en un trastorno de la conducta alimentaria.

Dentro de la clasificación de los trastornos de conducta alimentaria el DSM V, plantea diversos cambios, donde incluye los siguientes padecimientos: Anorexia Nerviosa, la Bulimia, el Trastorno por Atracón, el Trastorno por Evitación/Restricción de la ingesta de comida y la Pica y el Trastorno por Rumiación, dentro de los cambios más relevantes es que el trastorno por Atracón constituirá una categoría diagnóstica propia (Unikel, 2010).

Han surgido de una forma importante en el ámbito clínico psiquiátrico. Las

exigencias por pertenecer a un mundo en donde la apariencia tiene un papel importante han llevado a que experimenten preocupaciones por mantener un bajo peso, involucrándose a estrictas dietas y otras conductas para mantener en peso (Rica, 2017).

Dichos trastornos competen a los trabajadores del área de la salud debido a las múltiples complicaciones que presentan afectando diferentes aparatos y sistemas como cardiovasculares, renal, desequilibrios hidroelectrolíticos, endocrinos, inmunológico, entre otros (Cruz, 2013).

En la actualidad, parece que los trastornos de conducta alimenticia tienen un origen multifactorial, en el que confluyen una compleja interacción de factores genéticos, socioculturales, psicológicos y cognitivos, que hacen más difícil la valoración de estos (Cruz, 2013).

Se acompaña de serias comorbilidades psicopatológicas, principalmente depresión, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la personalidad (Behar, 2014).

Según el DSM-IV la prevalencia global de la anorexia nerviosa está situada entre 0.5-1%, con una mortalidad elevada, en un 10% de los casos, la prevalencia de la bulimia nerviosa es más frecuente entre el 1 al 4%, siendo en varones diez veces menor (Gayou, 2014).

La prevalencia a nivel mundial ha incrementado, en México aún no es clara la prevalencia, en la literatura se refiere que en países occidentales tiene una prevalencia de 1 a 4% en mujeres adolescentes y adultos jóvenes, siendo más frecuente la bulimia que la anorexia nerviosa. Son trastornos poco frecuentes en hombres, existiendo una relación mujer: hombre de 10:1 (Losada et al, 2015).

En el 2007 se realizó un estudio en la Universidad de Chile, en el cual se

observó la asociación de los trastornos de alimentación con la depresión, obteniendo que la prevalencia de síntomas depresivos fue significativamente mayor en las pacientes con trastornos de conducta de alimentación (18.5%), con un riesgo de presentar depresión moderada a severa en pacientes con trastornos de conducta alimenticia fue de 23.7 veces mas que las que no padecen estos trastornos (Behar, 2007).

Coincidiendo con otra investigación en el 2013 realizado en la ciudad de la Paz, Bolivia en el cual se determinó la prevalencia de la depresión en relación con anorexia y bulimia. Se encontró que la población estudio, existe una alta correlación (0.58) entre la depresión y los trastornos de conducta alimenticia; esta correlación es más alta si se toma solo población femenina. Se observo que la depresión es un factor de riesgo para aparición de trastornos de conducta alimenticia. También se encontró que la depresión y la anorexia se relacionan en un 61% y con la bulimia un 64% (Mérida, 2013).

### **III. Fundamentación Teórica**

La adolescencia se puede definir como una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, comienza con el inicio de la pubertad. Durante su transcurso se produce una reorganización biológica, cognitiva, emocional y social dirigida a que el individuo consiga adaptarse a las expectativas y exigencias culturales implicadas en convertirse en adulto (Fañido, 2011).

Esta etapa está caracterizada por la acentuada reactividad emocional, sensibilidad a la influencia de pares, impulsividad y búsqueda de emociones, asociado a una capacidad limitada de autocontrol para afrontar estas emociones y comportamientos, unido a cambios hormonales y neurobiológicos (Fañido, 2011).

La aparición de psicopatología dependerá de aspectos genéticos, de la interacción entre los cambios hormonales, de la presencia de psicopatología previa y por supuesto de factores ambientales, que presente el adolescente.

### III.1 Depresión

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, enfatizando la esfera afectiva (González, 2008).

Los síntomas principales que predominan es el estado de ánimo bajo, pero también pueden encontrarse: problemas físicos inexplicables, trastornos de alimentación, rechazo escolar, abuso de sustancias, entre otros (Hyde, 2008).

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de

recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. (Costello, 2006). En algunos países, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, en ocasiones las que no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

Las opiniones están divididas en que si un adolescente deprimido debería ser tratado. La evidencia destaca de la importancia de tratar la depresión tan pronto como sea posible, entre más tiempo curse sin tratamiento de depresión el pronóstico será peor, y mayor probabilidad de presentar episodios recurrentes (Costello, 2006).

Para poder confirmar el diagnóstico contamos con instrumentos como el Inventario para la Depresión de Beck, es cual es un cuestionario de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora.

Ha demostrado buenas propiedades psicométricas durante los últimos cuarenta años. mostró buena sensibilidad y especificidad para discriminar entre deprimidos y no deprimidos. Es una medida válida y confiable de los síntomas depresivos en adolescentes mexicanos de población clínica y no clínica. Discriminó entre población con y sin trastorno depresivo con una sensibilidad de 0.92 y una especificidad de 0.59, resultando así un instrumento suficientemente sensible.

Estudios recientes del BDI-IA han arrojado una estructura factorial de dos dimensiones, en concordancia con el modelo original propuesto por Beck, (Steer & Garbin, 1988). con una confiabilidad obtenida para población mexicana con un alfa de Cronbach = 0.87,  $p < 0.000$ . No obstante, (Steer, Beck y Brown 1989) han advertido que este arreglo podría variar de una población clínica a otra, lo que hace necesaria su confirmación en otras poblaciones (Losada et al, 2015).

En el cuestionario se describen afirmaciones de los cuales debemos elegir la que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”

Dentro del puntaje esperado para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión:

- 1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20 .....Estados de depresión intermitentes.
- 21-30 .....Depresión moderada.
- 31-40 .....Depresión grave.
- + 40 .....Depresión extrema.

Además de estos trastornos de salud mental que afectan a los adolescentes por ser una etapa de cambios, la preocupación por la imagen corporal, la necesidad de aprobación social y la influencia del modelo estético corporal imperante hacen que el adolescente sea vulnerable a desarrollar trastornos de conducta alimentaria.

### III. 2 Trastornos de conducta alimentaria.

Los trastornos de conducta alimentaria consisten en graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso y están asociados con una gran variedad de consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas. Una persona con un trastorno de la alimentación puede comenzar por comer solo cantidades más pequeñas o grandes de alimentos. Sin embargo, en algún momento, su necesidad de comer menos o de comer más se sale de control y se vuelve en un trastorno de la conducta alimentaria.

El DSM V, en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, plantea diversos cambios, se describen la Anorexia Nerviosa, la Bulimia, el Trastorno por Atracón, el Trastorno por Evitación/Restricción de la ingesta de comida y la Pica y el Trastorno por Rumiación uno de los más relevantes el hecho

de que el Trastorno por Atracón constituirá una categoría diagnóstica propia (Unikel, 2010)

Un Índice de Masa Corporal elevado junto con la presión sociocultural para adelgazar, la equiparación del cuerpo, son factores de riesgo para el desarrollo e implementación de comportamientos que reducen el peso.

