



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHAVEZ”

DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

PABLO ARTURO GARCÍA SAUCEDO

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PREDISPOSICION A BULIMIA NERVIOSA EN MUJERES DE PREPARATORIAS PÚBLICA Y
PRIVADA.

ASESOR: ALVARO CASTILLO NAVARRO

Especialista en psiquiatría

COASESOR: Javier Ruiz García.

Especialista en Medicina Familiar.

COASESOR ESTADISTICO:

Carlos Gómez Alonso.

Analista coordinador “A”

MORELIA MICHOACÁN, MEXICO. MARZO 2010.

COLABORADORES:

Dr. Álvaro Castillo Navarro.

Dr. Javier Ruiz García.

Matemático Analista Carlos Gómez Alonso Centro de investigación Biomédica.

Dra. Leticia Duarte Pedraza.

AGRADECIMIENTOS:

Por la ayuda obtenida de la preparatorias Ingeniero Pascual Ortiz Rubio, apoyo otorgado de la Universidad Latina de América en colaboración con la preparatoria Instituto Latino de Morelia por sus servicios prestados para la realización de este proyecto de investigación.

DEDICATORIA:

Por el gran apoyo obtenido de todos mis seres queridos más cercanos y familiares en la realización de este proyecto de investigación.

INDICE.

	Contenido	Pagina
I.	Resumen.....	2
II.	Abstract.....	3
III.	Abreviaturas y glosario.....	4
IV.	Relación de cuadros y figuras.....	7
V.	Introducción.....	9
VI.	Antecedentes.....	11
VII.	Planteamiento del problema.....	27
VIII.	Justificación.....	28
IX.	Hipótesis y objetivos.....	30
X.	Material y métodos.....	31
XI.	Resultados.....	36
XII.	Discusión.....	53
XIII.	Conclusiones.....	55
XIV.	Sugerencias.....	56
XV.	Referencias.....	57
XVI.	Relación de anexos.....	61
	Total de paginas.....	66

RESUMEN

Los factores genéticos de la bulimia están bien acreditados al sexo femenino, con predisponentes socioculturales, afectando principalmente adolescentes. En Morelia no hay estadísticas sobre las características socioculturales y la predisposición de bulimia. La BN se diagnostica por criterios del DSM IV y su tratamiento y pronóstico dependerá de lo oportuno que estos sean. OBJETIVOS: Conocer la predisposición a BN en estudiantes mujeres de preparatorias públicas y privadas, valorar si el nivel socioeconómico es un riesgo para desarrollarla. MATERIAL Y METODOS. Estudio Observacional, transversal, tipo encuesta. Población: Estudiantes mujeres de preparatorias públicas y privadas. Tamaño de muestra: Por conveniencia 461 adolescentes. Se aplicó el cuestionario BULI-T para bulimia, encuesta socioeconómica de Graffar para NSE, χ^2 para predisposición de BN, ANOVA para sintomatología de BN y NSE, t de student para sintomatología de BN. RESULTADOS: Se entrevistaron 461 mujeres estudiantes de preparatoria, 327 de institución pública y 134 de institución privada. El NSE alto y media alto en la privada fue 90.3%, en la pública fue 40.3%. La predisposición a bulimia en la pública fue del 70%, en la privada fue 30%. La predisposición a Bulimia por clase social para cada institución fue en la Institución pública del 38.2% para el NSE alto y medio alto y en la Institución privada del 90.5%. En los NSE medio bajo, obrero y marginal en la pública fue de 61.8% y en la privada de 9.4% sin existencia de clase marginal. CONCLUSIONES: La predisposición de BN fue elevada en la población estudiada para ambas instituciones. Fue mayor la predisposición de BN en alumnas de institución pública por contar con una clase social más baja, sin embargo; el mayor riesgo lo presentaron las estudiantes de clases sociales alta, media alta, y media baja para ambas instituciones. PALABRAS CLAVE: Predisposición, Bulimia Nerviosa, Preparatoria, mujeres.

ABSTRACT

Genetic factors of bulimia are well qualified female with predisposing sociocultural, affecting mainly adolescents. In Morelia there are no statistics on the socio-cultural characteristics and the predisposition of Bulimia. The BN is diagnosed by the DSM IV criteria and its treatment and prognosis depend on how timely they are. **OBJECTIVES:** To determine susceptibility to BN in female students of preparatory public and private, will assess the socioeconomic level is a risk for developing it. **MATERIAL AND METHODS:** Observational study, cross, survey type. Population: Women Students of preparatory public and private. Sample size: For convenience, 461 adolescents. Was applied the BULI-T for Bulimia and Graffar socio-economic survey for socioeconomic status (SES), χ^2 for predisposition of BN, ANOVA for BN symptoms and SES, T Student for BN symptoms. **RESULTS:** We interviewed 461 female high school students, 327 of public institution and 134 of private institution. The SES high and middle high in private was 90.3% in public was 40.3%. Predisposition to bulimia in public was 70% in private was 30%. Predisposition to bulimia by social class for each institution was in the public institution of 38.2% for the middle high and high SES and a 90.5% for the private institution. The SES medium low, marginal and workers in the public was 61.8% and 9.4% for the private institution, non class marginal existence in this one. **CONCLUSIONS:** The susceptibility to BN was high in our study population for both institutions. There are more predisposed to develop BN of students in the public institution for having more social classes, however, the greatest risk it presents the students of high social class, medium high, and half low for both institutions. **KEY WORDS:** Predisposition, Bulimia Nervosa, School, women.

ABREVIATURIAS

AN: Anorexia Nerviosa.

ANOVA: Análisis de la varianza de un factor.

BULI-T: Cuestionario para Bulimia

BITE: Cuestionario de Bulimia de Edimburgo

BN: Bulimia Nerviosa

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

EAT: Cuestionario de Actitudes alimentarias

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

NEDA: Asociación Nacional de los Desordenes Alimenticios

NSE: Nivel Socio Económico.

TANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

X^2 : Chi cuadrado.

GLOSARIO.

1. Adolescencia: Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el pleno desarrollo: la adolescencia es una etapa de transición de la infancia a la edad adulta.
2. Anorexia: Falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes, y que puede ser muy grave.
3. Atracón: Acción y efecto de atracar (comer y beber con exceso).
4. Autoestima: Valoración generalmente positiva de sí mismo.
5. Bulimia: Gana desmesurada de comer, que difícilmente se satisface.
6. Conducta: Es la manera de conducirse las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos.
7. Depresión: Es un trastorno emocional. Síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva. Se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente
8. Diurético: Toda sustancia que al ser ingerida provoca una eliminación de agua y sodio en el organismo, a través de la orina.
9. Edulcorante: Sustituto del azúcar, es un aditivo para los alimentos que duplica el efecto del azúcar, pero que usualmente tiene menos energía
10. Emético: Que provoca el vómito.
11. Epidemia: Enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas.

12. Estrés: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves

13. Ipecacuana: Planta floral cuya raíz se utiliza para hacer jarabe de ipecac, un emético muy efectivo

14. Laxante: Medicamento que sirve para facilitar la evacuación del vientre.

15. Personalidad: Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra. Conjunto de características o cualidades originales que destacan en algunas personas.

16. Poder Adquisitivo: Capacidad económica para adquirir bienes y servicios.

17. Predisposición: factor común y/o riesgo del cuerpo que reacciona en forma especial a ciertos estímulos extrínsecos y que tienden así a hacer al individuo más susceptible que lo usual a ciertas enfermedades.

18. Preparatoria: Establecimiento para estudios previos de otros superiores. Privada cuando recibe subsidios de iniciativa privada, pública cuando recibe subsidios gubernamentales, sociales.

19. Rural: Áreas no urbanizadas al menos en su mayor parte o destinadas a la limitación del crecimiento urbano, utilizadas para actividades agropecuarias, agroindustriales, extractivas, de silvicultura y de conservación ambiental.

20. Urbano: Perteneciente o relativo a una ciudad.

RELACION DE CUADROS Y FIGURAS.

		Pagina
Cuadro I	Relación de alumnas por cada institución educativa.....	36
Cuadro II	Alumnas por grupo de edad en institución pública y privada.....	36
Cuadro III	Alumnas por grado escolar en institución pública y privada.....	37
Cuadro IV	Relación del NSE por Institución Educativa.....	38
Cuadro V	Análisis de fiabilidad del cuestionario BULI-T.....	39
Cuadro VI	Predisposición a bulimia nerviosa en institución educativa pública y privada.....	40
Cuadro VII	Significancia estadística mediante la Prueba de χ^2 de Pearson para la predisposición de BN entre la institución pública y privada.....	41
Cuadro VIII	Predisposición a Bulimia Nerviosa de acuerdo al NSE por Institución Educativa.....	42
Cuadro IX	Predisposición de Bulimia Nerviosa por NSE en Institución educativa Pública.....	43
Cuadro X	Predisposición de Bulimia Nerviosa por NSE en Institución educativa Privada.....	44
Cuadro XI	Relación del grado escolar con los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T en la Institución pública.....	45
Cuadro XII	Relación del grado escolar con los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T en la Institución Privada.....	46

Cuadro XIII	Relación de la clase social y los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T en institución privada.....	48
Cuadro XIV	Relación de la clase social y los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T en la Institución Pública.....	49
Cuadro XV	Diferencia entre los puntajes promedios de los distintos dominios del BULIT por institución Educativa.....	50
Cuadro XVI	Contraste de los puntajes promedio de los diferentes dominios del BULIT con la predisposición a BN en la institución educativa pública.....	52
Cuadro XVII	Predisposición a BN con relación a los dominios del BULIT en institución educativa privada	52

INTRODUCCIÓN.

La bulimia nerviosa es una de las integrantes de los trastornos de la alimentación (TCA) y es en definitiva una obsesión moderna por la perfección del cuerpo, es la nueva "epidemia del culto al cuerpo" y el hecho esencial es la presencia de ingestiones alimentarias excesivas y descontroladas, junto con actividades compensatorias de tales excesos determinadas por el miedo a engordar. Su diagnóstico se obtiene por criterios del DSM-IV-TR

Este trastorno tiene por objeto el de tener una imagen corporal perfecta. Esto ocurre porque en las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas, zonas urbanas de países con culturas altamente competitivas que juegan en el ámbito de la globalización, y parece ser que estos desordenes alimentarios, que alguna vez se limitaban a las culturas occidentales ricas, se están presentando en todo el mundo. Es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud.

Estudios mencionan que el mayor riesgo es en mujeres de entre 14 y 18 años con una prevalencia de 1 al 3%, pero también hay estimaciones de hasta el 13% con predominio de 10 a 1 de mujeres a hombres; en los Estados Unidos, La asociación nacional de desordenes alimenticios (NEDA) no tiene cifras exactas, en México la clínica de desordenes alimenticios de México, menciona que entre el 1.5 a 3 % de las mujeres jóvenes padecen de bulimia y que el inicio de estos trastornos oscila entre 11 a 25 años y que va en aumento. En otros datos se revela que entre 8 y el 20% de las chicas en edad escolar padece bulimia. Lo que es cierto es que hay mucha variabilidad de prevalencia.

En la adolescencia es cuando este tipo de obsesión se convierte en una pesadilla, ya que con una personalidad aún no configurada ni aceptada, con unos medios de comunicación que transmiten constantemente modelos de perfección y belleza, se sienten en la obligación de ser cuerpos "de ensueño" sacrificando su salud y llegando hasta las últimas consecuencias en sus conductas inadecuadas.

Las anomalías de la conducta alimentaria son procesos psicopatológicos que manifiestan grandes anormalidades en el comportamiento de la ingesta y esto es importante corroborarlo mediante la investigación a fin de incidir sobre la población afectada de manera oportuna antes de que el padecimiento comience hacer estragos y complicaciones en la salud que de estos acarrear, a los problemas psicológicos que les acompañan y al aumento de incidencias. Esto es, por la relevancia que hay en la actualidad el mal entendimiento de tener un cuerpo saludable, identificar oportunamente a aquellas personas con predisposición o que presenten mayor riesgo a tener algún trastorno de alimentación.

ANTECEDENTES.

