Universidad de las Américas Puebla
Escuela de Ciencias
Departamento de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Enfermería

Proyecto de titulación:

“Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 15 Años de Edad de una Escuela Secundaria Pública de la Ciudad de Puebla, en el 2019”

Presentan

Nallely Velasco Castilla

Juan Arturo Garcia Garcia

Oliver Moreno Cedeño

Para obtener el grado de Licenciados (as) en Enfermería

Mayo, 2019

Universidad de las Américas Puebla
Escuela de Ciencias
Departamento de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Enfermería

Proyecto de titulación:

“Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 15 Años de Edad de una Escuela Secundaria Pública de la Ciudad de Puebla, en el 2019”

Presentan

Nallely Velasco Castilla

Juan Arturo Garcia Garcia

Oliver Moreno Cedeño

Para obtener el grado de Licenciados (as) en Enfermería

Director:
ME. Clemente Cordero Sánchez

Mayo, 2019

Universidad de las Américas Puebla
Escuela de Ciencias
Departamento de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Enfermería

Proyecto de titulación:

“Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 15 Años de Edad de una Escuela Secundaria Pública de la Ciudad de Puebla, en el 2019”

Presentan

Nallely Velasco Castilla

Juan Arturo Garcia Garcia

Oliver Moreno Cedeño

Para obtener el grado de Licenciados (as) en Enfermería

Director:
ME. Clemente Cordero Sánchez
Asesor:
ME. María de las Mercedes Nuri Reyes Vázquez

Mayo, 2019

Comisión que aprobó la tesis

“Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 15 Años de Edad de una Escuela Secundaria Pública de la Ciudad de Puebla, en el 2019”

M.E. Clemente Cordero Sánchez

Director de tesis

Dra. Elizabeth Guzman Ortiz

Presidente

ME. Madai Muñoz Covarrubias

Secretario

M.E. Clemente Cordero Sánchez

Vocal

Dr. Alejandro Porras Bojalil

Director Académico de Ciencias de la Salud

Dedicatoria

Dedico especialmente, mi trabajo y esfuerzo a mi mamá Lupita Castilla porque ha sido la primera persona en estar junto a mí en este largo camino, me apoyó incondicionalmente, me dio la energía para seguir adelante y me enseñó a nunca darme por vencida; a mi papá José Luis Velasco, quién me ha enseñado a ser una mujer valiente, independiente y a encontrar el valor que necesito para siempre salir adelante; a mí hermana Abigail Velasco, por luchar a mi lado para lograr este gran sueño, que es ser enfermera y por ser mi motivación de ser la mejor hermana mayor desde que llegó a mi vida hace casi 18 años.

A mis abuelos maternos, que siempre han estado apoyándome a medida de sus posibilidades y que siempre ponen su fe en Dios para que yo salga adelante en cada paso que doy.

A mi tía Sandra Velasco, quién al enterarse de este sueño, siempre me dijo que sería una gran enfermera y sé que así será porque ahora ella ilumina mi camino.

A mi amado esposo y compañero de vida Santino Corte, porque desde que lo conocí me ha dado su apoyo incondicional, ha visto el esfuerzo y dedicación que he dado por este sueño, por su compañía, su apoyo, su esfuerzo, su infinita paciencia y por el gran amor que me da día a día.

Y por último dedico este gran paso de mi vida a quien ahora es mi gran motor: a mi hijo/a que a pesar de que aún está en mi vientre sé que me escucha y como se lo prometí este trabajo es para él, para que junto con mi esposo le podamos dar un buen futuro; te amo con todo mi ser mi pequeño angelito.

Velasco Castilla Nallely (2019).

Dedicatoria

Quiero agradecer a Dios por darme la sabiduría y pasión hacia esta hermosa profesión, gracias por permitirme ser uno de tus ángeles que alivian el dolor, y de quienes somos tus manos acá en la tierra.

Quiero agradecer eternamente a mis papás: María Concepción Garcia y Juan Manuel Garcia, por apoyarme incondicionalmente en este largo camino, en este sueño que parecía muy lejano; gracias por darme las fuerzas que necesitaba y que me ayudaron a seguir adelante ustedes son mis pilares y jamás me alcanzará la vida para agradecerles todo lo que han hecho, dado y sacrificado por verme terminar esta hermosa etapa de mi vida. A mi hermanita Laura, muchas gracias por tu amor, por la paciencia que me tuviste cuando andaba de mal humor, por entender mi estrés, por alegrar mis tardes con tus chistes y ocurrencias, gracias por ayudarme a estudiar para mis exámenes, por ser mi público y por absolutamente todo. A mis tíos por darme el aliento, el apoyo y la orientación cuando me surgía alguna duda. Y en general gracias a toda mi familia por su apoyo y comprensión.

A mis compañeros de generación que juntos vamos culminando esta etapa, a mis compañeros de otras universidades que fueron de apoyo en los campos clínicos; pero principalmente quiero agradecerles a mis amigos Nallely Velasco y Oliver Moreno por siempre estar cuando más los necesitaba, por preocuparse por mí, por sus regaños, por sus llamadas de atención, por las buenas y malas experiencias, por las aventuras, las anécdotas, por todo amigos porque ustedes ahora son parte de mi familia esa familia que se elige y ahora si amigos míos después de todos los obstáculos que se nos presentaron a lo largo de todo este tiempo podemos decir ¡Lo logramos! Lamentablemente es duro, pero cada quien tomará caminos distintos, sin embargo, hemos demostrado que nuestra amistad no tiene fecha de caducidad y siempre encontraremos un espacio en el cual podremos reunirnos y recordar todo lo que vivimos en la universidad, los voy a extrañar amigos, les deseo lo mejor y el mayor de los éxitos en todo lo que se propongan hacer, espero el destino nos vuelva a colocar en el mismo camino, los quiero mucho.

Garcia Garcia Juan Arturo (2019).

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi papá Ismael Moreno Galicia, a mi madre Guadalupe Cedeño Osorio y a mi hijo Dorlan Yadier Moreno Moreno, quienes fueron mi principal motivación todos estos años de estudio; les doy infinitamente las gracias a mis padres por haberme educado y guiado de esta forma, por ser mis pilares para sobreponerme a los obstáculos que se presentaron en el camino, en cuanto a la distancia y en lo económico.

A mi familia tanto paterna como materna que de igual forma fueron piezas importantes a lo largo de mi formación académica, a mis amigos que se convirtieron en mi familia y me ayudaron a no sentirme solo cuando mi familia se encontraba lejos, a la familia Moreno Martínez quienes de gran forma me apoyaron al final de este proceso educativo, a mi profesor el Dr. Ezequiel Fuentes Luna quien fue mi enlace para ingresar a la mejor universidad privada del país.

Agradezco mucho a mis maestros, que sin duda ellos fueron los que me proporcionaron los conocimientos necesarios para enfrentarme a los retos que nos encontramos en los diferentes hospitales en los que tuve el privilegio de poder realizar mis prácticas profesionales, a la Lic. Monserrat, a mis compañeros de tesis a quien estimo y aprecio demasiado, y a mi director de tesis el Mtro. Clemente Cordero.

Moreno Cedeño Oliver (2019).

Agradecimientos

Cada miembro del equipo agradece a la Universidad de las Américas Puebla por abrirnos las puertas y por darnos la oportunidad de poder formarnos como profesionales en tan prestigiada universidad.

De igual forma agradecemos a cada uno de nuestros maestros que formaron parte de nuestra vida universitaria, en especial al Mtro. Clemente Cordero Sanchez, quien desde que emprendimos este viaje universitario nos apoyo y enseño a lo largo del camino todo lo que hoy en día sabemos, por su infinita paciencia y por darnos la oportunidad de ser sus asesorados; también agradecemos a nuestras supervisoras de campo clínico; a cada unidad médica que conocimos en esta etapa de vida y cada una de las personas que formaron parte de nuestra capacitación profesional (jefes, enfermeros, camilleros, médicos y pasantes).

Queremos agradecer a la maestra Aurora Jaramillo Espinoza, directora de la escuela secundaria técnica número 64, por permitirnos realizar parte de nuestro estudio en su escuela. Al licenciado Luis Arturo Martínez Toledano director de la escuela secundaria vespertina del C.E.N.H.CH. por brindarnos las atenciones necesarias, el apoyo y por permitirnos realizar nuestro estudio en su privilegiada escuela. Y gracias a todos los adolescentes que participaron en nuestro estudio por su tiempo, colaboración y paciencia.

El viaje, ha sido muy largo, pero la vista siempre ha sido maravillosa, agradecemos en general a nuestras familias, amigos, compañeros y académicos por todo lo que han aportado en nuestras vidas, sin ustedes esto no hubiera sido lo mismo.

Resumen

Candidato para el Grado de Licenciado (a) en Enfermería	Nallely Velasco Castilla Juan Arturo Garcia Garcia Oliver Moreno Cedeño
Fecha de Graduación	Mayo, 2019
Universidad	Universidad de las Américas Puebla
Departamento	Ciencias de la Salud
Título del Estudio	"Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 15 Años de Edad de una Escuela Secundaria Pública de la Ciudad de Puebla, en el 2019"
Número de páginas	41

Propósito: Relación de la depresión y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de una escuela secundaria pública de la ciudad de Puebla, en el 2019.
Método: Descriptivo, correlacional, transversal, se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos y Personales (CDSDyP), Inventario de Depresión Infantil, de M. Kovacs (2014) y Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) de Maloney et al., (1988), actualizado y validado por Álvarez-Rayón et al. (2004).
Resultados: El rango de edad fue de 12 a 15 años predominando de 13 a 14 años 43.8% (n = 95), la mayoría fueron del género femenino 54.8% (n = 199), el 65.4% (n = 142) tienen un tipo de familia nuclear y el 26.7% (n = 58) es de tipo monoparental. En cuanto a la depresión Infantil el 63.6% no tienen presencia de síntomas depresivos, el 36.4% sí. Se encontró relación positiva y significativa entre la presencia de síntomas de depresión y el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria (*Rho* = .339, *p* = .000)
Conclusión: La relación de ambas variables permite concluir que la salud mental de las personas es una experiencia subjetiva global que muestra el grado de congruencia del sistema humano en su medio ambiente interno y externo.
Palabras clave: Depresión, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Adolescentes.