A su vez, el sobrepeso en la pre-pubertad puede implicar una maduración sexual temprana que, en conjunto, cooperan en la aparición del trastorno bulímico. De esta forma se entiende que los cambios abruptos del cuerpo junto con la presión sociocultural son uno de los factores importantes que pueden producir un TCA (Behar, 2014).

El cuestionario de EAT-26 uno de los instrumentos más usados es el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test) (EAT). El test fue diseñado por Garner y Garinkel en 1979, con el propósito de desarrollar y validar una escala de calificación que puede ser útil en la evaluación de una amplia gama de comportamientos y actitudes que se encuentran en la anorexia nerviosa. En un comienzo, el cuestionario contaba con 40 ítems (EAT-40). Sin embargo, los estudios acerca de sus cualidades psicométricas condujeron a la abreviación de este (Fischer, 2016).

En EAT-26 subyacen 4 dominios: dieta-bulimia y preocupación por comida, dieta, control oral-dieta y control oral-bulimia. El alfa de Cronbach fue de 0,89 y el mejor valor de corte el de  $\geq 20$  puntos (sensibilidad = 100%; especificidad= 97,8%). El valor predictivo positivo fue del 91,3% y el negativo, del 100,0%. (Constain, 2014).

Los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 se puntúan A=0, B=0, C=0, D=1, E=2, F=3 y el resto A=3, A=2, C=1, D=0, E=0, F=0. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es de 20 puntos, en la población de riesgo es de 30 y en los casos clínicos se sitúa en 50. Si la puntuación que obtienes supera los 30 puntos o

si tienes dudas al respecto consulta con un profesional de la psicología o personal sanitario.

### III.2.1 Anorexia

La anorexia nerviosa comienza con restricción dietética y con el paso de tiempo esa restricción termina fracasando, conduciendo a atracones y purgas en casi el 50% de los casos (Rica, 2017).

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad mental por la cual se mantiene un peso corporal peligrosamente bajo debido a una restricción dietética extrema (Martinez, 2014).

Se caracteriza por una imagen corporal distorsionada, creencias fijas sobre el sobrepeso y los cambios de comportamiento incluida la restricción de la ingesta de alimentos y la participación en ejercicio excesivo (Arce, 2011).

El comportamiento alimentario anormal que es fundamental para AN persiste a pesar de sus efectos adversos sobre el funcionamiento diario y social y la salud física. AN afecta aproximadamente al 1-2% de las poblaciones occidentales, y tiene la tasa de mortalidad más alta de cualquier enfermedad psiquiátrica, esta cifra se aproxima al 6.0% (Prieto, 2016).

Anorexia Nerviosa se acompaña de serias comorbilidades psicopatológicas, principalmente depresión, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la personalidad (Behar, 2014).

Tanto en el DSM-IV-TR como en el DSM-V, para establecer un diagnóstico de Anorexia Nerviosa, es necesario que la persona cumpla una serie de criterios en relación con la sintomatología que presenta (Vázquez, 2015).



#### Criterio A:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable)". (Vázquez, 2015).

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado (Vázquez, 2015). La nueva versión especifica la necesidad de que exista una conducta manifiesta de restricción en la dieta, dando por sentado el aspecto cognitivo-emocional del rechazo a mantener un peso normal.

#### Criterio B

- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal", muy similar al del DSM-V, que además matiza la presencia de "comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo (Vázquez, 2015).

#### Criterio C:

- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual". La mayor diferencia entre ambas ediciones en este sentido es la especificación en el DSM-V de ese "uno mismo". Es decir, no se entiende que la persona pueda distorsionar la percepción de la corporeidad de otras personas.

En el apartado de los subtipos, Restrictivo y Compulsivo/Purgativo en el

DSM-V Restrictivo y con Atracones/Purgas en el DSM-V, hay poco cambio en esencia con presencia de síntomas por 3 meses (Jauregui, 2012).

Otra novedad incluida en el apartado de Anorexia Nerviosa del DSM-V a la hora de realizar el diagnóstico son los estados de Remisión y Gravedad del cuadro clínico. La Remisión Parcial hace referencia al no cumplimiento durante un período continuado (no especifica de cuánto tiempo) del Criterio A (peso corporal bajo), pudiéndose cumplir los Criterios B y C (Jauregui, 2012).

El criterio de Gravedad se basa fundamentalmente en el IMC de la persona, si es adulta, o en el percentil del IMC si es un niño o un adolescente. De esta forma, utilizando los límites de delgadez de la OMS se establecería el continuo desde un cuadro Leve ( $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$ ) a uno Extremo ( $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ ).

También se especifica que la gravedad puede aumentar para “reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión” (Jauregui, 2012).

### III.2.2 Bulimia

La bulimia es un trastorno de aparición más tardía que se caracteriza por episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, tendientes a reducir la ganancia de peso. Estas conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos y/o fármacos) o no purgativas (ejercicios físicos y/o ayunos) (Herrera, 2013).

Según el DSM V la bulimia se caracteriza por presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

A.

- 1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un

período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).

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

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Herrera, 2013).

El Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), creado por Henderson y Freeman en el año 1987, fue elaborado con el fin de identificar a personas con síntomas bulímicos. Está conformado por 33 ítems que se dividen en dos dimensiones independientes de síntomas con 30 ítems y de gravedad con 3 ítems (Bascan, et al, 2002).

Henderson y Freeman (1987) indican que el Test de Bulimia de Edimburgo se construyó con una muestra de personas que comían compulsivamente y otra población que no padecía ningún trastorno alimenticio (Barrantes, 2018).

Los resultados mostraron un índice Alfa de Cronbach de  $\alpha=0,86$  en la subescala de sintomatología y  $\alpha=0,75$  en la subescala de gravedad. El análisis de confiabilidad Spermán y Brown es de 0,82. Además, la prueba de significancia de esfericidad de Barlett dio altamente significativa ( $p<.001$ ), con un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,71. La validación estadística comprueba que el instrumento es apto para detectar síntomas y gravedad de bulimia nerviosa en esta población (Barrantes, 2018).

Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que su resultado se encuentra dentro de alguno de los siguientes apartados:

- Puntuación total de 0-10 puntos: Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida. Su resultado en el test implica que no se observan alteraciones serias en su forma de alimentarse y no se detecta un problema de tipo bulímico. Su resultado se encuentra dentro de la normalidad.

- Puntuación total de 10-20 puntos: Patrón de alimentación anormal, aunque no necesariamente implica sufrir bulimia. Su resultado en el test indica que, aunque se detectan algunas alteraciones en su forma de alimentarse, esto no significa necesariamente sufrir un problema tipo bulimia. Dado que el resultado no es concluyente, podría ser beneficioso contrastar el resultado con la opinión de un profesional.

- Puntuación total de 20-33 puntos: Patrón de alimentación muy alterado, bulimia nerviosa muy posible. Su resultado en el test indica que tiene una forma de alimentarse muy alterada y es muy posible que esté iniciando o sufra ya desde hace tiempo una bulimia nerviosa. Es muy aconsejable que busque ayuda profesional con el fin de intentar delimitar este problema ya que sin duda interfiere de forma significativa en su vida diaria.