La bulimia Nerviosa (BN) tiene una historia reciente pues su descripción y su constitución en síndrome definido se le atribuye a Russell en el año de 1979.¹

Pierre Janet publicó en 1903 la que es tal vez la primera descripción detallada de un cuadro de bulimia, sugiriendo su asociación con los trastornos afectivos y de ansiedad y que estos casos son mas frecuente que en tiempos pasados.²

Hay un cierto acuerdo de que el control de la ingesta y la imagen corporal ha sido usado como la base de la expresión de las necesidades de la mujer o su sicopatología. Pero también se ha tomado en consideración que los trastornos de la conducta alimentaria como tal, aparecen en sociedades occidentales en periodos de relativa bonanza económica y que ofrecen mayores oportunidades sociales a la mujer.³

Para algunos autores la bulimia nerviosa parece florecer en épocas en las cuales los individuos (esencialmente del sexo femenino) han carecido de la necesaria atención, control, respeto y/o poder económico y en el contexto de una vida socialmente aceptable de expresión y la idea de que los trastornos de la alimentación están asociados con el nivel socio-económico (NSE) y es debido a que son mayores los casos en países industrializados que los no industrializados.⁴

También se ha tomado en consideración desde el punto de vista evolucionista las ventajas derivadas del cuerpo femenino y cómo con el incremento de la prosperidad económica que lleva consigo una mayor participación de la mujer en la economía y en la educación superior, el estándar varía hacia la delgadez.⁵

DEFINICION DE BULIMIA:

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV divide a los trastornos alimentarios en anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa e incluye una categoría denominada trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE), para aquellos trastornos que no cumplen los criterios para algunos de los trastornos específicos.³

El término de bulimia proviene del griego que significa “hambre de buey”. El hecho esencial es la presencia de ingestiones alimentarias excesivas y descontroladas, junto con actividades compensatorias de tales excesos determinadas por el miedo a engordar. Los atracones suprimen la sensación de hambre y ansiedad que les precede. También ha sido catalogada como un trastorno del control de impulsos.⁶

FACTORES PREDISPONENTES Y ETIOPATOGENIA:

La predisposición son factores comunes y/o condición del cuerpo que reaccione en forma especial a ciertos estímulos extrínsecos y que tienden así a hacer al individuo más susceptible que lo usual a ciertas enfermedades.

La bulimia nerviosa parece ser producida por una combinación de múltiples factores biológicos, psicológicos y **sociales**, este último juega un papel muy importante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria debido a la influencia que tienen los medios de comunicación y que a diferencia de lo que ocurre en pacientes con anorexia nerviosa, las pacientes con bulimia, tienden a ser más impulsivas y a tener mayor inestabilidad en los estados de ánimo y estos rasgos se acentúan aún más con la evolución de la enfermedad.⁷

En las familias de las pacientes bulímicas hay una mayor expresión de sentimientos negativos, más conflictos y más inestabilidad. Hay **factores pre-disponentes** socio-culturales involucrados en el desarrollo de la enfermedad como son la sobrevaloración de la delgadez, en la mujer, como un poderoso elemento cultural que favorece que estén presentes en individuos y familias vulnerables, los conflictos se localizan en el peso y la imagen.^{8,9}

En la bulimia nerviosa hay alteraciones biológicas implicadas en su etiopatogenia, sobre todo en su mantenimiento, secundarias a las irregularidades alimentarias.

El metabolismo basal y la termogénesis se suponen bajos, favoreciendo el sobrepeso y por tanto la bulimia. Los sistemas de neurotransmisión están alterados y se ha postulado que la disfunción noradrenérgica facilitaría las alteraciones emocionales, las anomalías dopaminérgicas actuarían sobre la respuesta hedónica a los alimentos y las serotoninérgicas modulando la producción de serotonina, influirían en la clínica estacional de algunos pacientes.

Las irregularidades en la ingesta alteran mecanismos reguladores del apetito; por ejemplo, disminuyen la colecistocinina periférica, aumentan la capacidad gástrica y enlentecen el vaciado gástrico, entre otros.

Estos pacientes suelen ser impulsivos, susceptibles socialmente y con baja autoestima, pero no es seguro que lo sean antes del trastorno. El 50-90% sufren trastornos de personalidad, especialmente límite e histriónico.

Como en la anorexia nerviosa (AN), el anhelo de delgadez suele causar la dieta restrictiva, sin la cual no se produciría la bulimia. Hay actividades de alto riesgo: principalmente en las mujeres, la gimnasia rítmica, modelaje, danza o ya sea cualquier actividad en donde se requiera del aspecto físico y no de la condición física para lograr el anhelo deseado, y en los varones, boxeo, lucha y halterofilia.

Los pacientes con bulimia y sus padres suelen percibir sus familias como desentendidas, hostiles, desorganizadas y conflictivas. Pero no es posible asegurar que esto sea así antes del trastorno. Una parte de tal "desorganización" familiar sería consecuencia de la personalidad bulímica. El 25-65% de familiares de primer grado sufren trastornos afectivos. También son frecuentes el alcoholismo, el abuso de sustancias y los trastornos del comportamiento alimentario.

La bulimia nerviosa parece desencadenarse a menudo por estrés. Este efecto es evidente en la precipitación de episodios bulímicos (atracones) una vez establecido el trastorno. Las situaciones estresantes, los estados de ánimo negativos y las circunstancias condicionadas (repetidas) suelen ser los desencadenantes inmediatos de los atracones. Pero la naturaleza de los episodios bulímicos no está aclarada. Una hipótesis es que el hambre voraz que los suscita es por respuestas condicionadas orgánicas, hiperinsulinemia e hipoglucemia fundamentalmente, causadas por las irregularidades alimentarias.⁶

SINTOMATOLOGIA

1. Episodios recurrentes de atracones de comida.
2. Una sensación de pérdida del autodominio durante los atracones de comida.
3. El uso regular de vomito auto-inducido, laxantes o diuréticos, dieta estricta o ayuno, o ejercicio muy energético para evitar el aumento de peso.
4. Un mínimo de dos episodios de atracón de comida a la semana durante al menos tres meses.
5. Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal. Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles.
6. Antecedentes de dietas frecuentes. Muchos estudios han revelado que casi todas las personas que desarrollan bulimia han realizado frecuentes intentos de controlar su peso.
7. Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.
8. Excesivo temor a engordar. En un estudio reciente, el 92 por ciento de las pacientes bulímicas encuestadas dijeron que sentían pánico o mucho temor a engordar.
9. Comer en secreto o lo más inadvertidas posible.

10 Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. Por supuesto, muchas mujeres con anorexia también desarrollaran bulimia.

Conductas patológicas en la bulimia:

Preocupación constante por la comida (habla de peso, calorías, dietas). Atracones, come de forma compulsiva, esconde comida. Miedo a engordar. Evita el hecho de ir a restaurantes o fiestas y reuniones donde se vea socialmente obligado a comer. Acude al lavabo después de comer. Vómitos auto-provocados, abusan de laxantes o diuréticos. Usa fármacos para adelgazar. Realiza regímenes rigurosos y rígidos. Tiene una conducta adictiva con edulcorantes.

Signos fisiológicos

Inflamación de las parótidas. Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos. Irritación crónica de la garganta. Fatiga y dolores musculares. Inexplicable pérdida de piezas dentales. Oscilaciones de peso (5 ó 10 Kg. arriba o abajo).

Cambio de actitud

Modificación del carácter (depresión, sentimientos de culpa u odio a sí mismo, tristeza, sensación de descontrol). Severa autocrítica. Necesidad de recibir la aprobación de los demás respecto a su persona. Cambios en el auto estima con relación al peso corporal.⁶

Complicaciones de la Bulimia:

Perspectivas a largo plazo. Existen pocos problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen el peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas. En general, las perspectivas son mejores para la bulimia que para la anorexia.

Debe observarse, sin embargo, que en un estudio de pacientes bulímicos, después de seis años la tasa de mortalidad fue de 1% en las mujeres en terapia. Otro estudio encontró que el 20% de las mujeres con bulimia todavía estaban luchando contra el trastorno después de diez años.

Problemas médicos. La erosión de los dientes, cavidades y los problemas con las encías son comunes en la bulimia. Los episodios bulímicos también pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal.

Ocasionalmente, el proceso de comer excesivo y purgación resultan en la pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis; esto se revierte cuando se administra potasio. Los niveles peligrosamente bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y a veces mortales. Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. Rara vez, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salir por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía.

Problemas psicológicos y comportamiento auto-destructor. Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de las personas con bulimia. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban del alcohol y el 28% abusaban de las drogas, con un 18% con sobredosis repetidamente. La cocaína y las anfetaminas fueron las drogas con mayor frecuencia abusadas. En el mismo estudio, fueron comunes otros tipos de comportamiento auto-destructor, entre otros el auto-cortado y el robo.

Medicamentos sin prescripción. Las mujeres con bulimia con frecuencia abusan los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito (por lo general ipecacuana). Ninguno de estos medicamentos está libre de riesgo. Por ejemplo, se han notificado casos de intoxicación por ipecacuana, y algunas personas se tornan dependientes de los laxantes para el funcionamiento intestinal normal. Las pastillas de dieta, inclusive las hierbas y los medicamentos sin prescripción, pueden ser peligrosos, en particular si son abusados.

Causas de la perpetuación de la Bulimia Nerviosa:

Los estudios sobre el comportamiento animal y los prisioneros de guerra sugieren que la restricción crónica de comida (el someterse a una dieta severa) a menudo conduce a un patrón de comer excesivo que persiste aún décadas después de restaurados suministros regulares de comida. Los factores biológicos pueden ser responsables de este ciclo insidioso.

Algunos expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico de comer excesivo y purgación, disminuyendo su ritmo, así incrementa el riesgo de aumento de peso inclusive sólo a través de la ingestión normal de calorías. El proceso de vomitar y el uso de laxantes pueden estimular la producción de opioides narcóticos en el cerebro, lo cual causa una adicción al ciclo bulímico.

Durante la etapa de dieta entre los períodos de comer en exceso, las personas se tornan a menudo irritable, deprimido, y pueden tener una tendencia mayor a expresar trastornos de la personalidad. Los sentimientos positivos tan sólo pueden ser restaurados con otro período de comer excesivo; y así siegue el patrón. El comer dulces también aumenta la serotonina, un producto químico en el cerebro que reduce la depresión y el estrés.⁶

PREVALENCIA.

Estudios realizados mencionan el mayor riesgo es en mujeres de entre 14 y 18 años con una prevalencia de 1 al 3%, pero también hay estimaciones de hasta el 13% con predominio de 10 a 1 de mujeres a hombres; como la bulimia no ha sido tan estudiada como la anorexia aunque esta es de mayor prevalencia, no esta tan bien documentada la relación que existe entre esta y las clases sociales, sin embargo es creído y/o sabido que la exposición de mujeres de culturas tradicionales (humildes) a una cultura más urbanizada y rica puede agudizar su vulnerabilidad a bulimia nerviosa.¹⁰ En un estudio realizado para la detección rápida de trastornos de alimentación que se llevo a cabo en la atención primaria de salud en mujeres en edad escolar se observo que las que tenían este tipo de trastorno pertenecían a una clase social alta.¹¹

En Chile, un artículo publicado en el 2002 referente a los trastornos de alimentación en niños y adolescentes menciona una prevalencia mayor en clases sociales media y alta, a diferencia de otro artículo publicado en el 2006 sobre la prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana que menciona mayor prevalencia en la clase social baja.^{12,13}

Pero la verdad es que hay mucha variabilidad de la prevalencia sobre estos trastornos, las siguientes estadísticas están basadas en importantes investigaciones científicas; algunas han sido recopiladas en el ámbito de la salud pública como hospitales y centros médicos, y otras han resultado de las pesquisas e iniciativas particulares de organizaciones y asociaciones que luchan en la prevención y mitigación de los trastornos de la alimentación.

