

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ"
ISSSTE

142

DETECCION DE BULIMIA Y ANOREXIA
NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE 15 A 23
AÑOS DE LA ESCUELA PREPARATORIA No. 5

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSARIO NAJERA AQUINO



ISSSTE

2002

MEXICO, D. F., 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DETECCION DE BULIMIA Y ANOREXIA
NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE 15 A 23 AÑOS
DE LA ESCUELA PREPARATORIA NO.5

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

PRESENTA:

DRA ROSARIO NAJERA AQUINO

I. S. S. S. T. E.
Sub-Delegación Médica
Zona Sur, D.F.

AUTORIZACIONES



01 17 2001



DR MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

UNAM

Clinica Dr. Ignacio Chávez

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

Coordinador de Investigación del Departamento

De Medicina Familiar

Facultad de Medicina

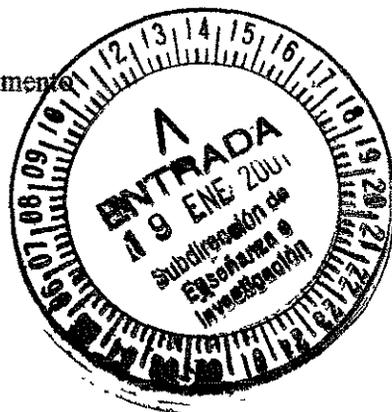
UNAM

DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES

Coordinador de Docencia

Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina UNAM



DETECCION DE BULIMIA Y ANOREXIA
NERVIOSA EN ESTUDIANTES DE 15 A 23 AÑOS
DE LA ESCUELA PREPARATORIA NO.5.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

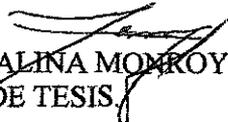
DRA ROSARIO NAJERA AQUINO

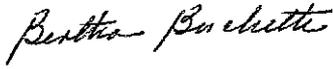
I. S. S. S. T. E.
Sub-Delegación México
Zona Sur, D.F.

★ DIC 17 2001 ★


DRA CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
CLINICA "DR IGNACIO CHAVEZ"

Clinica Dr. Ignacio Chavez


DRA CATALINA MONROY CABALLERO
ASESOR DE TESIS


PSIC. BERTHA BOSCHETTI FENTANES
ASESOR DE TESIS


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Por el apoyo incondicional en toda mi vida

A MI ESPOSO:

Por todos los momentos vividos

A MI HIJO SEBASTIAN GORKA:

Por su apoyo, comprensión y espera

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS

Dedico el presente

A MIS PROFESORES Y COMPAÑEROS

Agradezco de una u otra el apoyo incondicional durante mi formación

LIC JOSE LUIS SAMANO OCHOA

DIR DE LA ESC NAL PREPARATORIA No 5

Agradezco por las atenciones prestadas para la elaboración de esta tesis

DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES

Agradezco su paciencia y dedicación para la elaboración de esta tesis

INDICE:

	Pag
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
JUSTIFICACION	32
OBJETIVOS	33
METODOLOGIA	35
RESULTADOS	42
GRAFICAS	45
DISCUSION DE LOS RESULTADOS	61
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFIA	65
ANEXOS	68

MARCO TEORICO

Debido a que los seres humanos somos seres sociales y simbolizadores de todos nuestros actos, más allá de lo biológico, están cargados de significados y valores. Por ejemplo, es necesario cubrir nuestros cuerpos y protegernos de las inclemencias del clima, sin embargo la ropa que usamos, el espacio que habitamos, están relacionados con la pertenencia a un grupo y a determinados intereses, y éstos a su vez, se asocian a valores (1)

Con la comida sucede lo mismo. Comer es una necesidad básica. Sin embargo, para los humanos, comer es mucho más que ingerir las fuentes de energía y los nutrientes necesarios para el desarrollo. Tampoco se puede desligar del marco social y del significado que en él tiene la comida. Así, en la vida adulta, el lugar donde comemos, el tipo de comida que ingerimos al igual que la casa y la ropa, tienen un significado y una valoración. De hecho constituye un espacio de socialización, romance y negocio. Pero la relación de la comida con los afectos se inicia con la vida misma. Desde que nace un bebé la relación con su madre (o la persona que se encargue de él) se da a través del alimento. Cuando éste llega a tiempo, a la temperatura adecuada y se le ofrece al bebé con amor, paciencia y cuidado, este bebé no sólo recibe leche, sino cariño, mensajes de aceptación y de amor (1)

Para ejemplificar más la relación que se establece entre la comida y los afectos, podemos mencionar que algunos pediatras pretenden entrenar a las madres para que den a su bebé, desde los primeros meses, probaditas de alimentos sólidos, que el bebé no requiere ni para satisfacer su hambre ni sus necesidades nutricias. Su intención es fomentar una relación madre-hijo, en la que impere el respeto por las preferencias del pequeño, y que la comida se desvincule de la manipulación de la que la suelen hacer objeto tanto el uno como la otra. Es decir, desde bebés y más claramente durante la infancia, el comer o no y el forzar a comer o respetar el hábito y gusto de los niños, es reflejo de

manipulación, aceptación, imposición, agresión, y muchos afectos más (2)

Diversas escuelas en psicología han documentado que tanto el cuerpo, como los alimentos, se convierten a la vez en depositario y en medios para descargar depresión, ansiedad, tensión, agresividad, entre otros, ya sea dejando de comer, o comiendo en exceso. De hecho, en una de las teorías más conocidas y utilizadas del desarrollo psicológico infantil, desarrollada por Freud, y que abarca diversas etapas iniciando por la oral y terminando en la genital, se describe el desarrollo psíquico en estrecha relación con las vicisitudes del crecimiento del cuerpo (3)

En el lactante los impulsos para succionar son predominantes. Además de ser necesaria para la ingestión de alimento, la excitación de la boca y de los labios es en sí misma placentera. Así pues, la principal fuente de placer para el niño durante este estadio denominado oral es el tomar, el recibir. Posteriormente, al iniciarse la dentición, el placer en morder puede subordinar y reemplazar al placer en succionar. Conforme su desarrollo progresa normalmente, el niño renuncia a estas formas de placer o, más bien dicho, las subordina a otras nuevas (3,25)

Como resultado de ciertas condiciones, parte importante de la libido puede permanecer fija en la zona oral y como consecuencia de ello los impulsos a succionar y a morder persisten engranados en el carácter de la persona, si bien no en forma original, sí modificados a través de sublimaciones y sobrecompensaciones (tendencias orales) (3,25)

Cuando la succión fue demasiado placentera, retiene para el resto de su vida la convicción optimista de que todo ha de resultar bien en la vida; que siempre habrá de encontrar personas (sustitutos maternos) que lo habrán de cuidar y de satisfacer sus necesidades. "Toda su actitud hacia la vida muestra esa convicción de que el pecho materno manará para él eternamente" (3,25)

Estos individuos demasiado optimistas y confiados, tienden a la pasividad y a la receptividad. Si por el contrario, durante este periodo el niño se ha visto frustrado en la

obtención de placer mediante la succión, las consecuencias son muy distintas. Cuando mayor siempre parece estar requiriendo algo de las demás personas; si no lo recibe, está dispuesto a tomarlo agresivamente. En tanto que en el carácter derivado de la fase "succionadora" las tendencias cordiales predominan, en los rasgos provenientes de la fase "mordente" la ambivalencia entre impulsos hostiles y cordiales es manifiesta (3,25)

Erikson piensa que las vivencias que el niño tiene en esta época de la vida y la relación que establece con su madre son determinantes para el futuro. A través de su separación e individuación, y en consonancia con la calidad de su relación con la madre, el niño desarrolla la confianza de ser aceptado y de que sus necesidades serán satisfechas. Erikson denominó "confianza básica" a esta condición del niño (3,25)

Durante la adolescencia los cambios somáticos y el aumento del impulso sexual desestabilizan en forma muy importante al adolescente, quien de momento teme profundamente ser adulto, pero, específicamente teme, a pesar de desearlo, ejercer su sexualidad. Sus contradicciones se ven reflejadas en la relación con su cuerpo (3)

De tal manera, que maneja mal su ansiedad, frustración y agresión pueden llevarlo a comer en exceso como una forma de descarga de la tensión interna, existe igualmente el temor de convertirse en una persona poco atractiva y esto le ocasiona también gran incomodidad al no cubrir los requisitos del modelo social y el temor a no ser aceptado dentro del grupo de iguales. Por el contrario, la misma ansiedad y agresión pueden hacerle perder el apetito, a tal grado que a pesar de estar extremadamente delgado se siga percibiendo como si estuviera obeso, lo cual nos habla de un trastorno en la percepción de la imagen corporal (3)

Según el DSM IV los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, hablandose específicamente de bulimia y anorexia nerviosa(4)

DEFINICION

ANOREXIA NERVIOSA. Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales (4)

OTRA DEFINICION DE ANOREXIA NERVIOSA: Es una enfermedad psicológica caracterizada por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso, una imagen distorsionada del cuerpo y amenorrea (5)

BULIMIA NERVIOSA: Se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo (4)

OTRA DEFINICION DE BULIMIA NERVIOSA: Es un desorden multifactorial con alteraciones en el desarrollo psicológico, fisiológico y con un componente cultural (6)

DEMOGRAFIA

Anorexia Nerviosa. El predominio de la anorexia varía entre el 2 y el 5 por ciento en adolescentes y mujeres adultas jóvenes. Este trastorno tiene un índice de mortalidad del 5 por ciento en los primeros dos años. En los pacientes no tratados la mortalidad se acerca al 20 por ciento (7)

Se caracteriza por un estilo de vida perfeccionista, acentuado por uno o más eventos estresantes relacionados con la actividad de la persona y que predispone a la anorexia nerviosa. Generalmente en los antecedentes

familiares hay un caso de anorexia o bulimia entre los parientes femeninos La incidencia de trastornos afectivos es mayor en pacientes de ambos sexos Generalmente, se encuentran en personas de todos los estatus socioeconómicos predominando en las personas de nivel medio alto

Bulimia nerviosa: La bulimia nerviosa tiene un predominio del 5 por ciento en mujeres adolescentes y del 0.5 al 1 por ciento en hombres adolescentes La mortalidad es poco frecuente y generalmente está relacionada con la aspiración involuntaria del vomito Por lo general los familiares de ambos sexos tienen una historia de trastornos afectivos unipolares, y uno o ambos progenitores son obesos El estatus socioeconómico va desde la clase alta-baja a la alta-alta (7)

FRECUENCIA

Los informes sobre la frecuencia de la anorexia nerviosa indican que los casos de esta enfermedad han ido aumentando en las últimas décadas. La incidencia de los casos de anorexia nerviosa es mayor en los países sajones en comparación con las sociedades latinas y orientales. En Nueva York, en la década de los sesenta, el predominio anual de incidencia de anorexia nerviosa fue de 0,55 por 100 000 personas, mientras que en la siguiente década este promedio aumentó a un 3,26 por 100,000 personas. La frecuencia de anorexia nerviosa durante la década de los ochenta en diferentes estados de Estados Unidos se situó posiblemente entre el 1% y el 5% en mujeres blancas adolescentes (3)

En Inglaterra el número de mujeres diagnosticadas como anoréxicas aumentó 11% entre 1972 y 1981. En 1995 los informes de prevalencia de esta enfermedad fueron del 0,02% en la población general y del 0,1% en mujeres entre 15 y 29 años de edad (4)

En Noruega la prevalencia de anorexia nerviosa encontrada en 1995 fue de 5,7% en mujeres adolescentes y de 0,8% en hombres. En Hungría no se encontraron casos de anorexia nerviosa en el mismo año (5)

En contraste, en países orientales la prevalencia de esta enfermedad es muy baja; en Hong Kong se diagnosticaron apenas 70 casos de anorexia durante la década de los ochenta y en Japón la prevalencia fue de 0,2% en las zonas urbanas y de 0,05% en las zonas rurales (6)

En general la prevalencia de anorexia nerviosa en países occidentales es mayor que en los orientales y africanos. La frecuencia de la bulimia es más alta que la de anorexia nerviosa. En Australia se han informado prevalencias hasta del 13% en mujeres adolescentes o jóvenes; en Norte América las prevalencias van desde un 3% hasta un 19% en estudiantes universitarias (7)

Los trastornos de la conducta alimentaria en Italia no son muy frecuentes; sin embargo, los últimos estudios realizados en este país reflejaron una prevalencia de 0,5% de bulimia y

3 7% de trastornos de conducta alimentaria no especificados
(8)

Hay informes de que en la capital Argentina la frecuencia de bulimia es muy alta pero no se mencionan cifras exactas. En los países orientales y en Portugal la frecuencia de esta enfermedad es menor al 1% (9)

Los pocos estudios epidemiológicos de la Ingestión Compulsiva informan que su prevalencia es más elevada que la de anorexia y bulimia. Algunos de estos ejemplos son: en Noruega la frecuencia de este trastorno de la conducta alimentaria fue del 1 5%. Diferentes estudios realizados en E. U. A. revelaron una prevalencia entre el 2 y el 30% de posibles comedores compulsivos (10)

En México no existe información sobre la prevalencia o incidencia de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria

ETIOLOGIA

Se desconoce la causa de los trastornos de la alimentación. Aunque se ha propuesto un trastorno funcional primario del hipotálamo, las alteraciones hipotalámicas que se conocen desaparecen al aumentar de peso y son, por lo tanto secundarias. Probablemente, la etiología sea psiquiátrica, pero su naturaleza no está clara. Algunos sostienen que los trastornos comienzan en respuesta a unas relaciones interpersonales insuficientes o destructivas dentro de una familia muy competitiva y orientada hacia el éxito. A pesar de la normalidad exterior aparente, las comunicaciones interpersonales dentro de esas familias tienen tendencia a ser insuficientes y a regirse por un modelo donde el padre trata de obtener éxito en su trabajo y la madre se vuelca con los hijos para realizarse, y en ese proceso se vuelve demasiado severa. Se dice que esas familias están "enredadas", lo que quiere decir que las fronteras generacionales se han borrado y que la vida y los problemas de los padres y los hijos están íntimamente interrelacionados. Algunos autores han sugerido que los abusos sexuales desempeñan un papel, pero esto es discutible. La interpretación psicoanalítica tiende a insistir en la anorexia como mecanismo mediante el cual el paciente recupera el control de su propia vida de forma independiente y separada a la marcada por el padre o la madre. No está clara la forma en que esta secuencia podría causar el intenso temor a volverse obeso, podría estar relacionado con el intenso temor a ser rechazado, a no ser aceptado que es el hecho central tanto de la anorexia como de la bulimia. Se supone que la bulimia es una respuesta en busca de apoyo de los sujetos expuestos a la anorexia, pero en quienes fracasa el control restrictivo (8).