Firma Director de Tesis:

_____
ME. Clemente Cordero Sánchez

Tabla de Contenido

	Página
Introducción	1
Antecedentes	2
1.1 Marco conceptual	2
1.2 Marco referencial	9
1.3 Planteamiento del problema	12
1.4 Objetivos	13
1.5 Plan de investigación	14
Materiales y métodos	15
2.1 Ubicación del estudio	15
2.2 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	15
2.3 Tamaño de la muestra	16
2.4 Métodos	16
2.6 Variables	18
2.7 Procesamiento de datos	18
2.7 Recursos humanos, físicos, materiales y financieros	18
2.8 Consideraciones bioéticas y éticas	19
Resultados	23
3.1 Resultados de objetivos	23
3.2 Confiabilidad de instrumentos	24
3.3 Estadística descriptiva	25
Discusión	27
4.1 Limitaciones	28
4.2 Conclusiones	29
4.3 Recomendaciones	29
Referencias bibliográficas	30
Apéndice A Consentimiento Informado	35
Apéndice B Carta de Asentimiento	37
Apéndice C Cédula de Datos Sociodemográficos y Personales	39
Apéndice D Inventario de Depresión Infantil	40
Apéndice E Test Infantil de Actitudes Alimentarias	41

Lista de Tablas

		Página
1	Características sociodemográficas del grupo de estudio	23
2	Nivel de depresión en adolescentes	24
3	Riesgo de sufrir trastorno de conducta alimentaria	24
4	Alfa de Cronbach	25
5	Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov de Inventario de Depresión Infantil y Test Infantil de Actitudes Alimentarias	25
6	Matriz de correlación rho de Spearman de Inventario de Depresión Infantil y Test Infantil de Actitudes Alimentarias	26

Abreviaturas

AN: Anorexia Nervosa.

APA: Asociación Americana de Psicología.

BN: Bulimia Nervosa.

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CDI: Inventario de Depresión Infantil.

CDS: Cuestionario de Depresión para Niños.

CDSDyP: Cédula de Datos Sociodemográficos y Personales.

CEAMEG: Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género.

ChEAT: Test Infantil de Actitudes Alimentarias.

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima edición.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición.

DSM-IVTR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, Cuarta edición.

EAT 26: Test de Actitudes Alimentarias.

GPC: Guía de Práctica Clínica.

IMC: Índice de Masa Corporal.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

ISRS: Inhibidor selectivo de recaptura de serotonina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

UDLAP: Universidad de las Américas Puebla.

Glosario

Acetilcolina: Sustancia química que actúa en la transmisión de los impulsos nerviosos.

Adyacente: Que está muy próximo o unido a otra cosa.

Alucinaciones: Percepción de una imagen, un objeto o un estímulo exterior inexistentes que son considerados como reales.

Anorexia: Trastorno alimentario que provoca que la persona se obsesione con su peso y lo que ingiere.

Anticonvulsivantes: El antiepiléptico es un término que se refiere a un fármaco, u otra substancia destinada a combatir, prevenir o interrumpir las convulsiones o los ataques epilépticos.

Antidepresivos Tricíclicos: Grupo de medicamentos antidepresivos que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos.

Antidepresivos: Medicamento psicotrópico utilizado para tratar los trastornos depresivos mayores.

Antipsicóticos: Fármaco que comúnmente se usa para el tratamiento de la psicosis.

Atracones: Ingestión excesiva de comida.

Autoestima: Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.

Autoexigencia: Excederse de los límites del dominio de sí mismo.

Bipolaridad: Trastorno que provoca altibajos emocionales, que van desde trastornos de depresión hasta episodios maníacos.

Bulimia: Trastorno alimenticio grave caracterizado por atracones, seguidos de métodos para evitar el aumento de peso.

Carta de asentimiento: Documento en el cual una persona menor de edad da su aceptación para participar en algo.

Circuitos Hipotalámicos: Área del cerebro que se halla situado debajo del tálamo y que se encarga de la regulación de la temperatura del cuerpo, la sed, el hambre, el estado anímico y otras cuestiones de gran importancia.

Cognitivo: Es aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento.

Comorbilidad: Cuando una persona tiene dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo.

Confiabilidad: Se refiera a la consistencia de los resultados.

Corteza Cingulada: Yace profundamente en la fisura cerebral longitudinal y se extiende sobre el cuero calloso como un gran arco.

Delirantes: Que denota o implica delirio. Clase especial de droga disociativa inhibidora de la acetilcolina.

Demencias: Conjunto de pensamientos y síntomas sociales que interfieren con la vida cotidiana.

Depresión: Trastorno de la salud mental que se caracteriza por depresión persistente o pérdida de interés en las actividades, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana.

Depresión Refractaria: Cuando la respuesta a los antidepresivos resulta escasa, aunque la estrategia farmacológica sea la adecuada. Los pacientes continúan manifestando síntomas pese a experimentar cierta mejoría.

Diada: Pareja formada por dos seres o principios muy estrechamente vinculados entre sí.

Difamatorias: Que difaman o desacreditan algo.

Discapacidad: Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

Disforia: Se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es el opuesto etimológico de la euforia.

Distorsión: Deformación de un sonido, una imagen, una señal, etc., producida durante su transmisión o reproducción.

Dopamina: Neurotransmisor que está presente en diversas áreas del cerebro y que es especialmente importante para la función motora del organismo.

Equidad: Cualidad que consiste en dar a cada uno lo que se merece en función de sus méritos o condiciones.

Esclerosis Múltiple: Enfermedad en la que el sistema inmunológico degrada la cubierta protectora de los nervios.

Estupor Depresivo: Falta de movimientos tanto espontáneos como reactivos.

Fluctúa: Correr riesgo de perderse una cosa. Vacilar, dudar.

Grupo etario: Son sectores determinados por la edad y la pertenencia a una etapa específica del ciclo vital humano.

Hetero agresión: Son todas aquellas conductas agresivas dirigidas hacia los demás, agresiones físicas, insultos o formas más sutiles de hacer daño a otra persona.

Hipocampo: Prominencia encefálica situada en la pared externa de los ventrículos laterales del cerebro.

Hipotiroidismo: Afección en la que la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea.

Hormonas tiroideas: Son hormonas basadas en la tirosina producidas por la glándula tiroides, la principal responsable de la regulación del metabolismo.

Idiomáticos: Que es propio y característico de un idioma determinado.

Impulsividad: Cualidad de la persona o la cosa que es impulsiva.

Indemnización: Pagar una cantidad de dinero o dar otra cosa a una persona o entidad por un daño que se le ha causado.

Ineficacia: Incapacidad para producir el efecto deseado o para ir bien para determinada cosa.

Inhibición: Impedir o reprimir el ejercicio de facultades o hábitos.

Litio: Se utiliza en forma de sales para tratar enfermedades psiquiátricas como el trastorno bipolar y depresiones, ya que funciona como un estabilizador del ánimo.

Lupus Eritematoso Sistémico: Enfermedad inflamatoria ocasionada cuando el sistema inmunológico ataca a sus propios tejidos.

Materia Gris: Componente principal de los cuerpos, susceptible de toda clase de formas y de sufrir cambios, que se caracteriza por un conjunto de propiedades físicas o químicas, perceptibles a través de los sentidos.

Metilfenidato: Medicamento psicoestimulante aprobado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el síndrome de taquicardia ortostática y la narcolepsia.

Multicausadas: Producto de diversos orígenes.

Multidisciplinar: Que se compone de varias disciplinas científicas o culturales o está relacionado con ellas.

Multifactoriales: Patrón de herencia que involucra tanto factores genéticos como ambientales.

Neurotransmisores: Biomolécula, sintetizada generalmente por las neuronas, que se invierte, a partir de vesículas existentes en la neurona presináptica, había la brecha sináptica y produce un cambio en el potencial de acción de la neurona postsináptica.

Noradrenalina: Hormona del sistema nervioso central y periférico que aumenta la presión arterial y el ritmo cardíaco y que actúa como neurotransmisor.

Perjuicio: Opinión preconcebida, generalmente negativa, hacia algo o alguien.

Prevalencia: Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo determinado.

Promisorio: Que incluye o encierra en sí una promesa.

Psicoeducación: Educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones también incluyen apoyo emocional, resolución de problemas y otras técnicas.

Psicométricas: Test o evaluación que mide características psicológicas tales como rasgos de personalidad, estilos de comportamiento, capacidades cognitivas, motivaciones, etc.

Psicosis: Trastorno mental caracterizado por una desconexión de la realidad.

Psicoterapia: Tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento.

Púberes: Adolescencia inicial o adolescencia temprana es la primera fase de la adolescencia y de la juventud, normalmente se inicia a los 10 años en las niñas y 11 años en las niñas y finaliza a los 14 o 15 años de edad.

Regiones Talámicas: Estructura cerebral que se origina en el diencéfalo.

Remisión: Indicación que se hace en un escrito para enviar al lector a otra parte del texto o a otro escrito.

Rumiación: Trastorno infantil que consiste en que el niño vuelve la comida ingerida a la boca para volver a masticarla. No se debe a ningún problema físico.

Serotonina: Sustancia que está presente en las neuronas y realiza funciones de neurotransmisor.

Sesgos: Efecto psicológico que produce una desviación en el procesamiento mental, lo que lleva a una distorsión, juicio inexacto, interpretación ilógica.

Síndrome: Conjunto de fenómenos que ocurren unos con otros y que caracterizan una determinada situación.

Sistema Límbico: Parte del cerebro que incluye el tálamo, el hipotálamo y la amígdala cerebral, que regula las emociones, la memoria, el hambre y los instintos sexuales.

Somático: Parte material o corpórea de un ser animado o relacionado con ella.

Tamizaje: Estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en una población de individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad.

Trastorno: Amplia variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.

Volitivo: Acto de voluntad.

Vulnerabilidad: Susceptibilidad de ser lastimado o herido ya sea física o moralmente.

Introducción

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede ser crónica o recurrente y dificulta el desempeño del individuo en el ámbito donde se desenvuelve, como en el trabajo o la escuela, esta última puede afectar en la infancia (OMS, 2017).

La depresión en niños y en adolescentes es una alteración afectiva de tristeza con mayor intensidad y duración, aceptada y reconocida como un síndrome depresivo en la infancia y reconocida como entidad patológica. La cual afecta de forma global, su calidad de vida, perjudicando principalmente dos dimensiones: la social (relaciones afectivas) y la psicológica (agresividad, ansiedad, miedos, depresión o tristeza), entre otras también los trastornos de la conducta alimentaria (Garibay, Jiménez, Vieyra, Hernández y Villalón, 2014).

Los trastornos alimenticios o trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas, entre los que prevalece una alteración o distorsión de la autoimagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal. Trastornos como la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno de la ingestión alimentaria se inician en la infancia y adolescencia (DSM-IVTR, 2002).

Para el 2014 se actualiza el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) donde se elimina la concepción de trastornos de la infancia y de la adolescencia, por lo que los trastornos de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria de la infancia o la adolescencia se integran con la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno de atracones.

