



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Ciencias Naturales

Maestra en Nutrición Clínica Integral

"Diseño y validación de un instrumento tamiz para detectar características de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en el paciente adulto joven que acude a consulta de nutrición"

Trabajo escrito

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestra en Nutrición Clínica Integral

Presenta

LN Daniela Vázquez de la Isla

Dirigido por:

Dra. María del Carmen Caamaño Pérez

Co-dirigido por:

Dr. Jorge Raúl Palacios Delgado

Dra. María del Carmen Caamaño Pérez
Presidente

Dr. Jorge Raúl Palacios Delgado
Secretario

Mtra. Dolores Ronquillo González
Vocal

Mtra. Laura Regina Ojeda Navarro
Suplente

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Diciembre 2020. México

Dirección General de Bibliotecas de la UAQ

A todas aquellas personas (especialmente a mis pacientes) que han estado en una lucha constante con su cuerpo poniendo en riesgo su salud física y mental.

A ellos, pues mi inspiración para hacer este instrumento es que el Nutriólogo vea y trate al paciente como un todo, que no deje de lado su salud mental y que no basemos la salud solo en el peso o cuerpo de una persona.

AGRADECIMIENTOS

Hace un par de años nunca hubiera imaginado estar terminando una maestría, realmente no me sentía capaz de hacerlo, hoy agradezco a mis maestros y sinodales que me apoyaron a lo largo de estos años a la elaboración y revisión de esta tesis, principalmente a la Doctora Ma. Del Carmen Caamaño por su paciencia, tiempo, ánimos y confianza en mí y en mi proyecto desde un inicio.

Y de manera muy especial a mis papás y a Manuel mi esposo, que confiaron en mí y me alentaron a terminar cuando más lejos veía el final.

Dirección General de Bibliotecas de la UAO

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	3
III.	ANTECEDENTES.....	6
	3.1 Alimentación emocional	8
	3.2 Depresión.....	10
	3.3 Ansiedad	11
	3.4 Imagen Corporal	12
	3.5 Insatisfacción Corporal	12
	3.6 Instrumentos para la evaluación psicológica	14
IV.	OBJETIVOS	16
	4.1 Objetivo General.....	16
	4.2 Objetivos específicos	16
V.	METODOLOGÍA	16
	5.1 Muestra	17
	5.2 Criterios de selección.....	17
	5.3 DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	18
	5.4 ANÁLISIS DE VALIDACIÓN.....	19
	5.4.1 Validez de contenido	19
	5.4.2 Validez de constructo	19
	5.4.3 Validez de criterio.....	20
VI.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
	6.1 Fase I – Juicio de expertos	21
	6.2 Fase II – Análisis factoriales.....	22
	6.2.1 Subescalas identificadas	25
	6.3 Fase III – Análisis de consistencia interna y externa del instrumento	27
VII.	LIMITACIONES	30
VIII.	CONCLUSIONES	31
IX.	CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO.....	32
X.	ANEXOS	38
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla de diagnósticos.....	28
Tabla 2. Resultados de los análisis factoriales y de confiabilidad de las escalas de medición.....	29
Tabla 3. Resultados de consistencia interna del instrumento desarrollado.....	35
Tabla 4. Correlación entre los puntajes de las escalas desarrolladas comparadas con las pruebas ya validadas.....	36
Tabla 5. Comparación de los puntajes del instrumento por validar con los puntajes de las escalas ya validadas.....	37

Dirección General de Bibliotecas de la UAO

RESUMEN

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que practica un individuo en respuesta a circunstancias biológicas, psicológicas y socioculturales vinculadas con los alimentos (Sámano et al., 2012), pudiendo su alteración conducir a la aparición de conductas de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria. La sociedad actual promueve la delgadez, en especial de la mujer, como requisito indispensable de belleza, aceptación y éxito, de tal forma que una buena parte de las mujeres que se encuentran en la adolescencia o adultez temprana muestran insatisfacción con su peso y su forma corporal. Esta situación puede desencadenar depresión, ansiedad, insatisfacción corporal y una serie de comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso, que suponen un riesgo para el desarrollo de algún tipo de trastorno alimentario (Stice, et.al, 2011). El principal objetivo de este proyecto es fomentar y reforzar el trabajo interdisciplinario entre nutrición y psicología, dándole así un instrumento tamiz al nutriólogo para poder referir con mayor seguridad y poder prevenir y/o tratar dichas situaciones. El presente trabajo es un diseño y validación de escalas para medir rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en el paciente adulto que acude a la consulta nutricional. Se realizaron 60 preguntas basadas en cuestionarios psicológicos ya validados en la población mexicana, de estos solo 37 fueron seleccionados por el comité de expertos. Se aplicó el nuevo instrumento junto con las pruebas ya validadas; Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de la Forma Corporal (The Body Shape Questionnaire, BSQ) a una muestra de 200 personas entre los 20-35 años. Posteriormente se realizaron análisis de correlación simple y análisis factoriales para conocer la consistencia interna y externa del instrumento, quedando así un total de 24 ítems. Los datos presentados muestran que el nuevo cuestionario es capaz de diferenciar rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal pues presenta valores de confiabilidad y validez apropiados para la muestra estudiada.

(Palabras clave: nutrición, depresión, ansiedad, insatisfacción corporal.)

ABSTRACT

Eating behavior is the set of actions that an individual practices in response to biological, psychological, and sociocultural circumstances related to food (Sámamo et al., 2012), and its alteration can lead to the appearance of risk behaviors and eating disorders. Modern society promotes thinness, especially for women, as an essential requirement of beauty, acceptance, and success, in such a way that a significant part of women in adolescence or early adulthood show dissatisfaction with their weight and shape. This situation can trigger depression, anxiety, body dissatisfaction, and a series of inappropriate behaviors related to diet and weight, which pose a risk for developing some type of eating disorder (Stice, et.al, 2011). The main objective of this project is to promote and reinforce interdisciplinary work between nutrition and psychology, thus giving a screening instrument to the nutritionist to be able to refer more safely, and prevent and/or treat such situations. This work is a design and validation of scales to measure anxiety, depression, and body dissatisfaction traits in the adult patient who attends the nutritional consultation. Sixty questions were asked based on psychological questionnaires already validated in the Mexican population, of these only 37 were selected by the expert committee. The new instrument was applied in combination with the already validated tests; Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), and The Body Shape Questionnaire (BSQ) to a sample of 200 subjects between 20-35 years. Afterwards, simple correlation analysis and factorial analysis were carried out to determine the internal and external consistency of the instrument, resulting in a total of 24 items. The data presented show that the new questionnaire is capable of differentiating anxiety, depression, and body dissatisfaction traits as it presents appropriate reliability and validity values for the sample studied.

(Key words: nutrition, depression, anxiety, body dissatisfaction.

I. INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que practica un individuo en respuesta a circunstancias biológicas, psicológicas y socioculturales vinculadas con los alimentos (Sámano et al., 2012), pudiendo su alteración conducir a la aparición de conductas alimentarias de riesgo y trastornos alimentarios.

La sociedad actual promueve la delgadez, en especial de la mujer, como requisito indispensable para la belleza, la aceptación y el éxito, de tal forma que una buena parte de las mujeres que se encuentran en la adolescencia o adultez temprana muestran insatisfacción con su peso y su forma corporal. Esta situación puede desencadenar una serie de comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso, que suponen un riesgo para el desarrollo de algún tipo de trastorno alimenticio (Stice, Marti y Durant, 2011).

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) incluyen un amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, y todos ellos están dirigidos a controlar o reducir el peso corporal. Entre esas conductas destacan, por ejemplo, los atracones, el seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, el vómito auto inducido y la práctica de ayunos (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011; Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010).