Anteriormente se exigía la ausencia de una enfermedad psiquiátrica grave para diagnosticar los trastornos de la alimentación, pero estos procesos se acompañan con frecuencia de depresión y de un comportamiento obsesivo compulsivo, especialmente en la bulimia. Estas alteraciones pueden ser estados secundarios o preexistentes que predisponen al desarrollo del trastorno de la alimentación (9).

Diversos estudios han sugerido la posibilidad de que algún factor genético intervenga en la patogenia (ej mayor prevalencia de los trastornos de la alimentación en los familiares en primer grado de los probandos) Pero si existe, ese factor genético debe ser de escasa importancia (10)

Los aspectos culturales son importantes La promoción de la salud y de un cuerpo esbelto son tendencias poderosas en las sociedades modernas y pueden reforzar el temor a la obesidad en los pacientes con trastornos de la alimentación o hacer que los casos limítrofes se conviertan en una franca enfermedad (10)

A través de los medios masivos de comunicación se están ofreciendo a los jóvenes modelos de belleza de extrema delgadez, lo que ocasiona que los jóvenes quieran copiar esos modelos con la consecuente distorsión de su imagen corporal y de sus métodos de alimentación (10)

La profesión también puede desempeñar un papel En las bailarinas, modelos la prevalencia de la anorexia nerviosa es 10 veces superior a la de la población general, y los deportistas Especialmente los corredores, acostumbran a tratar de reducir mucho la grasa corporal (hasta llegar a un 5 a 7% del peso corporal) Los defectos que producen trastornos de la alimentación siguen siendo oscuros Han pruebas de que existen trastornos de la transmisión nerviosa mediada por la serotonina, que se supone que forman parte del sistema de señales de saciedad El péptido leptina (un producto del gen ob) pasa del tejido adiposo a la sangre e inhibe la formación o liberación en el hipotálamo del neuropéptido Y, que es una potente señal para la alimentación La serotonina puede actuar como neurotransmisor uniéndose a la leptina y a la inhibición del neuropéptido Y Los inhibidores de la captación de la serotonina pueden ser útiles en la anorexia nerviosa y en la bulimia nerviosa (10)

CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea (11)

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (criterio A) Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso El criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los criterios de Investigación de la CIE 10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a $17,5 \text{ kg/m}^2$. Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa (12)

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas o el ejercicio excesivo Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (criterio B) Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo (13)

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales (criterio C) Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas obesas El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves (14)

En niñas que ya hayan tenido la primera regla la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculo estimulantes y luteinizante) es indicadora de una disfunción fisiológica (criterio D) La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia (4, 11)

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso) Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso por se Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad (15)

Subtipos:

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

TIPO RESTRICTIVO Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas (4,8)

TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima (4,8)

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS DE BULIMIA NERVIOSA

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (criterio C) (16)

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (criterio A 1) El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón -lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario - Un período corto de tiempo significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día (4,16)

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por una ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono (4,16)

Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, por la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas (4,16)

Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más simuladamente posible Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud (4,16)

Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta Los atracones pueden reducir la disforia de manera

transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo (16)

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (criterio A2) El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación (4,16)

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90% de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento (17)

Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana (17)

Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado (17)

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones (4,8,16)

Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa en las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad (4,8,16)

Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso (4,8,16)

Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones (4,8,16)

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (criterio D) (4,8,16)

Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (criterio E) (4,8,16)

Subtipos

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

TIPO PURGATIVO Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho

un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio (16)

TIPO NO PURGATIVO Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (16)

MANIFESTACIONES CLINICAS

ANOREXIA NERVIOSA La anorexia nerviosa suele comenzar antes o poco antes de la pubertad, pero puede aparecer más tarde (hacia la mitad del tercer decenio) (12)

De estar presente la emaciación se parece a la sufrida por las víctimas de los campos de concentración de la Segunda Guerra Mundial. A pesar de la intensa pérdida de peso, los pacientes niegan que tienen hambre, que están delgados o que sienten fatiga. Suelen ser personas dinámicas que efectúan ritualmente ejercicio físico (12)

A veces, las comidas van seguidas de carreras o ejercicios gimnásticos frenéticos. Tienen gran preocupación por los alimentos, y las comidas muy elaboradas han de prepararlas otras personas. Si las circunstancias sociales o un festejo les obligan a comer demasiado, se provocan el vómito lo antes posible, a menudo en un servicio público (12)

Es frecuente el estreñimiento. La amenorrea acompaña o sigue habitualmente a la pérdida de peso, pero puede aparecer antes que cualquier otro cambio físico. Se supone que la intolerancia al frío se debe a un defecto en la regulación de la termogénesis secundario al trastorno funcional hipotalámico (12)

En casos avanzados hay bradicardia, hipotermia e hipotensión arterial. No se detecta grasa corporal, y los huesos sobresalen a la piel. Curiosamente, el tejido mamario está bien conservado (12)

La piel suele estar seca y escamosa y a menudo, presenta color amarillo debido a la carotinemia (especialmente visible en las palmas de las manos). El vello corporal, que a menudo

es como un lanugo fino, suele ser abundante pero también puede haber hirsutismo evidente (12)

A veces hay aumento de tamaño de las parótidas, como en otras formas de inanición. El prolapso de la válvula mitral se debe a la discordancia de volumen entre la válvula y el ventrículo izquierdo como consecuencia del menor volumen ventricular inducido por la inanición. Es probable que el edema, cuando hay hipoalbuminemia, se deba a que el espacio extracelular no se reduce proporcionalmente a la masa corporal durante la pérdida de peso. Debido al edema de las piernas y a que el mayor volumen de las parótidas ensancha la cara, el estado de emaciación real pueda quedar enmascarado cuando el paciente está vestido (18)

Las alteraciones de laboratorio son anemia y leucopenia (con médula ósea hipocelular), hipopotasemia e hipoalbuminemia. Las concentraciones de B carotenos tienen tendencia a elevarse. Los vómitos, el uso de laxantes, o ambos, pueden causar hiperazoemia prerrenal con niveles de nitrógeno ureico en sangre de hasta 21 a 25 mmol/L (60 a 70 mg/dl) (19)

Disminuye la capacidad de concentración renal, debido posiblemente a menor reactividad o a menor liberación de vasopresina en respuesta a los estímulos osmóticos. Los niveles basales del péptido natriurético auricular están elevados y no aumentan después de un goteo de solución salina (19)

En ocasiones, el colesterol sérico es alto, pero los triglicéridos son normales. La tolerancia a la glucosa es anormal, como en otras formas de inanición. Otras alteraciones son valores bajos de IgG, IgM y de varias proteínas del complemento. A pesar de estos hallazgos, la función inmunitaria suele estar conservada y son raras las infecciones graves (19)

Las concentraciones plasmáticas de hierro y ceruloplasmina son normales, aunque la capacidad de fijación del hierro está disminuida. Hay valores séricos bajos de zinc y de cobre, pero la concentración de estos metales en el cabello es

normal La amilasa sérica puede estar elevada sin que haya pancreatitis (19)

Cuando la pérdida de peso es intensa hay niveles bajos de hormona luteinizante y hormona foliculoestimulante y la respuesta de la hormona luteinizante a la hormona liberadora de la hormona luteinizante está disminuida La respuesta de la hormona foliculo estimulante a la hormona liberadora de la hormona luteinizante es normal, aunque puede haber retraso del momento de máximo incremento Los estudios sobre el ritmo circadiano de la secreción de hormona luteinizante durante 24 horas muestran un retroceso de la fase de madurez hacia el comportamiento propio de la época prepuberal o de la pubertad precoz, es decir, falta la liberación episódica de hormona luteinizante o ésta se produce exclusivamente durante el sueño Es posible que estos hechos expliquen la amenorrea (20)

Las menstruaciones reaparecen al volver a ganar peso, aunque para ello se necesita un aumento de peso mayor (de alrededor del 10%) que el exigido para inducir la menarquia original En las mujeres con anorexia nerviosa se pueden inducir menstruaciones con ovulación aplicando un tratamiento adecuado con agonistas de la hormona liberadora de la hormona luteinizante, lo que sugiere que la liberación de gonadotropinas por la hipófisis está deteriorada a causa del trastorno hipotalámico (20)

Los niveles plasmáticos de prolactina son normales, y los de estradiol son bajos La testosterona en plasma es normal en las mujeres y baja en los varones con anorexia nerviosa (20)

La hormona del crecimiento puede estar normal o elevada en condiciones basales Después de inyectar hormona liberadora de la tirotrópina se eleva la hormona de crecimiento, igual que en otros estados que cursan con niveles basales elevados de hormona de crecimiento, como la acromegalia, hiperazoemia y malnutrición calórico proteica Hay niveles bajos del factor del crecimiento I afin a la insulina y esto puede favorecer la elevación de la hormona del crecimiento a través de una menor retroactivación negativa Hay valores plasmáticos altos de cortisol por mayor secreción de hormona liberadora de la corticotropina por el hipotálamo, debido a la

disminución del mecanismo de retroalimentación negativo del cortisol. La supresión del cortisol en plasma por medio de la dexametasona y la estimulación de la liberación de la hormona de crecimiento por la dexametasona son anormales en muchos pacientes (12,18)

Las concentraciones de tiroxina total (T4) y de T4 libre son normales; las de triyodotironina (T3) son bajas, y las de T3 inversa (rT3) están elevadas. Los niveles basales de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y la respuesta de la TSH a la TRH son normales. El principal defecto del metabolismo de las hormonas tiroideas es la menor actividad de la 5' desyodasa que convierte a la T4 en T3 y a la rT3 en diyodotironina fuera del tejido tiroideo; estos cambios son propios de las enfermedades consuntivas y no son específicos de la anorexia nerviosa. La densidad ósea disminuye; se supone que su mecanismo radica en el déficit de estrógenos, pero la terapia estrogénica sustitutiva no corrige la menor densidad ósea. El exceso de cortisol también puede favorecer la pérdida de hueso. Los niveles de norepinefrina en plasma están disminuidos (18,19,20)

MANIFESTACIONES CLINICAS DE BULIMIA NERVIOSA

La bulimia, se refiere a la ingestión episódica y compulsiva de gran medida de alimentos, acompañada de la percepción de estar realizando una comida anormal, del temor a no poder dejar de comer voluntariamente y de sensaciones de depresión al terminar de comer. Los pacientes con bulimia tienen un temor patológico a volverse obesos. Aunque las comilonas pueden darse en varias clases de trastornos emocionales, es frecuente que los pacientes con bulimia tengan una historia de anorexia nerviosa franca u oculta, lo que sugiere que la bulimia es una respuesta modificada a los mismos factores que provocan la anorexia nerviosa (21)

Las comilonas episódicas van seguidas de la provocación del vómito, y acompañadas o no de la ingestión ulterior de laxantes. Al principio, las pacientes se provocan los vómitos introduciendo en la garganta un cepillo de dientes o los dedos, o ingiriendo ipecacuana, pero la mayoría aprende a vomitar de forma refleja. Son frecuentes la sensación de plenitud, flatulencia, estreñimiento, dolor abdominal, borborigmos y náuseas (21)

Las comilonas, generalmente, son diarias; en un estudio, el promedio de tales episodios fue de 12 por semana, oscilando entre 1 y 46, y la duración de las comidas fue por término medio de 1 2 horas, aunque podían durar hasta 8 horas. La cantidad de alimento ingerido fue enorme, de hasta 50 000 kcal. Predominan los alimentos ricos en carbohidratos, y lo habitual es comer más de un alimento (8)

En un estudio, se consumieron los siguientes por orden de frecuencia: helados pan caramelos donuts bebidas no alcohólicas. El término de caos dietético se utiliza para describir esta manera anormal de comer. Debido al elevado contenido de carbohidratos en la dieta es frecuente la caries dental (8)

Es característico el secreto que se mantiene en torno a la secuencia comilona vómitos, así que es frecuente que la familia y las amistades la ignoren. Los hurtos son habituales,

casi siempre de alimentos Hay una elevada incidencia de abuso de alcohol y de drogas (6)

La automutilación no es frecuente, pudiendo ser una manifestación del trastorno obsesivo compulsivo La depresión tiene tendencia a ser más grave que en la anorexia nerviosa, y existe un riesgo claro de suicidio Puede haber comportamientos histéricos (6)

En las familias de los pacientes con bulimia hay mayor incidencia de trastornos afectivos, de alcoholismo y de consumo de drogas ilegales que en las familias de los paciente con anorexia nerviosa (6)