### III.2.3 Trastorno por atracón.

El trastorno por atracón se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales, la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta. También existe malestar respecto a los atracones y ausencia de conductas compensatorias (que son características de la bulimia nerviosa). El trastorno por atracón está asociado con obesidad y con una elevada comorbilidad psiquiátrica y médica (García, 2014).

Según los criterios del DSM V incluye lo siguiente:

A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p.ej., de un período

cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (García, 2014).

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de

discapacidad funcional:

- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.
- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## IV. Hipótesis general

Ha: Existe asociación de la depresión con trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años.

Ho: No existe asociación de la depresión con trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años.

### IV.1 Hipótesis específicas

1. Ho: En los adolescentes de 15 a 17 años con depresión, la anorexia se asocia en menor o igual al 61 % y en adolescentes de 15 a 17 años sin depresión, se asocia mayor a 38%

Ha: En los adolescentes de 15 a 17 años con depresión la anorexia se asocia en mayor a 61% y en adolescentes de 15 a 17 años sin depresión, se asocia menor o igual a 38%

2. Ho: En los adolescentes de 15 a 17 años con depresión, la bulimia se asocia en menor o igual al 62% y en adolescentes de 15 a 17 años sin depresión, se asocia mayor al 24%.

Ha: En los adolescentes de 15 a 17 años con depresión, la bulimia se asocia en mayor al 62% y en adolescentes de 15 a 17 años sin depresión, se asocia en menor o igual al 24%.

3. Ho: En los adolescentes de 15 a 17 años con depresión, los atracones se asocian en menor o igual al 60% y en adolescentes de 15 a 17 años sin depresión, se asocia en mayor a 39%.

Ha: En los adolescentes de 15 a 17 años con depresión, los atracones se asocian con mayor al 60% en adolescentes de 15 a 17 años sin depresión, de asocia en menor o igual al 39%.

## **V. Objetivos**

### **V.1 Objetivo general**

Determinar la asociación entre depresión y trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años.

### **V.2. Objetivos específicos:**

1. Determinar la asociación entre la depresión y la anorexia en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años.
2. Determinar la asociación entre depresión y bulimia en el grupo de adolescentes de 15 a 17.
3. Determinar la asociación entre depresión y atracón en el grupo de adolescentes de 15 a 17.



## VI. Material y métodos

### VI.1 Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio transversal comparativo, en estudiantes de una preparatoria de Querétaro, con edades de 15 a 17 años en el periodo de agosto 2018 a enero 2019.

El cálculo de tamaño de la muestra tiene el objetivo de comparar dos proporciones, con un nivel de confianza del 95%, poder de prueba del 80% y con un margen de error 5%; para lo que se toma en base a la siguiente fórmula y se calculó con los tres trastornos de alimentación para tomar el que mayor número de muestra arrojó,

Dónde:

- $n$  = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- $Z_a$  = nivel de confianza: 95% = 1.64
- $Z_b$  = Valor Z poder: 80%= 0.842
- $p_1$  = proporción anorexia y depresión en los adolescentes = 0.61
- $p_2$  = proporción de anorexia sin depresión en adolescentes. =0.38

$$n = (Z_a + Z_b)^2 (P_1 Q_1 + P_0 Q_0) / (P_1 - P_0)^2$$

$$n = (1.64 + 0.842)^2 (0.61)(0.39) + (0.38)(0.62) / (0.61 - 0.38)^2$$

$$n = (6.16)(0.23) + (0.23) / (0.05)$$

$$n = 6.16(0.46) / 0.05$$

$$n = 2.83 / 0.0$$

$$n = 56.6$$

Por lo que se tomaron 60 pacientes para cada grupo.

## Bulimia

Dónde:

- $n$  = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- $Z_a$  = nivel de confianza: 95% = 1.64
- $Z_b$  = Valor Z poder: 80%= 0.842
- $p_1$  = proporción bulimia y depresión en los adolescentes = 0.64
- $p_2$  = proporción bulimia sin depresión en adolescentes. =0.24

$$n = (Z\alpha + Z\beta)^2 (P_1Q_1 + P_0Q_0) / (P_1 - P_0)^2$$

- $n = (1.64 + 0.842)^2 (0.64)(0.36) + (0.24)(0.76) / (0.64 - 0.24)^2$
- $n = (6.16)(0.23) + (0.18) / (0.02)$
- $n = 6.16(0.47) / 0.02$
- $n = 2.52 / 0.05$
- **$n = 50.5$**

## Atracón

Dónde:

- $n$  = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- $Z_a$  = nivel de confianza: 95% = 1.64
- $Z_b$  = Valor Z poder: 80%= 0.842
- $p_1$  = proporción atracón y depresión en los adolescentes = 0.60
- $p_2$  = proporción atracón sin depresión en adolescentes. =0.40

$$n = (Z\alpha + Z\beta)^2 (P_1Q_1 + P_0Q_0) / (P_1 - P_0)^2$$

- $n = (1.64 + 0.842)^2 (0.60)(0.40) + (0.40)(0.60) / (0.60 - 0.40)^2$
- $n = (6.16)(0.24) + (0.24) / (0.05)$

- $n = 6.16 (0.48) / 0.05$
- $n = 2.95 / 0.05$
- $n = 59.1$
- **$n = 60$**

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se trabajó con la totalidad de alumnos de 15 a 17 años de una preparatoria de Querétaro.

Se incluyeron adolescentes de 15 a 17 años, que cursaban de todos los semestres de una preparatoria de Querétaro, en ambos turnos, ambos géneros, que fueran derechohabientes IMSS y que aceptaron participar; no se contó con criterios de exclusión. Los criterios de eliminación fueron cuestionarios incompletos.

#### VI.2 Variables a estudiar e instrumentos de evaluación.

Se contó con las siguientes variables sociodemográficas: edad, género e IMC; variables clínicas: depresión, anorexia, atracón, bulimia.

Para evaluar la depresión se utilizó el test de Beck de depresión, compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Ha sido de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión; describen los síntomas clínicos más frecuentes en los pacientes psiquiátricos con depresión, con una confiabilidad obtenida para población mexicana con un alfa de Cronbach = 0.87 (Mukhtar & Tian, 2008). Aparecen varios grupos de afirmaciones y deberá puntuar del 0-3 la que oración que describa mejor como se ha sentido durante la última semana. Dentro del puntaje esperado para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión:

- 1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20 .....Estados de depresión intermitentes.
- 21-30 .....Depresión moderada.
- 31-40 .....Depresión grave.
- + 40 .....Depresión extrema.

En base a este puntaje para fines estadísticos de esta investigación se categorizo en grupos con depresión de 11 puntos hasta más de 40 puntos y sin depresión menor de 10 puntos, para hacer la variable dicotómica.

El test EAT-26 para la detección conductas de riesgo para trastornos alimentarios que consta de 26 ítems, mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca (Constain, 2014). En EAT-26 subyacen 4 dominios: dieta-bulimia y preocupación por comida, dieta, control oral-dieta y control oral-bulimia. El alfa de Cronbach fue de 0,89 y el mejor valor de corte el de  $\geq 20$  puntos (sensibilidad = 100%; especificidad = 97,8%). El valor predictivo positivo fue del 91,3% y el negativo, del 100,0% (Constain, 2014). Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios (Jones, et alt., 2001).