Una de las variables asumidas como de mayor peso y relevancia para comprender el origen y el mantenimiento de las CAR y los trastornos alimentarios es la imagen corporal. Esta constituye la forma en que el individuo representa mentalmente su cuerpo, cómo se percibe, siente y actúa respecto al mismo, no siendo fija ni inamovible, sino que puede variar a lo largo de la vida, adquiriendo especial trascendencia durante la infancia, la adolescencia y la

adultez temprana (Raich, 2000; Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez, 2010). La insatisfacción con la imagen corporal se caracteriza por la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales (Sepúlveda, Botella y León, 2001), y es uno de los factores de riesgo básicos para la adopción de CAR, en especial de tipo compensatorio (Saucedo et al., 2010), una variable con consecuencias individuales y sociales relevantes, en cuya formación intervienen factores individuales, sociales y culturales, entre los cuales cobran especial relevancia los modelos estéticos corporales (Crowther y Williams, 2011; Cruz, Ávila, Velázquez y Estrella, 2013; Cruzat, Haemmerli y García, 2012).

En la actualidad la investigación persigue no solo el estudio de cuadros clínicos, sino también los comportamientos alimentarios desajustados y las variables cognitivas asociadas en relación con la percepción de la imagen corporal, con el fin de determinar factores de riesgo y la detección de los sujetos más vulnerables (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003).

No obstante, en muchos casos las dificultades para bajar de peso o para mantener un peso normal no se ligan únicamente a alteraciones alimentarias, sino que también están relacionadas con una mayor presencia de psicopatología. Si bien la obesidad no se considera un trastorno mental, desde hace un tiempo la relación entre el sobrepeso/obesidad y las posibles alteraciones psicológicas concomitantes han sido objeto de interés científico, sin que se haya llegado aún a un consenso sobre la existencia de un perfil psicológico específico, ni sobre el posible poder patógeno de la psicopatología en la obesidad. Más allá de su relación con los trastornos de la alimentación, la obesidad frecuentemente coexiste con otras patologías, entre las que destacan la depresión y la ansiedad (Baile, 2011).

“La obesidad es de origen multifactorial, una probable consecuencia de la interacción entre genética y ambiente, caracterizada por una excesiva acumulación de grasa corporal que implica numerosas limitaciones físicas. Es imprescindible entender la obesidad como un almacén de dificultades psicosociales que disminuyen la calidad de vida del individuo para identificar y comprender las necesidades del paciente y de la sociedad con relación al tratamiento y la prevención de esta enfermedad”. (Doñate, García, I. de Cos. 2010, p. 91).

Actualmente en México se ha considerado a la obesidad como un problema de salud pública gracias a la magnitud y velocidad con la que en la que ha ido incrementado. En adultos de 20 o más años de edad la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en 2018 es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2016 fue de 72.5% y en 2012 fue de 71.3% (ENSANUT, 2018).

La Norma Oficial Mexicana 008 (NOM – 008 – SSA3-2010), indica que el paciente con sobrepeso u obesidad debe ser tratado de forma integral y define tal tratamiento multidisciplinario como; al conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado; incluye el tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y en su caso quirúrgico, orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

II. JUSTIFICACIÓN

Desde el 2014 que comencé a ejercer en la consulta privada como nutrióloga, comencé a detectar ciertas conductas y comportamientos en mis pacientes que algunos se reflejaban en sus resultados y algunas otras en la misma plática. Me atrevería a decir que ningún colega que hace clínica y que realmente le da la escucha necesaria a su paciente se ha salvado de escuchar y conocer un poco sobre el estado emocional de nuestros pacientes.

Definitivamente no es un área que nos competa como tratantes pero si en la responsabilidad de que el paciente sea referido con el profesional adecuado.

A la par de lo que detectaba en mi consulta pude reconocer e identificar conductas similares en mí misma, lo que me llevo a comenzar mi acompañamiento psicológico durante ya varios años, esto aunado a la evidencia científica que ya existe me hace querer reforzar la importancia de este trabajo inter o multidisciplinario entre nutrición y psicología.

Los problemas relacionados con el peso, entre los que se incluyen el sobrepeso/obesidad, los trastornos alimentarios y las conductas alimentarias alteradas (tales como las prácticas no saludables de control del peso) constituyen un problema importante de salud pública debido a su alta prevalencia y a las adversas consecuencias que tienen para la salud (Cruz-Sáez, et. Al. 2016).

La alimentación es una necesidad básica que está relacionada no solo con aspectos biológicos, si no también psicológicos y socioculturales. Esta depende de circuitos neuronales primarios para su modulación. Al mismo tiempo, el aparato psíquico ejerce mecanismos de control y regulación de la ingesta a través de circuitos emocionales. Además, el acto de comer no solo implica relacionarse con los alimentos, sino que también implica rituales y relaciones con los otros y con la cultura propia. (Pinaquy S, et al, 2003).

Cuando el acto de comer se desvía de sus funciones originales, para atender a alguna necesidad emocional, el comer se vuelve un acto psíquico que podría estar dirigido a elaborar la realidad, obtener placer o relacionarse con otros conflictivamente (Pinaquy S, et al, 2003). El hambre emocional se refiere a la utilización de la comida como una estrategia de afrontamiento utilizada para lidiar con emociones negativas (Goldschmidt AB, et al. 2011).

En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, (Medina-Mora ME, ET. AL, 2005) y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado (Borges G, 2006).

Seijas BD et al, (2002), menciona que los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida; estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor *aceptación de su imagen corporal* y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento (Villaseñor Bayardo et al, 2006).

Viendo la relación que existe entre el comer y las emociones nace la importancia de desarrollar un instrumento tamiz con el cual el nutriólogo pueda identificar conductas alimentarias de riesgo a través de rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal, como parte de su consulta para así poder referir al paciente con un especialista en psicología y así poder prevenir o tratar el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

III. ANTECEDENTES

La presencia de patologías psiquiátricas en pacientes con obesidad ha sido estudiada, encontrándose que entre el 40 y 72% de los pacientes presentan al menos una patología psiquiátrica, siendo las más frecuentes la depresión y la ansiedad (Scott KM, Bruffaerts R, et al. 2008). Se ha encontrado asociación entre depresión y obesidad, sobre todo al comparar la sintomatología depresiva con el Índice de Masa Corporal (IMC), observándose que a mayor IMC se observa puntuación más alta en escalas de depresión (Faith et al, 2011).

La investigación demuestra que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión. En las personas con diabetes el riesgo de presentar depresión es dos veces más alto que en aquellas que no sufren esta condición; para la población con asma u obesidad, el riesgo aumenta tres veces y para aquellas que sufren de dolores crónicos el riesgo crece cinco veces (Medina-Mora ME, et. Al, 2008). Del mismo modo, las personas que padecen síntomas de depresión tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, todas ellas condiciones crónicas responsables de más de 60% de las muertes en el mundo (Davis WK, 1988).

Asimismo es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas. La literatura internacional indica que alrededor de la mitad de la población adulta con trastorno depresivo mayor cumple con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad; esta relación ocurre entre 25 y 50% de los adolescentes con depresión y entre 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad (Bittner A, 2004) .

Faith et al. en un análisis prospectivo de asociaciones obesidad-depresión y depresión-obesidad en población general, encontraron que la obesidad incrementa el riesgo de desarrollar depresión. Sin embargo, la asociación depresión-obesidad ha mostrado resultados contradictorios en distintos estudios.

Además de la asociación de patologías psiquiátricas con obesidad, es también relevante la asociación entre alimentación y la construcción de la imagen corporal. La construcción de la imagen corporal es un proceso que se relaciona con los valores estéticos promovidos por cada sociedad en el momento que se vive. Actualmente el ideal estético asocia belleza con delgadez, tamaño que en algunos casos es difícil de alcanzar.

Respecto al tratamiento, la importancia de intervenir en los problemas de obesidad se respalda en lo planteado por el Consejo Internacional de Enfermeras (2004). Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) plantean que la pérdida de peso lograda exclusivamente a través del seguimiento de dietas hipocalóricas muestra un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento como por la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta.

Dichos autores agregan que el objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe de ir más allá que la mera reducción de peso a través de la implantación, por parte de un especialista, de una dieta hipocalórica que los pacientes deben seguir con su “fuerza de voluntad”. Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de los hábitos de alimentación y que permitan una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante el problema.