A pesar de su estrecha relación con la anorexia nerviosa, hay que destacar varias diferencias Aunque muchos pacientes con bulimia son delgados, su peso suele estar dentro del 15% de los límites normales de acuerdo con las tablas del peso ideal Es frecuente que haya fluctuaciones del peso, con aumentos y pérdidas cíclicas Algunos pacientes tienen un sobrepeso moderado En contraste con la anorexia nerviosa, muchas pacientes siguen teniendo menstruaciones y pueden quedarse embarazadas Es probable que la menstruación persistente sea reflejo de que la pérdida de peso no es extremada La actividad sexual es mayor en los sujetos bulímicos que en los afectados por anorexia nerviosa (7)

Los signos físicos de la bulimia nerviosa suelen ser muy escasos Puede haber cicatrices por automutilación que hay que buscar en todos los pacientes (11)

La anomalía de laboratorio más frecuente es la hipopotasemia secundaria a los vómitos y al uso de laxantes Puede aparecer alcalosis metabólica si la pérdida de potasio es considerable Los cambios endocrinos son menos acusados que en la anorexia nerviosa y pueden faltar por completo (13)

Algunas pacientes tienen déficit de secreción de serotonina y colecistocinina, cuya significación se desconoce La supresión del cortisol en plasma con dexametasona suele ser anormal A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, algunas mujeres con bulimia tienen niveles basales bajos de

prolactina y una respuesta exagerada de la prolactina a la TRH La amilasemia puede ser alta en ausencia de pancreatitis , igual que en la anorexia nerviosa (13)

COMPLICACIONES MEDICAS DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSA

CARDIOVASCULARES:

Gran parte de la patología clínica que se observa en la anorexia y la bulimia nerviosa es el resultado de trastornos cardiovasculares. Alrededor del 60 por ciento de los pacientes con anorexia y casi el 80 por ciento de aquellos que padecen bulimia presentan hipotensión postural. Alrededor del 90 por ciento de ambos grupos padecen bradicardia. Un electrocardiograma puede mostrar aleteo o fibrilación auricular. En casos más avanzados, pueden presentarse contracciones ventriculares prematuras o bloqueo de rama derecha (5)

DESEQUILIBRIOS ELECTROLITICOS:

Los desequilibrios electrolíticos se presentan en un 60 por ciento de los pacientes bulímicos y en más de un 40 por ciento de los pacientes anoréxicos. Se observan niveles críticos de deficiencia de potasio en un 25 por ciento de los pacientes bulímicos y en casi todos los pacientes anoréxicos terminales. La deficiencia de cloro se desarrolla en un 20 a un 30 por ciento de los pacientes bulímicos y está asociada con la alcalosis hipoclorémica. Las deficiencias de calcio y de sodio son relativamente infrecuentes y en general no son clínicamente importantes. La acidosis metabólica se produce como resultado de la cetosis por inanición (6)

ENDOCRINOS:

La mayor parte de las anormalidades hormonales están relacionadas con las gonadotropinas femeninas. La disminución en la fertilidad y la amenorrea están asociadas con los bajos niveles de la hormona luteinizante y la hormona folículo estimulante. Generalmente, la curva de la hormona luteinizante nocturna se encuentra baja pero algunas veces esto se ve revertido en la anorexia (11)

En las niñas anoréxicas, se retrasan los cambios de la pubertad. Como resultado, el 30 por ciento de las pacientes

anoréxicas no menstrúan hasta su tercera década. Esto es así independientemente de la presencia o ausencia de una intervención terapéutica (11)

Los niveles de testosterona pueden fluctuar en los pacientes anoréxicos masculinos. La potencia y producción de espermatozoides también disminuyen en forma reversible. Los niveles de la hormona tiroidea disminuyen en menos del 10 por ciento de los pacientes anoréxicos. Los bajos niveles de calcio están asociados con la osteoporosis, pero los niveles de la hormona paratiroidea permanecen normales (11)

GASTROINTESTINALES

Debido a una reducida actividad gastrointestinal se produce constipación. Se pueden observar desgarros, fisuras y lastimaduras del ano en los pacientes bulímicos. Estos cambios son el resultado de la inserción de dedos bien lubricados en el recto para inducir la evacuación intestinal y pueden estar asociados con la formación de abscesos isquiorrectales (13)

OTROS

En ambos trastornos de la alimentación se puede producir una gran intolerancia al frío y una mayor susceptibilidad a las infecciones virales o bacteriológicas (11,13)

Las ampollas de herpes simplex pueden ser un problema continuo. Son comunes los molestos dolores de cabeza de prolongada duración (11,13)

TRATAMIENTO

La anorexia nerviosa y la bulimia son trastornos psicopatológicos crónicos serios que requieren de un tratamiento integral que incluya. manejo médico, manejo nutricional, terapia psicológica y familiar (1)

Actualmente los mejores resultados iniciales parecen estar relacionados a una restauración del peso corporal, acompañado de terapias individuales y familiares, cuando el paciente está fisiológicamente listo para participar en estos programas (2)

Las formulaciones con respecto a las normalidades psicológicas vistas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se han basado en teorías psicodinámicas, psicoanalíticas, cognitivas, conductuales y grupales, entre otras (3)

Una característica sobresaliente de estos trastornos es que los pacientes se sienten inefectivos en su vida normal y eso trae como resultado intentos de autocontrol en el área del peso, con dificultades para interpretar las sensaciones internas de hambre y saciedad, así como problemas en la interpretación y tolerancia de estados afectivos (3)

Estos pacientes presentan deficiencias en su estructura interna, autoestima, coherencia interna y autoregulación, así como una relación incompleta o ambivalente hacia sus relaciones con personas y objetos, lo que no les permite realizar las tareas de desarrollo sobre: separación / individualismo y esto trae como resultado un concepto pobre de identidad personal y sexual, acompañado de sentimientos de inadecuación (5)

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Existe consenso acerca de que para el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se debe trabajar en forma conjunta con un médico, un nutriólogo y un psicólogo o psiquiatra (7,12)

Desde el punto de vista psicológico, los tratamientos pueden ser variados y pueden incluir diferentes corrientes dentro de la psicología, pero la experiencia sugiere que la terapia cognitivo conductual es uno de los tratamientos más eficaces para el mantenimiento de una conducta alimentaria saludable y para inducir pensamientos maduros que promuevan mejores formas de manejar este trastorno (1,7)

Además la terapia cognitivo conductual es sumamente efectiva en modificar las actitudes distorsionadas de los *pacientes en relación a su forma y su peso corporales* (1,7)

APLICACIONES CLINICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual está enfocada tanto en la conducta (dietas de restricción, periodos de comer excesivamente, etc) como en los pensamientos y sentimientos (depresión, autoimagen) que acompañan a estas conductas (1)

El paciente debe hacer un compromiso para trabajar en forma conjunta con el terapeuta

PASOS EN EL TRATAMIENTO

1 Historia del paciente

-física

-mental

-emocional

Se establecen las reglas básicas para la terapia

2 Modelo conductual que hay que romper

Modelo.

Dieta estricta

Comer compulsivamente

Vomitir

Enfoque en pensamientos negativos como:

-Peso corporal

-Forma corporal

-Apariencia auto-imagen deteriorada

3 Metas del tratamiento

a Eliminar dietas restrictivas: las dietas con restricción de energía que llevan a cabo las pacientes bulímicas

requieren de reglas muy rígidas acerca de la abstinencia, los alimentos buenos y malos, los alimentos prohibidos y los permitidos. Estas reglas siempre se rompen lo que lleva a sentimientos de pérdida de control y a la imposición de reglas aún más estrictas. Las reglas son el problema.

- b Empezar un esquema de alimentación normal: esto generalmente implica tres comidas planeadas y algunos refrigerios o colaciones. No debe contarse la energía (kilocalorías), no debe existir preocupación sobre el hambre o las circunstancias sino más bien seguir un horario preestablecido. Si la sensación de saciedad resulta repulsiva a la paciente esta puede usar ropa suelta durante las comidas.
- c Desarrollar conductas alternativas entre comidas se deben buscar conductas no relacionadas con comer compulsivamente. Estas conductas deben ser incompatibles con comer y con conductas compensatorias como vomitar o laxarse.

Ejemplos de conductas alternas son.

- caminar
- hablar o encontrarse con amigos o familiares
- hacer ejercicio moderado
- trabajar
- técnicas de control de estrés
- técnicas de relajamiento
- meditación

- d Cambios conductuales: estos cambios implican entrenamiento en técnicas específicas para controlar la ingestión compulsiva y el utilizar después conducta compensatoria. Dentro de estas técnicas tenemos como ejemplo

- control de estímulos
- retraso en la respuesta
- tiempo más lento para comer
- conciencia de creencias
- desensibilización sistemática

Algunos ejemplos en forma abreviada de algunas de estas técnicas son:

-Control de estímulos: las estrategias de control de estímulos se utilizan para limitar o negar los estímulos ambientales que

llevan a la paciente a comer en forma inapropiada. Estos incluyen retirar de la casa los alimentos que pueden llevar a la paciente a comer compulsivamente y evitar que se encuentre en situaciones que pueden resultar problemáticas para comer (ejemplo: restaurantes específicos, horarios problemáticos, permanecer sola después de las comidas, etc.)

-Retraso en la respuesta: estos procedimientos están basados en la teoría de que si la respuesta a un impulso es retrasada puede ser resistida, aunque sea inicialmente. Retrasar un acto puede ser más fácil que resistirlo. Después de algún tiempo la urgencia para dar una respuesta puede ser menor y más fácil de manejar, además la secuencia en la cadena de eventos que siguen a determinada respuesta se altera (ejemplo: el paciente puede darse un tiempo predeterminado de 20 minutos después de comer sin vomitar haciendo alguna otra actividad como hablar por teléfono, leer, escribir o caminar y si después de este tiempo decide vomitar puede hacerlo. Esto generalmente trae resultados positivos desde el punto de vista de que la paciente que logró retrasar el vómito muchas veces ya no lo hace posteriormente).

Tiempo más lento para comer: si la paciente come más lentamente puede escuchar las señales de saciedad de su cuerpo y no comer en forma excesiva.

-Conciencia de creencias: esto permite a la paciente hablar acerca de sus ideas, pensamientos y creencias en torno a la figura perfecta, al ideal social de la belleza y la búsqueda de el cuerpo más delgado que se pueda tener, de tal forma que estas ideas puedan ser propuestas en tela de juicio, ya sea en forma individual con el terapeuta, o en forma grupal.

-Desensibilización sistemática: esta técnica se ha usado para reducir los niveles de ansiedad relacionados al miedo a la ganancia de peso y al miedo a la crítica. Aquí también se manejan pensamientos autodestructivos y cambios en la apariencia física relacionados con la ganancia de peso (1,2,3)

4 Educación e información

La bulimia no ayuda a controlar el peso. Los ciclos de comer compulsivamente alimentos altos en energía no pueden compensarse, energéticamente hablando, con vomitar ya que una cantidad importante de energía es utilizada por el cuerpo aunque se vomite. La creencia de que las conductas compensatorias ayudan a controlar el peso permite que la conducta de vomitar y purgarse persista. Si estas conductas

se repiten con frecuencia es más fácil que continúen y la consecuencia final de comer compulsivamente es la ganancia de peso

El uso de laxantes tiene como resultado una pérdida energética extremadamente pequeña (1,2)

5 Auto monitoreo y tarea semanal

El monitoreo diario acerca de la ingestión de alimentos, la frecuencia de vómito y el uso de laxantes son escritos diariamente por la paciente para llevar un registro realista del problema y de la instrumentación de técnicas, así como de los resultados obtenidos a corto, mediano y largo plazo. Se debe llevar además un registro semanal del peso corporal (2)

Estos pasos son sólo una síntesis de un modelo de la terapia cognitivo conductual. Esta terapia debe estar estructurada y personalizada de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente, por lo que los individuos con trastornos de la conducta alimentaria deben acudir a una consulta con un profesional capacitado que después de algunas sesiones puede determinar cuál o cuáles de estas o de otras, distintas a las especificadas son idóneas para su tratamiento (3)

Los tratamientos para los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser variados y tener resultados positivos para la recuperación del paciente; sin embargo es importante estructurar programas para prevenir la aparición de éstos, ya que como en cualquier padecimiento es más fácil prevenir que tener posteriormente que curar |

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El gran valor otorgado en los países Occidentales y América Latina a la delgadez, la presión de los medios de comunicación social, la publicidad y la industria dedicada a productos y métodos de adelgazamiento inciden especialmente en los adolescentes, motivando que gran parte de ellos no estén contentos con su cuerpo, deseen adelgazar e inicien algún tipo de dieta, y aquellos que presenten una predisposición biológica, psicológica y/o familiar podrían llegar a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario(1,2,3)

Por lo antes descrito, es necesario conocer la frecuencia con que se presenta este trastorno de conducta alimentaria, hablando específicamente de bulimia y anorexia nerviosa, en una parte de la población de México

¿CUÁL ES LA FRECUENCIA DE LA BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES DE 15 A 23 AÑOS DE LA ESCUELA PREPARATORIA NO 5?

JUSTIFICACION

En las últimas décadas se ha detectado un incremento espectacular de los trastornos de la conducta alimentaria, aunque en México no se tienen la prevalencia de estos, pero en la literatura se refiere que en países occidentales tiene una prevalencia de 1 a 4 % en mujeres adolescentes y adultos jóvenes siendo más frecuente la bulimia que la anorexia nerviosa, teniendo trascendencia debido a las complicaciones que presentan como cardiovasculares, desequilibrio hidroelectrolítico, endocrinos, renales, entre otras (1,13,14,15)

La atención de primer nivel debe enfocarse en realizar medidas preventivas, así como a la detección temprana ya que estas son de gran importancia pues con ello se podría minimizar las complicaciones. También se debe considerar los costos del tratamiento a pesar de que son de una duración relativa y altamente costosos, por lo que se podría optimizar recursos a fin de canalizarlos a otras áreas de mayor importancia y/o prioridad.