En México hay alrededor de 32.8 millones de niñas, niños y adolescentes menores de 15 años, que representan 27.4% de la población (INEGI, 2015, CONAPO, 2018), seis de cada 100 niños padecen depresión y en adolescentes mayores a 12 años representan el 10% (Proceso, 2018). El 90% de los pacientes

que padecen anorexia y bulimia son mujeres, mientras que el otro 10% son hombres. Según el sector salud, cada año se registran 20 mil casos de anorexia y bulimia, y la edad promedio de inicio de estos padecimientos fluctúa entre los 14 y los 17 años. El 57% de los adolescentes enfermos pueden llegar a tener una vida normal con tratamiento médico; el 40% presenta una curación total, mientras que el 3% de los adolescentes fallecen antes de empezar algún tipo de tratamiento.

1. Antecedentes

1.1 Marco Conceptual

Los conceptos que se manejaron en este estudio son: a) Depresión conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), DSM V (2014), CIE 10 (2016) y Guías de Práctica Clínica (2009), b) Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2018) y DSM V (2014).

1.1.1 Depresión según OMS (2017) y DSM V (2014).

Es un trastorno que se caracteriza por tristeza persistente, pérdida de interés en actividades que normalmente se disfrutaban, así como la limitación para llevar a cabo las actividades de la vida diaria durante al menos dos semanas. Las presencias de los afectivos pueden ser en alto o menor grado siendo de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo tanto, podría considerarse como una afectación que engloba la parte psíquica y física, haciendo un principal énfasis en la presencia de tristeza hasta llegar a la impotencia frente a las exigencias de la vida (OMS, 2017, DSM V, 2014).

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento y del comportamiento de los ritmos vitales que persisten por tiempo de al menos dos semanas, con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida con aparición de varios episodios adquiriendo un curso físico o recurrente con tendencia a la recuperación (CIE-10, 2013). Por ello puede describirse un estado de ánimo bajo expresándose con idiomáticos concretos (Hales, Yudofsky, Gabbard, 2009).

Fisiopatología de la depresión.

El control de las emociones de una persona se encuentra regulado por el sistema límbico, el cual proporciona respuestas autónomas, endocrinas y del comportamiento frente a los retos que comprometen el funcionamiento, la supervivencia y la reproducción del organismo. El sistema límbico a su vez está regulado por vías nerviosas que liberan transmisores químicos cómo la noradrenalina, dopamina, serotonina y acetilcolina, las cuales crean una interacción para dar origen a emociones satisfactorias y desagradables; en pacientes deprimidos las concentraciones de estos se encuentran disminuidas. Las alteraciones provocadas por los neurotransmisores comprometen regiones talámicas, circuitos hipotalámicos, la amígdala, la corteza orbital medial y diferentes regiones del cuerpo estriado donde se aprecia una reducción en el volumen y grosor de estas áreas y así como de la materia gris. Mientras que en los niños se ha observado notablemente la reducción del volumen del hipocampo (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgad, 2017).

Otra área en donde también se reduce la materia gris es la corteza cingulada anterior, principalmente en la zona ventral, mientras que en la amígdala hay un aumento de la actividad metabólica, lo cual antecede a la recaída de la sintomatología depresiva. El trastorno depresivo se origina por la menor disponibilidad de serotonina y noradrenalina, la serotonina es el principal neurotransmisor directamente relacionado con la patología (Dávila, González, Liangxiaoc y Xin, 2016).

Factores de riesgo de depresión

La probabilidad de desarrollar depresión depende de múltiples factores, sin embargo, no se ha podido establecer en su totalidad el peso que cada uno de ellos tiene en relación con las circunstancias y momento de la vida en que se desarrolla. Las variables que aumentan el riesgo de padecer depresión se clasifican en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos (Sistema Nacional de Salud, 2014).

- Factores personales y sociales: Existe mayor incidencia y prevalencia de este trastorno mayormente en mujeres que en hombres causando discapacidad en ambos géneros. Influyen: enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales; consumo de alcohol y tabaco; los rasgos neuróticos de la personalidad aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida; el estado civil y exposición a adversidades de la vida y el bajo nivel socioeconómico y circunstancias laborales.
- Factores cognitivos: Las distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos y creencias disfuncionales juegan un papel importante en el procesamiento de la información. Reflejado en: la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos; el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales son clave para el desarrollo y mantenimiento de la patología.
- Factores familiares y genéticos: Los descendientes de primer y segundo grado de pacientes con trastorno de depresión mayor tienen el doble de probabilidad de desarrollar depresión.

Clasificación de la depresión

La clasificación de la depresión más utilizado, tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación, es el de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10), en donde se enlistan los diversos episodios y sus respectivos síntomas por los que puede o no cursar el paciente los cuales son:
- Episodio depresivo leve: Por lo común están presentes dos o tres síntomas. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.
- Episodio depresivo moderado: Por lo común están presentes cuatro o más síntomas y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos

de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.
- Otros episodios depresivos: Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados anteriormente, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas.

Diagnóstico de la depresión

Se debe realizar a través de entrevista clínica y no únicamente de cuestionarios, en el caso de los niños deben realizarse técnicas tanto verbales como no verbales ya que a esta edad existen limitaciones cognitivas pues los niños más pequeños pueden tener dificultades para reconocer síntomas, comunicar ideas y pensamientos, por lo que podría limitar el diagnóstico adecuado. Es importante tener en cuenta que en este grupo de edad la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión (GPC, 2009).

Por otro lado, existen criterios diagnósticos los cuales son los más utilizados tanto en la práctica clínica como en la investigación propuestos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en donde se enlistan 10 síntomas

depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave. En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Tratamiento de la depresión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los tratamientos para la depresión van desde psicológicos que son eficaces en los casos de depresión leve, mismos que pueden realizarse de manera individual o en grupo, practicando actividades como la terapia cognitiva conductual, activación conductual y la psicoterapia interpersonal, o bien en casos de depresión moderada o grave se recurre a medicamentos antidepresivos como son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos, sin embargo los antidepresivos no son el tratamiento de elección para depresión en niños ni tratamiento de primera instancia en adolescentes (OMS, 2017). La meta en un paciente deprimido es la remisión total de los síntomas, además del restablecimiento funcional; pues la remisión constituye en gran medida la disminución de riesgo de recaídas o recurrencias mejorando el pronóstico, para ello se emplean los siguientes manejos de acuerdo con cada nivel de atención (Guía de referencia rápida para el diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo, 2009).

Manejo en el primer nivel de atención:

- Iniciar manejo con antidepresivo ISRS (inhibidor selectivo de recaptura de serotonina).
- De no existir respuesta adecuada después de 6 semanas y a dosis terapéuticas cambiar el esquema (otro antidepresivo).
- Los pacientes que no respondan a la estrategia o se compliquen con riesgo de suicidio referir a un segundo nivel de atención.

Manejo en el segundo nivel de atención:

- Ratificar el diagnóstico.

- Descartar comorbilidad (psicosis, demencias, bipolaridad, etc.) y/o intercurrencia con otras enfermedades no psiquiátricas (diabetes mellitus descompensada, lupus eritematoso sistémico, artritis, hipotiroidismo, esclerosis múltiple, etc.).
- Descartar otras causas no psiquiátricas de depresión.
- Descartar depresión refractaria.
- Realizar ajustes necesarios en el esquema farmacológico.
- En caso de no respuesta al esquema terapéutico referir al tercer nivel de atención.

Manejo de la depresión grave con riesgo de suicidio en el tercer nivel de atención:
- Valorar riesgo alto para suicidio y la presencia de síntomas psicóticos.
- Revalorar esquemas terapéuticos previos.
- Descartar comorbilidad (psicosis, demencias, bipolaridad etc.).
- Contención en un ambiente controlado a los pacientes que representan un riesgo de auto y hetero agresión.
- Monitoreo del tratamiento establecido.
- Valorar la indicación de la terapia electroconvulsiva.

Manejo de la depresión refractaria:
- Adicionar fármacos que refuercen el efecto antidepresivo tales como: Litio, metilfenidato, anticonvulsivantes, antipsicóticos, hormonas tiroideas, utilización de dos antidepresivos simultáneamente.
- Si no hay respuesta valorar envío al tercer nivel de atención.

Tratamiento no farmacológico:
- Se recomienda psicoeducación desde el inicio del tratamiento.
- Después de la fase aguda valorar la incorporación del paciente a un manejo psicoterapéutico.

1.1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) según la APA (2018) y DSM V (2014).

Los trastornos alimenticios son manifestaciones extremas de una variedad de preocupaciones por el peso y la comida, experimentados por mujeres y hombres.

Éstos incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el comer compulsivamente. Todos éstos son problemas emocionales serios que pueden llegar a tener consecuencias mortales. En una sociedad que continúa valorando la delgadez, aun cuando las personas en los Estados Unidos están más gordas que nunca, casi todos se preocupan por su peso por lo menos ocasionalmente. Las personas con trastornos en la alimentación llevan estas preocupaciones a extremos, desarrollando así hábitos alimenticios anormales que ponen en riesgo su bienestar e incluso sus vidas (APA, 2018).

Según el DSM V los TCA se conceptualizan como multifactoriales, esto implica que existen factores predisponentes, factores desencadenantes y factores de mantenimiento. Estos tres factores se combinan entre sí y de su interacción surgen estos problemas alimenticios, esta combinación no es universal, depende de cada paciente, por lo cual es necesario explorar con cada uno, cómo es que se llegó a armar esta alteración y qué es lo que la mantiene. Entendemos por factores predisponentes a la vulnerabilidad o sensibilidad que tiene un paciente para desarrollar un TCA (DSM V, 2014).

Dentro de los factores predisponentes encontramos:

- Factores socioculturales: cultura de la delgadez, ideal de belleza, sociedad de consumo, ideal de juventud eterna, etc.
- Factores individuales (rasgos de personalidad): autoestima baja, perfeccionismo, autoexigencia, autocontrol, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, miedo al cambio, historia de vida y rasgos infantiles.
- Factores familiares: sobreprotección, poca comunicación, altas expectativas, rigidez, antecedentes de TCA u otros trastornos.
- Factores biológicos: vulnerabilidad biológica, herencia, peso. Es fundamental destacar que no vamos a encontrar en todos los pacientes todos los factores. Por lo cual, es importante no generalizar ni sacar conclusiones apresuradas. En este punto es donde se pone en juego la interacción entre lo biológico y lo ambiental, y en cada paciente el peso de uno o del otro es diferente (por ejemplo, todos vivimos en una sociedad que premia a la delgadez, sin embargo, no todos tenemos un TCA).

Una vez que se manifiesta el TCA, los factores de mantenimiento son los que se encargan de sostenerlo. El principal factor de mantenimiento es el circuito que se genera entre restricción-atracón-vómito, otros factores de mantenimiento son: rasgos de personalidad, consecuencias físicas y anímicas, dificultades en el manejo de conflictos y red social escasa.