Existen varios estudios a nivel mundial y nacional donde se habla de la importancia del tratamiento psicológico para cambiar hábitos saludables en la población, uno de los estudios más recientes en México fue publicado por Leija – Alva y cols., en el 2011. Los resultados demuestran que la terapia cognitivo conductual grupal dirigida a la adquisición

de hábitos alimentarios y de actividad física, es más útil para modificar las estructuras cognitivas profundas que han llevado a las personas con obesidad a mantener una forma rígida de ver su problema y que incide en un mayor cambio en los hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad.

Otro estudio realizado en el 2015 en España, por Cruz-Sáez y cols, fue un estudio de cohorte con una muestra de 150 adolescentes con sobrepeso u obesidad que tenía como hipótesis que se encontrarían diferencias en ansiedad, depresión y conductas de control del peso en adolescentes con sobrepeso/obesidad en función del nivel de insatisfacción corporal, y que la depresión y la ansiedad serían variables mediadoras de las relaciones entre la insatisfacción corporal y las conductas de control del peso. Estos concluyeron que existe un efecto significativo positivo de la insatisfacción corporal sobre la depresión y la ansiedad. Asimismo, la ansiedad, pero no la depresión, fue un predictor significativo y positivo de la cantidad de conductas de control de peso no saludables. De esta manera, la asociación entre la insatisfacción corporal y la cantidad de conductas de control del peso se puede explicar parcialmente por la depresión, la cual genera ansiedad y aumenta las conductas de control.

3.1 Alimentación emocional

En ocasiones, sin que existan verdaderos excesos o trastornos del comportamiento alimentario, una mala regulación de las emociones puede inducir variaciones en el peso corporal. Al respecto, debe considerarse que la ingestión de alimentos no sólo está en estrecha relación con la necesidad de recibir cuidados y afecto sino que constituye, además, un proceso de comunicación. Efectivamente, una comida presupone el trabajo de otras personas y pone de manifiesto la preferencia de comer en compañía. El sistema médico debe tenerlo en cuenta cuando solicita a los pacientes que modifiquen sus costumbres alimentarias, ya que suelen constituir una de las actividades placenteras de la vida cotidiana (Luban-Plozza, et al. 1997).

De acuerdo a Baños, Cebolla, Etchetnendy, Felipe, Rasal y Botella (2011) existen tres patrones disfuncionales del comer que se han identificado en la dieta: el comer emocional, el comer en exceso y el comer restringido. El comer emocional ha sido estudiado por la Teoría Psicósomática, como respuesta a las emociones negativas con el fin de aliviar el estrés, sin tener en cuenta las señales fisiológicas de hambre y saciedad. Se considera que el comer en exceso se encuentra vinculado al estado de ánimo negativo, que puede reflejar la falta de medidas para facilitar la distinción entre el tipo de emoción que le precede (Bekker, Mollerus, & Van de Meerendonk 2003). De esta manera, las emociones modulan el comer en congruencia con las características de la emoción (Berkowitz, 2000).

Se suele dar prioridad a los efectos del medio ambiente, tales como los estímulos sensoriales y los alcances para consumir alimentos, sobre las cuestiones internas, en este caso las emociones.

En un estudio descriptivo de las personas que comen compulsivamente (Arnou, 1995), se informó que los sujetos describieron en el 42% de los casos la ira/frustración antes de comer en exceso, en cambio la tristeza/depresión sólo en el 16%. Así, la alimentación no sólo aporta los nutrientes y la energía necesarios para mantener la salud, sino que constituye un aspecto muy importante del sistema emocional. Este último aspecto se pone de evidencia, por ejemplo, cuando se observa cómo se consuela a un niño dándole un dulce o golosina. A cualquier edad, tanto el beber como el comer pueden utilizarse para consolarse, colmar un vacío, compensar el aburrimiento o atenuar la tristeza (Bruch, 1973).

De este modo, la alimentación emocional surge como una dimensión de la conducta alimentaria y se define, de acuerdo a Faith, Allison y Geliebter (1997) como: comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente al afecto negativo. De acuerdo a una investigación elaborada sobre la expresión emocional en población mexicana (Martínez & Sánchez, 2011) las emociones que las personas perciben de manera más intensa son: la felicidad, el amor, el enojo y la tristeza. El miedo, en cambio, corresponde a la emoción con menor intensidad.

Clerget (2011) refiere que los comedores emocionales piensan en la comida cuando se notan ansiosos, emotivos o negativos. Para ellos, fijar su atención en los alimentos y en su ingesta es una manera de no pensar en las emociones negativas, pero también de evitar tener conciencia de sí mismos. A veces, una ingesta alimentaria excesiva puede explicarse por un intento de impedir que se produzca una irrupción de pensamientos, recuerdos, sentimientos o emociones dolorosas. El comedor emocional tiene dificultades para la identificación de sus emociones y las sensaciones de hambre, así como menor capacidad para comunicar sus sentimientos (Courbasson, Rizea, & Weiskopf, 2008).

La verdadera causa del sobrepeso corresponde a la forma en que la persona afronta la emoción. Solamente al conocer los factores emocionales que intervienen en la alimentación se pueden reforzar los hábitos saludables que permitan controlar el peso (Sánchez & Pontes, 2012).

3.2 Depresión

“Conjunto de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, las que conllevan a distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información, mismas que se reflejan en las emociones y las conductas del individuo”. (Beck et al., 1979).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad.

La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas.

La OMS (2001) señala a la depresión como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad (APD), y el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria. El trastorno depresivo es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres, en proporción de dos a uno. Ellas tienden a puntuar más alto que los hombres en diferentes escalas de auto informe a partir de los 14 años (Benjet et al., 2009; Wade, Cairney & Pevalin, 2002).

De este modo, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (González-Pier E, et al. 2007).

3.3 Ansiedad

“Es un estado emocional negativo, caracterizado por tensión o nerviosismo, que involucra síntomas fisiológicos, por ejemplo, palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo”. (Beck et al., 1985).

Según el DSMV, la ansiedad generalizada se define como; ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes que las personas tienen dificultad para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.

La ansiedad en lo referente a la alimentación, se refiere a un estado de nerviosismo o inquietud que aparece a ciertas horas del día y que nos lleva a comer en exceso sin tener realmente sensación de hambre. Este es uno de los problemas que más dificulta el poder mantener una dieta y adquirir unos hábitos alimenticios adecuados.

Las causas de la ansiedad a la hora de llevar a cabo un régimen dietético pueden ser diversas. En muchos casos, esta ansiedad es originada por dietas hipocalóricas demasiado

estrictas. El estrés, el aburrimiento y la depresión pueden provocar también ansiedad (Jorm AF, et al. 2003).

La respuesta patológica al estrés –consumo de alcohol, tabaquismo y “borracheras” alimentarias- puede variar según la personalidad y género del individuo. Es importante identificar así mismo, las alteraciones de la conducta alimentaria en los pacientes con obesidad ya que pueden contribuir a la causa, mantenimiento o recaídas de esta, pues se relacionan con un alto nivel de ansiedad (Lazarevich et al, 2003).

3.4 Imagen Corporal

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye percepciones del cuerpo (componente perceptivo), actitudes, sentimientos y pensamientos (componente cognitivo afectivo), así como las conductas derivadas de estas (componente conductual) (Baile, 2003; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999), que contribuyen a la formación del autoconcepto y forman parte de él. En esta compleja construcción de la imagen del individuo, la imposición de un modelo estético origina una inevitable comparación y discrepancia entre el cuerpo ideal (autoimagen ideal del cuerpo) que impone la sociedad y el cuerpo percibido (autoimagen percibida del cuerpo). De esta discrepancia y la comparación negativa puede surgir insatisfacción corporal, considerada una de las causas más destructivas de la autoestima (Raich, 2000).

3.5 Insatisfacción Corporal

La insatisfacción corporal se define como el malestar subjetivo de una persona con respecto a su tamaño o silueta (Bucchianeri MM, et al. 2013) y se da principalmente cuando el tamaño corporal real difiere del ideal propuesto por los cánones sociales (Truesdale K, et al. 2008).

De acuerdo con Garner (1988) la insatisfacción corporal es concebida como una alteración psicológica que muestra inconformidad por el peso corporal, de tal forma que la persona califica la forma de su cuerpo como más voluminoso de lo deseable.