Se considera que este trabajo de investigación puede ser relevante para que el personal de salud tome conciencia e interés en el padecimiento y se lleven a cabo campañas de detección y tratamiento de los casos encontrados, así como medidas preventivas en el núcleo familiar, social y cultural.

En la literatura no existen datos estadísticos de México que puedan identificar la magnitud del problema. De ahí la importancia de realizar esta investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de los trastornos de conducta alimentaria en un grupo de adolescentes entre 15 y 23^a de edad de la escuela preparatoria No 5 del D F

OBJETIVO ESPECIFICOS

Identificar para cada grupo de trastornos de conducta alimentaria:

1 Sexo

2 Edad

3 Indice de masa corporal

4 Clase social

CONSIDERACIONES ETICAS

Declaración de Helsinki

Se trata de una serie de recomendaciones emitidas por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1964 y revisado por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, 1975 Se enfoca la investigación biomédica que involucra seres humanos (22)

El presente estudio no es de carácter experimental por lo que no atenta contra la integridad física, mental o intelectual del paciente ya que este sólo emite su opinión respecto al estudio

METODOLOGIA.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo y observacional

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se observaron adolescentes de 15 a 23 años de edad de la Escuela Preparatoria no 5 de la UNAM, durante el periodo de Octubre del 2000

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra fue tomada por método no probabilístico (CUOTAS) obteniendo un tamaño de 227 adolescentes en total

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION

Criterios de inclusión:

- Se incluyeron adolescentes de 15 a 23 años de edad
- Que sean alumnos de la Escuela preparatoria no 5
- Que deseen participar en el estudio
- Ambos sexos

Criterios de exclusión:

- Que no sean alumnos de la Escuela preparatoria no 5
- Que no deseen participar en el estudio
- Que no completen el cuestionario
- Que no tengan el rango de edad

Criterios de eliminación

- Que no llenen adecuadamente el cuestionario

VARIABLES A RECOLECTAR

Cualitativa nominal:

Mujeres y hombres

Cualitativa ordinal:

Clase social

Cuantitativa continua:

Edad de 15 a 23 años

Índice de masa corporal igual o inferior a 17.5 kg/m^2

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Los datos fueron captados a través de las hojas estadísticas de control de la Escuela Nacional Preparatoria No 5

Se les pidió anotar en la hoja de recolección de datos edad, sexo, clase social, peso y talla, se pidieron estos datos porque se menciona en la bibliografía que son factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria mencionándose que el sexo en el 95% de los pacientes que padecen anorexia nerviosa y bulimia son mujeres; y en el caso de los hombres 5% (1,2)

La edad para la anorexia nerviosa habitualmente se presenta entre los 15 y los 26 años, mientras que para la bulimia se presenta entre los 18 y los 28 años, por tal motivo la edad de la población elegida fluctúa entre los 15 y 23 años (1,2,3,4)

Se presentan estos trastornos cada vez con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos. Desafortunadamente estos países no cuentan con clasificándose en todas las clases sociales, alta, media alta, media, media baja, baja, según "Ocupación de la Sociedad Española de Epidemiología", en base a esto se trato de datos que confirmen la frecuencia de la enfermedad, determinar la clase social de la población escogida (3,18)

El peso y la talla para obtener el índice de masa corporal (el índice de masa corporal se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura) ya que esta es otra guía adicional algo más estricta, en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal igual o inferior a 17.5 kg/m². Para ello se pidió el peso y la talla de cada individuo (4)

Se utilizó como instrumento de evaluación el cuestionario "Te estas muriendo por estar delgada" (form 3.3) que originalmente fue desarrollado y usado en varias Escuelas y Universidades de varios Estados de la Unión Americana y los

resultados fueron reseñados en el libro "Eating disorders: Nutrition Therapy in the recovery process Dan W Reiff, Kathleen Kim Lampson Reiff (23)

Se trata de un cuestionario de papel y lápiz de autoaplicación que cuenta con 22 reactivos, cada una con 4 posibles respuestas a elegir frecuentemente, algunas veces, rara vez y nunca (23)

Además comprende 4 preguntas para contestar como falso y verdadero, de los cuales una es para que la contesten las personas del sexo femenino (23)

El objetivo del cuestionario es medir las tendencias hacia la anorexia nerviosa, bulimia y otros trastornos de alimentación (23)

Dicho cuestionario no fue diseñado para ser un instrumento diagnóstico sino para servir como un medio de identificación de las tendencias a trastornos de la alimentación (23)

Consecuentemente no fue validado a través de rigurosos estudios de confiabilidad y validez (23)

De todas maneras al ser usado de esta forma puede ser una herramienta muy útil (23)

El cuestionario fue escrito de una manera que no resultara amenazante para la persona (23)

Aun gente que verbalmente niegan que están temiendo un trastorno de la alimentación si contestan honestamente las preguntas puede detectarse su predisposición a los trastornos alimenticios (23)

Se aplico en población de estudiantes de escuela elemental, secundaria y Universidades de varios Estados de la Unión Americana (23)

Cuando este cuestionario fue aplicado, frecuentemente los estudiantes se acercaron al investigador para platicar y hacer preguntas cuando escuchaban que las preguntas les indicaban

que tenían cierta tendencia hacia un desorden alimenticio y preguntaba que podían hacer (23)

El cuestionario es también útil para detectar nuevos pacientes (23)

Es especialmente útil en aquellas personas que niegan el trastorno y sirve de base para hablar con ellos sobre la posibilidad de tener realmente un trastorno alimenticio y también es efectivo como un medio de evaluación de cambios durante el tratamiento que nos indique la mejoría y cuando debe terminar el tratamiento (23)

Las preguntas 5,7,14,15, 17 y 20 orienta sobre si la persona presenta un trastorno alimenticio cuando son contestadas siempre en la opción No 1 (23)

La pregunta 5 se refiere a la conciencia que tiene la persona sobre el tiempo que emplea en pensar en la comida y que aumenta el progreso del trastorno alimenticio (23)

La pregunta 7 se refiere al poder sobre la persona que tienen los datos de peso que le proporciona la báscula (23)

Algunas personas refieren que la báscula tiene un gran poder y control sobre sus vidas, determinando sus actividades y estados de ánimo por ej Que va hacer ese día, si sale o no, que va a usar, que comerá en base al peso registrado. Otras personas pueden sentirse deprimidas cuando observan que han subido algunos kilos o sentirse alegres si los han bajado (23)

La pregunta 14, se refiere a la depresión y al aislamiento social que generalmente acompaña a los trastornos alimenticios, algunas personas parecen estar deprimidas antes de la aparición de los síntomas, otras después, independientemente de cuando aparezcan los síntomas, la mayoría de la gente con problemas alimenticios reportan siempre sentirse deprimidos (23)

Ya que la mayoría de las actividades sociales giran alrededor de la comida, por lo tanto las personas que tienen trastornos alimenticios tienden a declinar cada vez mas las invitaciones

a socializarse, consecuentemente empiezan a incrementar el tiempo que permanecen solos o en su casa con sus familias, esta soledad exagera la depresión de tal manera que la comida o las conductas relacionadas con la comida a menudo llegan a convertirse en la única compañía y en la única amistad de los pacientes (23)

La pregunta 17 señala la fuerza del temor a ganar peso y a llegar a ser obeso (23)

El cuestionario es útil cuando se usa para enseñar que se tiene un problema de alimentación, y de cómo el temor a ganar peso o a ser obeso puede ser mas fuerte que el temor a morir. El temor a ganar peso y a ser obeso esta relacionado con un temor a vivir de una cierta manera que la persona con el trastorno alimenticio no enfrenta, así se enfoca más a su cuerpo que a su temor a vivir. El temor a ganar peso no disminuye hasta que la persona resuelve algunos de sus temores en relación a eventos de la vida (23)

La pregunta 20 se refiere a la tendencia de la mayoría de la gente con problemas alimenticios a ser perfeccionista en el sentido de que ellos tienen baja tolerancia a cometer errores o a hacer algo mal (23)

Dicho cuestionario es calificado por puntos:

38 o menos Tendencia marcada hacia la anorexia nerviosa

39 a 50 Tendencia marcada hacia la bulimia nerviosa

50 a 60 Preocupación exagerada por el peso. Puede haber tendencia hacia algún trastorno alimenticio. También puede haber tendencias hacia la compulsividad y la obesidad

70 o más No hay tendencias hacia la anorexia o la bulimia aunque no se descarta la tendencia a la compulsividad y la obesidad (23, anexo 1)

Dependiendo esto del tipo de preguntas que contesto

Durante la aplicación de dicho instrumento no se obtuvo ninguna dificultad para la recolección de los datos

RESULTADOS

Descripción de los resultados

La población que participo en el estudio fue de un total de 229 adolescentes, pero fueron eliminados 2 por no llenar correctamente el cuestionario, por lo que quedan 227 estudiantes de la Escuela Preparatoria Nacional No 5 perteneciente a la UNAM siendo un total de 112 femeninas y 115 masculinos

Del total de 227 adolescentes y adultos jóvenes se obtuvo UNA TENDENCIA MARCADA HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA un total de 8 (3 4%) pacientes, en donde 7 fueron del sexo femenino (3%) (Gráfica 1) y uno del sexo masculino (0 4%) (Gráfica 2)

Las edades fueron en el sexo femenino de 16^a(2), de 17^a (3), de 18^a (1) y de 19^a (1) y en el sexo masculino 1 de 23^a (Gráfica 3)

Con sobrepeso 1(12 4%) solo paciente del sexo femenino y con obesidad un total de 7(87 5%) adolescentes, en donde 6 fueron mujeres y 1 del sexo masculino(Gráfica 7) en donde (37 5%) fueron de clase media, 4(50%) de clase media alta y uno de clase alta(12 5%) (Gráfica 11)

Con TENDENCIA MARCADA HACIA LA BULIMIA NERVIOSA Se obtuvieron 36 pacientes en total (15 8%) donde 28 (12 3%) fueron mujeres (Gráfica 1) y 8 (3 5%) (Gráfica 2) fueron masculinos, cuyas edades para las mujeres fueron de 15^a (1) (2 7%) de 16^a (13) (36 1%) de 17^a (10) (27 7%),de 18^a (4) (11 1%) respectivamente, para los del sexo masculino fueron de 15^a (1), de 16^a (1), de 17^a (3), y de 19^a (1) (Gráfica 4)

De los cuales presentaron sobrepeso un total de 5 adolescentes (13 8%) en donde 4 eran mujeres y un solo hombre, con obesidad se presento un total de 31 pacientes(86 1%) (Gráfica 8) donde 24 fueron mujeres y 7 hombres, con una clase social media alta un total de 4 pacientes(11 1%), 27(75%) de la clase media y 5(13 8%) de clase media baja (Gráfica 12)

Con PREOCUPACION EXAGERADA POR EL PESO Se obtuvo un total de 80 pacientes del total de 227 adolescentes correspondiente a un 35 2% en donde 41(18 6%) fueron masculinos (Gráfica 2) y 39(17 1%) del sexo femenino (Gráfica 1)

Reportandose para el sexo masculino las edades de 15 a 20^a Siendo 2 de 20^a , 3 de 15^a , 5 de 19^a , 7 de 16^a , 11 de 17^a y 13de 18^a (Gráfica 5)

Para el sexo femenino las edades fueron de 15 a 18^a Siendo 2 de 15^a ,4 de 18^a ,12 de 17^a Y 21 adolescentes de 16 años (Gráfica 5)

Encontrándose un total de 10 (12 5%) con sobrepeso siendo 8 mujeres y 2 masculinos Con obesidad un total de 70 (87 5%)pacientes, de donde 39 son hombres y 31 resultan mujeres (Gráfica 9) con una clase social media alta un total de 14 pacientes,siendo 9 femeninas(11 2%) y 5 masculinos (6 2%) para la clase media 57 pacientes siendo 28 (35%) y 29 masculinos (36 2%) y clase media baja 5 pacientes, siendo 2 femeninas (2 5%) y 3 masculinos (3 7%) y solo 4 de clase baja siendo 4 maculinos (5%) (Gráfica 13)

En cuanto a los pacientes en donde NO SE DESCARTA LA TENDENCIA A LA COMPULSIVIDAD Y LA OBESIDAD Se encontró un total de 103 adolescentes que corresponde a un 45 3%, de donde 38 son mujeres que corresponde a un 16 7 (Gráfica 1) y 65 masculinos que corresponde a un 28 6% (Gráfica 2)

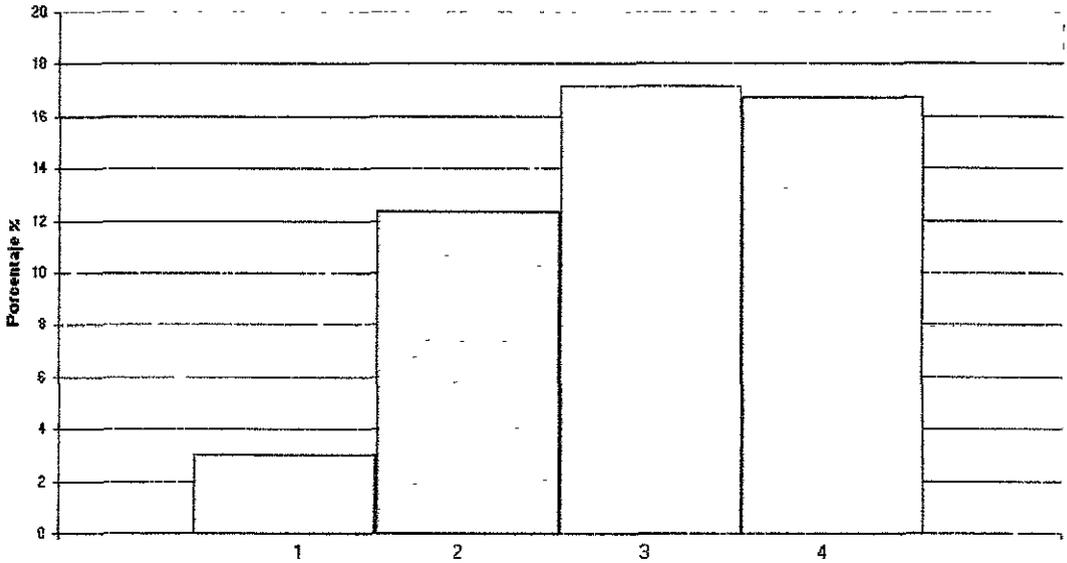
Reportandose para el sexo femenino las edades de 15 a 19^a siendo 1 de 19^a , 3 de 15^a , 7 de 18^a , 8 de 17^a , 19 de 16^a Para el sexo masculino fue 1 de 15^a , 2 de 19^a , 20 de 18^a , 20 de 17^a , y 22 de 16^a (Gráfica 6)