En los Estados Unidos, la asociación nacional de los desordenes alimenticios menciona que cerca de 10 millones de Norteamericanos padecen hoy en día de desordenes alimentarios (90 % mujeres y 10 % son hombres) y debido a tabúes o vergüenza muchos casos probablemente no sean reportados, se ha demostrado que el 80% de las mujeres norteamericanas no están satisfechas con su apariencia física. La incidencia de mujeres con bulimia de entre 10 a 39 años se ha triplicado entre 1988 y 1993, solo el 6% de las mujeres reciben tratamiento especializado y la mayoría de las personas con desordenes alimenticios severos no reciben tratamiento adecuado.¹⁴

El Instituto Nacional de Salud Mental no tiene cifras exactas, pero confirma que sea cual sea el número total de afectados por desordenes de la alimentación, entre los afectados por trastornos de la alimentación, 1 de 10 muere finalmente por inanición, suicidio o complicaciones médicas tales como fallas en los riñones u otros.¹⁵

Los datos sobre la bulimia de la doctora Mary Pipher revelan que: "La bulimia ha constituido una epidemia en la década de los ochenta y los noventa". En estos momentos entre un 8 y un 20 % de las chicas en edad escolar presentan rasgos bulímicos y con tendencia al incremento. Los psicólogos estiman que la tasa de incidencia de la bulimia entre las jóvenes universitarias es del orden de una de cada cuatro.¹⁶

En los últimos estudios la edad de inicio de los trastornos de la alimentación es más baja; se han multiplicado las niñas que entran a este "infierno" desde los 11 años. Estas jovencitas generalmente pertenecen a un estrato social medio-alto y alto. Aunque ahora la afectación se está extendiendo a mujeres de todas las edades e incluso niños (se da la circunstancia de que a menor edad, mayor porcentaje de varones), pertenecientes a todas las clases sociales y grupos raciales.

Algunos investigadores admiten que han notado que ahora los niños están desarrollando los trastornos de la alimentación en edades cada vez menores; las niñas entre los 5 y 6 años, y los varones entre los 8 y los 9.¹⁷

Un estudio entre los hombres civiles con trastornos alimentarios dio como resultado que el 42% de los que tenían bulimia eran homosexuales o bisexuales y el 58 % de los hombres con anorexia manifestaron ser asexuales, reveló además que los factores de riesgo alternos fueron similares a los de las mujeres.¹⁸

En 1980 un estudio universitario reveló que el 79 % de mujeres y el 49 % de hombres habían estado comprometidos en "incontrolables" excesos con la comida. En otro estudio, el 13 % de la población general universitaria reportó experimentar el mayor síntoma de bulimia nerviosa: 87 % fueron mujeres y 13 % de hombres.¹⁹

En 1993 se estudió a 131 jugadores universitarios de foot-ball americano (peso liviano) de la Universidad de Cornell, y se reportó que el 74 % había experimentado comer de manera compulsiva. 17 % admitió haberse provocado el vómito, el 66 % experimentaba hiperactividad y el 87 % usaba el ejercicio como método para controlar su peso.

En total el 42 % estaba involucrado en "patrones disfuncionales alimenticios" (descontrol alimentario y purga), y el 10 % padecía un manifiesto trastorno de la alimentación. Otro estudio de 1984 en una Universidad alemana con atletas (luchadores y corredores) reportó que el 52 % estaba comprometido en descontrol alimentario y un 11 % tenía claros síntomas de desordenes alimenticios.²⁰

En España la situación de los familiares llega a ser tan desesperada que la anorexia y la bulimia se han convertido en una de las causas más comunes de ingresos hospitalarios forzosos, en los que interviene el juez por solicitud, normalmente, de algún familiar del enfermo o también a instancias de un fiscal que tenga conocimiento del caso.²¹

De acuerdo con la directora de psicoterapia de la clínica de desordenes alimenticios, en México el 1.5 a 3 % de las mujeres jóvenes padecen de bulimia y que el inicio de estos trastornos oscila entre 11 a 25 años y que van en incremento. Más de la mitad de las adolescentes y cerca de una tercera parte de los adolescentes utilizan comportamientos no saludables para controlar su peso como saltarse las comidas, consumir comidas rápidas, fumar cigarrillos, vomitar y utilizar laxantes.¹⁴

En un comunicado por parte del IMSS en enero del 2008 informó que puso en marcha la primera Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Héctor H. Tovar Acosta", para disminuir los problemas y muertes por anorexia y bulimia, por la incidencia que estos trastornos alimentarios tienen en la actualidad en México ya que registraron 20 mil casos al año y afecto a más de 2 millones de mexicanos.²²

En Colombia se realizó un estudio en estudiantes de décimo grado en dos colegios públicos femeninos caleños, en los cuales la mayoría de sus estudiantes pertenecientes a estratos socioeconómicos medio-alto, en el cual se concluyó que el 66 % de las entrevistadas no estaban conforme con su apariencia en relación a su peso, el 66 % acostumbraba a mirarse mucho al espejo, 37 % practicaban dietas frecuentemente para bajar de peso, que el 91 % no cumplía esas dietas, el 35 % intentaron bajar de peso dejando de comer, 39 % come más de 3 veces al día y que 39 % se siente sobreprotegida por sus padres. Lo que demuestra una alarma para estimar el riesgo que hay en este grupo de edad de tener trastornos de la alimentación.²³

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico temprano de la bulimia nerviosa es un factor muy importante en prevenir un desorden alimenticio crónico.²⁴

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE BULIMIA (DSM-IV-TR).

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej. en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

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

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

D. La auto-evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Cada criterio por si solo no hace el diagnostico de bulimia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (25).

TRATAMIENTO.

Los objetivos terapéuticos son los siguientes: suprimir los atracones y regular el comportamiento alimentario, suprimir las conductas compensatorias, corregir los desequilibrios biológicos asociados al trastorno, situar el peso en el nivel adecuado, reducir la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción consiguiente, tratar posibles trastornos psiquiátricos asociados, mejorar la autoestima, auto imagen y adaptaciones sociales y solucionar la conflictividad familiar

Los antidepresivos han demostrado su eficacia: La fluoxetina es el más conocido, administrándose a dosis únicas diarias de 60mg. Los tratamientos de orientación cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal son de eficacia superior al placebo.

Los tratamientos mixtos debieran ser la norma, lo que exige especialización por parte del terapeuta. El tratamiento psicoterápico en grupo reúne ventajas terapéuticas. Los casos de cierta gravedad o resistencia deben tratarse intra-hospitalariamente.

Los criterios de hospitalización de la bulimia nerviosa pueden concretarse así: conductas purgativas de elevada frecuencia e incontrolables, desequilibrios biológicos graves, especialmente electrolíticos, trastornos asociados, especialmente acompañándose de ideación suicida, desorganización conductual/emocional grave y fracaso de los procedimientos ambulatorios.⁶

Evaluación.

Antes de que alguien inicie un tratamiento, como paciente interna o externa, debe ser evaluado su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes y de su voluntad para cambiarlos.

Cuestionarios.

Se han desarrollado varios cuestionarios especializados para evaluar a las pacientes. Ayudan a evaluar las actitudes de alguien hacia el peso y la figura, y clarifican las características psicológicas como los rasgos de personalidad, grado de desempeño social y problemas similares. De estos cuestionarios, el cuestionario para Bulimia (BULI-T), sirve para identificar el riesgo y predisposición de presentar bulimia nerviosa, otros como el Eating Attitudes Test (EAT 40) y el cuestionario para Bulimia de Edimburgo (BITE) también son de utilidad.

La entrevista.

La entrevista de evaluación ayuda al médico a obtener una idea más clara del estilo de vida del paciente, su peso actual, historial de dieta y fluctuaciones de peso, hábitos de la ingesta y actitudes hacia el peso y la familia, el marido, el amante o los amigos, y los intereses y ocupaciones exteriores son importantes porque arrojan luz sobre sus habilidades de desempeño, el grado de independencia y la medida de su aislamiento.

Psicoterapia individual.

Quizá el aspecto más importante de la psicoterapia para los trastornos de la ingesta es el desarrollo de una relación cálida entre los pacientes y su terapeuta.

A las personas afectadas de estos trastornos frecuentemente les resulta difícil confiar en los otros, en especial cuando se les pregunta por hábitos de la ingesta que ellas mismas consideran raros o repulsivos; temen que todos los demás también se sienten asqueados. Es necesario un alto grado de confianza por parte de la paciente para confiar en el terapeuta.

Psicoterapia tradicional.

Los métodos de terapia tradicionales animan a la paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual.¹⁰

Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, dice la teoría, la paciente adquiriera una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.

Modificaciones de la conducta.

Esta forma de terapia es quizá antagónica con respecto a la psicoterapia tradicional, porque ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra solo en la conducta cambiante. La modificación de la conducta actúa sobre la base de un principio muy simple: reforzar una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada. Por ejemplo, a una bulímica que alcanza una meta de peso predeterminada se le puede permitir ver una película o dejar de ir a clase un día. Si no logra alcanzar la meta, puede prohibírsele que vea la televisión. Un sistema similar de premios y castigos daría resultado con una paciente bulímica.

Terapia cognitivo-conductual (TCC).

Combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta manera el paciente trabaja simultáneamente en las motivaciones interiores y las manifestaciones exteriores.

La TCC implica los siguientes pasos:

Intensificar el conocimiento de la paciente de sus propios patrones de pensamientos. Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada. Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias. Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas. Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

Terapia de grupo

La terapia de grupo parece especialmente valiosa en el tratamiento de la bulimia. Según un estudio reciente, esta terapia era más beneficiosa que los medicamentos o la terapia individual.

Puesto que muchas bulímicas creen que son las únicas que se dedican a esas horribles practicas, resulta terapéutico enterarse de que otras personas también hacen esas cosas.

Terapia de familia

La terapia de familia simplemente permite al terapeuta observar los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta.

Terapia nutricional

El objetivo de la terapia nutricional es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo, el paciente debe estar libre de su temor a que todo lo que coma lo hará engordar. Para las bulímicas, el desafío consiste en aprender que comer pequeñas cantidades de sus comidas favoritas no conduce necesariamente a una sesión de atracón y purga.

Hacia el fin de la terapia, se recomienda que el menú semanal de la paciente incorpore pequeñas cantidades antes prohibidas, de manera que compruebe que consumir esas cosas no lleva automáticamente a un atracón. Si el deseo de atracón se vuelve irresistible, algunos médicos recomiendan tres estrategias: distracción, retraso o repetición.¹⁰

PRONOSTICO.

Hasta la fecha no se conocen medidas preventivas para reducir la incidencia de la bulimia, sin embargo; su pronóstico depende de la detección e intervención temprana principalmente en aquellas personas que tengan un mayor riesgo y así reducir la gravedad de los síntomas, estimular el proceso de crecimiento, desarrollo normal, y mejorar la calidad de vida de los adolescentes.²⁶

Alentar los hábitos alimenticios sanos y las actitudes razonables en cuanto al peso y la dieta puede ser también de gran ayuda. Diferentes estudios han demostrado que la prevención bien planificada, atendida durante tiempo, y a edades tempranas puede proteger para padecer un trastorno de la conducta alimentaría.

El pronóstico depende de la evolución de la enfermedad, un alto porcentaje (30-80%) de las pacientes con bulimia nerviosa tienden a presentar nuevos episodios de atracones y/o vómitos auto-provocados en su vida y un porcentaje bajo (5-15%) continuará abusando de laxantes o diuréticos.²⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cuando una persona cumple los criterios diagnósticos del DSM IV para BN como son presencia de atracones de comida recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas para no aumentar de peso y que estas se presenten por lo menos dos veces por semana durante tres meses además de que su auto evaluación física estén enfocadas en el peso y silueta corporal, se establece el diagnóstico de Bulimia; sin embargo; el cuadro completo de este padecimiento se descubre regularmente cuando ya lleva algún tiempo de evolución y a empezado ha deteriorar la salud de quien la padece, por que normalmente las mujeres que en este caso son mayoría pueden ocultar su problema por el hecho de que produce un deterioro lento y progresivo llegando a la cronicidad.

Es por ello que hay que trabajar en la identificación oportuna de este padecimiento para incidir en la población más vulnerable. El constructo de la sintomatología adquiere relevancia porque permite hacer trabajo de prevención con quienes están en riesgo, principalmente adolescentes mujeres en edad escolar de entre 14 y 18 años, esto es, mientras estudian el nivel medio-superior (preparatoria) y/o acercarnos a las personas que ya padecen el trastorno para hacer una adecuada canalización para su manejo. En Morelia no hay registro estadístico sobre la predisposición de BN en estudiantes mujeres de preparatorias públicas o privadas y por lo anterior, el BULI-T es un cuestionario diseñado para detectar o identificar en la población general quién esta en riesgo o que esta predispuesta para presentar bulimia.