Es un factor que contribuye al malestar emocional y que incluso podría colaborar con el desarrollo de patologías psiquiátricas como la depresión e incluso trastornos alimentarios, especialmente si se inicia a edades tempranas (Bucchianeri MM, et al. 2013).

Estadísticas recientes sobre el tema indican que 14,2% de las adolescentes españolas y 23% de latinoamericanas presentan una gran insatisfacción con su propio cuerpo, misma que aumenta de manera alarmante en mujeres de 13 a 15 años para mantenerse hasta los 18 años; de ahí la necesidad de emprender acciones encaminadas a disminuir su prevalencia entre la población joven y limitar el problema en etapas tempranas (Trejo, et al. 2010).

A pesar de que la presión social a favor de la delgadez es mayor en las mujeres, este fenómeno es ya también evidente en los varones. Los hombres suelen y desean pesar más no porque deseen estar gordos sino porque quieren tener más masa muscular; en este sentido cumplir con los estándares de cuerpos musculosos, que a diario y de manera indirecta, los medios de comunicación buscan introyectarles (Trejo, et al. 2010).

Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud. El poco agrado con la apariencia física va asociado a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión, ansiedad interpersonal, hacer que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales y en general con una autoevaluación negativa. Además, si se permite que el problema avance, existe un riesgo elevado de desarrollar síntomas de trastornos en la conducta alimentaria (Rodríguez, et al, 2006).

3.6 Instrumentos para la evaluación psicológica

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Son muchos los instrumentos que sirven para este fin y variadas son también las formas que adquieren los test, su modo de presentación, el material con que están hechos, el objetivo que persiguen, etc., es tan amplia la cantidad de instrumentos que existen que se encuentran clasificados en diversas categorías, y todos ellos constituyen el arsenal tecnológico y metodológico con que cuenta nuestra ciencia para realizar sus mediciones; estos instrumentos constituyen la base sobre la cual descansan los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre, concebidos de tal forma desde que surge la necesidad de evaluar diferencias humanas (González Llana, 2007).

Clásicamente las conductas relacionadas con la alimentación, sus relaciones con la psicopatología y las actitudes hacia el cuerpo y la silueta se han estudiado y descrito en población pediátrica (niños y adolescentes) y en mujeres jóvenes por constituir estos los grupos de riesgo para el desarrollo de Trastornos Alimentarios con sus principales consecuencias físicas: la obesidad y el bajo peso. Pocos estudios a nivel mundial recogen datos específicos sobre población adulta y sus relaciones con la alimentación y el cuerpo.

En el presente estudio se utilizaron las siguientes pruebas psicométricas:

1.- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

El BDI fue diseñado por Beck y Steer (1993) para evaluar la presencia de los principales síntomas de la depresión. Fue validado en población mexicana por Jurado et al. (1998), quienes confirmaron que posee buena consistencia interna ($\alpha = .87$).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo

pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

2.- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El BAI fue creado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) con el propósito evaluar la presencia y severidad de los principales síntomas de ansiedad. Fue validado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), quienes observaron que el BAI posee buena consistencia interna ($\alpha = .84$). Está constituido por 21 reactivos tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que se califican en una escala de cero a tres.

3.- Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

Fue creado por Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn (1987). Este cuestionario evalúa la insatisfacción con el peso y la imagen corporal a través de 34 reactivos. El BSQ fue adaptado y validado en población mexicana por Galán (2004), mostrando niveles adecuados de consistencia interna ($= 0.98$). Los autores sugieren un punto de corte es de 110 con 84% de sensibilidad y especificidad. El método de calificación para este estudio fue ponderado en una escala tipo Likert de 6 puntos (donde 1 es “nunca” y 6 “siempre”).

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Diseñar y validar un instrumento tamiz para detectar rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en pacientes que acuden a la consulta nutricional.

4.2 Objetivos específicos

- Diseñar un instrumento piloto para medir los rasgos de ansiedad, depresión e Insatisfacción corporal y validar su contenido.
- Determinar la validez y confiabilidad del instrumento comparándolo con las pruebas ya validadas.
- Determinar la validez y confiabilidad del instrumento en la población muestra.

V. METODOLOGÍA

El presente trabajo es un diseño y validación de escalas para medir rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en el paciente adulto que acude a la consulta nutricional.

5.1 Muestra

El tamaño de la muestra para evaluar la validez de constructo y de criterio fue de: 200 personas, el cual es el recomendado para evaluación de validez de escalas de medición (Carretero H, Pérez C, 2005), para obtener una muestra de personas con edades de 25 a 35 años se reclutaron 94 alumnos del Centro de Estudios Superiores del Bajío (CESBA) y 106 trabajadores de la empresa PAL Consulting Corporate, con una edad promedio (\pm DE) 26 años de los cuales el 56.5% fueron mujeres (113) y el 43.5% hombres (87).

5.2 Criterios de selección

Los criterios de inclusión:

- Mujeres y Hombres ajenos al área de la salud.
- Edad: Entre 20 – 35 años.

Los criterios de exclusión:

- Menores de 18 años.
- Mujeres embarazadas.
- Personas bajo medicación psiquiátrica.

Los criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

Se les dio un consentimiento informado donde se explicó a detalle el motivo por el cual se les pedía contestar los cuestionarios. Todos los datos proporcionados son confidenciales.

Las pruebas ya validadas que se les aplicó fueron las siguientes:

1. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Aaron T. Beck y Robert A. Steer.
3. The body shape questionnaire (BSQ) Cuestionario de la Forma Corporal. (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).

Instrucciones de aplicación:

Por grupos (ya preestablecidos por la institución y la empresa) se les explicó la forma de llenado de cada prueba, las cuales fueron auto aplicables.

El orden fue el siguiente: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Cuestionario de la Forma Corporal y por último el nuevo instrumento, en un periodo máximo de 25 minutos por grupo.

Al recogerlos se revisó que el llenado de todos los cuestionarios fuera al correcto para evitar pérdida de información.

5.3 DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Se elaboró una serie de preguntas (60 ítems) relacionadas con ansiedad, depresión e insatisfacción corporal que fueron basadas en instrumentos ya validados como el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de la Forma Corporal (The Body Shape Questionnaire, BSQ), entre otros.

Las preguntas fueron estructuradas para favorecer un lenguaje adecuado a la consulta de nutrición.

5.4 ANÁLISIS DE VALIDACIÓN

5.4.1 *Validez de contenido*

Se define como el grado en que los ítems que componen el test representan el contenido que éste trata de evaluar. Se basa en la definición precisa del dominio y en el juicio sobre el grado de suficiencia con que ese dominio se evalúa.

Juicio de expertos

Se seleccionó un comité de 8 expertos en psicología clínica, 7 de ellos psicólogos clínicos y un médico psiquiatra. Dichos expertos evaluaron el constructo y contenido de las preguntas para seleccionar las que según sus conocimientos y experiencia definiera mejor cada factor a medir. Si un 80% de los expertos estuvieron de acuerdo con la validez de un ítem este fue incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995).

Para cada una de las variables se redactaron 20 ítems, dando un total de 60. Los expertos valoraron la redacción y constructo de cada pregunta, quedando así un total de 37 ítems. Los reactivos fueron evaluados mediante una escala tipo Likert; 3-Siempre, 2-Casi siempre, 1-Pocas veces y 0-Nunca. (Anexo 1)

5.4.2 *Validez de constructo*

Se refiere al grado en que el test correlaciona con variables ajenas a este (criterios) con lo que se espera por hipótesis que debe correlacionar de determinado modo.

El análisis factorial es una técnica de validación de constructos en escala de medición debido a que procesa la reducción de la dimensionalidad de los datos. Su propósito consiste en buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (VARIMAX), con el objetivo de minimizar el número de variables que tienen cargas altas en cada factor; es decir, que representen o miden un dominio determinado. Con este análisis se logra identificar factores con un número pequeño de variables con correlaciones altas y correlaciones nulas en el resto, quedando así redistribuida la varianza de los factores.