Encontrandose un total de 17 (16 5%)adolescentes con sobrepeso donde, donde 13 son del sexo femenino y 4 del

sexo masculino y con Obesidad un total de 86(83.4%) adolescentes donde 25 son femeninos y 61 masculinos (Gráfica 10)

Con una clase social media alta de 19 adolescentes, donde son 6 femeninos (5.8%), 13 masculinos (12.6%), para la clase media un total de 75 adolescentes, donde 28 son femeninas (27.1%) y 47 masculinos (45.6%) para la clase media baja 6 adolescentes donde 3 son femeninas (2.9%) y del sexo masculino 3 (2.9%) y para la clase baja un total de 3 adolescentes, donde 1 femenino (0.9%) y 2 masculinos (1.9%) (Gráfica 14)

Trastorno de la alimentación del sexo femenino de los alumnos de la preparatoria No. 5 UNAM 2000
GRAFICA 1

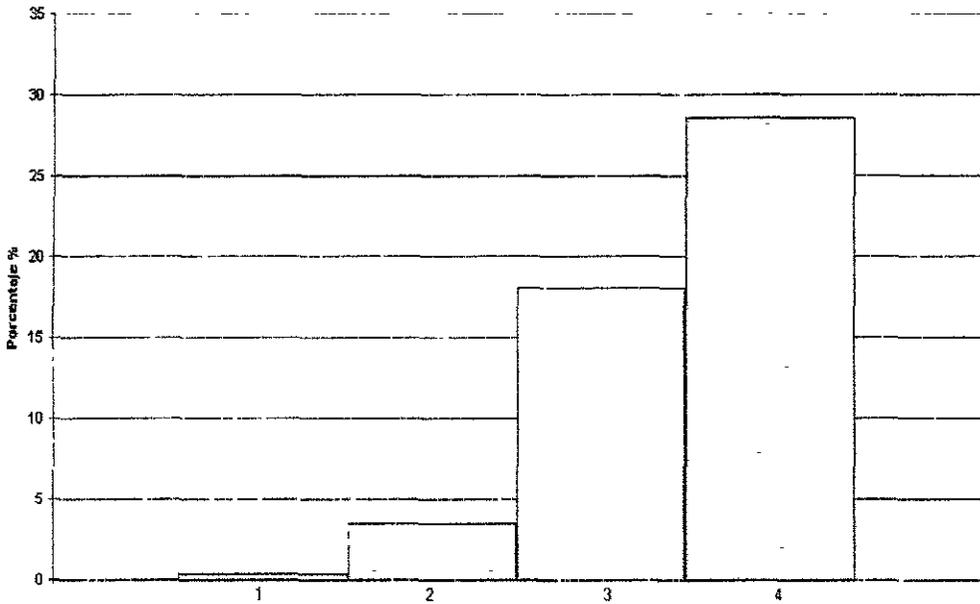


<input type="checkbox"/> 1 - Tendencia a la Anorexia	<input type="checkbox"/> 1 - 3%
<input type="checkbox"/> 2 - Tendencia a la Bulimia	<input type="checkbox"/> 2 - 12.3%
<input type="checkbox"/> 3 - Preocupación por el Peso	<input type="checkbox"/> 3 - 17.18%
<input type="checkbox"/> 4 - No se descarta la Compulsividad y la Obesidad	<input type="checkbox"/> 4 - 16.7%

Fuente: Cedula de recolección de datos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

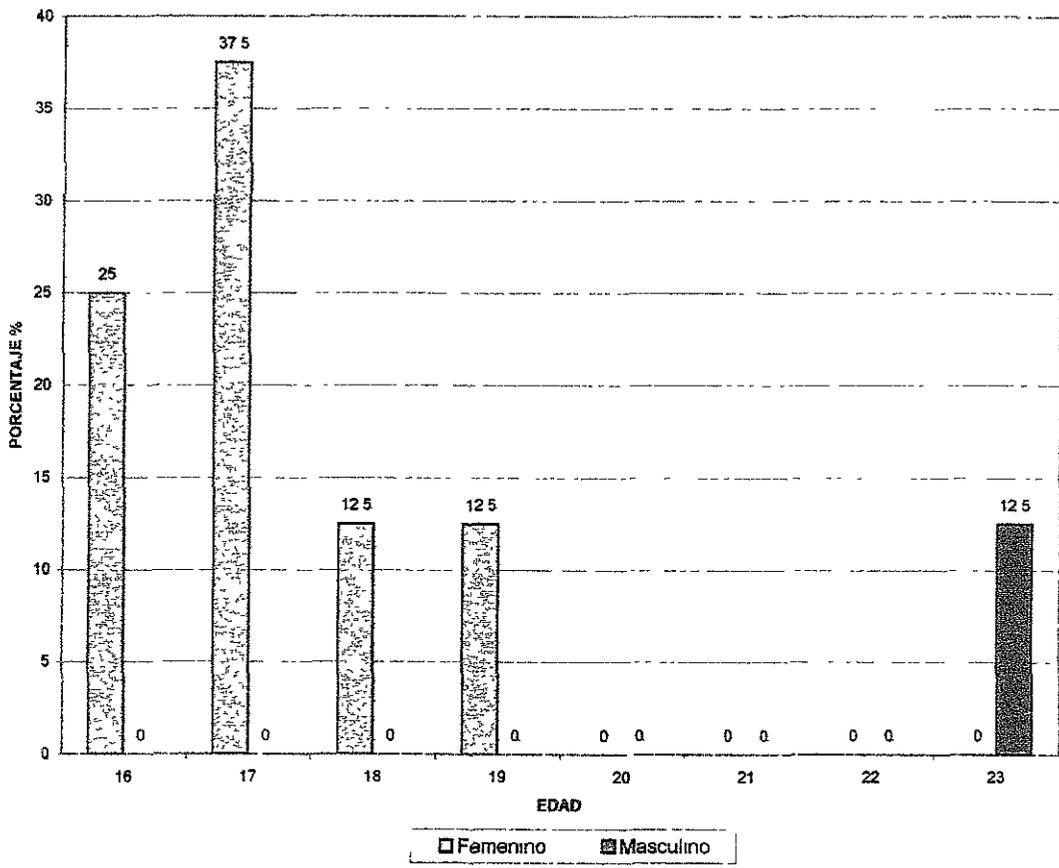
Trastorno de la alimentación del sexo Masculino de los alumnos de la preparatoria No. 5 UNAM 2000
GRAFICA 2



□1 - Tendencia a la Anorexia	□1 0.4%
□2 Tendencia a la Bulimia	□2 3.5%
□3 Preocupación por el Peso	□3 18%
□4 No se descarta la Compulsividad y la Obesidad	□4 - 28.6%

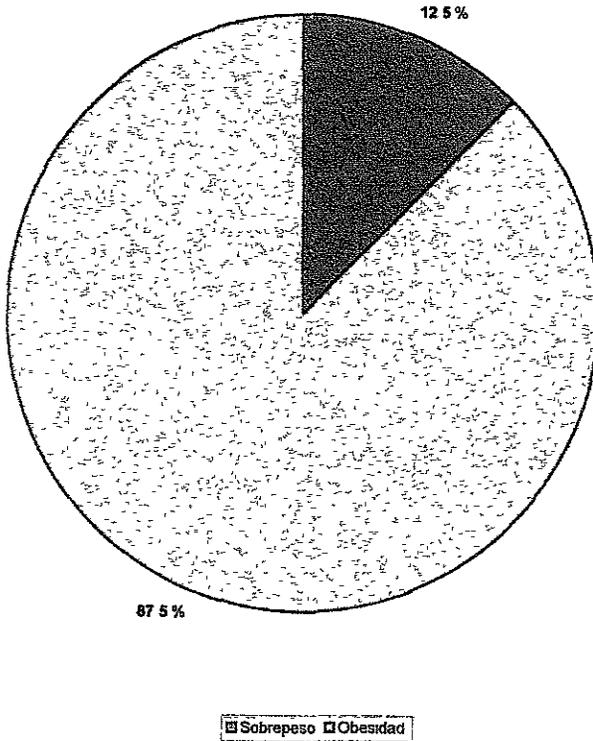
Fuente : Cédula de recolección de datos

Tendencia hacia la anorexia por edad en alumnos de la preparatoria No 5 UNAM 2000
Grafica 3



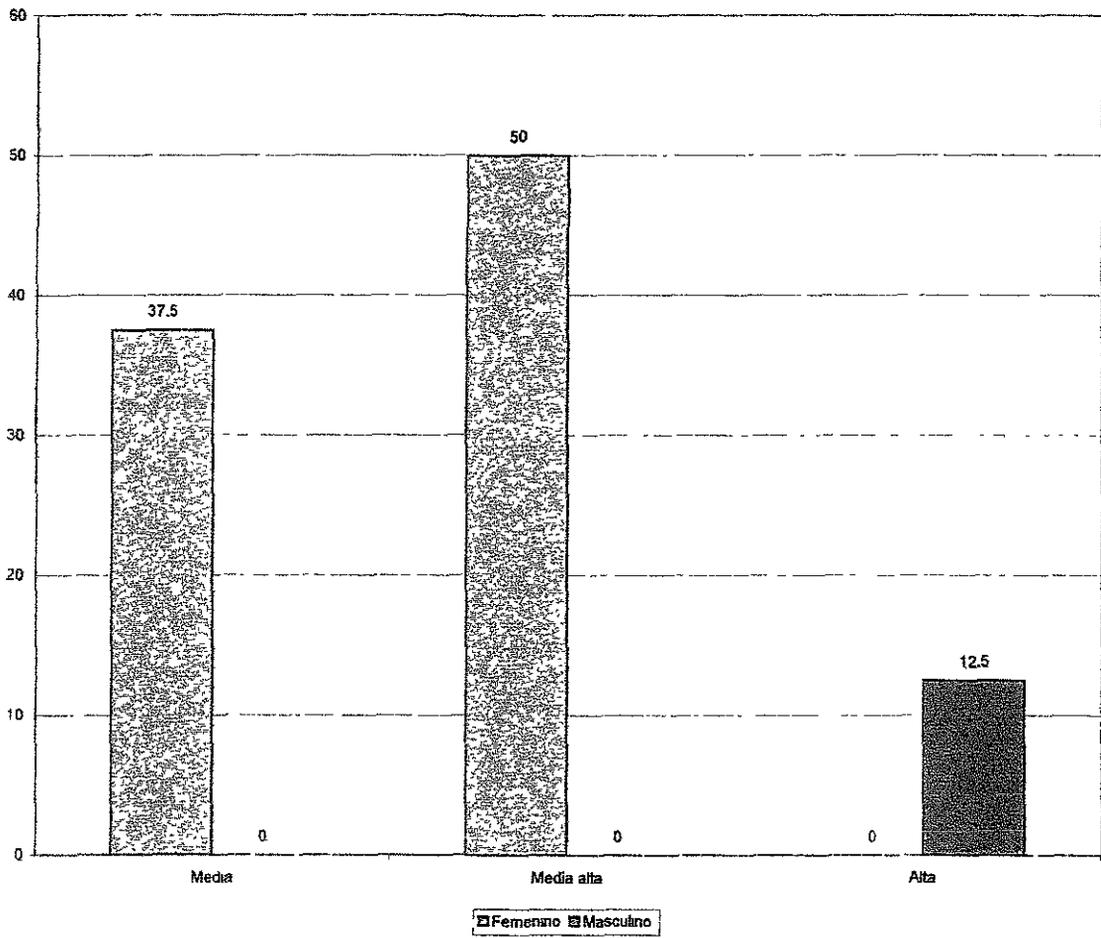
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tendencia hacia la anorexia por IMC en alumnos de la preparatoria No 5 UNAM 2000
Grafica 7