El instrumento de medición ChEAT está conformado por tres dimensiones: Dieta que se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado; Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos que se tienen sobre la comida e indicadores de bulimia; Control oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión por aumentar de peso.

1.2 Marco referencial

De acuerdo con la revisión bibliográfica se encontraron pocas referencias directamente relacionadas al fenómeno de estudio, por lo que, para dar sustento se hace uso de referencias indirectamente relacionadas.

Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe y De las Cuevas (2013) España, en un estudio de tipo cuantitativo transversal, con el objetivo de analizar la tasa de sintomatología depresiva infantil en el ámbito escolar analizaron, la muestra fue de 1104 niños de 8 a 12, de estos el 52% (n = 577) fueron niñas y el 48% (n = 527) niños. Un 24% de los niños cursaban tercer grado, otro 24% estaba en cuarto grado, el 28% en quinto y el 24% en sexto grado. Se utilizó el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). El 4.2% (n = 46) presentan sintomatología depresiva alta, niños 6% (n = 31) y niñas 2.6% (n = 15).

Garibay, Jiménez, Vieyra, Hernández y Villalón (2014) realizaron un estudio prospectivo transversal, con el objetivo de determinar la correlación entre disfunción familiar y depresión infantil en niños de 8 a 12 años de una escuela primaria semiurbana del Estado de México. La población estudiada incluyó 326 niños, de 8 a 12 años de edad. De ellos el 54.3% correspondió al género femenino y el 45.7% al masculino, el 11.7% de los niños desarrollaron síntomas de depresión infantil, en tanto que el 25.4% no manifestaron datos de depresión infantil. Por último, encontraron una correlación positiva significativa entre las variables de

disfuncionalidad familiar y depresión infantil, con un nivel de $p = 0.01$ bilateral. Estos resultados evidenciaron que cuando existe funcionalidad familiar deseable disminuye la vulnerabilidad para desarrollar depresión infantil.

Miranda, Laboran, Chávez, Sandoval, y Torres, (2016) México. Analizaron depresión en niños, el tipo de estudio realizado fue descriptivo, analítico y transversal. La muestra fue de 557 niños, de los cuales 52.1% ($n = 290$) fueron niñas y 47.9% ($n = 267$) niños, en rango de edad de entre 9 y 12 años de los cuales 282 cursaban el quinto año de primaria (50.6%) y 275 el sexto (49.4%). La escala CDI con un alfa de Cronbach de entre 0.70 y 0.94 en. El 59.1% ($n = 330$) no mostraba rasgos depresivos, 23.5% ($n = 131$) exhibía rasgos de depresión moderada y 10.4% ($n = 58$) rasgos depresivos severos y el 7% ($n = 38$).

Según en un estudio que se realizó en el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona en el 2018. “Los problemas de salud infantil. Tendencias en los países desarrollados” muestra que el 5% de los niños y el 8% de los adolescentes presentan depresión. Una patología que, a su vez, parece estar acelerando su ascenso como causa de ingreso. De hecho, en el mismo informe se recoge que en los niños de 10 a 14 años, la depresión es la 43ª causa de ingreso hospitalario (FAROS - Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, 2018).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y a mujeres jóvenes. La Anorexia Nerviosa (AN) representa una prevalencia de 0.48 - 0.7% entre las adolescentes. La Bulimia Nerviosa (BN) 1 y 2% en mujeres jóvenes y su edad de aparición suele ser entre 15 y 18 años de edad (López y Treasure, 2011).

Para Ortiz, Aguiar, Samudio y Troche, en el 2017 realizaron un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de prevalencias, en adolescentes escolarizados mediante encuesta estructurada de aplicación rápida para tamizaje de padecer riesgo de trastorno de conducta alimentaria de Unikel–Santorini. Encontraron 55% mujeres y 45% hombres. El 62% reportaron que los medios de comunicación les imponen un patrón estético y se sienten insatisfechos consigo mismos por verse diferentes a los patrones estereotipados de belleza. El 54% de

los adolescentes desean tener figuras similares a estrellas de espectáculos o modelos con imagen corporal delgada o ultradelgada. El 84%, refirieron sentir presión de sus grupos de amigos si no lograban tener un patrón de belleza impuesto por la sociedad y el 20%, sienten rechazo de sus padres por no ser delgados.

Silva, Mesa y Escudero (2014) en su estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. El cual se realizó a 432 alumnos del último año del secundario, 218 mujeres y 214 varones entre 15 y 20 años. Se les aplicó el test EAT-26, y se les preguntó peso y talla para obtener el índice de masa corporal (IMC). Se halló que los estudiantes cristianos (19%) fueron quienes tuvieron mayor porcentaje en el EAT-26, seguido por los estudiantes evangélicos (16.7%) y los católicos (14.1%). No existe asociación estadísticamente significativa entre la creencia religiosa y el puntaje obtenido del EAT-26. Composición del grupo familiar del total, los estudiantes refirieron que el 66.66% vive con padre y madre (288/432), el 31.25% vive con uno de ellos (135/432) y el 2.08% con otra persona (abuela, tíos) (9/432). El 50.23% no le gusta probar platos nuevos, el 36.56% piensa en quemar calorías cuando hace deportes, el 35.41% de los encuestados manifestó preocupación por tener zonas gordas en su cuerpo, al 32.40% le angustia la idea de estar demasiado gordo, y un 24.93% se obsesiona por estar más delgado. Al evaluar a la totalidad de los estudiantes según el factor bulimia y la preocupación por la comida, el 27.31% de los encuestados refirió que la comida es una preocupación habitual. Al evaluar a la totalidad de los estudiantes según el factor control oral, el 49.06% obtuvo buen autocontrol en relación con la comida, el 29.38% refirió que corta sus alimentos en trozos pequeños, y el 20.82% tarda más tiempo en comer que los demás.

Elizathe, Murawski, Custodio y Rutsztein, realizaron un estudio con una muestra intencional conformada por 243 niños escolarizados (122 niñas y 121 niños) de entre 9 y 13 años (Media = 11.05; DE = 0.93). Utilizaron la escala Children's Eating Attitudes Test (ChEAT) α de Cronbach fue de .81. Los participantes concurren al quinto, sexto y séptimo grado de tres escuelas primarias (una pública y dos privadas) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) concluyeron que el ChEAT posee buenas propiedades psicométricas y que es un

instrumento promisorio para la evaluación de alteraciones en la conducta alimentaria en niños (Elizathe, Murawski1, Custodio y Rutsztein, 2012).

Escoto y Camacho (2008) utilizaron el ChEAT en una muestra de 1241 púberes y adolescentes, de entre 9 y 15 años de edad, consistencia interna (Alfa = .82).

1.3 Planteamiento del problema

La depresión es considerada como la principal causa de problemas de salud y discapacidad en el mundo, según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen más de 300 millones de personas con depresión, incrementando la cantidad en más de un 18% entre el año 2005 y 2015, cabe resaltar que la incidencia cobra la vida de 800,000 personas cada año, por lo que el suicidio es considerado la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, lo cierto es que el número de niños y adolescentes que sufren de depresión continúa creciendo (OMS, 2017).

Según datos de la INEGI en el 2015 al menos 34.5 millones de personas en México se han sentido alguna vez deprimidas, de ese total, entre el 8 y 9% corresponde a la población infantil y se trata también de trastornos de la alimentación.

En México, se presentan 22 mil casos anuales de trastornos alimenticios, según el periódico Milenio en el 2018 de estos la anorexia y bulimia se presentan principalmente entre los 13 y 18 años de edad. El 10% de la población femenina puede presentar algún grado de trastorno de la conducta alimentaria de leve a severo. Sin embargo, el 1% sufrirá de un desorden severo “que requiere no solamente de una intervención multidisciplinar, incluso hospitalaria”.

Para el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género, los trastornos de la alimentación tienen la mayor tasa de mortalidad de cualquier enfermedad mental. Sólo 1 de cada 10 con trastornos de la alimentación reciben tratamiento. En México, se registran 20 mil casos de trastornos alimenticios al año, siendo 17 años la edad promedio en la que inician estos padecimientos, 90% de los pacientes son mujeres y 10% hombres. En los últimos 20 años, los trastornos

alimentarios en México han aumentado 300%, 95% de los casos de anorexia y bulimia se desarrollan después de hacer una dieta estricta (CEAMEG, 2017).

Los trastornos de la alimentación como anorexia y bulimia se presentan con mayor frecuencia entre los 12 y 25 años de edad, y aunque afecta a ambos géneros, son más frecuentes en mujeres con 90% de los casos, 57% puede tener una vida normal con tratamiento médico 40% de los pacientes tiene una cura total y 3% fallece, en tanto que la tasa de mortalidad en personas con anorexia es mayor a la de quienes tienen bulimia (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

De acuerdo a lo anterior, la evidencia muestra que el grado de depresión se relaciona con los trastornos de la conducta alimentaria y que el estudio de esta relación es básico para su prevención. Los estudios realizados han sido hechos mayoritariamente por profesionales de psicología o por médicos psiquiatras, y no por enfermería profesional de la salud cuya principal función es el mantenimiento de la salud humana. Es por ello que se planteó conocer ¿Cuál es la relación que existe entre la presencia de síntomas de depresión y el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de una escuela secundaria pública de la Ciudad de Puebla, en el 2019? de tal manera que la evidencia obtenida permita fortalecer los programas y las intervenciones orientadas al cuidado de la salud en los adolescentes.

1.4 Objetivos

Con base en el marco conceptual y contextual se plantearon los siguientes objetivos.

1.4.1 Objetivo General

- Buscar la relación que existe entre la depresión y el tipo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de una escuela secundaria pública de la ciudad de Puebla, en el 2019.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas del grupo de estudio.
- Conocer el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 15 años de edad.

- Conocer los riesgos de sufrir trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de la muestra de estudio.
- Identificar si existe relación entre depresión y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad.

1.5 Plan de investigación

Para llevar a cabo la investigación sobre depresión en adolescentes de 12 a 15 años en una escuela primaria pública de la Ciudad de Puebla durante el año 2019, se revisó la bibliografía más actualizada y relevante sobre el tema con el fin de plantear de forma explícita la propuesta que se envió al comité de ética para su aprobación. Una vez que fue aceptada, se procedimos con solicitar la autorización de las instituciones donde se realizó la prueba, posteriormente obtuvimos una plática con los docentes y padres de familia o tutores de los niños y niñas de dicha institución que participaron en nuestro estudio, esto con el fin de informar el objetivo de dicha investigación y aclarar cualquier duda que surgiera en el momento, después de la plática que tuvimos con los padres de familia o tutores autorizaron que sus hijos participaran en el estudio se les dio una copia del consentimiento informado para legalizar dicho permiso.