Posteriormente se aplicó el Alpha de Cronbach para valorar la consistencia interna y fiabilidad del instrumento. Para que una escala tenga una consistencia interna adecuada el valor de Alpha de Cronbach debe ser mínimo de 0.7. Los análisis se realizaron con el paquete SPSS.

5.4.3 Validez de criterio

Se refiere al grado en que el test correlaciona con variables ajenas al test (criterios) con lo que se espera por hipótesis que debe correlacionar de determinado modo. Un criterio es una variable distinta del test que se toma como referencia, que se sabe que es un indicador de aquello que el test pretende medir o que debe presentar una relación determinada con lo que el test pretende medir.

Se compararon las pruebas ya validadas con el nuevo instrumento mediante coeficientes de correlación de Pearson. Y por último se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las pruebas ya validadas con el nuevo instrumento y conocer si existen diferencias de la media del score desarrollado entre las categorías de diagnóstico de las escalas validadas. Para así determinar la factibilidad de establecer puntos de corte. Los análisis se realizaron con el paquete SPSS v. 18.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 Fase I – Juicio de expertos

Se reportaron los resultados y diagnósticos obtenidos de 21 ítems del inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), 21 ítems del inventario de Ansiedad de Beck (BAI), 34 ítems del Cuestionario de la Forma Corporal (The Body Shape Questionnaire, BSQ) y 37 ítems del cuestionario en gestión (Total = 113 ítems).

De acuerdo a los cuestionarios ya validados, los diagnósticos de la población se reportan en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1. Tabla de diagnósticos.

Clasificación diagnóstico	por Depresión	Ansiedad	Insatisfacción Corporal
Normal	55%	42.5%	65.5%
Leve	24%	23.5%	22.5%
Moderada	18%	22%	9.5%
Severa	3%	12%	2.5%

Los resultados obtenidos se asemejan a la Encuesta Nacional de Salud Mental; en México un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia (INCYTU, 2018).

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años (INCYTU, 2018).

Respecto a la insatisfacción de la imagen corporal se encontró que un 32,5% de los participantes presentó algún grado de insatisfacción, lo cual es mayor a lo reportado por Vázquez, Herrera y Trejo, quienes realizaron un estudio con adolescentes de 12 a 15 en Zacatecas, México y encontraron que un 18,6% presentaron insatisfacción con su imagen corporal. A pesar de que las cifras anteriores parecen bajas, traducidas a una razón indican que aproximadamente 3 de cada 10 adultos jóvenes están insatisfechos con su imagen corporal y por tanto presentan la posibilidad de desarrollar conductas de riesgo para su salud.

6.2 Fase II – Análisis factoriales

El análisis factorial exploratorio realizado con los puntajes de los reactivos desarrollados y validados por expertos, se identificó la existencia de 8 subescalas compuestas cada una con 3 ítems, dando un total de 24 ítems para el nuevo instrumento tamiz: 6 ítems para ansiedad, 9 para depresión y 9 para insatisfacción corporal:

Tabla 2. Resultados de los análisis factoriales y de confiabilidad de las escalas de medición.

VARIABLE	DIMENSIONES	CARGA FACTORIAL
Ansiedad	Preocupación	
	29.- Me preocupo mucho por las cosas pequeñas.	0.513
	32.- Constantemente me preocupo más por el futuro y olvido disfrutar el presente.	0.780
	33.- Me bloqueo fácilmente ante situaciones de estrés.	0.705

	Ansiedad por comer	
	5.- "Pico" comida a todas horas, especialmente cuando algo me preocupa.	0.665
	12.- Cuando gano algo de peso me angustia seguir aumentando.	0.749
	22.- Estoy cansado de intentar controlar mi peso.	0.590
Depresión	Alteración en funciones autónomas	
	11.- En los últimos meses he perdido más de 5 kilos de manera involuntaria sin presentar alguna enfermedad.	0.649
	31.- En los últimos meses he notado que duermo menos horas que antes, sin razón aparente.	0.523
	37.- En los últimos meses mi apetito ha disminuido.	0.500
	Decepción	
	19.- Estoy decepcionado con los resultados obtenidos en los intentos realizados para perder peso.	0.773
	20.- Creo que fracaso con facilidad en las metas que me propongo.	0.552
	21.- Suelo comparar mi figura con la de otros.	0.619
	Alteraciones en el estado de ánimo	

Insatisfacción Corporal	1.- Me siento sin energía ni ganas para realizar actividades desde temprano.	0.419
	3.- Últimamente, he notado que me enojo con mayor facilidad.	0.511
	26.- Me siento triste sin conocer la causa.	0.500
	Insatisfacción corporal generalizada	
	4.- He usado productos milagro como fajas, pastillas, tés... con tal de perder peso sabiendo que pongo en riesgo mi salud.	0.435
	8.- Juzgo mi figura cuando estoy con más gente.	0.627
	14.- Evito mirar mi cuerpo desnudo frente al espejo.	0.766
	Autocastigo	
	25.- He maltratado físicamente alguna zona de mi cuerpo porque no me gusta su aspecto.	0.669
	27.- He vomitado para sentirme "más ligero".	0.558
Culpa	35.- He dejado de comer por horas o días para perder peso.	0.704
	Culpa	
	10.- Consumir una mayor cantidad de alimento o salirme de la dieta me hace sentir culpable.	0.568
	17.- La razón principal por la que acudo al Nutriólogo es por estética.	0.544
30.- Hago ejercicio con el fin de quemar calorías y no por mejorar mi salud.	0.618	

* Solo se presentan los reactivos con carga factorial > 0.4

6.2.1 Subescalas identificadas

Se identificaron dos subescalas que comprenden reactivos de la variable de ansiedad las cuales se interpretaron como sigue:

- *Preocupación:* Según el DSMV, la ansiedad generalizada se define como; Ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes que las personas tienen dificultad para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.
- *Ansiedad por comer:* La ansiedad en lo referente a la alimentación, se refiere a un estado de nerviosismo o inquietud que aparece a ciertas horas del día y que nos lleva a comer en exceso sin tener realmente sensación de hambre.

Se identificaron tres subescalas que comprenden reactivos de la variable de depresión las cuales se interpretaron como sigue:

- *Alteración en funciones autónomas:* La tristeza forma parte de las emociones y abarca los sentimientos de soledad, apatía, autocompasión, desconsuelo, melancolía, pesimismo y desánimo, entre otros. Se dice que la persona está triste cuando, a nivel cognitivo, se produce una falta de interés y de motivación por actividades que antes eran satisfactorias y se vislumbra la realidad desde un ángulo negativo; sólo se ve lo malo de las situaciones o, cuando a nivel conductual, la persona suele restringir las actividades físicas haciendo muy poco o nada, presenta modificaciones en las facciones faciales y en la postura (Vallés y Vallés, 2000).
- *Decepción:* Al abordar el miedo como un a emoción, puede decirse, de acuerdo con Maturana y Bloch (1996), que las emociones "constituyen en cada instante el fundamento relaciona la variable del vivir de todo ser vivo y todos los seres vivos pueden vivir en distintos dominios relacionales en distintos momentos".

Manonni , citado por Niño (2002) , sintetiza su concepto sobre el miedo al afirmar que "en determinadas situaciones el hombre se ve enfrentado a estímulos o representaciones mentales que él siente como amenazas y es justamente ese reconocimiento de un peligro real o imaginario el que determina en el individuo un sentimiento de miedo".

- *Alteraciones en el estado de ánimo:* La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto (Baena Zúñiga, 2005).

Y se identificaron tres subescalas que comprenden reactivos de la variable de insatisfacción corporal las cuales se interpretaron como sigue:

- *Insatisfacción Corporal generalizada:* La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal (Váquero-Cristobal, 2013).
- *Autocastigo:* Algunos psicólogos y expertos hablan de que la culpa busca castigo. Así que si una persona se siente culpable, su subconsciente (parte de la mente que graba todos los sucesos de un ser humano no percibidos conscientemente por el individuo, pero que pueden aflorar en determinadas situaciones o influir en su manera de actuar) buscará la manera de generarle situaciones que confirmen que se merece el castigo (Fuentes Barbosa, 2016).

- *Culpa*: La culpa es una acción u omisión que genera un sentimiento de responsabilidad por un daño causado (Pérez Porto, 2009).