Asimismo, se ha señalado durante largo tiempo que estos trastornos se dan primordialmente en las clases sociales altas donde no existe carencia de alimento, se pone énfasis en la apariencia física y la aprobación social y se cuenta con el poder adquisitivo para seguir los estándares de la moda. Sin embargo, los estudios sobre las clases sociales aún ofrecen resultados contradictorios ya que en algunos se muestra un mayor número de trastornos en las clases altas mientras que en otros no existen diferencias entre las clases altas y las clases bajas. Por lo tanto la pregunta a esta investigación es: ¿Cuál es la predisposición para bulimia nerviosa en estudiantes mujeres de una preparatoria pública y privada?

JUSTIFICACION.

De acuerdo con la directora de psicoterapia de la clínica de desordenes alimenticios de México, el 0.5 % de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa, entre el 1.5 a 3 % bulimia y que el inicio de estos trastornos oscila entre 11 a 25 años y que van en incremento. En los Estados Unidos la Asociación Nacional de Desordenes Alimenticios (NEDA) menciona que cerca de 10 millones de Norteamericanos padecen hoy en día desordenes alimentarios, 90 % son mujeres y el 10 % restante son hombres.

Según Worobey J. en su libro: *Nutrition and Behavior: A Multidisciplinary Approach* (nutrición y comportamiento: un enfoque multidisciplinario) 2006, la investigación sobre la bulimia nerviosa ha sido estudiada menos años que la anorexia nerviosa, las asociaciones entre la bulimia nerviosa y las clases sociales, país y cultura no han sido tan bien documentadas en su totalidad y que actualmente no hay una prevalencia absoluta para esta enfermedad (Ruiz Mtz. y cols. 2005). También refiere que ciertamente hay una mayor incidencia en el sexo femenino en edad escolar medio-superior, esto es mientras se encuentran en centros educativos debido a la alta competencia académica y la competencia entre compañeras por el aspecto físico.

Lo cierto es que hay mucha discordancia con la prevalencia sobre este trastorno y que en México hay pocos estudios al respecto a diferencia de otros países latinos.

En la actualidad hay interés sobre los trastornos de la alimentación en México, en donde la importancia que se concede al aspecto físico en la cultura occidental influye a muchas personas que se sienten insatisfechas con su imagen. Tan real es esta problemática en México que actualmente por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se esta trabajando en la apertura de una clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaría, en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" del Distrito Federal.

Y esa realidad se puede palpar claramente en nuestra sociedad. La belleza física aparece siempre asociada al éxito social y profesional y también a quien tiene mayor poder adquisitivo.

Siendo así pues una enfermedad subdiagnosticada, es de gran importancia la detección precoz de de esta enfermedad en consulta de primer nivel, en atención médica familiar y por que no, en los centros educativos mismos.

Es aquí donde radica la relevancia y justificación de la investigación, sobre la que se pretende seguir profundizando y contribuyendo tanto al análisis de los sectores en los que se registren mayor incidencia, en los sectores más vulnerables así como en los aspectos que implica y la posible disminución de los efectos e incluso en la capacidad para revertir la tendencia hacia su crecimiento.

HIPOTESIS Y OBJETIVOS.

HIPOTESIS:

No hay diferencia en la predisposición de bulimia nerviosa en estudiantes mujeres de preparatorias públicas y privadas.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la predisposición para bulimia nerviosa en mujeres de preparatorias pública y privada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

A. Determinar si los atracones y conductas compensatorias inapropiadas recurrentes son una predisposición mayor a BN en mujeres de preparatorias pública y privada.

B. Determinar si la autoevaluación física influida por el peso y la silueta corporal son una predisposición mayor a BN en mujeres de preparatorias pública y privada.

C. Identificar la relación del NSE y la predisposición a BN en las instituciones pública y privada.

D. Identificar la clase social de mayor riesgo a BN en la preparatoria pública y privada.

E. Definir cual de los dominios del BULI-T predomina más entre las instituciones pública y privada.

F. Definir la relación que hay entre los dominios del BULI-T y el grado escolar de cada institución.

G. Probar la fiabilidad del cuestionario BULIT-T.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Tipo encuesta

Población de estudio: Estudiantes mujeres de la preparatoria publicas Ingeniero Pascual Ortiz Rubio y Preparatoria privada Instituto Latino de Morelia.

Estimación de Tamaño de muestra: Por conveniencia, se tomo al total de alumnas que aceptaron participar en el estudio adscritas a las preparatorias pública y privada de los tres grados escolares el cual fue de 461 estudiantes.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión: Mujeres estudiantes de preparatorias pública y privada que deseen participar en el estudio

Criterios de no inclusión: Mujeres estudiantes que no deseen participar en el proyecto, patologías ya diagnosticadas de índole psiquiátrico, psicológico, neurológico y/o cualquier otra patología conocida por la estudiante bajo tratamiento medico.

Criterios de exclusión: Estudiantes que al momento no deseen continuar con el cuestionario y/o que estén incompletos los reactivos.

Descripción de Variables:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Alumnas de preparatorias pública.

Alumnas de preparatorias privadas

VARIABLES DEPENDIENTES:

Sintomatología de bulimia.

Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICIÓN
Preparatoria Pública	Institución educativa posterior e secundaria, normalmente requiere tres años de estudios completos o su equivalente a tiempo parcial. Operan con subsidios federales y estatales además de recursos propios de la misma Universidad; sus programas son acordes a los de la Dirección General del Bachillerato lo que permite a los alumnos continuar su formación de Nivel Superior.	1,2,3,años (cualitativa)
Preparatoria Privada	Institución educativa posterior e secundaria, normalmente requiere tres años de estudios completos o su equivalente a tiempo parcial. Su validez oficial es otorgada por: a) La Dirección General de Bachillerato; b) Universidades Autónomas; c) La Secretaría de Educación en el Estado y; d) La Universidad Michoacana. Operan con recursos propios obtenidos por las aportaciones mensuales de los padres de familia. Éstas Instituciones Educativas con carácter formativo propedéutico tienen como característica ofrecer a los educandos una formación humanística y científica que posibilita su incorporación para la continuación de estudios superiores.	1,2,3, años (cualitativa)
Bulimia	Presencia de ingestiones alimentarias excesivas y descontroladas, junto con actividades compensatorias de tales excesos determinadas por el miedo a engordar.	Test BULIT

METODOLOGIA.

El presente estudio se realizo en el periodo comprendido del 15 de Noviembre del 2008 al 30 de Julio del 2009. Se acudió a las escuelas seleccionadas tanto pública y privada, se solicito autorización a las autoridades estudiantiles para realizar el presente estudio de investigación, una vez informado detalladamente al profesorado y a la población estudiantil para la realización del proyecto, se firmo carta de consentimiento informado por parte de los padres y/o tutores (anexo 1), posteriormente se aplicaron los cuestionarios BULI-T para BN y la encuesta socioeconómica de Graffar para el NSE, las cuales se aplicaron directamente en el salón de clases de acuerdo a la disponibilidad de las aulas y de las estudiantes con apoyo de los profesores de la institución educativa privada para la aplicación de los cuestionarios y supervisión del investigador para auxilio y dudas sobre los cuestionarios, en la institución pública el investigador aplico personalmente los cuestionarios de acuerdo a la disponibilidad de las aulas y de las estudiantes con supervisión continua para auxilio y dudas sobre los cuestionario.

Para la identificación del riesgo y predisposición de presentar bulimia nerviosa se utilizo el cuestionario para Bulimia (BULI-T) que contiene 36 reactivos, cada reactivo con una opción de respuesta de cinco posibles, diseñados para medir los síntomas de bulimia nerviosa de acuerdo a los criterios del DSM-III²⁸ y posteriormente revisado y aprobado para los criterios del DSM-IV.²⁹ El cual, fue Validado en población mexicana en el año 2000; estableciendo el punto de corte para México de 85pts.³⁰ El nivel de estudios requerido para contestarlo es medio-superior o quinto año de Bachillerato. Los reactivos del BULI-T se evalúan de acuerdo a una escala de cinco puntos tipo Likert. Valorando así: Atracciones con los reactivos: 1,2,3,4,8,11,12,17,18,22,24,28,31,35. Valora los Sentimientos con los reactivos: 5,6,10,13,14,16,19,20,23,26,29. El Vomito incluyendo los siguientes reactivos: 1, 8,15,27,30, Alimentos valorados por los reactivos 9,21 y Peso con los reactivos 7,25,32,34. De estos, los reactivos 1,2,16,19,22,23,30,33,36 tienen una puntuación de menor a mayor; esto es de 1 a 5 pts., el resto de los reactivos se califica con una puntuación de mayor a menor; esto es de 5 a 1 punto, entendiendo que a mayor puntaje mayor predisposición de Bulimia.

De los 36 reactivos, sólo 28 son utilizados, no incluyéndose para la puntuación final los reactivos 7, 18, 19, 30, 33, 34, 35, 36 debido a los criterios del DSM-IV. El puntaje final se obtiene sumando los 28 reactivos, cuyo total puede fluctuar entre 28 y 140. El autor del instrumento informa que tiene una confiabilidad de prueba-posprueba del 95%, con una alta consistencia interna (98%); y una habilidad predictiva de falsos negativos del 80% y de falsos positivos del 40%. La sensibilidad es del 91% y la especificidad del 96%; con un poder predictivo positivo del 81% y un poder predictivo negativo del 98%.^{28,31}

Para evaluar el nivel socioeconómico se aplicó la encuesta socioeconómica de Graffar modificado debido a que es un esquema internacional que se utiliza como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social basada en las características sociales de la familia. Se clasifica en cinco estratos o niveles socioeconómicos: I (alto), II (media alta), III (media baja), IV (obrero) y V (Marginal). Es un gráfico que presenta en su parte superior cuatro letras: A, B, C y D, que señalan las cuatro variables en que se basa el método y estas son A= Profesión de jefe de familia, B= Nivel de instrucción de la madre, C= Fuente de ingreso y D= Calidad de la vivienda, cada una de estas variables cuenta con una opción de respuesta de 5 posibles, con una puntuación del 1 al 5 dando una puntuación mínima de 4 y máxima de 20pts., representando la puntuación más baja al NSE más alto y la puntuación más alta al NSE más bajo. Así tenemos de 4-6pts clase I (alta), de 7-9pts clase II (media alta), de 10-12pts clase III (media baja), de 13-15pts clase IV (obrera) y de 16-20pts clase V (marginal), ver anexo 3.³²

A todas las estudiantes que resultaron sospechosas para riesgo de bulimia nerviosa se canalizaron a psicología por parte de la misma institución, quienes contaban con seguridad social se enviaron a sus respectivas unidades medicas de adscripción con apoyo de los servicios de psicología y psiquiatría.

ANALISIS ESTADISTICO.

Los resultados se expresaron en totales, medias, porcentajes y desviación estándar, se presentaron en cuadros. Se utilizaron 4 procedimientos: prueba del Chi χ^2 de Pearson para la asociación del NSE con el tipo de institución educativa, correlacionar la predisposición de BN por institución educativa, asociar el grupo de edad y predisposición de BN en la institución pública y privada, asociar la predisposición de BN con el NSE en la pública y privada.

Análisis de la varianza de un factor (ANOVA de una vía) para valorar los puntajes promedios de los dominios del BULI-T por grado escolar en la institución pública y privada, valorar el NSE con los puntajes promedios de los dominios del BULI-T para la institución pública y privada.

Prueba T de Student para contrastar el puntaje total del BULI-T entre cada institución, contrastar los puntajes promedios de los dominios del BULI-T entre pública y privada, contrastar los puntajes promedios de los dominios del BULI-T con los positivos de riesgo a BN y negativos de riesgo a BN en la pública y privada.

Alfa de Cronbach para la fiabilidad del BULI-T.