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

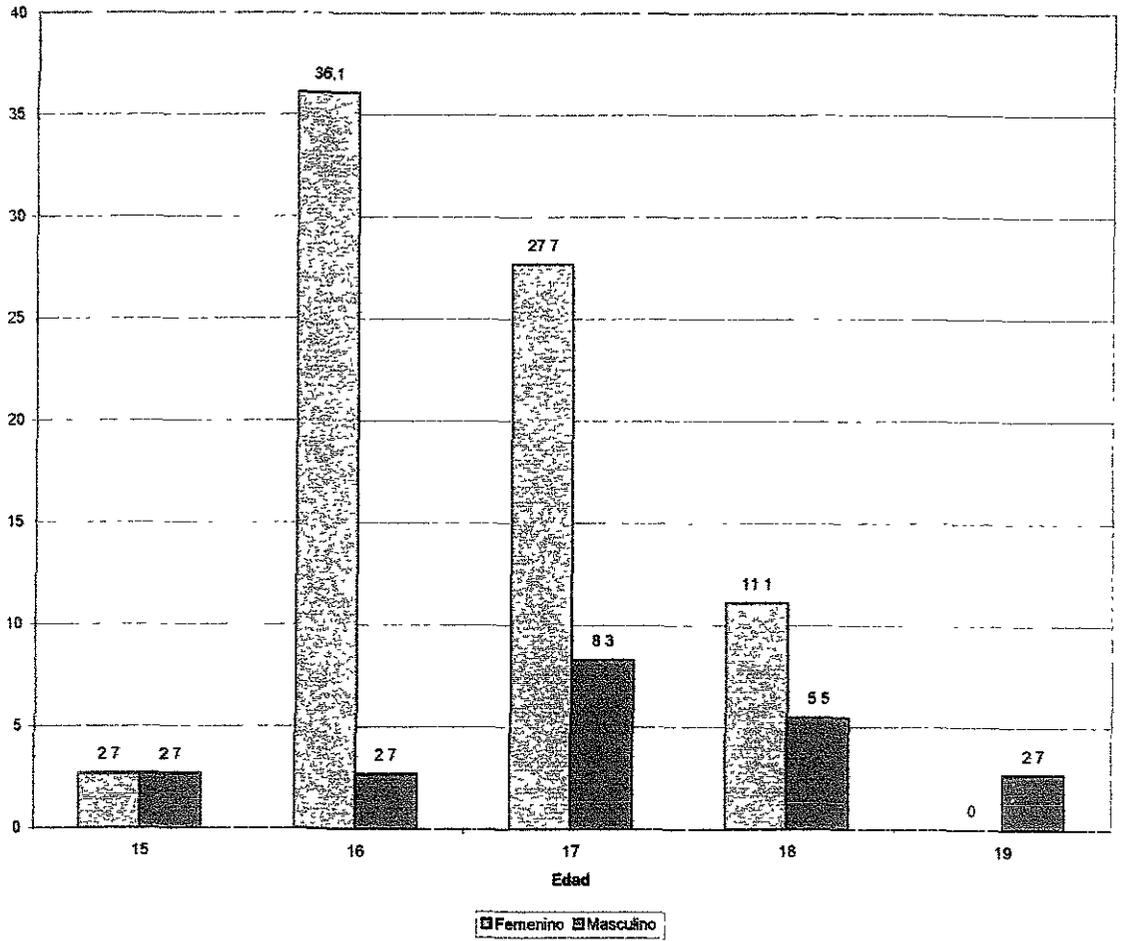
Fuente: Cedula de recolección de datos



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fuente: Cedula de recolección de datos

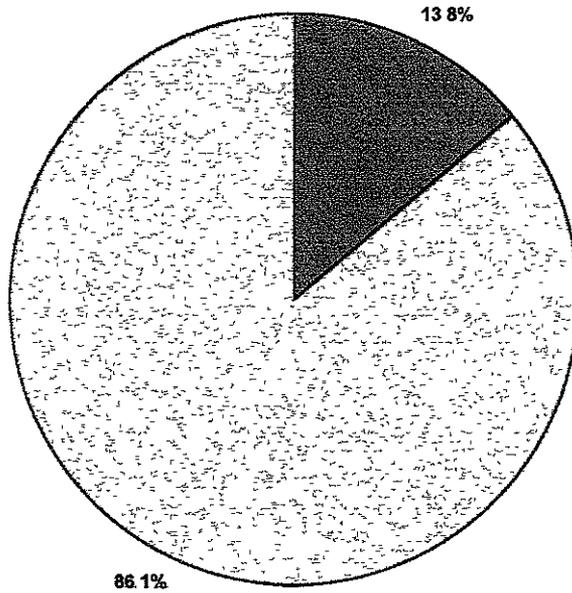
Tendencia hacia la bulimia por edad en alumnos de la preparatoria No 5 UNAM 2000
 Grafica 4



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Fuente Cedula de recolección de datos

Tendencia hacia la bulimia por IMC en alumnos de la preparatoria N0 5 UNAM 2000
Grafica 8



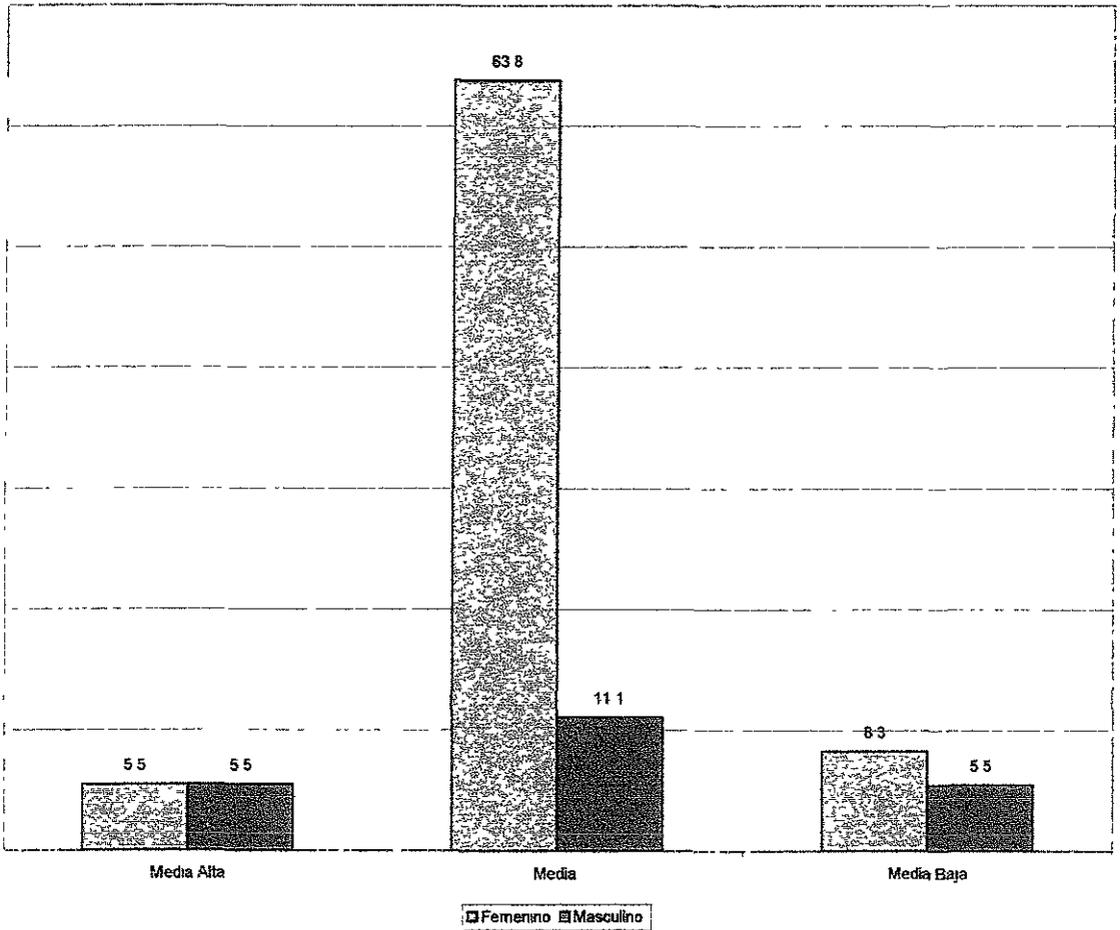
■ Sobrepeso □ Obesidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente Cedula de recolección de datos

Tendencia hacia la bulimia por clase social en alumnos de la preparatoria No 5 UNAM 2000

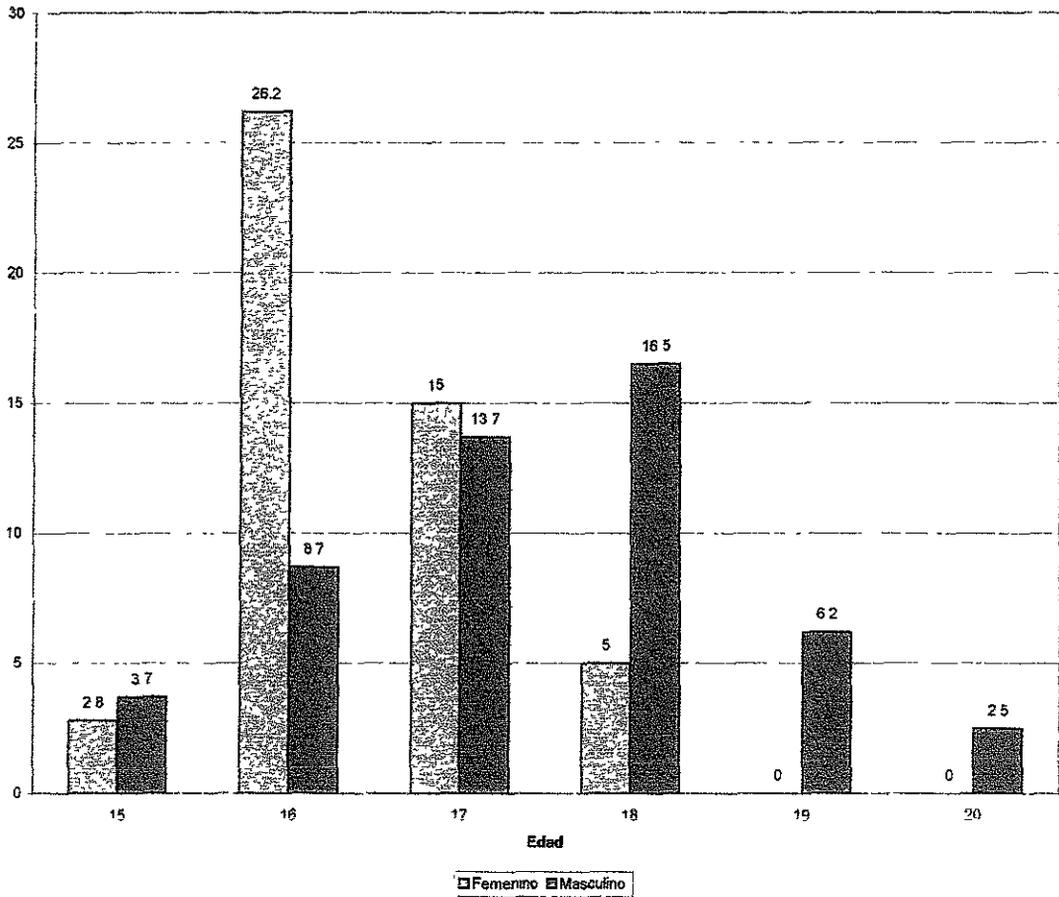
Grafica 12



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Cedula de recolección de datos

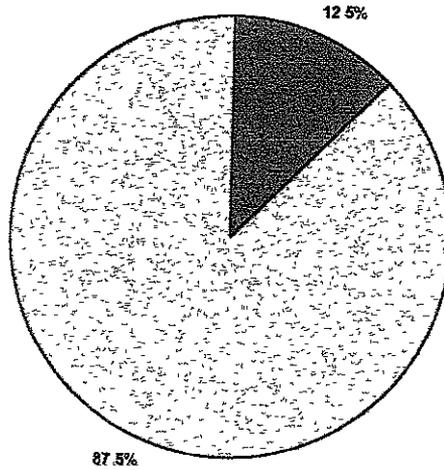
Preocupación por el peso, por edad en alumnos de la preparatoria No 5 UNAM 2000
Grafica 5



Fuente: Cedula de recolección de datos

Preocupación por el peso por IMC en alumnos de la preparatoria ND 5 UNAM 2000

Gráfica 9

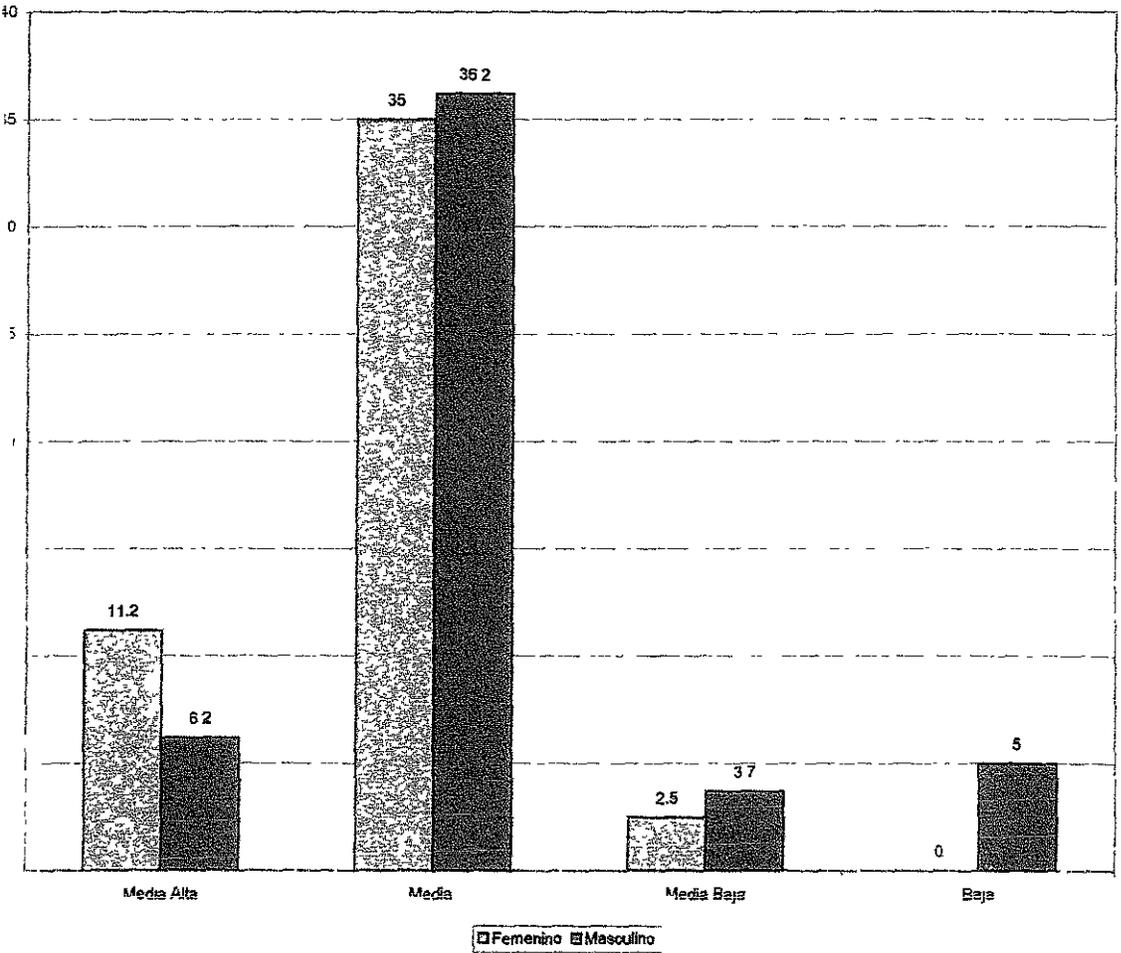


■ Sobrepeso □ Obesidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Cedula de recolección de datos