6.3 Fase III – Análisis de consistencia interna y externa del instrumento

Posterior a esto se aplicó el índice de Alpha de Cronbach para conocer la consistencia interna del instrumento; se encontró una puntuación > 0.8 lo cual indica que el instrumento tiene un coeficiente alto de confiabilidad.

El Coeficiente Alfa de Cronbach, requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente (Hernández et al., 2003).

Tabla 3. Resultados de consistencia interna del instrumento desarrollado.

	Alpha de Cronbach	No. de elementos
ANSIEDAD (Ansiedad, Preocupación por comer)	0.807*	6
DEPRESIÓN (Alteración en la funciones autónomas, Decepción y Cambios de ánimo)	0.828*	9
INSATISFACCIÓN CORPORAL	0.851*	9

**(Insatisfacción,
Autocastigo y Culpa)**

>0.7*

Se realizó una correlación para conocer la validación de criterio del nuevo instrumento con las pruebas ya validadas.

Tabla 4. Correlación entre los puntajes de las escalas desarrolladas comparadas con las pruebas ya validadas.

ESCALA VALIDADA	SUBESCALAS DESARROLLADAS	Correlación de Pearson
ANSIEDAD <i>(Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Aaron T. Beck y Robert A. Steer).</i>	Preocupación	0.508
	Ansiedad por comer	0.354
DEPRESIÓN <i>(Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown).</i>	Alteración en funciones autónomas	0.357
	Decepción	0.463
	Cambios de ánimo	0.579
INSATISFACCIÓN CORPORAL <i>(The body shape questionnaire (BSQ) Cuestionario de la Forma Corporal. Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).</i>	Insatisfacción	0.685
	Autocastigo	0.392
	Culpa	0.709

* Significancia estadística en correlación de Pearson <0.001

Por último se presenta la tabla de resultados del análisis de varianza donde se observan diferencias significativas sobre las medias de las escalas ya validadas. Esto nos indica que en un futuro es viable establecer puntos de corte para su aplicación.

Tabla 5. Comparación de los puntajes del instrumento por validar con los puntajes de las escalas ya validadas.

	Ausente	Leve	Moderada	Severa	Significancia*
Score <i>depresión de</i> escala desarrollada	12.77 $\pm 1.132^a$	22.43 $\pm 2.41^b$	22.69 $\pm 2.94^b$	23.17 $\pm 7.53^c$	<0.001
Score <i>ansiedad de</i> escala desarrollada	6.12 $\pm 4.47^a$	11.96 $\pm 8.04^b$	16.16 $\pm 6.70^c$	17.46 $\pm 8.52^d$	<0.001
Score <i>insatisfacción</i> corporal de escala desarrollada	3.87 $\pm 5.03^a$	9.50 $\pm 4.39^b$	14.90 $\pm 4.14^c$	21.80 $\pm 10.52^d$	<0.001

a,b,c,d Las letras diferentes representan diferencias significativas de la puntuación de la escala entre las categorías de cada variable.

*Diferencia significativa con ANOVA.

Las diferencias encontradas en este último análisis prueban que la herramienta puede diferenciar a personas con algún riesgo de presentar depresión, ansiedad o insatisfacción corporal; ya que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las clasificaciones pero sin establecer puntos de corte.

VII. LIMITACIONES

Una de las limitaciones principales fue que el cuestionario solo se validó en determinado grupo etario y no en consulta de nutrición. Se recomienda aplicarlo en un estudio posterior en una mayor muestra que sea representativa y realizar análisis para identificar un punto de corte adecuado para dichos rasgos.

Entre las limitaciones del estudio es importante mencionar que dentro de la muestra no fue posible realizar una evaluación clínica diagnóstica que ayudara a descartar a las personas que pudieran tener el problema que se estudia. Por otro lado, los resultados deben ser tomados con cuidado, en virtud de que no se tiene una muestra representativa de la población mexicana y, como consecuencia, para el uso de este cuestionario en otras muestras se recomienda probar su adecuado funcionamiento.

VIII. CONCLUSIONES

Los datos presentados muestran que el nuevo cuestionario es capaz de diferenciar rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal y tiene valores de confiabilidad y validez apropiados para la muestra estudiada.

Los buenos resultados obtenidos nos permiten recomendar el uso de este instrumento como un instrumento tamiz, de forma breve, de fácil aplicación y calificación, que podría ser incluida en encuestas dirigidas a población abierta (después de ser aplicada a una población mayor y definir puntos de corte).

Además de esta aproximación rápida y práctica para la obtención de datos sobre la detección de dichos rasgos, el cuestionario puede facilitar la identificación temprana de casos que pueden requerir ser referidos a consulta para evaluación psicológica y, con ello, propiciar la atención oportuna, con la finalidad de prevenir el desarrollo de posibles trastornos de la conducta alimentaria.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Este protocolo se apegará a los principios éticos de la declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de 1964 y con su última modificación de 2013 y a la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título II: de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Artículo 5). El cual fue sometido y aprobado por el comité de bioética de la Facultad de Ciencias Naturales de la UAQ.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Gaxiola S, Kramer E, Resendez C, Magaña C. The context of depression in Latinos in the United States. En: Aguilar- Gaxiola S, Gullotta T, ed. *Depression in Latinos. Assessment, treatment and prevention*. New York: Springer, 2008.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edn. American Psychiatric Publishing 2013, Arlington. Cordella P. Incluir la obesidad en el Manual de Enfermedades Mentales (DSM-IV) *Revista chilena de nutrición*. 2008 Sep;35(3):181-7.)
- Baile J., González M. (2011). Obesidad y hábitos del sueño. Ponencia presentada en el 12 Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias, Madrid, España. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2455>
- Baile JI, González MJ. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *An Sist Sanit Navar* 2011;34:253-61.
- Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil NeuroPsiquiat* 2010;48(4):319-34.
- Beltrán, María del Carmen, Freyre, Miguel-Ángel, & Hernández-Guzmán, Laura. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Berengüí, Rosendo, Castejón, M. Ángeles, & Torregrosa, M. Soledad. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 1-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>
- Berenson, Shoshana, Lara, María Asunción, Robles, Rebeca, & Medina-Mora, María Elena. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado en 05 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&tlng=es.
- Berenson, Shoshana, Lara, María Asunción, Robles, Rebeca, & Medina-Mora, María Elena. (2013). Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado en 12 de

diciembre de 2017, de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036

- Bittner A, Goodwin RD, Wittchen H, Beesdo H, Höfle M, Lieb R. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiat* 2004;65:618-626.
- Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body image*. 2013;10(1):1-7.
- Candelaria Martínez, Maribel, García Cedillo, Ismael, & Estrada Aranda, Benito Daniel. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 32-39. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Carretero H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International journal of clinical and healthpsychology*; 2005; 5(3):521-551
- Chabrol H, Simon C, Louvet JP, Barbe P. Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*. 2003;11(2):195-201).
- Cordella P. ¿Incluir la obesidad en el Manual de Enfermedades Mentales (DSM-IV)? *Revista chilena de nutrición*. 2008 Sep;35(3):181-7.
- Cortés Diego, Marcela Gallegos, Teresita Jiménez, Pía Martínez, Susana Saravia, Claudia Cruzat-Mandich, Fernanda Díaz-Castrillón, Rosa Behar y Marcelo Arancibia. (2016). Influence of sociocultural factor son body image from the perspective of adolescent girls. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*.
- Cruz-Sáez María Soledad, Aitziber Pascual Jimeno, Anna Wlodarczyk¹, Rocío Polo-López¹ y Enrique Echeburúa Odriozol. Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 2016.
- Davis WK, Hess GE, Hiss RG. Psychological correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care* 1988;11:538-545.
- Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM, Heymsfield SB. Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*. 2011;12(5):e438-53.).

Fernández-Bustos Juan-Gregorio, Irene González-Martí, Onofre Contreras y Ricardo Cuevas. (2014). Revista Latinoamericana de Psicología. Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. Universidad de Castilla-La Mancha, España.

Fernández-Bustos, J., & González-Martí, I., & Contreras, O., & Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47 (1), 25-33.