Para el manejo estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 15.0.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El siguiente protocolo cumple con los lineamientos de la Declaración de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Fue autorizado por el comité local de Ética e investigación No. 1602, ubicado en el HGRN1, con número de registro R2008160240. Este estudio cuenta con el consentimiento informado por parte de los padres de familia y tutores de las estudiantes (anexo 1). A todas las estudiantes que resultaron sospechosas para riesgo de BN se canalizaron a psicología por parte de la misma institución, quienes contaban con seguridad social se enviaron a sus respectivas unidades medicas de adscripción con apoyo de los servicios de psicología y psiquiatría.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 461 estudiantes mujeres de nivel medio superior de las cuales 327 (70.9%) fueron de institución pública y 134 (29.1%) de institución privada (Cuadro I).

Cuadro I. Relación de alumnas por cada institución educativa.

Escuela	Frecuencia	Porcentaje %
Pública	327 alumnas	70.9%
Privada	134 alumnas	29.1%
Total	461 alumnas	100.0%

El promedio de edad fue 16.33 ± 0.06 en la institución pública y de 16.75 ± 0.09 años en la privada. Distribuidas por grados primero, segundo y tercero para cada una de las instituciones; correspondiendo en la institución pública 123 (37.6%), 93 (28.4%), 111 (33.9%) respectivamente y 36 (26.9%), 45 (33.6%), 53 (39.6%) a la institución privada (cuadro II, cuadro III).

Cuadro II. Alumnas por grupo de edad en institución pública y privada.

EDAD	Estudiantes Publica	Total %	EDAD	Estudiantes Privada	Total %	Total de alumnas
15	95	29.1%	15	19	14.2%	114 (21.65%)
16	93	28.4%	16	40	29.9%	133 (29.15%)
17	89	27.2%	17	39	29.1%	128 (28.15%)
18	39	11.9%	18	27	20.1%	66 (16%)
19 y más	11	3.4%	19 y más	9	6.7%	20 (5.05%)
Total	327	100%	Total	134	100%	461 (100%)

Cuadro III. Alumnas por grado escolar en la institución pública y privada.

Escuela	Primer año	Segundo año	Tercer año	Total
Pública	123 (37.6%)	93 (28.4%)	111 (33.9%)	327
Privada	36 (26.9%)	45 (33.6%)	53 (39.6%)	134
	159 (32.25%)	138 (33.75%)	164 (36.75%)	461

Para el estudio del NSE se utilizó la escala de Graffar la cual se asoció a la institución educativa mediante el estadístico de prueba no paramétrico χ^2 de Pearson con la finalidad de poder caracterizar si el nivel socio-económico asociaba y correspondía al tipo de institución ($\chi^2 = 93.886$, $gl=4$, $sig= .000$) lo cual fue evidente que en la privada el NSE es mucho mayor que la pública.

La institución pública represento en la clase I a 34 (10.4%) estudiantes, clase II a 101 (30.9%), clase III a 119 (36.4%), clase IV a 64 (19.6%) y clase V a 9 (2.8%) estudiantes. En la privada en clase I se encontraron 31 (23.1%), en la clase II a 90 (67.2%), clase III a 12 (9.0%) y clase IV a 1 (0.7%) estudiante, sin presencia de clase V (Cuadro IV).

Cuadro IV. Nivel socio-económico por institución educativa.

			Institución Educativa		Total
			Pública	Privada	
Nivel socioeconómico	Clase I (4-6)	Recuento	34	31	65
		% NSE	52.3%	47.7%	100.0%
		% INSTITUCION	10.4%	23.1%	14.1%
		% del total	7.4%	6.7%	14.1%
	Clase II (7-9)	Recuento	101	90	191
		% NSE	52.9%	47.1%	100.0%
		% INSTITUCION	30.9%	67.2%	41.4%
		% del total	21.9%	19.5%	41.4%
	Clase III (10-12)	Recuento	119	12	131
		% NSE	90.8%	9.2%	100.0%
		% INSTITUCION	36.4%	9.0%	28.4%
		% del total	25.8%	2.6%	28.4%
	Clase IV (13-15)	Recuento	64	1	65
		% NSE	98.5%	1.5%	100.0%
		% INSTITUCION	19.6%	.7%	14.1%
		% del total	13.9%	.2%	14.1%
	Clase V (16-20)	Recuento	9	0	9
		% NSE	100.0%	.0%	100.0%
		% INSTITUCION	2.8%	.0%	2.0%
		% del total	2.0%	.0%	2.0%
Total	Recuento	327	134	461	
	% NSE	70.9%	29.1%	100.0%	
	% INSTITUCION	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	70.9%	29.1%	100.0%	

Para determinar la predisposición o riesgo a bulimia nerviosa (BN) se utilizó el cuestionario BULI-T el cual cuenta con 36 reactivos el cual fue validado mediante el alfa de Cronbach para medir su fiabilidad global incluyendo sus dominios y se reconfirmó mediante el método de mitades Spearman-Brown; para medir su simetría lo cual represento ser un instrumento confiable (Cuadro V).

Cuadro V. Análisis de fiabilidad del cuestionario BULI-T.

DOMINIO	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades Spearman-Brown	Método de mitades Guttman
I. ATRACONES	1,2,3,4,8,11,12,17,18,22,24,28,31 35	0.822	0.87.3	0.87.0
II. SENTIMIENTOS	5,6,10,13,14,16,19,20,23,26,29	0.889	0.919	0.919
III. VOMITO	1,8,15,27,30	0.505	0.425	0.413
IV. ALIMENTOS	9,21	0.312	£	£
V. PESO	7,25,32,34	0.562	0.622	0.622
GENERAL	36	0.921	0.944	0.942

£ con dos reactivos no se pueden hacer mitades; uno contra el otro.

Dicho instrumento contó con un punto de corte de 85 de esta manera se conformaron dos grupos, aquellos para los cuales se obtuvo un puntaje mayor o igual a 85 se les denominó grupo positivo en el entendido que a mayor puntaje mayor riesgo a bulimia, otro menor a 85 se denominó como grupo negativo o sin riesgo. Tales grupos se asociaron por institución obteniendo positivo para riesgo a predisposición de bulimia 296 (64.2% del total de positivos) en la institución pública contra 127 (27.5% del total de positivos) en la institución privada. En los grupos de no riesgo se obtuvo 31 (6.7% del total de negativos) estudiantes de la institución pública y 7 (1.5% del total de negativos) estudiantes de la institución privada. Según el estadístico de prueba no paramétrico χ^2 de Pearson la distribución en ambas instituciones fue homogénea ($\chi^2 = 2.277$, $gl = 1$, $sig. = .131$) a pesar de la distancia tan importante en los porcentajes, la predisposición a bulimia es aproximadamente el doble en la institución pública (Cuadro VI, VII).

Cuadro VI. Predisposición de bulimia por institución educativa.

Predisposición a Bulimia Nerviosa		Institución Educativa Pública	Institución Educativa Privada	Total
Positivo (≥ 85 pts.)	Alumnas	296	127	423
	% Por Institución Educativa	90.5%	94.8%	
	% General	64.2%	27.5%	91.8%
Negativo (<85 pts.)	Alumnas	31	7	38
	% Por Institución Educativa	9.5%	5.2%	
	Porcentaje del total	6.7%	1.5%	8.2%
Total	Alumnas	327	134	461

Cuadro VII. Significancia estadística mediante la Prueba de χ^2 de Pearson para la predisposición de BN entre la institución pública y privada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.277	1	.131		
Corrección por continuidad	1.749	1	.186		
Razón de verosimilitudes	2.471	1	.116		
Estadístico exacto de Fisher				.190	.090
Asociación lineal por lineal	2.272	1	.132		
N de casos válidos	461				

El riesgo relativo asociado a la institución pública fue de .858 IC 95% (.728, 1.010) cuando en la privada fue de 1.630 IC 95% (.822, 3.232) y por otro lado se comparó el total del puntaje del BULI-T obtenido entre cada institución mediante el estadístico de contraste *T de Student* para muestras independientes, resultó con un puntaje promedio mayor la institución privada (96.54 ± 0.58) que la institución pública (95.93 ± 0.42) a pesar de no haber cifras significativas ($t = -.794$, $gl = 459$, $sig. = .428$).

Para la edad se conformaron cinco grupos, los cuales fueron de 15, 16, 17, 18 y en el grupo de 19 y más años solo había dos personas con edades de 21 y 22 años. Dichos grupos de edad se asociaron para la predisposición a bulimia para cada una de las instituciones, se encontró homogeneidad en la distribución de las variables, en la institución pública ($\chi^2 = 5.481$, $gl = 4$, $sig. = .241$) el valor modal fue la edad de 15 años con 91 (95.8%) positivos y 4 (4.2%) negativos cuando en la privada ($\chi^2 = 1.836$, $gl = 4$, $sig. = .766$) el grupo que más figuró fue de 16 años, 39 (97.5%) positivos y 1 (2.5%) para negativos.

Se asocio la predisposición a BN con el NSE para cada una de las instituciones encontrándose que en la institución privada carecía de clase V y no así en la pública por lo que a institución se refiere hay mayor predisposición a bulimia en la institución pública ($\chi^2 = 15.684$, $gl = 4$, $sig. = .003$) que en la institución privada ($\chi^2 = 2.377$, $gl = 3$, $sig. = .498$) por el simple hecho de tener una clase social más baja que en la privada; sin embargo, en relación a la predisposición a bulimia por el NSE de las estudiantes, hay mayor predisposición a bulimia en las clases sociales medias y alta con una media mayor en la institución privada que en la pública. (Cuadro VIII, IX, X).

Cuadro VIII. Predisposición a BN de acuerdo a NSE por institución educativa.

Pública	Chi-cuadrado de Pearson	15.684(a)	4	.003*
	Razón de verosimilitudes	14.659	4	.005
	Asociación lineal por lineal	10.388	1	.001
	N de casos válidos	327		
Privada	Chi-cuadrado de Pearson	2.377(b)	3	.498
	Razón de verosimilitudes	3.983	3	.263
	Asociación lineal por lineal	1.594	1	.207
	Número de casos válidos	134		

a 2 casillas (20.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada fue .85.

b 5 casillas (62.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada fue .05.

* $p < .05$

CUADRO IX. Predisposición a BN por clase social en la Institución Educativa Pública

Institución Educativa				Predisposición a bulimia		Total
				Positivo (>=85)	Negativo (<85)	
Pública	Nivel socioeconómico	Clase I (4-6)	Alumnas	26	8	34
			% de Nivel socioeconómico	76.5%	23.5%	100.0%
			% de Predisposición a bulimia	8.8%	25.8%	10.4%
		Clase II (7-9)	Alumnas	87	14	101
			% de Nivel socioeconómico	86.1%	13.9%	100.0%
			% de Predisposición a bulimia	29.4%	45.2%	30.9%
	Clase III (10-12)	Alumnas	114	5	119	
	% de Nivel socioeconómico	95.8%	4.2%	100.0%		
	% de Predisposición a bulimia	38.5%	16.1%	36.4%		
	Clase IV (13-15)	Alumnas	61	3	64	
	% de Nivel socioeconómico	95.3%	4.7%	100.0%		
	% de Predisposición a bulimia	20.6%	9.7%	19.6%		
	Clase V (16-20)	Alumnas	8	1	9	
	% de Nivel socioeconómico	88.9%	11.1%	100.0%		
	% de Predisposición a bulimia	2.7%	3.2%	2.8%		
	Total	Alumnas	296	31	327	
		% de Nivel socioeconómico	90.5%	9.5%	100.0%	
		% de Predisposición a bulimia	100.0%	100.0%	100.0%	
		% del total	90.5%	9.5%	100.0%	

CUADRO X. Predisposición a BN por clase social en la Institución Educativa Privada

Institución Educativa Privada			Predisposición a bulimia		Total
			Positivo (>=85)	Negativo (<85)	
Nivel socioeconómico	Clase I (4-6)	Alumnas % de Nivel socioeconómico % de Predisposición a bulimia	31 100.0% 24.4%	0 .0% .0%	31 100.0% 23.1%
	Clase II (7-9)	Alumnas % de Nivel socioeconómico % de Predisposición a bulimia	84 93.3% 66.1%	6 6.7% 85.7%	90 100.0% 67.2%
	Clase III (10-12)	Alumnas % de Nivel socioeconómico % de Predisposición a bulimia	11 91.7% 8.7%	1 8.3% 14.3%	12 100.0% 9.0%
	Clase IV (13-15)	Alumnas % de Nivel socioeconómico % de Predisposición a bulimia	1 100.0% .8%	0 .0% .0%	1 100.0% .7%
Total		Alumnas % de Nivel socioeconómico % de Predisposición a bulimia % del total	127 94.8% 100.0% 94.8%	7 5.2% 100.0% 5.2%	134 100.0% 100.0% 100.0%

En relación al grado escolar se utilizó análisis de varianza de una vía (ANOVA), para cada una de las instituciones por cada uno de los dominios del instrumento BULIT los cuales son atracón, sentimiento, vomito, alimento y peso, esto para analizar los puntajes promedios de riesgo de predisposición a bulimia. En la institución pública el único dominio que se encontró diferencia fue el de Vomito, el grupo de tercer grado obtuvo el puntaje más bajo 16.34 ± 0.18 que el grupo de primer grado 17.11 ± 0.14 y el de segundo grado 17.22 ± 0.21 ; esto quiere decir que al dominio de Vomito se le da una gran importancia por parte de las estudiantes de segundo grado que tienen un puntaje promedio mayor para predisposición a bulimia (Cuadro XI).