Se aplicó para la búsqueda de trastorno específico de bulimia, el test de bulimia de Edimburgo (BITE), creado por Henderson y Freeman en el año 1987, con un índice Alfa de Cronbach de 0,86 en la subescala de sintomatología y 0,75

en la subescala de gravedad. El análisis de confiabilidad Sperman y Brown es de 0,82. Conformado por 33 ítems que se dividen en dos dimensiones independientes de síntomas con 30 ítems y de gravedad con 3 ítems. (Monterrosa, 2012) Los ítems sobre síntomas tienen dos opciones de respuesta (sí o no) mientras que los ítems de gravedad poseen varias opciones de respuesta, en donde los puntajes se interpretan de la siguiente manera:

- **Puntuación total de 0-10 puntos: Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida.** Su resultado en el test implica que no se observan alteraciones serias en su forma de alimentarse y no se detecta un problema de tipo bulímico. Se puede decir que su resultado se encuentra dentro de la normalidad.
- **Puntuación total de 10-20 puntos: Patrón de alimentación anormal, aunque no necesariamente implica sufrir bulimia.** Su resultado en el test indica que, aunque se detectan algunas alteraciones en su forma de alimentarse, esto no significa necesariamente sufrir un problema tipo bulimia. Dado que el resultado no es concluyente, podría ser beneficioso contrastar el resultado con la opinión de un profesional.
- **Puntuación total de 20-33 puntos: Patrón de alimentación muy alterado, bulimia nerviosa muy posible.** Su resultado en el test indica que tiene una forma de alimentarse muy alterada y es muy posible que esté iniciando o sufra ya desde hace tiempo una bulimia nerviosa. Es muy aconsejable que busque ayuda profesional con el fin de intentar delimitar este problema ya que sin duda interfiere de forma significativa en su vida diaria.

De igual manera para fines del estudio se hizo esta variable dicotómica, donde 0-20 sin bulimia y 21-33 con bulimia.

Para anorexia y atracón se utilizaron los criterios de DSM V, siendo para anorexia los siguientes:

Criterio A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable (Rica, 2017)

Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado (Rica, 2017). La nueva versión especifica la necesidad de que exista una conducta manifiesta de restricción en la dieta, dando por sentado el aspecto cognitivo-emocional del rechazo a mantener un peso normal (Jauregui, 2012).

Criterio B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal”, muy similar al del DSM-V, que además matiza la presencia de “comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo (Jauregui, 2012).

Criterio C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual”. La mayor diferencia entre ambas ediciones en este sentido es la especificación en el DSM-V de ese “uno mismo”. Es decir, no se entiende que la persona pueda distorsionar la percepción de la corporeidad de otras personas. (Jauregui, 2012).

Y los criterios del DSM V para atracón:

A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p.ej., de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o anorexia nerviosas.

### VI.3 Procedimiento o estrategia

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis, a las autoridades de la preparatoria para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se realizó una junta informativa con los padres de los adolescentes donde se dio a conocer los objetivos del estudio. Se solicitó firma de consentimiento informado a los padres y alumnos. La aplicación de los cuestionarios fue auto administrada, se realizó en el salón de clases, con una duración de aproximadamente 40 min.

Se aplicaron los test de depresión de Beck, en base a los resultados se crearon 2 grupos, el grupo de casos (con depresión) y el de controles (sin depresión). Posteriormente se aplicaron el cuestionario de EAT 26, BITE, Criterios de DSM V para anorexia y atracón.

### VI.4 Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo mediante la reglamentación ética vigente, se sometió al Comité de Investigación Local en Salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

En el cumplimiento de los objetivos del estudio y de acuerdo con la Declaración de Helsinki 2013 se respetó el artículo 11: “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participan en investigación”.

Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al



mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se consideró que no implica riesgo para los pacientes. Se explicaron los beneficios que les otorgaría al conocer si se padecía algún trastorno del estado de ánimo y/o trastorno de alimentación; poder incidir en ello y que este aporte mejoraría a la Salud física, mental, social y nutricional.

Se dio a firmar carta de consentimiento informado a los padres de los alumnos y carta de asentamiento informado para los alumnos, previa explicación de los procedimientos a seguir.

Se derivaron a los adolescentes con depresión moderada, severa y extrema al servicio médico y psicología.

#### VI.5 Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva por medio de frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza; estadística inferencial por medio de  $\chi^2$  y razón de momios. El Procesamiento de los datos se ejecutó en base al programa de SPSS versión 25 plasmando los resultados mediante tablas.

## VII. Resultados

Se estudio un total de 337 adolescentes de 15 a 17 años de una preparatoria de Querétaro, predominando la población del género femenino con un total de 195 (57.9%) con una media de edad de 16.05 años.

Con un total de 148 alumnos deprimidos; siendo 98 mujeres (66.2%) y 189 alumnos no deprimidos, predominando también las mujeres con un total de 100 (52.9%) (Cuadro VII.1).

Del total de los alumnos con depresión, se reportaron 70 (20.8%) con depresión leve, 35 (10.4%) con depresión moderada, 29 (8.6%) con estados de depresión intermitente, 10 (3%) con depresión grave y 4 (1.2%) con depresión extrema.

Dentro de las variables se calculó el IMC del total de alumnos recabando los siguientes resultados: 222 (65.9%) adolescentes normal, 36 (10.7%) con bajo peso, 62 (18.4%) con sobrepeso, 13 (3.9%) obesidad grado I y solo 4 (1.2%) con obesidad grado II.

De los pacientes con depresión 94 (63.5%) cursaban con un IMC dentro de lo normal, 30 (20.3%) con sobrepeso, 13 (8.8%) bajo peso, 9 (6.1%) obesidad grado I y 2 (1.4%) obesidad grado II (Cuadro VII.2).

De los alumnos con depresión se reportó 30 alumnos (20.3%) con conductas alimenticias de riesgo y 118 (79.7%) restante con ausencia de estos problemas. De los alumnos sin depresión solo 15 (7.9%) se registró con conductas alimenticias de riesgo y 174 (92.1%) sin ellas, OR 2.94 (IC 95%; 1.52- 5.72) (Cuadro VII.3).

También de los alumnos con depresión: 98 (66.2%) tenían un patrón de alimentación alterado probable bulimia y 50 (33.8%) de los alumnos ausencia de comportamientos compulsivos de la alimentación; en los alumnos sin depresión 67 (35.4 %) tiene un patrón de alimentación alterado probable bulimia mientras que los restantes 122 (64.6%) se reporta con ausencia de comportamiento compulsivos de la alimentación OR 3.56 (IC 95%; 2.27-5.61) (Cuadro VII.4).

La asociación de la depresión con los criterios de atracón por DSM V, se presentaron en 13 (8.8%) de los adolescentes participantes y en 6 (3.2%) en el de los alumnos sin depresión, OR 2.93 (IC 95%; 1.089-7.92) (Cuadro VII.5).

En base a los criterios de anorexia; en el grupo de los alumnos con depresión se detectaron 7(4.7%) y 2 (1.1%) sin depresión, OR 4.61 (IC95%; 0.94-22.5) (Cuadro VII.6).

Además de encontrar que 33 (73.3%) de los que presentan conductas de riesgo son mujeres (Cuadro VII.7).