Posteriormente con el apoyo de los directores y maestros se dio un comunicado a los adolescentes que participaron en donde se les explicó la dinámica del estudio, para que ellos también decidieran si deseaban o no deseaban participar, si su decisión era positiva se les proporcionaba una copia de la carta de asentimiento con el fin de respetar en todo momento sus derechos e integridad como seres humanos.

Se explicó a los adolescentes, padres de familia o tutores que aceptaron participar: la duración del cuestionario, la forma de contestar, así como el derecho de poder abandonar en el momento que lo deseen el estudio, también se les menciono que en caso de dejar el estudio no existirían represalias de ningún tipo y en tampoco les afectaría en su calificación escolar o su integridad.

Materiales y Métodos

En el presente apartado detallamos la ubicación del estudio, criterios de inclusión, exclusión y eliminación, así como el tamaño de la muestra, instrumentos de medición para las variables del estudio, también las estrategias para el procesamiento de datos, los recursos con los que contamos para la realización de este estudio y finalmente se redactó las consideraciones bioéticas a las que se apegó dicha investigación.

2.1 Ubicación del estudio

El estudio se llevó a cabo en una escuela de nivel secundaria de la Ciudad de Puebla, en adolescentes de 12 a 15 años de edad que asisten durante el turno vespertino en el año 2019.

2.2 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2.2.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes de 12 a 15 años de edad que asistan durante el turno vespertino.
- Adolescentes que aceptaron participar en la investigación con previa autorización del padre o tutor.
- Adolescentes con tenían carta de asentimiento firmada.
- Adolescentes que tenían con el consentimiento informado firmado por su padre o tutor.

2.2.2 Criterios de exclusión

- Adolescentes que no tenían carta de asentimiento.
- Adolescentes que no contaban con el consentimiento informado por parte de su padre o tutor.
- Adolescentes que presentaron dificultades graves de comunicación y comprensión.

2.2.3 Criterios de eliminación

- Adolescentes que decidieron abandonar el cuestionario durante la aplicación de este.

- Adolescentes que no contestaron adecuadamente la encuesta (encuesta incompleta, letra no legible).

2.3. Tamaño de la muestra

La población de este estudio estuvo conformada por todos los adolescentes que estudian en la escuela secundaria pública elegida para este estudio de la Ciudad de Puebla, en el 2019. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple a través del censo nominal. El tamaño de la muestra se determinó mediante el Análisis de Potencia, con un nivel de significancia de .05, un poder de .95%, una r^2 = .30 y una atrición del 15%; quedando conformada por 217 adolescentes de 12 a 15 años de edad.

2.4. Métodos

El presente estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, transversal. Es una investigación cuantitativa porque se utilizó una recolección de datos, con medición numérica y análisis estadístico. Descriptivo, porque se describieron las variables de estudio, correlacional porqué se buscó encontrar la relación entre las variables de estudio y transversal porque se realizó en una sola medición (Pólit y Beck, 2012).

2.4.1 Instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizarán tres instrumentos: a) Cédula de Datos Sociodemográficos y Personales (CDSDyP), b) El Inventario CDI o Inventario de Depresión Infantil, de M. Kovacs (2014) y c) Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) de Maloney et al., (1988), actualizado y validado por Álvarez-Rayón et al. (2004).

La cédula de factores sociodemográficos, personales y familiares compuesta de 19 reactivos fue elaborada por los autores del estudio, en ella se registrarán las características sociodemográficas de los niños y niñas como: edad, genero, grado escolar y tipo de familia (apéndice C).

El Inventario CDI (Children's Depression Inventory) o Inventario de Depresión Infantil, de Maria Kovacs., 2004. Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en

niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años hasta los 15 años. La confiabilidad oscila entre 0.71 y 0.94.

El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 25 minutos, en función de la habilidad lectora del niño. Consta de 27 ítems, en los que el niño tiene que elegir una de entre tres opciones, aunque también puede ser contestado por adultos de referencia (padres y maestros del niño). Las escalas que la constituyen: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.). La valoración de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos. El cero corresponde a aquella opción que representa la intensidad o frecuencia de aparición del ítem más baja, el 1 corresponde a una intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad (apéndice D).

Las categorías diagnósticas a final de cada puntuación son: 1-25 No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales 26-74 Presencia de síntomas depresivos mínimo y moderado. Del 75-89 Presencia de síntomas depresivos marcada o severa. Y >90 Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

El Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) se trata de una escala autoadministrada que permite evaluar hábitos y actitudes no saludables relacionados con la alimentación y la imagen corporal, que dan cuenta de riesgo de trastorno alimentario. Se utiliza en niños de 8 a 13 años. Esta prueba evalúa la sintomatología y preocupaciones características de la anorexia a partir de 26 reactivos. Cada reactivo se evalúa con base en una escala tipo Likert de seis opciones que van desde 1 (nunca) hasta 6 (siempre). La respuesta más sintomática se califica con 3, la adyacente con 2 y la siguiente con 1, el resto de las respuestas se califican con 0, por lo que el rango va de 0 a 78, y se establece que el punto de corte es 20 que significa estar en riesgo de presentar algún trastorno alimentario, este instrumento ha presentado una consistencia interna de $\alpha = .82$, la cual es adecuada (Sampieri. 2014).

Las dimensiones por las que está conformado el ChEAT son tres: Dieta que se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar

delgado; Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos que se tienen sobre la comida e indicadores de bulimia; Control oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión por aumentar de peso.

2.5 Variables

- Variable independiente: Depresión.
- Variable dependiente: Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Variable de atributo: Adolescentes de 12 a 15 Años de Edad.

2.6 Procesamiento de datos

El procesamiento de datos se llevó a cabo con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 20.0 (Statistical Package for Social Sciences). Para su análisis se utilizaron estadísticos descriptivos con medidas de tendencia central, desviación estándar, distribución de frecuencias, para el análisis de correlación de las variables se utilizó la correlación rho de Spearman de acuerdo a la curva de no normalidad de los datos y la regresión lineal simple a través del estadístico de Kolmogorov-Smirnov. El coeficiente de confiabilidad de los instrumentos se obtuvo a través del alfa de Cronbach (Sampieri, 2014).

2.7 Recursos humanos, físicos, materiales y financieros.

2.7.1 Recursos humanos

El presente estudio tuvo como recursos humanos a 3 estudiantes de la licenciatura en enfermería, más un director de tesis, así como un asesor.

2.7.2 Recursos físicos

Contamos con un aula con mobiliario (butacas con paleta, pizarrón, escritorio, reloj).

2.7.3 Recursos materiales

Fue necesario contar con plumas, lápices, gomas, sacapuntas, engrapadoras, papel higiénico, copias de: cuestionarios, carta de asentimiento y consentimiento informado.

2.7.4 Recursos financieros

Los recursos financieros que se generaron fueron cubiertos por parte de los investigadores.

2.8 Consideraciones bioéticas y éticas

Para el profesional de enfermería es de suma importancia obtener información de fenómenos de interés para la disciplina, esto con el fin de generar conocimiento.

El conocimiento permitirá brindar cuidados de calidad y ayudará en la práctica enfermera a mejorar la toma de decisiones en el actuar profesional. La investigación permite generar este conocimiento, sin embargo, también es muy importante considerar que nuestra investigación fue hecha en seres humanos y tratándose en especial de menores de edad se consideraron a) Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress (2017) y b) el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2017).

2.8.1 Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress (2017).

Los principios en los cuales se basó nuestra investigación fueron Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

- Autonomía: Se brindó la información necesaria a la diada padres-hijo para que cada uno tomara la decisión de participar o no. Informándoles el procedimiento, su propósito y los riesgos de participar en la investigación. Su autorización fue por medio del consentimiento informado y un asentimiento.
- Beneficencia: La investigación buscó un beneficio a la población tanto a quienes participaron como a la demás población.
- No Maleficencia: En este principio fue importante reducir el riesgo de algún daño causado por la investigación. Para ello se tomaron precauciones para evitar caídas o algún daño tanto en los escolares como en sus padres.
- Justicia: Nuestra investigación se basó en dar oportunidades iguales para todos las participantes, el cuidado y el interés en los participantes fue el mismo para todos.

2.8.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2017).

De acuerdo con el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud se consideraron los siguientes artículos apegados a nuestra investigación.

Artículo 3º.- La investigación contribuye: al conocimiento de los procesos psicológicos en los seres humanos, a la prevención y control de los problemas de salud y al conocimiento de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

Al identificar el nivel de depresión e identificar la relación entre depresión y trastornos de la conducta alimentaria nos dio como resultado final la base para identificar el problema, dichos resultados serán entregados a las autoridades correspondientes dentro de la institución educativa y ellos sabrán de qué manera poder actuar para prevenir y controlar los problemas de depresión y trastornos de la conducta alimentarios encontrados.

Artículo 13.- Se mantuvo el respeto a su dignidad y la protección de los derechos y bienestar del sujeto.

En todo momento nuestro equipo y las personas que nos apoyaron en realizar el estudio dimos un trato con respeto y se respetaron las decisiones si es que en algún momento del estudio alguien decidió abandonar el estudio.

Artículo 14.- Conforme a que principios se llevó a cabo la investigación.

Nuestra investigación se llevó acabo con el fin de encontrar la relación que existe entre depresión y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, por lo que, se ocuparon los instrumentos CDI y ChEAT los cuales están aprobados para su uso en este tipo de población, se contó con el consentimiento informado por parte de los padres o tutores debido a que el estudio se realizará en menores de edad; nuestro equipo estuvo conformado por estudiantes de enfermería y un director de tesis quien es enfermero profesional por lo que el estudio será realizado por profesionales de salud.

Artículo 16.- Se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Al finalizar nuestro estudio solo daremos a conocer los resultados que se obtuvieron, en ningún momento se mencionará a algún individuo que llegue a participar en nuestro estudio.

Artículo 17.-: I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental.

Los datos que se obtuvieron en este estudio serán mediante cuestionarios, por lo que nuestra investigación es calificada sin riesgo ya que no realizaremos alguna intervención o modificación fisiológica, psicológica o social.

Artículo 18.- Se suspendió la investigación de inmediato si se encontraba algún riesgo o daño a la salud del sujeto o si este lo manifiesta.

Si en algún momento al contestar el cuestionario algún sujeto se sentía mal o manifestaba que no quería continuar dentro de nuestro estudio nosotros respetamos dicha decisión sin consecuencia de alguna índole.

Artículo 19.- Proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviese relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Si alguna pregunta de nuestro instrumento llego a hacer que el individuo se sienta mal, se le daba la atención necesaria.

Artículo 20.- Que es un consentimiento informado.