Cuadro XI. Relación del grado escolar con los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T en la institución pública.

DOMINIO	GRADO I n=123 $\bar{X} \pm E.E$	GRADO II n=93 $\bar{X} \pm E.E$	GRADO III n=11 $\bar{X} \pm E.E$
ATRACONES	53.11 ± 0.53	54.03 ± 0.52	52.56 ± 0.55
SENTIMIENTOS	33.84 ± 0.32	32.82 ± 0.36	33.28 ± 0.94
VOMITO	17.11 ± 0.14	17.22 ± 0.21	16.34 ± 0.18 *
ALIMENTO	7.50 ± 0.14	7.67 ± 0.16	7.54 ± 0.14
PESO	17.72 ± 0.22	17.33 ± 0.21	17.65 ± 0.21
PUNTAJE TOTAL	96.58 ± 0.76	95.83 ± 0.63	95.30 ± 0.75

* $p < .05$

En la institución privada no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grados, debido a la homogeneidad de los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T, esto es; todas las estudiantes le dan la misma importancia a todos los dominios (Cuadro XII).

Cuadro XII. Relación del grado escolar con los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T en la Institución Privada.

DOMINIO	GRADO I n=36 $\bar{X} \pm E.E$	GRADO II n=45 $\bar{X} \pm E.E$	GRADO III n=53 $\bar{X} \pm E.E$
ATRACONES	54.64 \pm 0.72	54.36 \pm 0.54	52.60 \pm 0.70
SENTIMIENTOS	34.36 \pm 0.62	33.84 \pm 0.47	34.51 \pm 0.50
VOMITO	16.78 \pm 0.20	16.84 \pm 0.19	17.34 \pm 0.26
ALIMENTO	7.39 \pm 0.21	7.69 \pm 0.19	7.53 \pm 0.24
PESO	17.81 \pm 0.30	17.64 \pm 0.30	16.70 \pm 0.42
PUNTAJE TOTAL	96.58 \pm 1.09	97.48 \pm 0.73	95.71 \pm 1.11

Para el Nivel socio-económico (NSE) o clase social en relación a los diferentes dominios del BULI-T se utilizó un ANOVA para cada una de las instituciones. Se encontró que en la institución pública el dominio de atracones obtuvo el puntaje promedio de mayor riesgo (54.39 ± 0.43) perteneciente a la clase social media baja (clase III), mientras que el puntaje promedio de menor riesgo (50.47 ± 1.39) pertenece a la clase alta (clase I), así este dominio se ve afectado en la institución pública ($F= 3.518$, $gl= 326$, $sig. = 0.008$), mientras que en la institución privada este dominio fue irrelevante ($F=.681$, $gl= 133$, $sig. = 0.565$). En el dominio de los sentimientos, para la pública el puntaje promedio mayor de riesgo (33.89 ± 0.40) fue en la clase obrera (clase IV) y el puntaje de menor promedio (31.38 ± 0.61) en la clase alta (clase I) ($F = 4.454$, $gl = 326$, $sig. = 0.002$), mientras que en la privada fue irrelevante ($F = 1.356$, $gl = 133$, $sig.= 0.259$). En el dominio de vomito tanto en la pública como en la privada fueron irrelevantes. En relación al dominio de alimentos en la pública se obtuvo un puntaje mayor promedio (8.04 ± 0.13) en la clase media baja (clase III) y un puntaje menor promedio (7.31 ± 0.18) en la clase obrera (clase IV) ($F = 5.226$, $gl = 326$, $sig. = 0.000$), en la privada no hubo relevancia ($F = 1.513$, $gl = 133$, $sig. = 0.214$). En el dominio del peso en la institución pública el puntaje mayor promedio (18.00 ± 0.57) fue en la clase marginal (clase V) y el de menor puntaje promedio (15.88 ± 0.57) en la clase alta (clase I) ($F = 5.699$, $gl = 326$, $sig. = 0.00$), mientras que la privada tampoco hubo relevancia ($F = 0.386$, $gl=133$, $sig. = 0.764$), (Ver Cuadros XIII y XIV).

Cuadro XIII. Relación de la clase social y los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T en la Institución Privada.

DOMINIOS DEL BULIT		n	$\bar{X} \pm E.E$
ATRACONES			
Clase	I	31	54.26 \pm 0.74
Clase	II	90	53.38 \pm 0.49
Clase	III	12	55.08 \pm 1.28
Clase	IV	1	54.00 \pm 0
	Total	134	53.74 \pm 0.39
SENTIMIENTOS			
Clase	I	31	34.42 \pm 0.54
Clase	II	90	33.94 \pm 0.37
Clase	III	12	35.75 \pm 1.32
Clase	IV	1	38.0 \pm 0
	Total	134	34.25 \pm 0.30
VOMITO			
Clase	I	31	17.32 \pm 0.20
Clase	II	90	16.88 \pm 0.18
Clase	III	12	17.25 \pm 0.27
Clase	IV	1	18.0 \pm 0
	Total	134	17.02 \pm 0.13
ALIMENTOS			
Clase	I	31	7.52 \pm 0.22
Clase	II	90	7.67 \pm 0.15
Clase	III	12	6.83 \pm 0.52
Clase	IV	1	6.0 \pm 0
	Total	134	7.54 \pm 0.12
PESO			
Clase	I	31	17.68 \pm 0.32
Clase	II	90	17.16 \pm 0.28
Clase	III	12	17.50 \pm 0.72
Clase	IV	1	18.0 \pm 0
	Total	134	17.31 \pm 0.21
PUNTAJE TOTAL			
Clase	I	31	97.25 \pm 1.01
Clase	II	90	96.03 \pm 0.73
Clase	III	12	98.41 \pm 2.28
Clase	IV	1	98.00 \pm 0
	Total	134	96.54 \pm 0.58

Cuadro XIV. Relación de la clase social y los puntajes promedios de los diferentes dominios del BULI-T en la Institución Pública.

DOMINIOS DEL BULIT	n	$\bar{X} \pm E.E$
ATRACONES		
Clase I	34	50.47 \pm 1.39
Clase II	101	52.86 \pm 0.52
Clase III	119	54.39 \pm 0.43**
Clase IV	64	53.00 \pm 0.74
Clase V	9	52.33 \pm 1.92
Total	327	53.18 \pm 0.31
SENTIMIENTOS		
Clase I	34	31.38 \pm 0.61
Clase II	101	33.14 \pm 0.35
Clase III	119	33.68 \pm 0.28
Clase IV	64	33.89 \pm 0.40
Clase V	9	35.22 \pm 0.86**
Total	327	33.36 \pm 0.18
VOMITO		
Clase I	34	17.12 \pm 0.37
Clase II	101	16.61 \pm 0.19
Clase III	119	17.02 \pm 0.16
Clase IV	64	17.02 \pm 0.20
Clase V	9	16.22 \pm 0.89
Total	327	16.88 \pm 0.10
ALIMENTOS		
Clase I	34	6.94 \pm 0.29
Clase II	101	7.35 \pm 0.15
Clase III	119	8.04 \pm 0.13*
Clase IV	64	7.31 \pm 0.18
Clase V	9	7.67 \pm 0.57
Total	327	7.56 \pm 0.08
PESO		
Clase I	34	15.88 \pm 0.57
Clase II	101	17.62 \pm 0.22
Clase III	119	17.91 \pm 0.17*
Clase IV	64	17.77 \pm 0.28
Clase V	9	18.00 \pm 0.57
Total	327	17.58 \pm 0.12
PUNTAJE TOTAL		
Clase I	34	90.79 \pm 1.48
Clase II	101	94.92 \pm 0.83
Clase III	119	97.84 \pm 0.60*
Clase IV	64	96.60 \pm 0.83
Clase V	9	96.88 \pm 2.41
Total	327	95.93 \pm 0.42

*p < .0001

**p < .05

Para analizar los puntajes promedios de acuerdo a los diferentes dominios del BULIT en relación a ambas instituciones, se utilizó el estadístico de contraste *T de Student* para muestras independientes, en dicho contraste, el único dominio que resultó ser diferente fue el de sentimientos ($t=-2.511$, $gl=459$, $sig=.012$), en donde el puntaje promedio mayor lo obtuvo la institución privada (34.25 ± 0.30) contra la pública (33.36 ± 0.18), esto quiere decir; que los sentimientos en relación a la BN son de mayor riesgo e importancia y para las estudiantes de la privada (Cuadro XV).

Cuadro XV. Diferencia entre los puntajes promedios de los distintos dominios del BULIT por institución Educativa.

DOMINIO	PUBLICA n=327 $\bar{X} \pm E.E$	PRIVADA n=134 $\bar{X} \pm E.E$
Atracones	53.18 \pm 0.31	53.74 \pm 0.39
Sentimientos	33.36 \pm 0.18	34.25 \pm 0.30*
Vomito	16.88 \pm 0.10	17.02 \pm 0.13
Alimentos	7.56 \pm 0.08	7.54 \pm 0.12
Peso	17.58 \pm 0.12	17.31 \pm 0.21
TOTAL	95.93 \pm 0.42	96.54 \pm 0.58

* $p < .05$

Posteriormente se contrasto la predisposición a BN de acuerdo al punto de corte del BULIT (positivo a riesgo con puntaje mayor o igual a 85 y negativo a riesgo para aquellos con puntaje menor de 85) con los distintos dominios del BULIT para cada institución educativa. Esto para identificar los dominios del instrumento que son más determinantes e importantes para las estudiantes de cada institución con relación a la predisposición a BN. El puntaje promedio para Atracón en la institución pública fue 54.31 ± 0.25 ($t = 11.363$, $gl= 326$, $sig. = 0.00$), mientras que en la privada se obtuvo un puntaje promedio de 54.23 ± 0.35 en positividad a bulimia ($t= 6.018$, $gl= 133$, $sig. = 0.00$). El dominio de sentimientos en la pública obtuvo un puntaje promedio de positividad del 33.75 ± 0.18 ($t= 6.854$, $gl= 326$, $sig. = 0.000$) y en la privada un promedio de positividad de 34.28 ± 0.32 a tener riesgo de bulimia ($t= .518$, $gl= 133$, $sig. = 0.605$). En la institución pública el dominio para vomito obtuvo un puntaje promedio con positividad para bulimia de 17.07 ± 0.10 ($t= 4.496$, $gl= 326$, $sig. = 0.000$) mientras que para la privada se obtuvo un puntaje promedio de positividad a bulimia de 17.10 ± 0.13 ($t=1.523$, $gl= 133$, $sig. = 0.177$). En la pública el dominio de alimentos obtuvo un puntaje promedio de positividad a bulimia de 7.76 ± 0.08 ($t= 7.575$, $gl= 326$, $sig. = 0.000$), en la privada se obtuvo un promedio de positividad a bulimia del 7.69 ± 0.11 ($t=3.256$, $gl= 133$, $sig. = 0.016$). Para el dominio del peso en la institución pública se tuvo un puntaje promedio de positividad a bulimia de 17.89 ± 0.11 ($t= 5.903$, $gl= 326$, $sig. = 0.000$) y en la privada un puntaje promedio de positividad del 17.41 ± 0.21 ($t= 1.925$, $gl= 133$, $sig. = 0.056$). (Cuadros XVI, XVII).