Preocupación por el peso por clase social en alumnos de la preparatoria N° 5 UNAM 2000
 Grafica 13

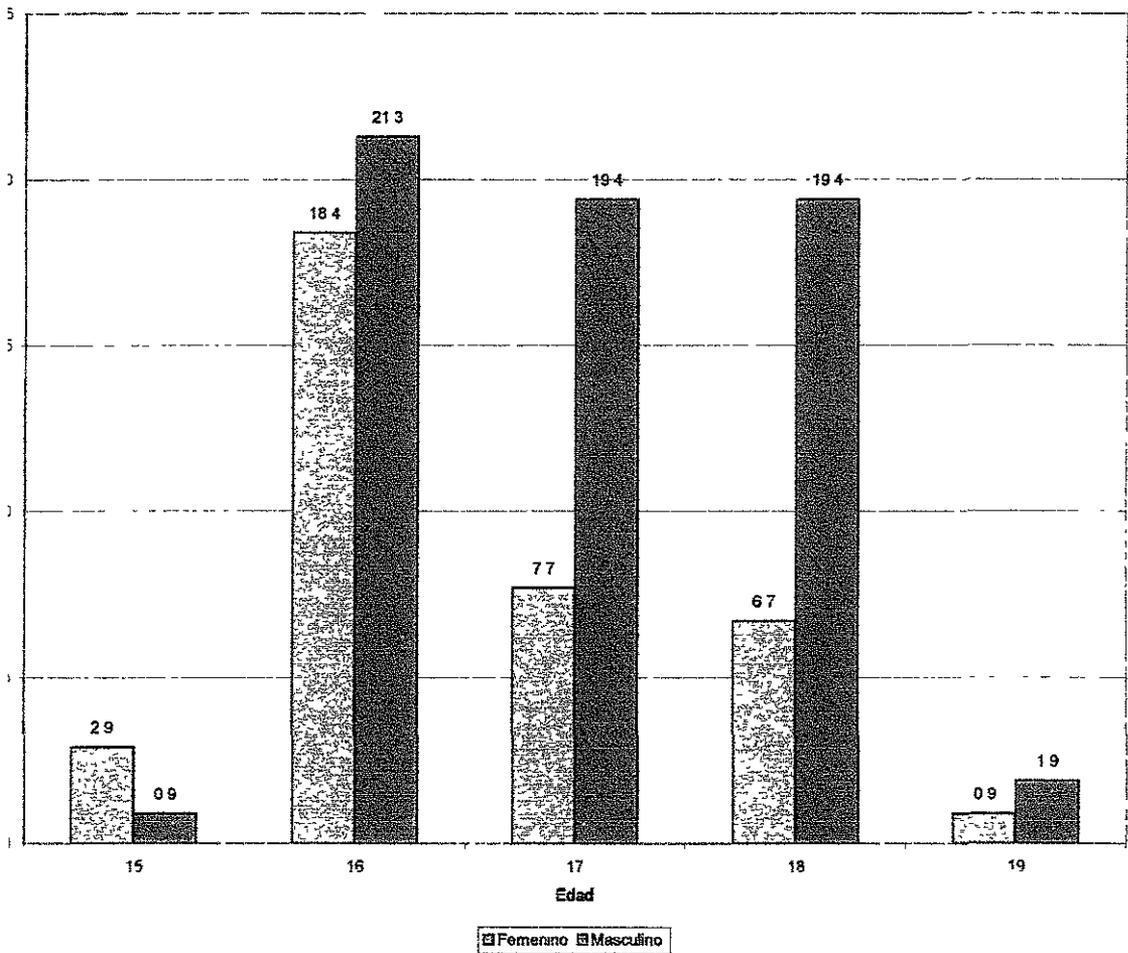


TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Fuente Cedula de recolección de datos

No se descarta la compulsividad y la obesidad por edad en alumnos de la preparatoria No 5 UNAM 2000

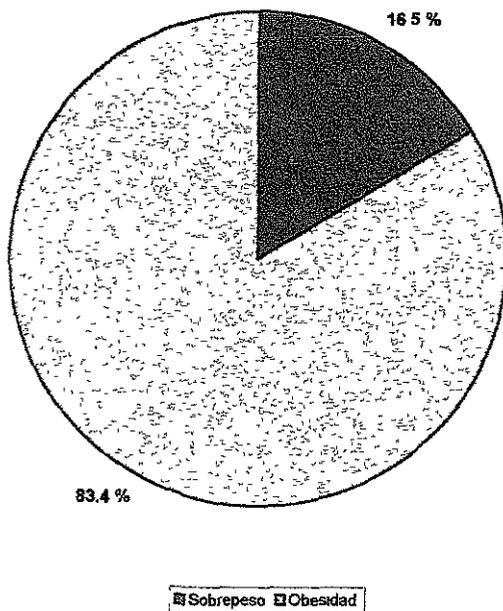
Grafica 6



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente Cedula de recolección de datos

No se descarta la compulsividad y la obesidad por IMC en alumnos de la preparatoria No 5 UNAM 2000
Grafica 10



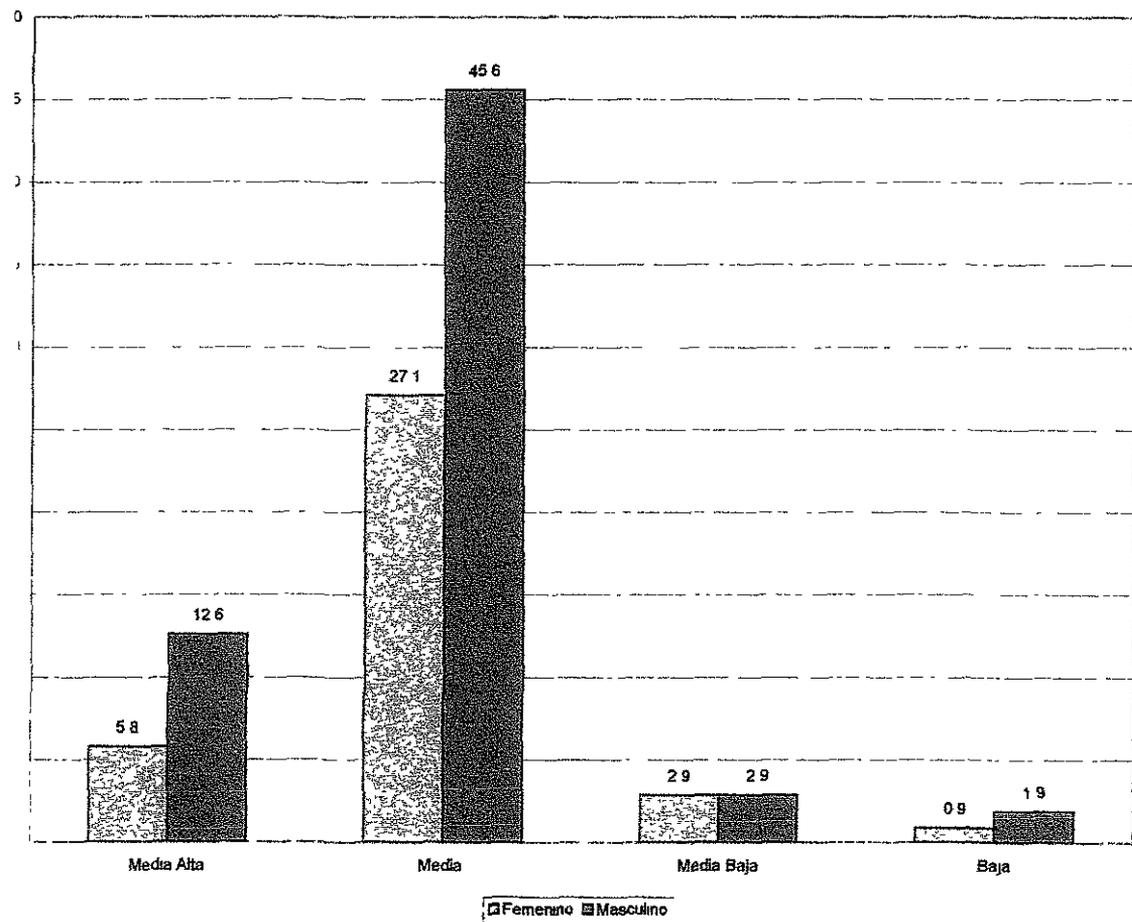
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente Cedula de recolección de datos

No se descarta la compulsividad y la obesidad por clase social en alumnos de la preparatoria No 5 UNAM

2000

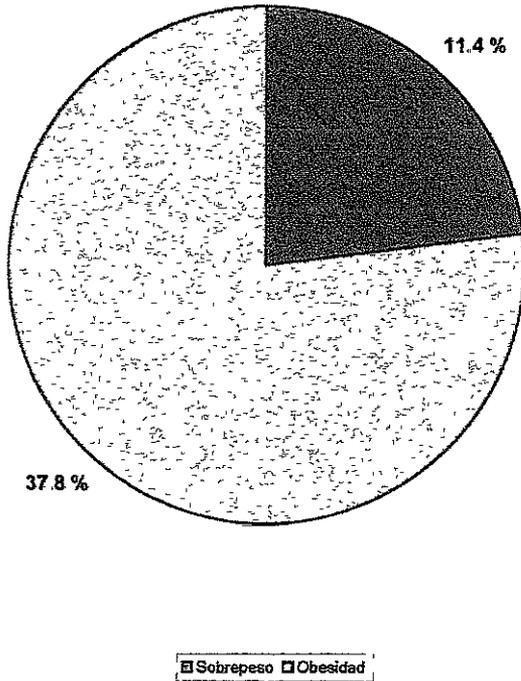
Grafica 14



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Cedula de recolección de datos

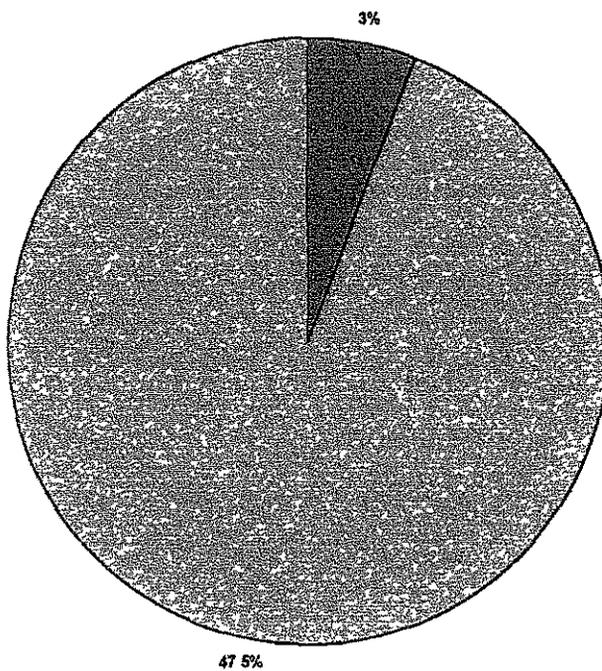
Trastornos de la alimentación por IMC en alumnos del sexo femenino de la preparatoria No 5 UNAM 2000
Grafica 15



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente Cedula de recolección de datos

GRAFICA 16



■ Sobrepeso ■ Obesidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Cedula de recolección de datos

DISCUSION

El tiempo de realización del presente estudio fue de un mes, esta investigación se llevo acabo en una muestra pequeña de 227 adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria No 5 que tiene un total de 9,900 alumnos

Se encontró que en la población estudiada predominan los dos sexos, dato que no se correlaciona con la literatura revisada

En relación a la Clase Social se encuentra que pertenece a la clase media, no pudiendose detectarse otras clases sociales dada las características de la población estudiada

En cuanto a la variable edad se encuentra que los trastornos de conducta alimentaria estudiados en este trabajo predominaban en las edades de 16,17 y 18 años para ambos sexos, datos que se correlacionan con los encontrados en la literatura revisada

Al analizar la variable de Indice de masa corporal llama la atención que todos los integrantes de la muestra quedan clasificados dentro de sobrepeso y obesidad

No se encontró que ninguno presentara un índice de masa corporal igual o inferior a 17.5 kgm^2 , criterio necesario para poder ser considerado de peso inferior y clara tendencia a un trastorno como la anorexia y la bulimia