Artículo 21.- Aspectos que debe contener el consentimiento informado para que sea válido.

Nuestro consentimiento informado se basó completamente en las características que nos da este reglamento.

Artículo 22.- Requisitos que debe tener el consentimiento informado, basándose en el artículo 21 de este reglamento.

Nuestro consentimiento fue elaborado por nuestro equipo y fue revisado por el Comité de Ética de nuestra institución.

Artículo 35.- Cuando se pretende realizar una investigación en menores de edad, se deberá asegurar que previamente se han hecho estudios semejantes en personas de mayor edad.

Se buscaron estudios de depresión y trastornos de la conducta alimentaria en adultos los cuales son existentes.

Artículo 36.- Se deberá obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejercen la patria potestad.

Al ser un estudio que se realizó en menores de edad fue necesario que sus padres o tutores firmaran el consentimiento informado aprobando o negando que sus hijos participaran en nuestro estudio.

Artículo 37.- Deberá obtenerse la aceptación del menor para ser sujeto de investigación.

Se realizó una carta de asentimiento en donde el menor de edad también aceptaba que estuvo de acuerdo en participar o no en nuestra investigación.

Artículo 57.- Un grupo subordinado toma en cuenta a los estudiantes ya que el consentimiento informado puede ser influenciado por alguna autoridad.

Debido a que nuestro estudio se realizó en una escuela la persona a quien nos dirigimos para realizar el estudio fue con el director; por lo que al tener su apoyo pudo verse influenciada la aceptación de los padres de familia en que sus hijos participen en nuestro estudio.

Artículo 58.- Se debe respetar y considerar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar: que la participación o rechazo de los sujetos no afecte en su situación escolar, que los resultados no sean utilizados para dañar la moral de los individuos y que la institución de atención a la salud se responsabilice del tratamiento de los daños ocasionados por la investigación.

Si alguna persona llegaba a rechazar su participación en el estudio o ya estando dentro de él manifestaba que no quería continuar, nosotros como equipo nos aseguramos de que dicha decisión no afectase en su situación académica.

Resultados

El presente capítulo presenta los resultados obtenidos en el estudio en el siguiente orden: 1) Resultado de objetivos, 2) Confiabilidad de Instrumentos y 3) Estadística descriptiva.

3.1 Resultado de objetivos.

El objetivo uno planteó describir las características sociodemográficas del grupo de estudio, los resultados se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1 Características sociodemográficas del grupo de estudio

Variable	*F*	%
Edad		
12 a 13	65	30.0
13 a 14	95	43.8
14 a 15	57	26.3
Género		
Masculino	98	45.2
Femenino	119	54.8
Grado Escolar		
Primero	57	26.3
Segundo	97	44.7
Tercero	63	29.0
Tipo de Familia.		
Nuclear	142	65.4
Externa	9	4.1
Monoparental	58	26.7
Reconstruida	8	3.7

Fuente: CDSDyP, Puebla, 2019. *n* = 217

La tabla 1 muestra los datos sociodemográficos en donde el rango de edad fue de 12 a 15 años predominando de 13 a 14 años 43.8% (*n* = 95), la mayoría fueron del género femenino 54.8% (*n* = 199), el 65.4% (*n* = 142) tienen un tipo de familia nuclear y el 26.7% (*n* = 58) es de tipo monoparental.

El objetivo dos planteó conocer el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 15 años de edad. Los resultados se indican en la tabla.

Tabla 2 Presencia de síntomas de depresión en adolescentes

Variable	*F*	%
0-25 No hay presencia de síntomas depresivos	138	63.6
26-74 Presencia de síntomas depresivos mínima	79	36.4
75-89 Presencia de síntomas depresivos marcada o severa	0	0
90-99 Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	0	0

Fuente: CDI, Puebla, 2019. *n* = 217

De acuerdo con la tabla 2 el Inventario de Depresión Infantil el 63.6% (*n* = 138) no tienen presencia de síntomas depresivos, el 36.4% (*n* = 79) tienen presencia de síntomas depresivos mínima y el resto de las categorías tuvieron un 0% (*n* = 0).

El objetivo tres es dar a conocer si existe riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad, los resultados se muestran en la tabla:

Tabla 3 Riesgo de sufrir trastorno de conducta alimentaria

Variable	*F*	%
>20 riesgo de sufrir trastorno de la alimentación	36	16.6
<20 no hay riesgo de sufrir trastorno de la alimentación	187	83.4

Fuente: ChEAT, Puebla, 2019. *n* = 217

Los resultados obtenidos de Test Infantil de Actitudes Alimentarias (tabla 3) nos muestran que el 83.4% (*n* = 187) no tienen riesgo de sufrir trastorno de conducta de la alimentación, pero el 16.6% (*n* = 36) si tienen riesgo de sufrir al trastorno de la alimentación.

3.2 Confiabilidad de instrumentos

La consistencia interna de los instrumentos se determinó con el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 4 Coeficiente de Confiabilidad: Inventario de Depresión Infantil y Test Infantil de Actitudes Alimentarias.

Variable	*Ítems*	*n*	*Alfa de Cronbach*
CDI	27	217	.823
ChEAT	26	217	.845

Fuente: SPSS versión 18.0, Puebla, 2019 *n* = 217

En la tabla 4 podemos observar que la fiabilidad de los instrumentos es buena, la cual es aceptable para nuestro estudio de acuerdo a Polit y Beck (2012).

3.3 Estadística descriptiva y Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Los resultados que se presentan en este apartado muestran los datos descriptivos y la prueba de Bondad Kolmogorov-Smirnov, así como la distribución de los datos en la curva de normalidad.

Tabla 5. Estadística Descriptiva y Prueba Kolmogorov-Smirnov, de Inventario de Depresión Infantil y Test Infantil de Actitudes Alimentarias.

Variable	$\bar{x}$	*DE*	*Valor Mínimo*	*Valor Máximo*	*K-S*	*Valor de P*
CDI	22.15	12.322	-.048	.114	-.048	.007
Disforia	13.67	7.878	-.069	.116	-.069	.006
Autoestima Negativa	8.48	5.476	-.061	.154	-.061	.000
ChEAT	13.54	12.962	-.148	.167	-.148	.000
Dieta	7.43	7.886	-.173	-187	-.173	.000
Bulimia y preocupación por la comida	1.73	2.842	-.271	.282	-.271	.000
Control oral	5.10	5.150	-.161	.163	-.161	.000

Fuente: SPSS, Puebla, 2019 *n* = 217

Los datos obtenidos en el Inventario de Depresión Infantil y Test Infantil de Actitudes Alimentarias muestran que la dimensión coherencia obtuvo la media más alta (*X* = 22.15, *DE* = 12.322), y la dimensión cambio del sistema, la media más baja (*X* = 1.73, *DE* = 2.842). En relación a la prueba Kolmogorov-Smirnov, los datos obtenidos mostraron una distribución sin normalidad, por lo que se utilizó la correlación rho de Spearman (Tabla. 5)

Con el fin de dar respuesta a nuestra pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre la presencia de síntomas de depresión y el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de una escuela secundaria pública de la Ciudad de Puebla, en el 2019?, se construyeron matrices de correlación de rho de Spearman de acuerdo a la curva de no normalidad de los datos. Los datos obtenidos se muestran a continuación.

Tabla 6. Matriz de correlación rho de Spearman de Inventario de Depresión Infantil y Test Infantil de Actitudes Alimentarias.

No.		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Edad	1	-.058 .392	.109 .110	0.65 .339	.157 .020	.018 .787	.024 .726	.104 .126	.025 .716
2	Tipo de familia		1	.039 .564	.063 .355	-.019 .777	-.023 .732	-.068 .316	-.059 .386	.058 .395
3	CDI			1	.944 .000	.877 .000	.329 .000	.193 .004	.247 .000	.285 .000
4	Disforia				1	.682 .000	.320 .000	.177 .009	.224 .001	.301 .000
5	Autoestima negativa					1	.280 .000	.179 .008	.225 .001	.213 .002
6	ChEAT						1	.816 .000	.523 .000	.827 .000
7	Dieta							1	.372 .000	.462 .000
8	Bulimia y preocupación por la comida								1	.287 .000
9	Control oral									1

Fuente: CDSDyP, CDI y ChEAT, Puebla, 2019. *n* = 217

Los resultados mostraron una relación positiva entre la presencia de síntomas de depresión y el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria (*rho* = .339, *p* = .000), por lo tanto, la respuesta a nuestra pregunta de investigación es: la relación que existe entre la presencia de síntomas de depresión y el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de una escuela secundaria pública de la Ciudad de Puebla en el 2019 es positiva.

Discusión

La depresión podría tener una gran influencia en los trastornos de alimentación en el cual los adolescentes y sus familias tienen un papel de gran importancia dentro de esta investigación ya que gracias a esto se podrían identificar las causas por las cuales los adolescentes llegan a tener algún tipo de trastorno alimenticio. Este abordaje amerita a involucrar a los profesionales de la salud con la finalidad de poder crear una ventana de mayor información que permita detectar temprana y oportunamente la depresión y algún trastorno alimenticio.

La familia y principalmente los padres constituyen el primer núcleo de convivencia de los hijos, cubriendo las necesidades y asegurando su supervivencia en el sentido físico y emocional. A nivel de factores ambientales la depresión infantil se relaciona principalmente en el núcleo familiar, debido a que es el primer ámbito de interacción social y es el entorno donde se desarrolla el individuo y es precisamente en este entorno donde el niño desarrollará todas sus capacidades básicas como el lenguaje, afecto, hábitos, motivaciones y autoestima.

Lo antes mencionado fue principalmente el fundamento para que esta investigación se desarrollara con la finalidad de conocer si la disfunción familiar, problemas en el entorno del adolescente entre otras sean motivo de algún trastorno de alimentación en adolescentes. Según los resultados obtenidos de esta investigación nos permitirán dar respuesta a los objetivos que se han planteado, cuyos hallazgos principales se argumentan a continuación.

Con relación al primer objetivo que fue describir las características sociodemográficas del grupo de estudio, el rango de edad de 12 a 13 años no concuerda con Silva, Mesa y Escudero (2014) en su estudio abarco un rango de edad de 15 a 20 años, pero si concuerda con_Elizathe, Murawski, Custodio y Rutsztein (2012) abarcaron un rango de dad en su estudio de 9 a 13 años. Con respecto al género de los adolescentes la más de la mitad es femenino, lo que concuerda con Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe y de las Cuevas (2013) y Ortiz, Aguiar, Samudio y Troche (2017) ya que en su investigación refieren que de igual forma la mitad de su población fueron mujeres En el tipo de familia se encontró que un poco más de dos terceras partes es nuclear, lo que se asemeja con lo que dicen

Silva, Mesa y Escudero (2014) ya que en su investigación refieren que poco más de la mitad de su población de estudiantes viven con padre y madre.