Cuadro XVI. Contraste de los puntajes promedio de los diferentes dominios del BULIT con la predisposición a BN en la institución educativa pública.

DOMINIO	POSITIVO (Riesgo) n=296 alumnas $\bar{X} \pm E.E$	NEGATIVO (No riesgo) n=31 alumnas $\bar{X} \pm E.E$
Atracones	54.31 \pm 0.25	42.45 \pm 1.01*
Sentimientos	33.75 \pm 0.18	29.61 \pm 0.58*
Vomito	17.07 \pm 0.10	15.06 \pm 0.43*
Alimentos	7.76 \pm 0.08	5.68 \pm 0.22*
Peso	17.89 \pm 0.11	14.71 \pm 0.52*
TOTAL	97.64 \pm 0.33	79.61 \pm 0.85*

*p < .0001

Cuadro XVII. Predisposición a BN con relación a los dominios del BULIT en institución educativa privada.

DOMINIO	POSITIVO (Riesgo) n=127 alumnas $\bar{X} \pm E.E$	NEGATIVO (No riesgo) n=7 alumnas $\bar{X} \pm E.E$
Atracones	54.23 \pm 0.35	44.86 \pm 1.65*
Sentimientos	34.28 \pm 0.32	33.57 \pm 0.68
Vomito	17.10 \pm 0.13	15.57 \pm 0.99
Alimentos	7.69 \pm 0.11	5.00 \pm 0.81**
Peso	17.41 \pm 0.21	15.57 \pm 0.97
TOTAL	97.30 \pm 0.53	82.71 \pm 0.35

*p < .0001

**P < .05

DISCUSIÓN.

Nuestra población de estudio es equiparable a otras que han sido estudiadas en trabajos similares.^{1,13} En las últimas dos décadas han aparecido cada vez más reportes sobre el aumento en la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria principalmente en adolescentes mujeres,^{14,22} de ahí el interés de hacer un acercamiento a esta población en nuestro medio, tratando de evaluar el riesgo de éstos trastornos en países en vías de desarrollo.

En presencia de escasos estudios realizados en adolescentes estudiantes de nivel medio-superior de estos trastornos en nuestro país, el presente ayuda a llenar este vacío y comprueba que la prevalencia y el riesgo a Bulimia es similar a los de los países desarrollados, sin embargo; si hay diferencia significativa entre los estratos socioeconómicos.^{8,12,13}

El hecho de que la aparición de los trastornos alimentarios sean en la adolescencia podía tener relación con el hecho de que la identifiquen como un trastorno fóbico, que generaría una gran ansiedad, que llevaría a hacer dietas y al problema alimentario;²⁰ la existencia de una fuerte insatisfacción corporal en la bulimia ha sido confirmada por diferentes estudios entre grupos social y culturalmente muy diferentes³³, debido a una presión ambiental elevada y a la moda de la delgadez femenina.^{7,9}

En nuestro estudio se observó que más del 90% de las adolescentes presentaron una conducta riesgosa de bulimia, discordando en gran medida con las estadísticas de organizaciones especializadas en trastornos de la conducta alimentaria.¹⁴ En los resultados de nuestro estudio si hay correlación de mayor prevalencia de desordenes alimenticios en las zonas urbanas y de clases sociales altas con los estudios epidemiológicos de otros realizados,³⁴ sin embargo; hay poca diferencia del riesgo de padecer TCA por pertenecer a una institución pública o privada o de pertenecer a una clase social en particular al igual que otros estudios realizados en diferentes partes del mundo.^{3,10}

Cabe mencionar, que en esa poca diferencia entre ambas instituciones educativas, no hay clase social marginal (Clase V) en la institución privada y esto quizá es lo que hace la diferencia de haber más predisposición a BN en las estudiantes de la preparatoria pública, pero, por lo que a institución educativa se refiere y al NSE de cada una de las estudiantes, la predisposición continúa predominando en las clases media, media alta y alta, independientemente de en cual institución educativa pertenezcan sugiriendo así que el NSE pudiera jugar un papel importante como factor predisponente de BN y no así el ambiente escolar en que se desenvuelve la estudiante.³⁵

La importancia que dan las adolescentes a tratar de tener una figura esbelta a costa de su salud en base a atracones de comida para posteriormente generar sentimientos de culpa y realizar medidas compensatorias inapropiadas para tratar de no engordar y bajar de peso concuerdan con las estadísticas internacionales,^{14,35} y en este estudio es más significativo en las adolescentes de la preparatoria pública a diferencia de las estudiantes de la preparatoria privada, esto es; en las estudiantes de preparatoria pública el contraste de la sintomatología de BN es mucho mayor que en la privada, quizá debido a que el NSE de la privada es muy homogéneo para contrastar en la sintomatología, mientras que en la pública hay más variedad de clases sociales.

CONCLUSIONES.

- Se concluye en nuestro estudio que no hay significancia de predisposición a Bulimia entre la institución educativa pública y privada. La clase social con mayor riesgo a BN en la preparatoria pública fue la clase media baja y media alta. En la privada el mayor riesgo lo obtuvieron las clases media alta y alta.
- La mayor predisposición se encuentra en edades de entre los 15 años en la pública y 16 años en la privada.
- Los atracones, las conductas compensatorias inapropiadas recurrentes y la autoevaluación física influida por el peso y la silueta corporal fueron síntomas más significativos de riesgo a BN en mujeres de la preparatoria pública.
- Las estudiantes de la preparatoria pública le dan importancia a todos los dominios del BULI-T mientras que solo los dominios de atracones y alimentos son importantes para las estudiantes de la privada.
- El dominio del vomito del BULI-T fue más significativo en las estudiantes de segundo grado de la preparatoria pública. Para las estudiantes de la privada no hubo diferencia entre los diferentes grados escolares.
- Resulto tener buena fiabilidad el BULI-T como instrumento para detectar riesgo a BN.

SUGERENCIAS.

Cabe mencionar que de las debilidades de este estudio fue el número de las instituciones seleccionadas, lo que sería de ayuda aumentar el número de instituciones educativas para identificar a la población de riesgo de estos trastornos y así contar con una estadística real del problema que hay de la conducta alimentaria en nuestra comunidad. Los resultados del estudio se informaron a las autoridades correspondientes de las instituciones con el fin de realizar medidas y acciones pertinentes que estas crean convenientes en beneficio de sus estudiantes.

Se sugiere la detección oportuna de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) específicamente a BN y con la importancia de ejercer una medicina preventiva en nuestro país, sería de gran utilidad la realización de un proyecto educativo basado en la medicina preventiva dentro de las instituciones escolares de nivel medio-superior sin importar si son escuelas privadas o públicas sobre las conductas alimentarias, esto con la finalidad de tratar de evitar que las estudiantes que tengan un mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos alimenticios lleguen a presentar trastornos de la conducta alimentaria bien establecidos con el consiguiente deterioro en la salud física y mental y así evitar las complicaciones a largo plazo que comúnmente llegan a suceder en este tipo de pacientes.

Es de vital importancia que el programa de escuela saludable en Morelia tenga un enfoque en la prevención de enfermedades psiquiátricas sobre los trastornos de conducta alimentaria, debido a que los problemas de salud interfieren con la capacidad de los estudiantes para asistir a la escuela, permanecer en ella y optimizar sus oportunidades de aprendizaje, incluso para aquellas con recursos limitados, se puede hacer mucho por los estudiantes y, en consecuencia, maximizar los resultados de la enseñanza.

Con la participación de los mismos estudiantes, padres de familia y maestros para implementar medidas de nutrición y de promoción de la salud se podría prevenir muchos de los trastornos alimentarios que afectan en la actualidad a los adolescentes. Se sugiere el envío a todas las estudiantes que resultaron sospechosas para riesgo de BN al servicio de psicología por parte de la misma institución y quienes contaban con seguridad social sean enviadas a sus respectivas unidades médicas de adscripción con apoyo de los servicios de psicología y psiquiatría.

BIBLIOGRAFIA.

1. Tobal FM, Díaz MM, Arce JL. Trastorno de la conducta alimentaria en el deporte. Revista de Motivación y Emoción 1997; 5:11-12.
2. Pope HG, Hudson JL, Miale JP. Bulimia in the late nineteenth century: The observations of Pierre Janet. Psych J 1985; 15:739-743.
3. Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de bachillerato. Rev Fac Med 2008; 56(3):193-210.
4. Merry NM, Andry P. Culture and Eating Disorders. Psychiatric Times 2009; 16(2):1-2.
- 5 Barber N. Secular Changes in Standard of bodily attractiveness in women: tests of a reproductive model. International Journal eating disorder 1998; 23:449-453.
6. AVT Consultores. Farreras-Rozman Medicina interna. (CD ROM). Madrid España: Harcourt; 2000.
7. Hesse BS, Leavy P, Quinn EC. The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture. Women's studies international forum 2006; 29:208-224.
8. Suarez GF, Vaz JL. Conducta alimentaria y trastornos alimentarios en población femenina. Semergen 2009; 29(4):79-82.
9. Carrillo DM. Factores socioculturales en los TCA: No solo moda, medio de comunicación y publicidad. Trastornos de la conducta alimentaria 2005; 2:120-141.
10. Lawrence A. Maayan, Joseph L. Woolston. Eating Disorders. En: Keith CK. Child and adolescent psychiatry: the essentials. United States: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 247-263.

11. Anstine D. Rapid screening for disordered eating in collage-aged females in the primary care setting. *Journal of Adolescent Health* 2000; 26: 338-42.

12. Loreto C, Tamara Z, Patricia SM. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Ped* 2006; 77: 153-160.

13. Marin BV. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chil Nutr* 2002; 29 (2):17-27.

14. National Eating Disorders Association. Statistics: Eating Disorders and their Precursors. Estados Unidos: neda.com; 2009 (actualizada 2006; acceso Marzo 2009). Disponible en: www.NationalEatingDisorders.org.

15. Mendoza CP, Posada-Hurtado E. Prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Cali Colombia: PIAB; 2001 (actualizada el 15 de Noviembre del 2001; acceso Marzo 2009). Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>.

16. Phiper M. *Hambre a la moda*. Barcelona España: Grijalbo; 2000.

17. Ortega M, Laverde A. Anorexia en niños. *Rev El tiempo* 1999; 3(8): 17-19.

18. Becker AG, Klibanski HD. The Harvard Mental Health letter. Masschusetts. Harvard Health Publications; 2003 (actualizada 2000; acceso Abril 2009). Disponible en: www.mentalhealth.com

19. Barisof Ingrid. The effects of the Media on male Body image (Thesis of psychology).

Canada: University of Regina Skatchewan; August 1999.

20. Palpan J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V. Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de lima metropolitana. *Psych Int* 2007;18:4-12.

21. Jauregui LI. Cuestiones medico legales en los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Psiq int* 2002; 24:11-26.

22. Coordinación de comunicación social. Contara IMSS con su primera clínica para atender anorexia y bulimia. México: imss.gob; 2008 (actualizada 2008; acceso abril 2009). Disponible en: www.imss.gob.mx/comunicacion.

23. Calero Mabel Irina. La anorexia una realidad en las adolescentes (Tesis de psicología). Santiago de Cali: Facultad de psicología hispanoamericano de Santiago de Cali; Mayo 1999.

24. Reas DL., Williamson DA, Martin CK. Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study. *The International journal of eating disorders* 2000;27(4): 428-434.

25. Pichot Pierre. DSM-1V-TR Diagnostic and statistical Manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American psychiatric Association; Jun 2000.

26. Sepulveda NA, Carrobles AJ, Gandarillas MA. School and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health* 2008; 8:102.

27. Pascual U. Trastornos nutricionales. Rev Desarrollo del adolescente de Chile 2008; 4(24): 12-33.
28. Smith MC, Thelen MH. Development and Validation of a Test for Bulimia. Journal of consulting and Clinical Psychology 1984; 5(52): 863-872.
29. Thelen HM, Mintz LB, Vanderwal JS. The Bulimia Test-Revised: Validation whit DSM-IV criteria for Bulimia Nervosa. Psychological Assessment 1996; 8(2):219-221.
30. Álvarez RG. Validación en México de instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. (Tesis de maestría en psicología clínica). México: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; 2000.
31. Mintz LA, Mulholland SO. Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. J Couns Psych 1997;44:63-79.
32. Méndez CH, Méndez NC. Estratificación Social y Biológica Humana, Método de Graffar modificado. Arch Ven Ped 1986; 49: 93 - 104.
33. Zalazar MZ. Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. Rev Ciencias Sociales 2007; 116(2): 71-85.
34. Becker EA, Grinspoon KS, Klibanski A, Herzog BD. Eating disorders. NEJM 1999;340(14):1092-1098.
35. Ruíz MA, González SR, Valdez NS. Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas. Episteme 2005; 3(1):88-98.