Cuadro VII.1. Características sociodemográficas de los adolescentes con depresión y trastornos de la alimentación de acuerdo con el sexo

n=337

Sexo	Con depresión	Sin depresión	Chi2	P
Mujer	98 (66.2%)	100 (52.9%)	6.06	0.014
Hombre	50(33.8%)	89 (47.1%)		

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo "Asociación entre la depresión y los trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años"

Cuadro VII.2 Relación de IMC en adolescentes de 15 a 17 años con depresión y sin depresión

n=337

	Con depresión		Sin depresión		Chi2	P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Bajo Peso	13	8.8	23	12.2	5.301	0.258
Normal	94	63.5	129	68.3		
Sobrepeso	30	20.3	31	16.4		
Obesidad grado I	9	6.1	4	2.1		
Obesidad grado II	2	1.4	2	1.1		
Total	148	100	189	100		

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “asociación entre la depresión y los trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años

Cuadro VII.3 Asociación de la depresión y las conductas de riesgo alimenticio

n=337

	Con depresión	Sin depresión	Chi2	P	OR	IC 95% Inf	Sup
Con Conductas de Riesgo	20.3%	7.9%	10.91	0.001	2.94	1.52	5.72
Sin Conductas de Riesgo	79.7%	92.1%					

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “asociación entre la depresión y los trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años

Cuadro VII. 4 Asociación de la depresión y la bulimia

n=337

	Con depresión	Sin depresión	Chi2	P	OR	IC 95%	
						Inf	Sup
Patron de alimentacion alterado Probable Bulimia	66.2 %	35.4%	31.44	0.001	3.56	2.27	5.61
Ausencia de comportamientos compulsivos de la alimentacion	33.8%	64.6%					

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “asociación entre la depresión y los trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años

Cuadro VII. 5 Asociación de la depresión y el atracón

	Con depresión	Sin depresión	Chi2	P	OR	IC 95%	
						Inf	Sup
Criterios de atracón	8.80%	3.20%	4.09	0.027	2.93	1.089	7.92
Sin criterio de atracón	91.20%	96.80%					

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “asociación entre la depresión y los trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años



Cuadro VII.6 Asociación de la depresión y la anorexia

n=337

	Con depresión	Sin depresión	Chi2	P	OR	IC 95%	
						Inf	Sup
Criterios de pb anorexia	4.70%	1.10%	4.26	0.039	4.61	0.94	22.56
Sin criterio de anorexia	95.30%	98.9%					

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “asociación entre la depresión y los trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años

Cuadro VII.7. Asociación de las conductas de riesgo alimenticio y el sexo.

n=337

	Sin conductas de riesgo		Con conductas de riesgo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Masculino	127	43.5%	12	26.7%
Femenino	165	56.5%	33	73.3%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo “asociación entre la depresión y los trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años

## VIII. Discusión

En México como a nivel mundial los problemas de salud mental han ido en aumento según la OMS tienden aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. Y se ha observado que la depresión, constituye la principal causa de morbilidad en los jóvenes.

En base a los resultados en la presente investigación se encontró que la depresión se presenta más en mujeres lo que coincide con estudios previamente realizados, siendo como consecuencia de algunos factores biológicos, fundamentalmente genéticos y hormonales. Las mujeres están expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales y parecen ser más vulnerables al efecto depresogénico de estos (Vazquez, 2013).

El problema de depresión en adolescentes de 15 a 17 años es alarmante en la población estudiada 43.9% la presentaron, cifra por arriba de lo esperado en comparación con estadísticas nacionales, según cifras registradas en la Encuesta Mexicana de Salud Mental del Adolescente realizada en la ciudad de Mexico reporto que 10.5% de los adolescentes entre 12 y 17 años presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II (Veytia, 2012)

Al igual los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades de salud mental complejas. Abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento (Behar,2014).

Se demostró que existe una asociación entre depresión y trastornos alimenticios en los adolescentes de 15-17 años, dentro del grupo de deprimidos una quinta parte presentaron conductas de riesgo alimentario a diferencia del grupo no deprimido y sin conductas de riesgo 92%, se puede traducir que el contar con depresión predispone cerca de 3 veces más el tener trastorno de conducta alimentario.

Tal como se plantea en un estudio realizado en Argentina sobre la depresión

y trastornos de conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres (Vega, 2009) con 700 adolescentes de entre 12 y 17 años se analiza si existe una correlación entre Beck con cada una de las escalas del EAT-26, así como el puntaje total, en cada una de las fases de la adolescencia y para toda la población. Se obtiene en todos los casos una alta asociación entre las variables TCA y depresión con una significación estadística de  $p=0.000$ , pese que el tamaño de muestra de nuestra población es menor los resultados coinciden.

Como se comenta en la literatura, los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, coincidiendo con nuestro estudio donde se reportó que el 73.3% de los casos con conductas de riesgo se presentó en mujeres.

En la pubertad, las mujeres son más vulnerables a la depresión y trastornos de conducta alimentaria que los hombres. Debido a la aparición de los caracteres sexuales secundarios que rompen con la imagen corporal infantil adquirida. En los hombres la aparición de algunos caracteres sexuales secundarios (vello en la cara, piernas, brazos, voz gruesa, mayor masa muscular y aumento del tamaño de pies y manos) refuerzan y contribuyen al aumento de la identidad masculina; en las mujeres, algunos caracteres (vello en axilas, piernas y brazos, aumento del tamaño de las caderas y ganancia de peso como requisito para la menarca) son vivenciados como señal de una disminución en la feminidad y por lo tanto deprimen (Vega, 2009) y con estos cambios también conducen a realizar conductas de riesgo alimentarias por los estándares de belleza que se muestran en los medios de información.

Comparado con una investigación realizada en Bolivia en el 2013, el cual se evaluaron 1,173 estudiantes, donde se buscó la prevalencia de los trastornos alimenticios y su asociación con la depresión, concluyeron que la depresión se encuentra en mayor proporción en la Bulimia (64,7%), que en la Anorexia (61,1 %). Dentro de la presente investigación se encontró que el 66.2% de los alumnos presentaban patrón de alimentación alterado, así como posible bulimia, comparado con la anorexia; solo el 4.6% de los alumnos presentaban criterios de probable

anorexia, coincidiendo con el estudio el cual es mayor la asociación de la depresión con la bulimia.

La bulimia al igual que los demás trastornos alimenticios comentados se encuentran infradiagnosticados, probablemente porque la persona no es capaz de percibir la magnitud de su problema o por vergüenza no es comentado, el diagnóstico de bulimia se realizó descartando los criterios para anorexia siendo el principal el IMC, el cual en este caso se encuentra por debajo de valores normales (<18.5), pero al igual también es cierto que pueden existir más de 1 trastorno alimenticio a la vez. Además, que parte de las características de la bulimia son los atracones, es más común que una persona realice varios episodios de atracones por semana lo que puede deteriorar la calidad de vida y aumentar el riesgo de padecer algún otro trastorno alimenticio.