El segundo objetivo que busco conocer el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 15 años de edad, dos terceras partes no tiene presencia de síntomas depresivos, solo una tercera parte presenta síntomas depresivos mínima, esto varia un poco en los resultados según la investigación de Miranda, Laboran, Chávez, Sandoval, y Torre (2016) quienes encontraron que la mitad de su población estudiada no mostraba rasgos depresivos, un tercio de su población exhibía rasgos de depresión moderada y una décima parte mostraba rasgos depresivos severos.

El tercer objetivo que fue conocer los riesgos de sufrir trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de la muestra de estudio se encontró un poco más de una décima parte tiene un de riesgo de sufrir algún trastorno de alimentación y la mayoría no presentan riesgo de sufrir algún trastorno de alimentación lo que no concuerda por lo encontrado con Correa, Zubarew, Silva & Romero (2006) estos investigadores hallaron porcentajes de riesgo de TA en niños de 9 a 12 años de edad, Skemp-Arlt, Rees, Mikat, & Seebach (2006) refieren en su investigación que un factor de riesgo para el desarrollo de TA, como lo es la insatisfacción con la propia imagen corporal, era alarmantemente habitual entre los niños del rango de edad que maneja los autores anteriores.

En cuanto al cuarto que busco identificar si existe relación entre depresión y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad, los resultados mostraron una relación positiva entre la presencia de síntomas de depresión y el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria, no se encontró evidencia en la literatura por lo que no se contrasta.

4.1 Limitaciones

Dentro de las limitaciones que presentó el estudio tenemos las siguientes:

- Reunir a los padres de familia necesarios para nuestra muestra de estudio para presentarnos y entregar los consentimientos y la carta de asentimiento para poder aplicar los instrumentos.

- Debido a que el estudio se realizó dentro del horario escolar algunas actividades propias de esta no nos permitían tener suficiente tiempo para interactuar con los alumnos, por lo que pudimos observar que algunos alumnos se mostraban confusos o inseguros a la hora de responder.
- Otra limitación que se observó durante la prueba fue el nivel de comprensión de cada estudiante, ya que algunos alumnos necesitaban más tiempo del que se les daba para poder contestar el instrumento.
- A pesar de que el estudio no fue obligatorio para los alumnos, notamos que no todos mostraban el mismo interés al tener presente dentro del aula a algún docente.

4.2 Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en el estudio se concluye que el Inventario CDI de M. Kovacs (2014) y el ChEAT de Maloney et al., (1988), actualizado y validado por Álvarez-Rayón et al. (2004). Permitió estudiar la relación entre depresión y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de una escuela secundaria pública de la ciudad de Puebla, en el 2019. El estudio de la relación de ambas variables permite concluir que la salud mental de las personas es una experiencia subjetiva global que muestra el grado de congruencia del sistema humano en su medio ambiente interno y externo.

4.3 Recomendaciones

- Dar seguimiento a la investigación, debido a que no se cuentan con estudios donde se relacionen directamente las variables, ya que conforme a los resultados obtenidos podemos observar que la investigación es de relevancia ya que la depresión es una enfermedad progresiva y se relaciona con los TCA.
- Realizar otra investigación más adelante incluyendo un rango de edad más grande.
- Realizar otra investigación incluyendo otras variables que se relacionan con la depresión para identificar como influyen.
- Complementar nuestro estudio con otro de forma cualitativo para identificar cueles son las primeras formas en que se presenta la depresión en los adolescentes.

Referencias

DSM-IV-TR (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Elsevier/MASSON, S.A.

DSM-5 (2014) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial: Medica Panamericana. ISBN: 9788498358100

CONAPO (2018) La población infantil de México representará el 21.3 por ciento. Recuperado el día 27 de noviembre del 2018 de:http://www.gob.mx/conapo/prensa/en-2018-la-poblacion-infantil-de-mexico-representara-el-21-3-por-ciento-conapo.

INEGI (2015) Discriminación Niñas, Niños y Adolescentes. Recuperado el día 27 de noviembre de 2018 de http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagi.mx/index.php?na&id=127&id_opcion=45&op=45.

Proceso (2018) Seis de cada 100 niños padecen depresión. Recuperado el día 27 de noviembre del 2018 de: https://www.proceso.com.mx/519529/seis-de-cada-100-ninos-padecen-depresion.

Noticieros Televisa (2014) Trastornos alimenticios en México; estadísticas. México. Recuperado el día 27 de noviembre del 2018 de: https://noticieros.televisa.com/elige-estar-bien-contigotrastornos-alimenticios/trastornos-alimenticios-mexico-estadisticas/.

FAROS (2018) - Hospital Sant Joan de Déu Barcelona Depresión en niños: información para padres y familiares. Recuperado el 28 de Noviembre de 2018 de: https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/depresion-niños-informacion-padres-familiares

López y Treasure (2011) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Vol. 22. Núm. 1. Elsevier. DOI: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0. http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-adolescentes-descripcion-S0716864011703960

Ortiz, Aguiar, Samudio yTroche (2017) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge?. Pediatr. (Asunción), Vol. 44; N° 1; Abril 2017; pág. 37 – 42. Recuperado el 28 de Noviembre de 2018 de: http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v44n1/1683-9803-ped-44-01-00037.pdf

Silva, Mesa y Escudero (2014) Riesgos de Trastornos Alimentarios en Adolescentes del Último Año de La Enseñanza Media en Institutos Adventistas de Argentina Escoto y Camacho (2008) Propiedades Psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una Muestra Mexicana. Revista Mexicana de Psicología, vol. 25, núm. pp. 99-106 Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Distrito Federal, México.

Soledad, Murawski, Guido y Rutsztein (2012) Propiedades Psicométricas del Children's Eating Attitudes Test (ChEAT): una escala de identificación de riesgo de trastornos alimentarios en niños. Evaluar, 18 – 39. ISSN 1667-4545. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, CONICET, Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 28 de Noviembre de 2018 de: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/viewFile/2840/2722

Rello (2018) En Mexico, 22 mil casos anuales de trastornos alimenticios. Guadalajara, 12:58:45. Recuperado el 28 de Noviembre de 2018 de http://www.milenio.com/salud/mexico-22-mil-casos-anuales-trastornos- alimenticios

CEAMEG (2017) Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (Ceameg) Recuperado el 28 de Noviembre de 2018 de http://wradio.com.mx/programa/2017/05/19/martha_debayle/149520285 1_355 714.html

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (2012) Trastornos alimentación. Excelsior, México. Recuperado el 23 de noviembre del 2018, de: https://www.excelsior.com.mx/nacional/trastornos-alimenticios-son-mas- frecuentes-en-mujeres/1237100

Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A., y Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the

eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. Eating and Weight Disorders, 9,243-248.

American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid. Editorial Médica Panamericana. Consultado el 17 de enero de 2018.

Ávila, C., Espinoza, J. (2016). *Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo.* Horizonte de la Ciencia 2016; 6(10). 195-203. Recuperado el 6 de Marzo de 2018.

Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., Cuevas, C. (2013) *Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas*. Anales de Psicología 2013; 29(1). 131-140. Recuperado el 10 de febrero de 2018 de:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100016.

Consejo de Salubridad General. (2009). Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Depresivo. Gobierno Federal. Recuperado el 20 de enero de 2018 de:http://sgm.issste.gob.mx/medica/medicadocumentacio guiasautorizadas/Psiquiatria/IMSS161_09_TRASTORNO_DEPRESIVO/GRR%20Trastorno%20Depresivo.pdf

Dávila, A., González, R., Liangxiao, M., Xin, N. (2016). *Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión*. Revista Internacional de Acupuntura 2016; 10(1). 9-15. Recuperado el 7 de febrero de 2018 de: www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-estudio-sinomedico-fisiopatologia-depresion-S1887836916300060

Díaz, B., González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. Revista Latinoamericana de Psiquiatría 2012; 11(3): 106-115. Recuperado el 7 de febrero de 2018 de http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). El bienestar infantil desde el punto de vista de los niños. Recuperado el 8 de enero de 2018 de https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Bienestar_Infantil_Subjetivo.pdf.

Garibay, J., Jiménez, C., Vieyra, P., Hernandez, M., Villalón, J. (2014). *Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad.* Revista de Medicina e investigación. 2(2). 1007-111. Recuperado el 1 de febrero de 2018 de http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49576.

Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. (2009). Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado el 15 de enero de 2018 de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (27-04-2016). *Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril)*. pp. 1-13. Recuperado el 10 de enero de 2018 de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/ni%C3%B1o2016_0.pd.

Llanta, M., Grau, J., Bayarre, H. (2014). *Calidad de Vida relacionada con la Salud en Oncopediatría: hacia una reflexión del tema*. Revista Habanera de Ciencias Médicas.Vol.13. Recuperado el 8 de enero 2018 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000300018&script=sci_arttext&tlng=en.

OMS (2017). Depresión. Organización Mundial de la salud. 7 de abril de 2017. Recuperado el 20 de enero de 2018 de: http://www.who.int/topics/depression/es/

OMS (2018). Depresión. Organización Mundial de la salud. Recuperado el 1 de abril de 2018 de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

OMS (s.f.). Salud Mental: Depresión. Organización Mundial de la salud. Recuperado el 20 de enero de 2018 de: www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., Salgado, H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*. Revista biomédica. 28 (2). pp. 73-98. Recuperado el 8 de enero 2018 de http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73509

Torres. C., Rodríguez, F. (2014). La satisfacción de los derechos sociales en la primera infancia. Instituto Belisario Domínguez Senado de la República. Recuperado el 23 de enero de 2018 de: http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/1927.

Urzúa, A., Julio, C., Paez, D., Sanhueza, J., Caqueo, A. (2013). ¿Existen diferencias *en la evaluación de la calidad de vida cuando los menores valoran la importancia de lo que se les pregunta?* Archivos Argentinos de Pediatría.111 (2). pp.98-104 Recuperado 14 de enero de 2018 de: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n2/es_v111n2a03.pdf.