RELACION DE ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: “**Predisposición de Bulimia en estudiantes mujeres de preparatorias publicas y privadas**”

Registrado ante el comité local de investigación y ética o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: conocer la predisposición de Bulimia Nerviosa en estudiantes mujeres de preparatorias públicas y privadas. .

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder un cuestionario auto aplicado el cual es: BULI-T y Graffar.

Afirmo que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias, y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

1. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento así, como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.
2. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
3. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Lugar y Fecha _____

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos _____

ANEXO 2. THE BULIT TEST

1. ¿Alguna vez has comido en forma incontrolable hasta el punto de quedar muy llena? (por ejemplo a reventar)

- (A) una vez al mes o menos (o nunca)
- (B) 2-3 veces en un mes
- (C) una o dos veces a la semana
- (D) 3-6 veces en una semana
- +(E) una vez al día o más

2. ¿Estas satisfecha con tu forma de comer?

- (A) de acuerdo
- (B) Indiferente (no importa)
- (C) un poco en desacuerdo
- (D) en desacuerdo
- +(E) En desacuerdo enérgica y absolutamente.

3. ¿Alguna vez te mantuviste comiendo hasta que pensaste que estallarías?

- +(A) prácticamente siempre que como
- (B) muy frecuentemente
- (C) a menudo
- (D) algunas veces
- (E) rara vez o nunca

4. ¿Usted se llamaría actualmente un comedor compulsivo? (comer en forma incontrolable).

- +(A) sí, absolutamente
- (B) sí
- (C) sí, probablemente
- (D) sí, posiblemente
- (E) no, probablemente no

5. Prefieres comer:

- +(A) en casa solamente
- (B) en casa con otros
- (C) en un restaurante en público
- (D) en la casa de un amigo
- (E) no importa

6. ¿Sientes que tienes el control sobre la cantidad de comida que consumes?

- (A) siempre o todo el tiempo
- (B) la mayoría del tiempo
- (C) ocasionalmente
- (D) Raras veces
- +(E) nunca

X 7. ¿Usas medicamentos que te ayuden a controlar tu peso.?

- (A) una vez al día o más
- (B) 3-6 veces por semana
- (C) una o dos veces a la semana

(D) 2-3 veces en un mes

(E) una vez al mes o menos (o nunca)

8. ¿Comes hasta que te sientes demasiada cansada para continuar comiendo?

- +(A) por lo menos una vez al día
- (B) 3-6 veces por semana
- (C) una o dos veces a la semana
- (D) 2-3 veces por mes
- (E) una vez al mes o menos (o nunca)

9. ¿Cuán a menudo prefieres comer helados, malteadas o pudines durante una fiesta?

- +(A) siempre
- (B) frecuentemente
- (C) a veces
- (D) raramente o nunca
- (E) no los consumo en fiestas.

10. ¿Que tanto te preocupa comer en exceso (tener comilonas)?

- (A) no como en exceso (no tengo comilonas)
- (B) me molesta un poco
- (C) me importa más o menos
- (D) me importa mucho
- +(E) probablemente es la importancia más grande en mi vida.

11. La mayoría de las personas a quienes conozco estarían asombradas si supieran cuánta comida puedo consumir de una sentada.

- +(A) sin duda alguna
- (B) muy probablemente
- (C) probablemente
- (D) posiblemente
- (E) no lo estarían.

12. ¿Alguna vez comiste hasta el punto de sentirte enferma?

- +(A) muy frecuentemente
- (B) frecuentemente
- (C) bastante a menudo
- (D) ocasionalmente
- (E) Rara vez o nunca

13. ¿tienes miedo de comer cualquier cosa por el temor de no poder parar de comer?

- +(A) siempre
- (B) casi siempre
- (C) frecuentemente
- (D) a veces
- (E) rara vez o nunca.

14. No me gusto a mi misma después de comer mucho.

- +(a) siempre
- (b) casi siempre
- (c) algunas veces

- (d) rara vez o nunca
- (e) no como mucho

63

15. ¿Cuán a menudo vomitas intencionadamente después de comer?

- +(A) 2 o más veces por semana
- (B) una vez a la semana
- (C) 2-3 veces en un mes
- (D) una vez al mes
- (E) nunca

16. ¿Cómo te sientes después de comer en exceso (tener una comilona)?

- (A) yo no como en exceso (no tengo comilonas).
- (B) me siento bien.
- (C) me siento levemente disgustada conmigo misma
- (D) me siento muy disgustada conmigo misma
- +(E) me odio a mi misma

17. ¿Comes mucha comida cuando ni siquiera tienes hambre?

- +(A) muy frecuentemente
- (B) frecuentemente
- (C) ocasionalmente
- (D) a veces
- (E) rara vez o nunca

18. ¿Tu forma de comer es diferentes a la forma de comer de la mayoría de las personas?

- +(A) siempre
- (B) casi siempre
- (C) frecuentemente
- (D) a veces
- (E) rara vez o nunca

19. ¿Haz tratado de perder peso por el ayuno o utilizando dietas estrictas?

- (A) no en el año anterior
- (B) una vez en el año anterior
- (C) 2-3 veces en el año anterior
- (D) 4-5 veces en el año anterior
- +(E) más de 5 veces en el año anterior

20. ¿Te sientes triste o melancólica después de comer más de lo que planeaste comer?

- +(A) siempre
- (B) casi siempre
- (C) frecuentemente
- (D) a veces
- (E) rara vez o nunca.

21. Cuando tienes una fiesta, ¿cuidas de comer comidas que son altas en carbohidratos (Dulces, comida chatarra, almidones, etc.)?

- +(A) siempre
- (B) casi siempre

- (C) frecuentemente
- (D) a veces
- (E) rara vez, no salgo de fiesta.

22. Comparada con la mayoría de la gente, tu habilidad para controlar tu comportamiento para comer parece ser:

- (A) más grande que la habilidad de otros
- (B) parece igual
- (C) menos
- (D) mucho menos
- +(E) absolutamente no tengo control

23. Uno de sus mejores amigos repentinamente sugiere que los dos comerán en un nuevo restaurante con buffet esa noche. Aunque tu ya habías planeado comer algo ligero en casa accedes y comes fuera, comes mucho sintiéndote incómodamente llena. ¿Como te sentirías contigo misma de camino regreso a casa?

- (A) bien, te alegras de haber probado ese nuevo restaurante
- (B) un poco arrepentida por que habías comido tanto
- (C) algo decepcionada contigo misma
- (D) disgustada contigo misma
- +(E) totalmente molesta contigo misma

24. ¿Me etiquetaría actualmente como un comedor compulsivo? (alguien quien participa en episodios de comer incontroladamente).

- +(A) completamente cierto
- (B) sí
- (C) sí, probablemente
- (D) sí, posiblemente
- (E) no, probablemente no

25. ¿Cual es el mayor peso que haz perdido en un mes?

- +(A) más de 8Kgs
- (B) 4-8kgs
- (C) 2-4kgs
- (D) 2-3kgs
- (E) menos de 2kgs

26. ¿Si comes demasiado por la noche te sientes deprimida por la mañana siguiente?

- +(A) siempre
- (B) frecuentemente
- (C) a veces
- (D) rara vez o nunca
- (E) no, no como mucho por la noche

27. ¿Crees que para ti es más fácil vomitar que para la mayoría de la gente?

- +(A) sí, no es problema en absoluto para mí
- (B) sí, es más fácil
- (C) sí, es un poco más fácil
- (D) de igual forma que los demás
- (E) no, es menos fácil

28. ¿Sientes que la comida controla tu vida?.

- +(A) siempre
- (B) casi siempre
- (C) frecuentemente
- (D) a veces
- (E) rara vez o nunca

29. ¿Te sientes deprimida inmediatamente después de comer demasiado?.

- +(A) siempre
- (B) frecuentemente
- (C) a veces
- (D) raramente o nunca
- (E) no como demasiado

30. ¿Cuán a menudo vomitas después de comer para poder perder peso?

- (A) menos de una vez al mes (o nunca)
- (B) una vez al mes
- (C) 2-3 veces en un mes
- (D) una vez a la semana
- +(E) 2 o más veces a la semana

31. ¿Cuando consumes una gran cantidad de comida a que velocidad usualmente comes?

- +(A) mucho más rápidamente de lo que la mayoría de las personas alguna vez han comido en sus vidas.
- (B) más rápidamente que la mayoría de las personas

- (C) un poco más rápido que la mayoría de las personas
- (D) como igual a la mayoría de las personas

(E) más despacio que la mayoría de las personas.

32. ¿Cuanto es lo que más haz ganado de peso alguna vez en un mes?

- +(A) más de 8Kgs
- (B) 4 – 8Kgs
- (C) 2-4 Kgs
- (D) 2-3 Kgs
- (E) Menos de 2Kgs

X 33. Mujeres solamente. Tu último periodo menstrual fue:

- (A) dentro del mes anterior
- (B) dentro de los 2 meses anteriores
- (C) dentro de los 4 meses anteriores
- (D) dentro de los 6 meses anteriores
- (E) no dentro de los 6 meses anteriores

X 34. ¿ Usas diuréticos u otros medicamento para ayudar a controlar tu peso?

- (A) una vez al día o más
- (B) 3-6 veces por semana
- (C) una o dos veces a la semana
- (D) 2-3 veces por mes
- (E) una vez al mes o menos (o nunca)

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

- +(A) mucho más grande que la mayoría de la gente.
- (B) más grande
- (C) un poco más grande
- (D) igual que los demás
- (E) más pequeño que la mayoría

X 36. Mujeres solamente. ¿Tus ciclos menstruales ocurren una vez al mes?

- (A) siempre
- (B) generalmente
- (C) a veces
- (D) rara vez
- (E) nunca

ANEXO 3

ENCUESTA SOCIOECONOMICA DE GRAFFAR MODIFICADO.

FECHA _____ GRADO ESCOLAR _____ EDAD _____

PROFESION DEL JEFE DE LA FAMILIA

Universitario o gerencial.	(1)
Profesión técnica (Bachillerato). (Profesiones técnicas, medianos comerciantes o de la pequeña industria, artistas, locutores, peritos, etc.)	(2)
Empleado con cursos definidos. (pequeños comerciantes) (Empleados sin profesión técnica definida o universitaria inconclusa)	(3)
Obreros especializados. (tractoristas, taxistas, agricultores, etc.)	(4)
Obreros no especializados (Obreros no especializados, servicios domésticos, etc.).	(5)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

Universitaria	(1)
Secundaria o técnica superior	(2)
Bachillerato incompleto	(3)
Educación primaria o alfabeta	(4)
Analfabeta	(5)

FUENTE DE INGRESO.

Rentas (Fortuna heredada o adquirida repentinamente)	(1)
Honorarios (Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales, deportistas profesionales).	(2)
Sueldo (quincenales o mensuales)	(3)
Salario (diario o semanal).	(4)
Ayudas (Ingresos de origen público o privado).	(5)

CALIDAD DE VIVIENDA.

Quinta (Viviendas amplias, lujosas y con óptimas condiciones sanitarias)	(1)
Casa (Vivienda amplias, sin lujo pero excelentes condiciones sanitarias).	(2)
Apartamento (Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con confort y buenas condiciones sanitarias).	(3)
Alojado	(4)
Rancho (Vivienda improvisada construida con materiales de desecho o aquellas en construcción, relativamente sólidas pero con condiciones sanitarias deficientes).	(5)

CALIFICACION: de 4-6pts NSE Alto (clase I), 7-9pts NSE Medio Alto (clase II), 10-12pts NSE medio bajo (clase III), de 13-15pts NSE Obrero (clase IV) y de 16-20pts NSE Marginal (clase V).