Fuentes Araceli (2016). El misterio del cuerpo hablante. Barcelona: Gedisa.

Galimberti, U. (2010). Diccionario de Psicología. Madrid, España: Siglo veintiuno editores. P. 300.

García Allen, Jonathan . (2015). Psicología y Nutrición: la importancia de la alimentación emocional. Recuperado de <https://psicologiymente.net/nutricion/psicologia-nutricion-alimentacion-emocional>

García-Portilla Gonzáñez, Bacarán Fernández, Sáiz Martínez. Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica.

Goldschmidt AB, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ, Cao L, Peterson CB, Durkin N. Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(3):281. Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM, Heymsfield SB. Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*. 2011;12(5):e438-53.

González Llana, Felicia. (2007). Instrumentos de evaluación Psicológica. Ciudad de la Habana, Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf .

González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex* 2007;49(Supl 1):S37-S52.

Lara MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2007;30:4-11.

Larrañaga Alejandra y Ricardo García-Mayor a Psicóloga (2007). Tratamiento psicológico de la Obesidad. Sección de Nutrición. B Servicio de Endocrinología,

Diabetes, Nutrición y Metabolismo. Hospital Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. España.

Lazarevich I, Rodríguez JH. Manifestaciones psiquiátricas en los trastornos tiroideos, diabetes mellitus y obesidad. *Psiquis*,2003;23(5):149-151

Leija-Alva Gerardo, Víctor Ricardo Aguilera-Sosa, Eleazar Lara Padilla; Juan Daniel Rodríguez-Choreño, Jaqueline Iveth Trejo-Martínez Y María Rosa López-De La Rosa. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, Instituto Politécnico Nacional, México, D.F, México.

Medina-Mora ME, Rojas E, Borges G, Vázquez-Pérez, Fleiz C, Real T. Comorbidity: Depression and substance abuse. En: Aguilar-Gaxiola S, Gullotta T, eds. *Depression in Latinos. Assessment, treatment and prevention*. New York: Springer, 2008.

Meza Peña, Cecilia & Moral de la Rubia, José (Marzo 2011). Obesidad: Una aproximación desde la Psicología Analítica. *Revista, Aperturas Psicoanalíticas*, 37. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000686>

Parodi CA. Ansiedad, Depresión e Imagen Corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2015;13(3):64-74.

Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet JP, Barbe P. Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*. 2003;11(2):195-201.)

Rodríguez Doñate Belén, Helena García Llana y Ana I. de Cos Blanco. (2010). Presentación de una estrategia interdisciplinaria y de carácter grupal para el tratamiento integral de la obesidad (Programa EGO). Unidad de Obesidad, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz (HULP), Madrid, España.

Rodríguez, Arántzazu, Goñi, Alfredo, & Ruiz de Azúa, Sonia. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Psychosocial Intervention*, 15(1), 81-94. Recuperado en 12 de marzo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100006&lng=es&tlng=es.

Rubio Sánchez, M.A, (2012). Estudio de la relación entre la ansiedad y obesidad a través del cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), valoración del perfil dietético y

psiconutricional. (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Barcelona).
Recuperado de:
<http://www.semcc.com/master/files/Obesidad%20y%20ansiedad%20-%20Dr.%20Rubio.pdf>

Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, de Girolamo G et al. Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes (Lond)* 2008;32:192–200.

Soler Alberto (21 Octubre, 2013). El papel del psicólogo en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. Recuperado de <http://www.albertosoler.es/psicologo-tratamiento-sobrepeso-y-obesidad/>

Trejo Ortiz, Perla María, Castro Veloz, Dellanira, Facio Solís, Angélica, Mollinedo Montano, Fabiana Esther, & Valdez Esparza, Gricelda. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 150-160. Recuperado en 12 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300006&lng=es&tlng=es.

Truesdale K, Stevens J. Do the obese know they are obese? *N C Med J*. 2008; 69(3):188–94.

Villaseñor Bayardo, Sergio Javier; Ontiveros Esqueda, Claudia; Cárdenas Cibrián, Karla Vanessa; (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, VIII agosto-Sin mes, 86-90.

Żak-Gołąb A, Tomalski R, Bąk-Sosnowska M, Holecki M, Kocełak P, OlszaneckaGlinianowicz M et al. Alexithymia, depression, anxiety and binge eating in obese women. *The European Journal of Psychiatry*. 2013 Sep;27(3):149-59.

XI. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de factores rotados

	Matriz de factores rotadosa							
	Factor							
	IC / control de peso	Preocupación / Humor	Ansiedad / Culpa	Autocastigo	Sueño	Ansiedad (síntomas)	Preocupación / Estrés	Energía
MD1	.328	.393	.134	.124	.109	.092	-.068	.521
MIC2	.599	.235	.251	.235	.005	-.040	.134	.127
MD3	.392	.482	.057	.164	.090	.177	.059	.324
MIC4	.424	-.063	.353	.103	.170	.077	.104	.335
MA5	.286	.086	.452	.103	.431	.279	.187	-.034
MD6	.194	.232	.151	.070	.402	.233	.066	.120
MA7	.186	.318	.247	.295	.140	.578	.007	.104
MIC8	.632	.244	.334	.286	.131	.053	.059	.044
MA9	.284	.330	.431	.130	.087	.254	.086	.037
MIC10	.284	.189	.630	.196	.197	.058	.104	-.012
MD11	.014	.065	.085	.322	.305	.199	.068	.312
MA12	.257	.169	.684	.101	.268	.145	.055	.102
MIC13	.403	.319	.377	.062	.027	.168	.036	-.028
MIC14	.716	.158	.316	.085	.152	.162	.051	.078
MIC15	.670	.105	.052	.378	.265	.175	.036	.086
MA16	.304	.512	.073	.262	.228	.195	-.009	.248
MIC17	.194	.045	.586	.187	-.054	.092	.079	.089
MA18	.161	.243	.122	.263	.118	.748	.078	.082
MD19	.520	.056	.555	.048	.160	.158	.076	.137
MD20	.384	.331	.233	.004	.274	.200	-.019	.037
MD21	.559	.222	.413	.215	.298	-.015	.114	-.022
MA22	.485	.219	.416	.186	.279	.180	-.048	-.021
MA23	-.001	.097	.361	.343	.276	.161	.083	.062
MA24	.120	.310	.135	.148	.464	.032	.048	-.128
MIC25	.270	.119	.172	.639	.167	.215	-.061	-.084
MD26	.118	.408	.086	.438	.368	.149	.058	.162
MIC27	.131	.009	.081	.621	.058	.181	.062	.166
MA28	.100	.170	.087	.031	.079	.057	.971	.017
MA29	.173	.434	.279	-.001	.118	.057	.419	-.008
MIC30	.112	.337	.525	.182	.068	-.120	-.087	.001
MD31	.310	.203	.083	.280	.626	-.050	-.009	.159
MA32	.001	.743	.192	.168	.231	.037	.138	.041
MA33	.179	.688	.176	.051	.155	.168	.045	-.045
MD34	.157	.686	.092	.105	.089	.121	.114	.086
MIC35	.212	.118	.285	.615	.078	-.012	-.014	.156
MA36	.142	.280	.152	.603	.246	.015	-.002	-.203
MD37	.130	.143	.157	.295	.398	.107	.072	.168

Anexo 2. Consentimiento informado

FOLIO:



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INTRODUCCIÓN

Se te hace una atenta invitación a participar en la investigación “**Diseño y validación de un instrumento de tamizaje para la detección de rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en el paciente adulto joven que acude a consulta nutricional**”, realizada por la Lic. En Nutrición Daniela Vázquez de la Isla, alumna de Posgrado de la Facultad de Ciencias Naturales de la U.A.Q., bajo la dirección de la Mtra. María del Carmen Caamaño Pérez.

Antes de decidir si participas o no, debes conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntete con toda la libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas al respecto.

PROPÓSITO

Identificar rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal para poder diseñar y validar un instrumento para la detección de dichos rasgos en el paciente adulto que acude a la consulta nutricional.