Se explica que el encontrar una mayor asociación de la depresión con la bulimia (Fairburn,1998) parece ser secundaria al problema de alimentación y suele desaparecer una vez que el individuo recupera el control sobre su ingesta; pero en algunos casos, tras la mejoría en el problema alimentario pueden permanecer los sentimientos de inutilidad. Esto suele ocurrir en personas que ya tenían una baja autoestima desde hace muchos años. En una minoría, quizá uno de cada diez, la depresión no parece secundaria al problema de alimentación; en estos casos, puede estar indicado realizar un tratamiento dirigido a superar la depresión.

Un inconveniente presentado para la recolección de la información para cada trastorno fue la falta de instrumentos de tamizaje validados en población mexicana como tamizaje de anorexia y atracón solamente se cuentan con criterios de CIE 10 o DSM V a través de entrevista clínica, lo que puede dificultar tener datos estadísticos en poblaciones mayores.

La asociación de la depresión con cada uno de los trastornos alimenticios (bulimia, anorexia y atracón) fue la esperada y la documentada en la literatura, la

población de la muestra fue significativa, sin embargo, para tener resultados más específicos sobre todo para los trastornos alimenticios se debe de tener una población mayor.

Aún es difícil determinar la temporalidad de presentación de las variables depresión y trastornos de la alimentación, sin embargo, es un hecho que la adolescencia es una etapa de cambios que hacen vulnerable al adolescente y un diagnóstico y tratamiento precoz es indispensable.

En la actualidad el auge de la investigación se realiza en enfermedades crónico degenerativas y por ende en adultos, sin embargo, la depresión y los trastornos de alimentación son problemas de salud pública en aumento en población adolescente que difícilmente llegarán a ser adultos saludables.

La tecnología y la publicidad nos presentan patrones de imagen corporal, que debe cumplir ciertos estándares de belleza, lo cual vuelve vulnerable a los adolescentes por querer ser aceptados por su medio social, copian estos modelos y considero que las personas con depresión con tal de no sentirse rechazados o ignorados los vuelve más susceptibles a que presenten trastornos alimenticios, haciendo en ellos un ciclo de vicio, del cual es difícil que se recuperen si no se otorga un tratamiento multidisciplinario en base a la gravedad de su cuadro clínico.

## **IX. Conclusiones.**

Se encontró asociación entre la depresión y la anorexia, con un OR 4.61 siendo la depresión un factor de riesgo con una probabilidad del 82% para padecer anorexia, en los adolescentes de 15 a 17 años, rechazando hipótesis nula.

En base a la depresión y la bulimia también se encontró asociación, con un OR 3.56, con una probabilidad de 78% de que un adolescente con depresión desarrolle bulimia en el grupo de 15 a 17 años, de igual manera se rechaza hipótesis nula por que este se asocia en más del 62% de los adolescentes con depresión.

Y por último en los adolescentes que presentan depresión se observó una asociación significativa con el atracón con un OR 2.93, es decir existe un 74% de probabilidad que un adolescente con depresión presente un trastorno alimenticio tipo atracón, se rechaza hipótesis nula por que se encuentra mayor asociación del 60% en los adolescentes con depresión.

En relación de la hipótesis general se acepta hipótesis nula encontrando una asociación de más del 61% de los deprimidos con trastornos de la alimentación y menos de 5% en los no deprimidos.

## **X. Propuestas**

Al identificar la asociación de cada uno de los trastornos alimenticios con la

depresión y observar la importancia de la misma, el sector salud debería tener mayor promoción y prevención para este grupo etario, realizar grupos de apoyo y de información parecidos al programa de JUVENIMSS.

El IMSS cuenta con el grupo de apoyo JUVENIMSS, sin embargo, poco se conoce sobre este programa que se cuenta a nivel nacional. Está divididos en grupos de adolescentes de 10 a 14 años de edad (JuvenIMSS Junior) y de 15 a 19 años (JuvenIMSS), a través de dinámicas participativas, vivenciales, lúdicas y reflexivas, con apoyo de material educativo especialmente diseñado, se abordan temas de salud como salud sexual y reproductiva, alimentación correcta, consumo de agua simple potable, práctica de actividad física, prevención de accidentes, violencia y adicciones, así como habilidades para la vida: toma de decisiones, control de estrés, conocimiento de sí mismo, pensamiento crítico, acercamiento afectivo, entre otras; es tal vez en este tipo de programas de salud donde deberían incluirse la orientación y poder realizar el cribado para enfermedades psiquiátricas y de trastornos de alimentación, para su canalización al servicio de consulta externa, de igual manera se podría enfocar su atención a su estado nutricional y control de su peso, orientación en base a su alimentación, informar los beneficios de una dieta balanceada y la prevención de las enfermedades secundarias a las conductas alimenticias.

Los adolescentes difícilmente acuden al servicio médico y cuando lo hacen es un reto lograr su inserción en grupos de apoyo como juvenIMSS, es por ello que una de las propuestas es trabajar en conjunto con escuelas dando así oportunidad de ofrecer promoción a la salud, prevención y diagnóstico de tamizaje oportuno para estas y más patologías. De igual forma se sugiere el trabajar incluso con profesores, explicando la problemática que se presenta e intentar implementar estrategias para combatirlas, como lo es realizar más actividades que hagan que los alumnos se encuentren motivados y no se sientan presionados en base a sus actividades extraescolares, el dar a conocer los signos y síntomas de la depresión y trastornos de la alimentación a los profesores y estar en forma continua en visita



a las escuelas puede dar oportunidad a disminuir el problema al realizar actividades preventivas e identificación oportuna de los casos.

Realizar este tipo de instrumentos de cribado para detectar los trastornos depresivos y de alimentación para llevar un tratamiento oportuno por parte del departamento de psicología de cada escuela y en caso de ser necesario referirlo a instituciones de salud para su seguimiento y tratamiento terapéutico médico oportuno.

Además de la promoción por parte del sector salud, el gobierno debería informar con la ayuda de los medios de comunicación los signos de alarma para que los padres pudieran detectar en sus hijos y así también ellos participen en la prevención y en el diagnóstico oportuno, por que como ya se comentaba entre más temprano se lleve a cabo el tratamiento menor riesgo de episodios depresivos o de cuadros de trastornos de la alimentación.

## **XI. Bibliografía**

Alarc EB, Mart ML. 2007 Trastornos afectivos: Nivel de ansiedad y depresión en universitarios Affective disorders: Anxiety and depression levels in

university students. 8 (2):1–17.

Barrantes U. B, Bolaños B. M. 2018. Propiedades psicométricas del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en adolescentes escolarizadas (os) de Palmares [Internet]. 15th ed. Costa Rica; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5821474.pdf>

Behar A.R, Arancibia M M. 2014. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. 52nd ed. Chile; [cited 23 April 2018]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/265729323\\_DSM-5\\_y\\_los\\_trastornos\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria?enrichId=rgreqcb15933974674bfdaa44fa0ed7cc5ddaXXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2NTcyOTMyMztBUzoxNDI2MDQ4MjYwNTg3NTJAMTQxMTAxMTA0ODg3NQ%3D%3D&el=1\\_x\\_2&\\_esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/265729323_DSM-5_y_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria?enrichId=rgreqcb15933974674bfdaa44fa0ed7cc5ddaXXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2NTcyOTMyMztBUzoxNDI2MDQ4MjYwNTg3NTJAMTQxMTAxMTA0ODg3NQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf).