Sin embargo a través del cuestionario se detectaron 8 sujetos con tendencias a la Anorexia nerviosa siendo 7 femeninas y un masculino y con tendencia a la Bulimia 36 adolescentes, siendo 28 femeninas y 8 masculinos lo que nos habla del valor diagnostico del instrumento como indicador de tendencias

Debido a los resultados encontrados de IMC de la población estudiada, la mayoría se clasifica con tendencia a sobrepeso y obesidad, siendo la población masculina la más representativa

En las mujeres se encontró con sobrepeso a 26 adolescentes que corresponde a un 11 4% y con obesidad 86 adolescentes que corresponde a un 37 8% (Gráfica 15)

En cuanto a la población masculina se encontraron 7 adolescentes con sobrepeso que corresponde a un 3% y con problemas de obesidad 108 adolescentes que corresponde a un 47 5% (Gráfica 16)

Detectandose así que la población masculina presenta mayor tendencia a la Obesidad

Estos datos nos indica la importancia del tipo de alimentación que estos adolescentes consumen, ya que presentan predisposición a desarrollar mas tarde complicaciones médicas como obesidad en mayor grado, diabetes e hipertensión, por lo cual los convierte en población blanco para medidas preventivas y orientación alimentaria

Habría sido importante evaluar la dinámica familiar de cada uno de estos alumnos ya que en la bibliografía se menciona como uno de los factores predispone de estos trastornos alimenticios. Cierta tipo de familias donde se encuentran patrones rígidos y estrictos con poca tolerancia a los cambios, con antecedentes algunas veces de alcoholismo, drogadicción y obesidad

Dicha evaluación no se llevo acabo por limitación de tiempo, pero sería recomendable que en estudios posteriores se evaluara también esta variable

CONCLUSIONES

Aunque se tienen noticias que los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes y muestran una tendencia a incrementarse y esto se conoce por los trastornos médicos subsecuentes, solo se encontró en la población estudiada indicadores de tendencias para Anorexia y Bulimia nerviosa en 42 de los encuestados, y en la mayoría se encontraron indicadores de sobrepeso y obesidad

Creemos que esta tendencia al sobrepeso y obesidad esta dado por los cambios que se observan en el tipo de dietas donde predominan azúcares y grasas, lo cual se debe a la influencia de la publicidad de productos con alto contenido de estos elementos nutricionales

Igualmente a la pérdida de la cultura alimentaria mexicana y a la imitación de otras culturas sin pensar en los perjuicios que esto puede acarrear a la salud, existe también influencia de aspectos familiares, al trabajar ambos padres muchas veces la madre no dedica el tiempo ni la atención necesaria para brindar a sus hijos una alimentación balanceada

Debido a la vida agitada y falta de tiempo para regresar a comer a sus hogares mucha gente come fuera de casa sin cuidar adecuadamente lo que ingiere

Los niños, la población adolescente y jóvenes son especialmente propensos a presentar estos problemas debido a los cambios somáticos y al aumento del impulso sexual que los desestabiliza y que les produce tensión interna, que buscan descargar comiendo en exceso, de igual manera la preocupación por la imagen corporal se puede llegar a imitar modelos inadecuados y a presentar alteraciones en la percepción de la imagen corporal

Por lo cual es muy importante que se hagan estudios sobre este grupo de población como la presente investigación que nos permita establecer las tendencias hacia trastornos alimenticios con un enfoque preventivo

La Medicina Familiar enfocada a la prevención y diagnóstico oportuno debe atender a este tipo de

padecimientos como tantos otros que se presenta en el primer nivel de atención

Para el diagnóstico oportuno y temprano recomendamos el uso del cuestionario “Te estas muriendo por estar delgada” (from 3-3) el cual nos pareció fácil de aplicar, económico y que puede ser un buen indicador de tendencias de trastornos alimenticios

En cuanto al tratamiento de los trastornos alimenticios consideramos que el modelo de Terapia Cognitivo Conductual puede ser apropiado para ayudar a este tipo de pacientes, indudablemente que para llevar acabo este tipo de tratamiento se necesita un profesional capacitado o un entrenamiento especial, por lo que el médico familiar podrá canalizar a sus pacientes a un servicio o Institución que pueda brindarlo

Los tratamientos para los trastornos de conducta alimentaria pueden ser variados y tener resultados positivos para la recuperación del paciente, sin embargo es necesario estructurar programas para prevenir la aparición de estos, ya que como cualquier padecimiento es más fácil prevenir que tener posteriormente que curar

BIBLIOGRAFIA

- 1 -Marilyn Diker y Roger Stade Anorexia nervosa y Bulimia Un tratamiento integrado.Editorial Limusa Grupo Noriega Editores 1992 USA pág 98-120
- 2 -Anny Speier Silvana:Psicoterapia familiar en un caso de Anorexia nervosa Editorial Nueva Visión España 2ª Edición Pág 80-90
- 3 -Psicología Iberoamericana Nueva Epoca Departamento de Psicología Volumen 3,Número 2, Junio 1995 Editorial: Plaza y Valdés México Pág150-180
- 4 -Masson 1995 Trastornos de la conducta alimentaria Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales Pág 553-564
- 5 -Wendy L Hobbs, MD and Cynda Ann Johnson, MD.Anorexia Nervosa: An Overview American Family Physician Vol 54 No 4 Año1996 Pág 1273-1279
- 6 -Beth M McGillley PH D and Tamara L Pryor, PH D Assessment and Treatment of Bulimia Nervosa American Family Physician Vol 57 Núm 11 año 1998 Pág 2743-2750
- 7 -James Giannini, Michael Newman Anorexia y bulimia Revista internacional de medicina familiar Vol 2 No 3 año 1990 Pág 167-171.
- 8 -Foster DW Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and bulimia nervosa Endocrinology Ed Wilsonb Philadelphia 1992, Pág 1335-1340
- 9 -Love L Gold PW The hipothalamic-pituitary adrenal axis, in anorexia nervosa and bulimia nervosa Pathophysio!ogic implications Editorial Limusa 1991 Pág 287-340

10 -Garfinkel PE Bulimia Nervosa in a Canadian Community sample Prevalence and comparison of subgroups Editorial Nueva visión USA Pág 1052

11 -Paulina S Powers, MD Initial Assessment and early treatment options for anorexia nervosa and bulimia nervosa The Psychiatric clinics of north America Vol 19 no 4 año 1996 Pág 639-655

12 -Shirah Vollmer, MD To eat or not to eat: The question of anorexia nervosa Family practice recertification Vol 21, N 2 1999 Pág 37-64

13 -
<http://www.noah.cuny.edu/sp/wellconn/speatdisorders.html>
Trastornos del Comer: Anorexia y Bulimia nervosa

14 -P.J.V Beumont J D Russell S W Touyz Treatment of anorexia nervosa The Lancet Vol 341 1993 Pág 1635-1640

15 -
<http://www.lucas.simplenet.com/trabajos/anorexia/anorexia.html>
Trastornos del comer: Anorexia y Bulimia Nerviosa

16 -Beth M McGilley, PH D and Tamara L Pryork,PHD Assessment and Treatment of Bulimia Nervosa American Family Physician Vol 57 1998 Pág 2743-2749

17 -Raymond M Bergner The use of a recent formulation of bulimia nervosa in the successful treatment of a bulimic woman Family Therapy Vol 24 No 2 1997 Pág 71-79

18 -A Martínez Martínez, D Menéndez Martínez, MUI Sánchez Trapiello, M Seoane Vicente y P Suárez Gil Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria Atención Primaria Vol 25 No 5 2000 Pág313-319

19 - Caroline Davis, Sidney H Kennedy Elizabeth Ralevski, Michelle Dionne, Howard Brewer, Christina Neitzert and Dorothy Ratusny Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising Journal of Psychosomatic Research Vol 39 No, 8 1995 Pág 967-976

20 - Shin-Ichi Nozoe, Yuji Soejima, Mitsuki Yoshioka, Tetsuro Naruo, Akinori Masuda, Nobuatsu Nagai and Hiromitsu Tanaka Clinical features of patients with anorexia nervosa: assessment of factors influencing the duration of in patient treatment Journal of Psychosomatic research, vol 39, No 3 1995, pág 271-281

21 -Joel Yager Psychosocial Treatments For Eating Disorders Psychiatry Vol 57 1994 Pág 153-163

22 Mendez Ramírez Ignacio El protocolo de investigación Editorial Trillas 1era edición 1984 Pág 80-84

23 -Dan W Reiff. Katherine K Reiff Eating disorders: Nutrition therapy in the recovery process Maryland 1992

24 -Irigoyen Coria Fundamentos de Medicina Familiar Editorial Medicina Familiar Mexicana México, 5ª Edición

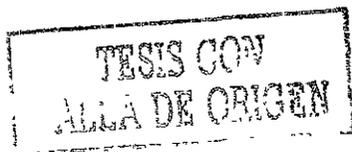
Are You Dying To Be Thin?

Due to an increase in publicity and public awareness, anorexia nervosa (key symptom: extreme weight loss due to self-starvation accompanied by an intense fear of being fat or gaining weight) and bulimia nervosa (key symptom: binge eating—eating what the individual considers to be too much food in a way that feels out of control—followed by purging) are becoming more and more openly acknowledged.

The following questionnaire will tell you whether or not you think or behave in a way that indicates that you have tendencies toward anorexia nervosa or bulimia nervosa.

DIRECTIONS: Answer the questions below honestly. Respond as you are now, not the way you used to be or the way you would like to be. Write the number of your answer in the space at the left. Do not leave any questions blank unless instructed to do so.

- _____ 1 I have eating habits that are different from those of my family and friends
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- _____ 2 I find myself panicking if I cannot exercise as I planned because I am afraid I will gain weight if I don't.
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- _____ 3 My friends tell me I am thin, but I don't believe them because I feel fat.
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- _____ 4 (Females only) My menstrual period has stopped or become irregular due to no known medical reasons.
1) True 2) False
- _____ 5 I have become obsessed with food to the point that I cannot go through a day without worrying about what I will or will not eat.
1) Almost always 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- _____ 6 I have lost more than 15% of what is considered a healthy weight for my height. (e.g., female, 5'4" tall, healthy weight - 122 lbs., lost 20 lbs.) and currently weigh that weight or less.
1) True 2) False
- _____ 7 I would panic if I got on the scale tomorrow and found out I had gained two pounds.
1) Almost always 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- _____ 8 I find that I prefer to eat alone or when I am sure no one will see me, thus make excuses so I can eat less and less with friends and family.
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- _____ 9 I find myself going on uncontrollable eating binges during which I consume large amounts of food to the point that I feel sick and make myself vomit.
1) Never 2) Less than 1 time per week 3) 1-6 times per week 4) 1 or more times per day
- _____ 10 (NOTE: Answer only if your answer to #9 is "1," otherwise leave blank.) I find myself compulsively eating more than I want to while feeling out of control and/or unaware of what I am doing.
1) Never 2) Less than 1 time per week 3) 1-6 times per week 4) 1 or more times per day
- _____ 11 I use laxatives or diuretics as a means of weight control.
1) Never 2) Rarely 3) Sometimes 4) On a regular basis
- _____ 12 I find myself playing games with food (e.g., cutting it up into tiny pieces, hiding food so people will think I ate it, chewing it and spitting it out without swallowing it, keeping hidden stashes of food) and/or telling myself certain foods are bad.
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- _____ 13 People around me have become very interested in what I eat and I find myself getting angry at them for pushing me to eat more.
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- _____ 14 I have felt more depressed and irritable recently than I used to and/or have been spending an increasing amount of time alone.
1) True 2) False



- ___ 15 I keep a lot of my fears about food and eating to myself because I am afraid no one would understand
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- ___ 16 I enjoy making gourmet and/or high calorie meals for others as long as I don't have to eat any myself
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- ___ 17 The most powerful fear in my life is the fear of gaining weight or becoming fat
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- ___ 18 I exercise a lot (more than 4 times per week and/or more than 4 hours per week) as a means of weight control
1) True 2) False
- ___ 19 I find myself totally absorbed when reading books or magazines about dieting, exercising and calorie counting to the point that I spend hours studying them
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- ___ 20 I tend to be a perfectionist and am not satisfied with myself unless I do things perfectly
1) Almost always 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- ___ 21 I go through long periods of time without eating (fasting) or eating very little as a means of weight control
1) Often 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never
- ___ 22 It is important to me to try to be thinner than all of my friends
1) Almost always 2) Sometimes 3) Rarely 4) Never

Scoring

- Step 1 Add scores together Total is _____
- Step 2 Compare your score with the table below

- 38 or less -- Strong tendencies toward anorexia nervosa
- 39 - 50 -- Strong tendencies toward bulimia nervosa
- 50 - 60 -- Weight conscious. May or may not have tendencies toward an eating disorder. Not likely to have anorexia or bulimia nervosa. May have tendencies toward compulsive eating or obesity.
- Over 60 -- Extremely unlikely to have anorexia or bulimia nervosa; however, scoring over 60 does not rule out tendencies toward compulsive eating or obesity.

If you scored below 50, it would be wise for you to 1) seek more information about anorexia nervosa and bulimia nervosa and 2) contact a counselor, pastor, teacher, or physician in order to find out if you have an eating disorder and if you do, talk about what kind of assistance would be best for you.

If you scored between 50 and 60, it would be a good idea for you to talk to a counselor, pastor, teacher, or physician in order to find out if you have an eating disorder, and if you do, how to get some help.

If you scored over 60 but have questions and concerns about the way you eat and/or your weight, it would be a good idea for you to talk to a counselor, pastor, teacher, or physician in order to determine if you have an eating disorder and if you do, how to get some help.

NOTE: Eating disorders are potentially life-threatening disorders which can be overcome with the proper information, support, and counseling. The earlier you seek help, the better, although it is never too late to start on the road to recovery.

69