PROCEDIMIENTO

Se solicitará tu autorización para la auto aplicación de 4 pruebas, dichas pruebas constan de una serie de preguntas que son importantes responder con sinceridad para tener resultados confiables. Te garantizamos que ninguno de estos procedimientos causará ningún tipo de dolor o molestia física y tus datos serán confidenciales en todo momento.

BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN

Al participar en este proyecto, contribuyes a la elaboración y validación de un instrumento de tamizaje que contribuirá a llevar una mejor intervención interdisciplinaria y un mejor tratamiento a los pacientes que acudan a consulta nutricional.

ACLARACIONES

- ✓ Tu decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ En caso de no aceptar la invitación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para ti. Si así lo decides, puedes retirarte del estudio en el momento que lo desees, pudiendo informar o no, las razones de tu decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrás que hacer gasto alguno durante el estudio.

- ✓ No recibirás pago por tu participación.
- ✓ Puedes solicitar información actualizada sobre el proyecto al investigador responsable en cualquier momento que necesites.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información recolectada, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. Los datos se utilizarán exclusivamente con fines estadísticos generales sin dar a conocer los nombres de los alumnos.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si tienes alguna pregunta del estudio, puedes solicitar información actualizada al investigador responsable al correo danielavais.nut@gmail.com con la Lic. Daniela Vázquez de la Isla o al teléfono: 192 12 00 ext. 5351 con la Mtra. María del Carmen Caamaño Pérez.

Si consideras que no hay dudas ni preguntas acerca de tu participación, puedes, si así lo deseas, firmar el consentimiento informado que a continuación se presenta, lo cual da por hecho tu deseo de participar en este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, manifiesto de manera voluntaria mi permiso para que se incluya el resultado de mis pruebas psicológicas en el proyecto de investigación “**Diseño y validación de un instrumento para la detección de rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en el paciente adulto que acude a la consulta nutricional**”, luego de haber comprendido en su totalidad la información sobre dicho proyecto y sobre los beneficios de su colaboración en el estudio.

Santiago de Querétaro, Qro. A _____ de _____ del 2019

Firma del responsable _____

Yo, LN Daniela Vázquez de la Isla, alumna de Posgrado de la Facultad de Ciencias Naturales de la U.A.Q., declaro que he explicado al alumno(a) el objetivo, propósito y beneficios de su participación en la investigación investigación “**Diseño y validación de un instrumento de tamizaje para la detección de rasgos de ansiedad, depresión e insatisfacción corporal en el paciente adulto joven que acude a la consulta nutricional**”, he contestado sus preguntas y aclarado sus dudas. Asimismo, acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

LN Daniela Vázquez de la Isla
Cel. 4424.75.12.74
Email: danielavais.nut@gmail.com

Anexo 3. Prueba piloto del nuevo instrumento.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

¿Actualmente tomas algún medicamento? No _____

Si _____ ¿Cuál? _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 37 preguntas. Por favor lea con atención cada una de ellas y marque el recuadro que indique la frecuencia con la que mejor se identifique; *SIEMPRE, CASI SIEMPRE, POCAS VECES, NUNCA.*

	Pregunta	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA
1.-	Me siento sin energía ni ganas para realizar actividades desde temprano.				
2.-	Evito situaciones en las que tenga que usar traje de baño.				
3.-	Últimamente, he notado que me enojo con mayor facilidad.				
4.-	He usado productos milagro como fajas, pastillas, tés... con tal de perder peso sabiendo que pongo en riesgo mi salud.				
5.-	"Pico" comida a todas horas, especialmente cuando algo me preocupa.				
6.-	En las últimas semanas he llorado sin una causa aparente.				
7.-	He sentido que mi corazón palpita muy rápido.				
8.-	Juzgo mi figura cuando estoy con más gente.				
9.-	Cuando comienzo a comer algo que me gusta siento que no puedo parar hasta que se termine.				
10.-	Consumir una mayor cantidad de alimento o salirme de la dieta me hace sentir culpable.				
11.-	En los últimos meses he perdido más de 5 kilos de manera involuntaria sin presentar alguna enfermedad.				
12.-	Cuando gano algo de peso me angustia seguir aumentando.				
13.-	No me gusta cómo me veo en las fotos.				
14.-	Evito mirar mi cuerpo desnudo frente al espejo.				
15.-	Evito acudir a eventos sociales o públicos por sentirme incómodo con mi imagen.				
16.-	Me cuesta trabajo relajarme y/o				

	concentrarme.				
17.-	La razón principal por la que acudo al Nutriólogo es por estética.				
18.-	Tengo periodos en los que siento que me falta el aire o siento presión en el pecho.				
19.-	Estoy decepcionado con los resultados obtenidos en los intentos realizados para perder peso.				
20.-	Creo que fracaso con facilidad en las metas que me propongo.				
21.-	Suelo comparar mi figura con la de otros.				
22.-	Estoy cansado de intentar controlar mi peso.				
23.-	Siempre tengo comida cerca de mi cama, escritorio o área de trabajo.				
24.-	Tengo problemas para conciliar el sueño.				
25.-	He maltratado físicamente alguna zona de mi cuerpo porque no me gusta su aspecto.				
26.-	Me siento triste sin conocer la causa.				
27.-	He vomitado para sentirme "más ligero".				
28.-	Me considero una persona perfeccionista en todo lo que hago.				
29.-	Me preocupa mucho por las cosas pequeñas.				
30.-	Hago ejercicio con el fin de quemar calorías y no por mejorar mi salud.				
31.-	En los últimos meses he notado que duermo menos horas que antes, sin razón aparente.				
32.-	Constantemente me preocupo más por el futuro y olvido disfrutar el presente.				
33.-	Me bloqueo fácilmente ante situaciones de estrés.				
34.-	Suelo esperar lo peor de cada situación para no decepcionarme.				
35.-	He dejado de comer por horas o días para perder peso.				
36.-	Como a escondidas ciertos alimentos.				
37.-	En los últimos meses mi apetito ha disminuido.				

Anexo 4. Instrumento final de 24 ítems.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

¿Actualmente tomas algún medicamento? No _____

Si _____ ¿Cuál? _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 24 preguntas. Por favor lea con atención cada una de ellas y marque el recuadro que indique la frecuencia con la que mejor se identifique; *SIEMPRE, CASI SIEMPRE, POCAS VECES, NUNCA*.

	Pregunta	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA
1.-	Me siento sin energía ni ganas para realizar actividades desde temprano.				
2.-	Últimamente, he notado que me enoja con mayor facilidad.				
3.-	He usado productos milagro como fajas, pastillas, tés... con tal de perder peso sabiendo que pongo en riesgo mi salud.				
4.-	"Pico" comido a todas horas, especialmente cuando algo me preocupa.				
5.-	Juzgo mi figura cuando estoy con más gente.				
6.-	Consumir una mayor cantidad de alimento o salirme de la dieta me hace sentir culpable.				
7.-	En los últimos meses he perdido más de 5 kilos de manera involuntaria sin presentar alguna enfermedad.				
8.-	Cuando gano algo de peso me angustia seguir aumentando.				
9.-	Evito mirar mi cuerpo desnudo frente al espejo.				
10.-	La razón principal por la que acudo al Nutriólogo es por estética.				
11.-	Estoy decepcionado con los resultados obtenidos en los intentos realizados para perder peso.				
12.-	Creo que fracaso con facilidad en las metas que me propongo.				
13.-	Suelo comparar mi figura con la de otros.				
14.-	Estoy cansado de intentar controlar mi peso.				
15.-	He maltratado físicamente alguna zona de mi cuerpo porque no me gusta su aspecto.				
16.-	Me siento triste sin conocer la causa.				
17.-	He vomitado para sentirme "más ligero".				
18.-	Me preocupo mucho por las cosas pequeñas.				
19.-	Hago ejercicio con el fin de quemar calorías y no por mejorar mi salud.				
20.-	En los últimos meses he notado que duermo menos horas que antes, sin razón aparente.				
21.-	Constantemente me preocupo más por el futuro y olvido disfrutar el presente.				
22.-	Me bloqueo fácilmente ante situaciones de estrés.				
23.-	He dejado de comer por horas o días para perder peso.				
24.-	En los últimos meses mi apetito ha disminuido.				