Behar A.R, Barahona J. 2007. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro Psiquiat; 45 (3): 211-220

Beltrán M.C, Hernández G.L. 2012. El inventario de Depresión de Beck; su validez en población adolescente. Terapia Psicología, 30(1), 5-13.

Bora E, Köse S.2016. Meta-analysis of theory of mind in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A specific impairment of cognitive perspective taking in anorexia nervosa. The International Journal Of Eating Disorders [serial on the Internet]. [cited July 10, 2018]; 49(8): 739-740

Constaín G, Ramírez R C y Rodriguez GM 2014. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. Vol. 46, Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Costello EJ, Erkanli A, Angold A. 2006 Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* [Internet];47(12):1263–71. Available from: <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>

Cruz B.R, Ávila E.M , Velázquez HI. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 37-44. Recuperado en 10 de marzo de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232013000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100005&lng=es&tlng=es).

Depresión. World Health Organization. 2018 [cited 23 June 2018]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población Querétaro. 2010

García P.A. 2014. El trastorno por atracón DSM5 [Internet]. 100th ed. *Revista Iberoamericana de Psicología*; [cited 16 March 2018]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803021.pdf>

Gayou E.U, Ribeiro T.R 2014. Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. 5th ed. Querétaro; [cited 16 April 2018]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq131h.pdf>

Gibb SJ, Fergusson DM, Horwood LJ. 2010 Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30;122–7.

González F C, Hermsillo T.A, Vacío M. M, 2015. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*; 72( 2 ): 149-155. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462015000200149&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>.

González J.A. Jiménez T, Ramos F.A. 2008. Application of the revised version of the Center of Epidemiological Studies Depression Scale in adolescent students from Mexico City Salud Publica Mex., 50, pp. 292-299

Guía Trastornos Alimentarios . 3rd ed. Mexico; 2012 [cited 1 November 2017].

Available

from:[http://www.iztacala.unam.mx/amta/pdfs/guia\\_trastornos\\_alimentarios.pdf](http://www.iztacala.unam.mx/amta/pdfs/guia_trastornos_alimentarios.pdf)  
[http://www.iztacala.unam.mx/amta/pdfs/guia\\_trastornos\\_alimentarios.pdf](http://www.iztacala.unam.mx/amta/pdfs/guia_trastornos_alimentarios.pdf)

Güemes M, Ceñal M, 2017. Pubertad y Adolescencia. Rev Adolecere, Vol. 1, pp 7-22

Herrera D, Gaus D.2013 Manual de Médicos Saludesa. 1st ed. Ecuador: Dr. Diego Herrera R., Saludesa, Ecuador

La Adolescencia una época de oportunidades. 2011. Nueva York : UNICEF;

Available from:

[https://www.unicef.org/ecuador/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf)

Losada V, Leonardelli E, 2015. Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala en adolescentes social, vol. 18(1).

Mendelson T., Tandon, S. D. 2016. Prevention of Depression in Childhood and Adolescence. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 25(2), 201–218. doi:10.1016/j.chc.2015.11.005

Mérida P.C., López HR, 2013. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. Revista de Psicología, n.10, pp. 69-85.

- Mitchell C. 2018. OPS OMS: Depresión: hablemos. Pan American Health Organization / World Health Organization. [cited 21 June 2018]. Available from:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es#](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es#)
- Monterrosa, A., Boneu, D., Muñoz, J., y Obredor, P. 2012. Trastornos del comportamiento alimentario: Escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista de Ciencias Biomédicas*, 3(1), 99-111.
- Patton GC, Coff C, Romaniuk H, Mackinnon A, et al. 2014. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *6736(13):1–8*.
- Prieto G, 2016. Análisis del Test de actitudes alimentarias(EAT-26) en un modelo tipo Rasch en una muestra de adolescentes paraguayos. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, Vol. 16 (1): p 5-16
- Rica R, 2017. Los TCA en el nuevo DSM-V (Vol. I): Anorexia Nerviosa Instituto Centta. Centta.es. 2017 [cited 1 November 2017]. Available from:  
<http://www.centta.es/articulos-proprios/los-tca-en-el-nuevo-dsm-v-vol-i-anorexia-nerviosa>
- Rice F. 2010. Genetics of childhood and adolescent depression: insights into .etiological heterogeneity and challenges for future genomic research.
- The nice guideline on the treatment and management of depression in adults. 2010  
Great Britain: The British Psychological Society
- Unikel S.C, Caballero R. A. 2010. Guía de práctica clínica para trastornos de

conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente.;14-30.

Vázquez A.R, López A.X, Ocampo TM, Mancilla JM. 2015. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Rev. Mex. de trastor. aliment; 6( 2 ): 108-120. Disponible en:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232015000200108&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>.

Vazquez A. 2013. Depresión. Diferencias de género. Multimed;17(3):1-21

Veytia L.M, González A.L, Fuentes N.I, AndradeP.P. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43. Recuperado en 23 de enero de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es&tlng=es).

Windfuhr K, While D, Hunt I, Turnbull P, et al. 2008 Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry*;49(11):1155–65. Available from: <http://https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01938.x>

## XII. Anexo



**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.**

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS,**

**NUMERO DE FOLIO** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Grupo** \_\_\_\_\_

**Número de seguro social:** \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS.**

<b>EDAD</b>	<b>Genero</b>	<b>Grado escolar</b>
	1. Hombre.	1. Primer año
		2. Segundo año
	2. Mujer	3. Tercer año

**Depresión**

1. No deprimido
2. Ligeramente deprimido
3. Moderadamente deprimido
4. Gravemente deprimido

**Anorexia**

1. Sin anorexia
2. Con Anorexia

**Bulimia**

1. ausencia de patrones compulsivos
2. Posible bulimia nerviosa subclínica
3. Patrón de comportamiento muy alterado (posible bulimia nerviosa)

**Atracón**

1. sin atracón
2. Leve
3. Moderado
4. Grave
5. Extremo

**IMC**

1. Normal
2. Sobrepeso
3. Obesidad grado I
4. Obesidad grado II
5. Obesidad grado III

## XII.2 Instrumentos

Instrumento de medición

Nombre

Genero:

Grado y Grupo

Inventario de Beck (depresión)

1)	
No me siento triste	
Me siento triste	
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	
2) .	
No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	
Me siento desanimado respecto al futuro.	
Siento que no tengo que esperar nada.	
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	
3) .	
No me siento fracasado.	
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	
Me siento una persona totalmente fracasada.	
4) .	
Las cosas me satisfacen tanto como antes.	
No disfruto de las cosas tanto como antes.	
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	



5) .	
No me siento especialmente culpable.	
Me siento culpable en bastantes ocasiones.	
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	
Me siento culpable constantemente.	
6) .	
No creo que esté siendo castigado.	
Me siento como si fuese a ser castigado.	
Espero ser castigado.	
Siento que estoy siendo castigado.	
7) .	
No estoy decepcionado de mí mismo.	
Estoy decepcionado de mí mismo.	
Me da vergüenza de mí mismo.	
Me detesto.	
8) .	
No me considero peor que cualquier otro.	
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.	
Continuamente me culpo por mis faltas.	
Me culpo por todo lo malo que sucede.	
9) .	
No tengo ningún pensamiento de suicidio.	
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	
Desearía suicidarme.	
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	
10) .	
No lloro más de lo que solía llorar.	
Ahora lloro más que antes.	
Lloro continuamente.	
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	
11) .	