4. Apéndices

Apéndice A
Fundación Universidad de las Américas Puebla
Departamento de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Enfermería
Consentimiento Informado

Informacion a los padres de los adolescentes que participan en el estudio
Estudio: "Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 15 Años de Edad de una Escuela Secundaria Publica de la Ciudad de Puebla, en el 2019"

Nallely Velasco Castilla, Juan Arturo Garcia Garcia y Oliver Moreno Cedeño, alumnos de la Licenciatura en enfermería de la Universid}ad de la Américas Puebla están realizando este estudio como parte de su proyecto de investigación para la elaboración de su Tesis.
El objetivo del estudio es identificar el nivel de depresión y tipo de trastornos de la conducta alimentaria que se presentan en adolescentes de 12 a 15 años de edad de una escuela secundaria publica de la Ciudad de Puebla, en el 2019. Estas variables serán evaluadas mediante la aplicación de tres cuestionarios: una cédula de antecedentes generales y datos sociodemográficos, el Inventario CDI o Inventario de Depresión Infantil, de M. Kovacs (2014) y el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) de Maloney et al., (1988).
Por ello le invitamos a participar dando autorización para que su hija/o participen si reúnen los siguientes requisitos:

- Adolescentes de 12 a 15 años de edad que asistan durante el turno vespertino.
- Adolescentes que acepten participar en la investigación con previa autorización del padre o tutor.
- Adolescentes con carta de asentimiento.
- Adolescentes que cuenten con el consentimiento informado de su padre o tutor.

No podrá participar, si tiene:

- Adolescentes sin carta de asentimiento.
- Adolescentes que no cuenten con el consentimiento informado por parte de su padre o tutor.

Si está interesado en que su hija/o participe:

- Se pedirá que firme un consentimiento informado, en donde acepta que su hija/o participe en la investigación, posteriormente responderás los cuatro cuestionarios ya mencionados en un lapso de aproximadamente en 20 minutos con el lapicero que le proporcionaremos.
- La aplicación de los cuestionarios será en un área privada de la unidad académica, el investigador permanecerá cerca en caso de alguna duda o si deseas abandonar la investigación.
- Para el seguimiento del estudio, así como para resolver cualquier duda o problema que le surja podrás contactarnos por teléfono o por Email.
  Asimismo, te facilitaremos un número de teléfono móvil donde contactar al investigador Nallely Velasco Castilla alumna de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de las Américas Puebla, teléfono: 2225502820; correo electrónico: nallely.velascoca@udlap.mx.
  Dra. Corina Mariela Alba Alba, coordinadora de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la Américas Puebla, teléfono (222) 229 20 00 ext. 2357; correo electrónico corina.alba@udlap.mx.

Posibles beneficios y riesgos de tu participación:
Riesgos:

- Algunas preguntas podrán generar algún malestar/tristeza al recordarte situaciones incómodas en un par de semanas pasadas. En caso de sentirte incómodo, favor de reportar al investigador.

Beneficios:

- Si así lo deseas, al finalizar la investigación podrás conocer los resultados sobre tu nivel de depresión y trastornos de la conducta alimentaria.
- Es posible que los resultados arrojen niveles de depresión y de trastornos de la conducta alimentaria.

Toda la información que nos proporciones, así como los resultados de los datos recolectados se tratarán según la NOM-012-SSA3-2012. Solo el investigador conocerá tus datos personales, ya que será el encargado de contactar contigo para cualquier evento relacionado con el estudio.
De acuerdo con esta ley, tienes libertad para participar o no en el estudio, tienes derecho a revocar el consentimiento de participación sin dar explicaciones y sin ningún perjuicio. Al finalizar el estudio, tienes derecho a ser informado o no de los resultados que se deriven de este.

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que autoriza que su hija/o participe:

_____

Fecha: a _____ de _____ de _____

Apéndice B
Fundación Universidad de las Américas Puebla
Departamento de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Enfermería
Carta de Asentimiento
Velasco, Garcia, Moreno y Cordero (2018)

Título de proyecto: Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de 12 a 15 Años de Edad de una Escuela Secundaria Publica de la Ciudad de Puebla, en el 2019.

Hola somos estudiantes de la Lic. En Enfermería de la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP) y estamos trabajando en una investigación para elaborar nuestra tesis. Actualmente estamos llevando a cabo un estudio para conocer la depresión y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 12 a 15 años de edad de una escuela secundaria pública de la ciudad de Puebla, por lo que queremos que nos apoyen.

Tu participación en el estudio consistirá en ser voluntario para aplicarte tres cuestionarios: una cédula de antecedentes generales y datos sociodemográficos, el Inventario CDI o Inventario de Depresión Infantil, de M. Kovacs (2014) y el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) de Maloney et al., (1988). Estos cuestionarios serán contestados por ti, bajo nuestra supervisión por cualquier evento que llegue a presentarse. Se te pedirá que respondas con sinceridad y si llega haber alguna duda nos la hagas saber.

Mencionamos que tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu propia mamá haya 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 quieras continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Todas los cuestionaros que contestaras y la información obtenida nos ayudará a concluir con nuestra investigación y a obtener un resultado. Esta información será confidencial; esto quiere decir que no le diremos a nadie tus respuestas (o los

resultados), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio, y la escuela y madres en caso de solicitarla.

Si aceptas participar, te pedimos que por favor pongas una (X) en el cuadro de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

☐Sí quiero participar

Nombre:

_____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

_____

Fecha: a _____ de _____ de _____

Observaciones:

_____

_____

Apéndice C
Fundación Universidad de las Américas Puebla
Departamento de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Enfermería
Cédula de Datos Sociodemográficos y Personales (CDSDyP).
Velasco, Garcia, Moreno y Cordero (2018).

Instrucciones: Marque con una **X** el cuadro que describa mejor a la familia y escriba sobre las líneas los datos que se le solicitan.

No de Folio _____ Fecha de aplicación_____

1. Edad del adolescente:
   a) 12-13 b) 13-14 c) 14-15
2. Género:
   a) Masculino b) Femenino
3. Grado escolar que cursa:
   a) 1° b) 2° c) 3°
4. Tipo de familia que consiera que tiene:
   a) Nuclear b) Externa c) Monoparenrtal d) Reconstruida e) Otra

Apéndice D
Fundación Universidad de las Américas Puebla
Departamento de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Enfermería
Inventario de Depresión Infantil, (CDI) de M. Kovacs (2014).

Indicaciones: Elegir una de entre tres opciones, marcando con una **X** el inciso correspondiente.

CDI-01	De vez en cuando estoy triste. ( )	Muchas veces estoy triste( )	Siempre estoy triste. ( )
CDI-02	Nunca me va a salir nada bien. ( )	No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. ( )	Las cosas me van a salir bien. ( )
CDI-03	La mayoría de las cosas las hago bien. ( )	Muchas cosas las hago mal. ( )	Todo lo hago mal. ( )
CDI-04	Muchas cosas me divierten. ( )	Algunas cosas me divierten. ( )	Nada me divierte. ( )
CDI-05	Siempre soy malo o mala. ( )	Muchas veces soy malo o mala. ( )	Algunas veces soy malo o mala. ( )
CDI-06	A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. ( )	Me preocupa que pasen cosas malas. ( )	Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas. ( )
CDI-07	Me odio. ( )	No me gusta como soy. ( )	Me gusta como soy. ( )
CDI-08	Todas las cosas malas son por mi culpa. ( )	Muchas cosas malas son por mi culpa. ( )	Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas. ( )
CDI-09	No pienso en matarme. ( )	Pienso en matarme, pero no lo haría. ( )	Quiero matarme. ( )
CDI-10	Todos los días tengo ganas de llorar. ( )	Muchos días tengo ganas de llorar. ( )	De vez en cuando tengo ganas de llorar. ( )
CDI-11	Siempre me preocupan las cosas. ( )	Muchas veces me preocupan las cosas. ( )	De vez en cuando me preocupan las cosas. ( )
CDI-12	Me gusta estar con la gente. ( )	Muchas veces no me gusta estar con la gente. ( )	Nunca me gusta estar con la gente. ( )
CDI-13	No puedo decidirme. ( )	Me cuesta decidirme. ( )	Me decido fácilmente. ( )
CDI-14	Soy simpático o simpática. ( )	Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. ( )	Soy feo o fea. ( )
CDI-15	Siempre me cuesta hacer las tareas. ( )	Muchas veces me cuesta hacer las tareas. ( )	No me cuesta hacer las tareas. ( )
CDI-16	Todas las noches me cuesta dormir. ( )	Muchas veces me cuesta dormir. ( )	Duermo muy bien. ( )
CDI-17	De vez en cuando estoy cansado o cansada. ( )	Muchos días estoy cansado o cansada. ( )	Siempre estoy cansado o cansada. ( )
CDI-18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer. ( )	Muchos días no tengo ganas de comer. ( )	Como muy bien. ( )
CDI-19	No me preocupan el dolor ni la enfermedad. ( )	Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad. ( )	Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad. ( )
CDI-20	Nunca me siento solo o sola. ( )	Muchas veces me siento solo o sola. ( )	Siempre me siento solo o sola. ( )
CDI-21	Nunca me divierto en el colegio. ( )	Sólo a veces me divierto en el colegio. ( )	Muchas veces me divierto en el colegio. ( )
CDI-22	Tengo muchos amigos. ( )	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. ( )	No tengo amigos. ( )
CDI-23	Mi trabajo en el colegio es bueno. ( )	Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. ( )	Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien. ( )
CDI-24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños. ( )	Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. ( )	Soy tan bueno como otros niños. ( )
CDI-25	Nadie me quiere. ( )	No estoy seguro de que alguien me quiera. ( )	Estoy seguro de que alguien me quiere. ( )
CDI-26	Generalmente hago lo que me dicen. ( )	Muchas veces no hago lo que me dicen. ( )	Nunca hago lo que me dicen.
CDI-27	Me llevo bien con la gente. ( )	Muchas veces me peleo. ( )	Siempre me peleo. ( )

Apéndice E
Universidad de las Américas Puebla
Licenciatura en Enfermería
Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) de Maloney et al., (1988), actualizada y validad por Álvarez-Rayón et al. (2004).

No. Folio_____ Fecha De aplicación _____

		Siempre	Muy A Menudo	A Menudo	Algunas Veces	Raramente	Nunca
CHEAT-01	Me da mucho miedo pesar demasiado						
CHEAT-02	Procura no comer, aunque no tenga hambre						
CHEAT-03	Me preocupo mucho por la comida						
CHEAT-04	A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
CHEAT-05	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
CHEAT-06	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
CHEAT-07	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
CHEAT-08	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
CHEAT-09	Vomito después de haber comido						
CHEAT-10	Me siento muy culpable después de comer						
CHEAT-11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
CHEAT-12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
CHEAT-13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
CHEAT-14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
CHEAT-15	Tardo en comer más que las otras personas						
CHEAT-16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
CHEAT-17	Como alimentos de régimen						
CHEAT-18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
CHEAT-19	Me controlo en las comidas						
CHEAT-20	Noto que los demás me presionan para que coma						
CHEAT-21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
CHEAT-22	Me siento incómodo/a después de comer dulces						
CHEAT-23	Me comprometo a hacer régimen						
CHEAT-24	Me gusta sentir el estómago vacío						
CHEAT-25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
CHEAT-26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						