<b>No estoy más irritado de lo normal en mí.</b>	
<b>Me molesto o irrito más fácilmente que antes.</b>	
<b>Me siento irritado continuamente.</b>	
<b>No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.</b>	
<b>12) .</b>	
<b>No he perdido el interés por los demás.</b>	
<b>Estoy menos interesado en los demás que antes.</b>	
<b>He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.</b>	
<b>He perdido todo el interés por los demás.</b>	
<b>13) .</b>	
<b>Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.</b>	
<b>Evito tomar decisiones más que antes.</b>	
<b>Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</b>	
<b>Ya me es imposible tomar decisiones.</b>	
<b>14) .</b>	
<b>No creo tener peor aspecto que antes.</b>	
<b>Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.</b>	
<b>que me hacen parecer poco atractivo.</b>	
<b>Creo que tengo un aspecto horrible.</b>	
<b>15) .</b>	
<b>Trabajo igual que antes.</b>	
<b>Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.</b>	
<b>Tengo que obligarme mucho para hacer algo.</b>	
<b>No puedo hacer nada en absoluto.</b>	
<b>16) .</b>	
<b>Duermo tan bien como siempre.</b>	
<b>No duermo tan bien como antes.</b>	
<b>Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.</b>	
<b>Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</b>	

17) .	
No me siento más cansado de lo normal.	
Me canso más fácilmente que antes.	
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
Estoy demasiado cansado para hacer nada.	
18) .	
Mi apetito no ha disminuido.	
No tengo tan buen apetito como antes.	
Ahora tengo mucho menos apetito.	
He perdido completamente el apetito.	
19) .	
Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	
He perdido más de 2 kilos y medio.	
He perdido más de 4 kilos.	
He perdido más de 7 kilos.	
Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.	
20) .	
No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.	
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias,	
malestar de estómago o estreñimiento.	
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy Incapaz de pensar en cualquier cosa.	
21) .	
No he observado ningún cambio reciente en mi interés.	
Estoy menos interesado por el sexo que antes.	
Estoy mucho menos interesado por el sexo.	
He perdido totalmente mi interés por el sexo.	

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de

Beck: Puntuación Nivel de depresión\*

1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.

11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20 .....Estados de depresión intermitentes.

21-30 .....Depresión moderada.

31-40 .....Depresión grave.

+40.....Depresión extrema.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

**Eating attitudes test (EAT-26)**

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

Se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca.

Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos.

Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos.

El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios. (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin, 2001).

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26;

Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20 (Eating Disorders: Afflicting Mind, Body & Soul, 1999) (28)

#### Test de BITE

<b>1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?</b>
SÍ ( 0 punto)
NO ( 1 puntos)
<b>2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?</b>
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
<b>3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?</b>
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
<b>4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?</b>

SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
6. ¿con qué frecuencia?
Más de una vez a la semana ( 1 punto) Ninguna vez a la semana ( 0 puntos)
7. ¿Ha utilizado alguna vez pastillas, diuréticos o laxantes para provocarse el vómito o para perder peso?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?
SÍ ( 0 punto) NO ( 1 puntos)
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente y fuera de horas?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?
SÍ ( 1 punto) NO ( 0 puntos)

19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?
SÍ ( 0 punto)
NO ( 1 puntos)
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene con lo que come?
SÍ ( 0 punto)
NO ( 1 puntos)
24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?
Los atracones son más de uno a la semana ( 1 punto)
Los atracones son menos de uno a la semana ( 0 puntos)
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atacón»?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
30. ¿Come alguna vez en secreto?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?
SÍ ( 0 punto)
NO ( 1 puntos)
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?
SÍ ( 1 punto)
NO ( 0 puntos)



## SOLUCIONES AL TEST:

Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que su resultado se encuentra dentro de alguno de los siguientes apartados:

**Puntuación total de 0-10 puntos:** Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida. Su resultado en el test implica que no se observan alteraciones serias en su forma de alimentarse y no se detecta un problema de tipo bulímico. Se puede decir que su resultado se encuentra dentro de la normalidad. **Puntuación total de 10-20 puntos:** Patrón de alimentación anormal, aunque no necesariamente implica sufrir bulimia. Su resultado en el test indica que aunque se detectan algunas alteraciones en su forma de alimentarse, esto no significa necesariamente sufrir un problema tipo bulimia. Dado que el resultado no es concluyente, podría ser beneficioso contrastar el resultado con la opinión de un profesional.

**Puntuación total de 20-33 puntos:** Patrón de alimentación muy alterado, bulimia nerviosa muy posible. Su resultado en el test indica que tiene una forma de alimentarse muy alterada y es muy posible que esté iniciando o sufra ya desde hace tiempo una bulimia nerviosa. Es muy aconsejable que busque ayuda profesional con el fin de intentar delimitar este problema ya que sin duda interfiere de forma significativa en su vida diaria.

Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional. Si quiere tener una mayor certeza sobre el resultado acuda a su psiquiatra de referencia.

### XII.3 Carta de consentimiento informado.

 <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)</b></p>	
Nombre del estudio:	<b>Asociación entre depresión y trastornos alimenticios en los adolescentes de 15-17 años</b>
Patrocinador externo (No aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	SANTIAGO DE QUERETARO 2017-2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Debido a la alta prevalencia de depresión y trastornos de la alimentación en adolescentes es necesario buscar la asociación entre dichas variables. Objetivo: Determinar la asociación entre depresión y trastornos de alimentación en adolescentes de 15 a 17 años,
Procedimientos:	Aplicación de instrumento de depresión y trastornos de conducta alimentario
Posibles riesgos y molestias: +	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Canalizar al servicio médico o psicología a pacientes que lo ameriten
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará al paciente resultado de la encuesta
Participación o retiro:	El paciente es libre de retirarse en cualquier momento de la entrevista
Privacidad y confidencialidad:	TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL ESTUDIO ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL_____
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO APLICA
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento de su estado de salud mental
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	DRA. Roxana Gisela Cervantes Becerra médico familiar adscrito a matrícula 99231570 tel. 4421470557 <a href="mailto:roxgcb77@yahoo.com">roxgcb77@yahoo.com</a>
Investigador Responsable:	DRA. Roxana Gisela Cervantes Becerra médico familiar adscrito a matrícula 99231570 tel. 4421470557 <a href="mailto:roxgcb77@yahoo.com">roxgcb77@yahoo.com</a>
Colaboradores:	Abril Espinosa Rayas, Residente de Medicina Familiar. Adscripción UMF # 9. Matrícula: Teléfono: 4621304266 Correo: <a href="mailto:avril_er9@hotmail.com">avril_er9@hotmail.com</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma del sujeto
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

### XII.3.1 Carta de asentamiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN

Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: Asociación de la depresión con los trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes de 15 a 17 años en una preparatoria de Querétaro

Número de registro institucional \_\_\_\_\_

Objetivo del estudio y procedimientos \_\_\_\_\_

Hola, mi nombre es Elisa Cardona Gutiérrez y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de calidad de vida y riesgo cardiovascular en niños y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en

Realizar una encuesta, medirte y pesarte

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

\_\_\_\_\_

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Dirección General de Bibliotecas UAQ



Dirección General de Bibliotecas UAQ