



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

“FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN PACIENTES DE 15 A 35 AÑOS DE EDAD
DERECHOHABIENTES DEL HGZ 8 UMF GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”

T E S I S
QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DRA. VIANNEY PEREZ CORONA

ASESORES:
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DR. ROBERTO DE LA FUENTE RODRIGUEZ

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ENCARGADO DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION HGZ/UMF No. 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.

CD. DE MEXICO, D. F. FEBRERO 2010.



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.

“FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN PACIENTES DERECHOHABIENTES DE 15 A 35
AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF 8
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Pérez Corona Vianney, Dr. De La Fuente Rodríguez Roberto, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Unidad de Medicina Familiar No 8.Col. Tizapan San Ángel. México, D. F.

OBJETIVO: Identificar la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en pacientes derechohábientes de 15 a 35 años de edad adscritos a la unidad de medicina familiar número 8.

MATERIALY METODOS: Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, Descriptivo, Observacional. Pacientes con trastornos de la conducta alimentaria sin distinción de sexo con edad en rango de 15 a 35 años. Criterios de exclusión: Pacientes no firme carta de consentimiento informado. Muestra: 139 pacientes con intervalo de confianza de 95%, proporción 0.10, amplitud total del intervalo de confianza 0.05. Variables: Ocupación, estado civil, trastornos de la conducta alimentaria, con el instrumento aplicado PRIME-MD Today.

RESULTADOS: Encontrando dentro del Trastorno de la Conducta Alimentaria 13.7% sin TCA 86.3%. Dentro del grupo etario 15 a 20 años una frecuencia 3 (2.2%) con TCA, en el rango de 21 a 25 años una frecuencia de 6(4.3%) con TCA, en el rango de 26-30 años 7(5.0%) con TCA. Se observó dentro del estado civil en relación a TCA lo siguiente, con TCA 8(5.8%) con TCA, casados con TCA 3(2.2%), separados con TCA 2(1.4%).

CONCLUSIONES: En la última década coinciden en que el número de casos de TCA va en aumento en México, los porcentajes van de 5 a 18% a nivel mundial, coincide con los resultados total del 13.4% de TCA, género femenino con TCA es 9.4% y masculino del 4.3%, grupo etario índices altos son de 21 a 30 años, estado civil solteros 5.8%, empleados 7.9% .

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la Conducta alimentaria, Frecuencia.

**“FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES
DERECHOHABIENTES DE 15 A 35 AÑOS DE
EDAD DEL H.G.Z./U.M.F.#8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Médico Familiar
Encargado de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
HGZ/UMF No.8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Roberto de la Fuente Rodríguez

Especialista en Psiquiatría

Jefe de Servicio de Salud Mental de la UMF#22

Asesor clínico de tesis

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar

Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Asesor metodológico de tesis

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Por todo su infinito amor y comprensión.

A MI RANITA

Por todo su inmenso apoyo en todo momento su cariño y ternura, ha sido un fuerte pilar en la residencia.

A MI FAMILIA

Por su lucha incondicional en las situaciones adversas.

A MIS PROFESORES

Por su dedicación, y enseñanza de toda su experiencia.

A MIS AMIGOS

Por el excelente tiempo compartido, alegres, y malos momentos que me ayudaron a seguir en la lucha de la residencia.

INDICE	pág.
Resumen	2
Marco Teórico	8
Planteamiento del problema	24
Justificación	24
Objetivos	24
Hipótesis	24
Materiales y métodos	25
Tipo de estudio	25
Diseño de la investigación	26
Población lugar y tiempo	26
Muestra	27
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	27
Variables	28
Diseño estadístico	30
Instrumentos de recolección de datos	30
Métodos para evitar y controlar sesgos	31
Consideraciones de las normas e instructivos institucionales	32
Recursos materiales y humanos	32
Resultados	33
Discusión	43
Conclusiones	44
Bibliografía	45
Anexos	47

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Es difícil que en una sociedad donde actualmente se crean mitos, especulaciones y complicaciones alrededor de las cosas más sencillas se evite que las personas caigan en enfermedades y trastornos relacionados con la autoestima, la imagen y la moda.

Los trastornos de la conducta alimentaria; como su nombre lo dice giran alrededor de la conducta en relación a la alimentación, por esto es difícil combatirlos ya que comer es el eje de nuestra cultura, comer es necesario para el organismo, pero desafortunadamente se han creado muchos mitos alrededor de la comida. En cada cultura existe un concepto de belleza, por ejemplo en alguna tribus indígenas africanas las mujeres con cuello largo o labios gruesos son las más atractivas, antiguamente en china las mujeres con pies pequeños y corto caminar eran considerada como símbolo sexual.

En occidente el concepto que se ha desarrollado de belleza es la delgadez. Actualmente más de la tercera parte de la juventud quiere adelgazar, debido a la presión que el medio ejerce sobre esta. La Anorexia causa que la vida de quien la padezca gire alrededor de la comida pero no la pueda consumir, esto hace que se insoportable vivir con ella. Los trastornos alimenticios se propagan con la efectividad de un virus aunque no lo son.

La AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) reveló en un estudio realizado en 1994 que la prevalencia entre adolescentes mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos era de 0.5 a 1% y la posibilidad de desencadenarse en la muerte era mínima, actualmente la anorexia y la bulimia nerviosa se han convertido en una causa importante de muerte en las adolescentes en el mundo. Lo novedoso de este tema no gira en torno a los trastornos, si no en el incremento que se ha generado en los hombres, mujeres y niños ya que aunque hace algunas décadas hablábamos de moda y belleza en mujeres, ahora de igual manera se da en hombres demostrando así que la famosa liberación se desarrollo en ambos sexos.(1)

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que se relacionan con la alteración de los hábitos alimenticios comunes. Estas conductas pueden o no alterarse voluntariamente, esto está sujeto a factores internos y externos como el nivel de autoestima, presiones familiares, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar u amigo. (1)

ANOREXIA NERVIOSA

Es el trastorno de la conducta alimentaria más común entre mujeres adolescentes actualmente. Se caracteriza principalmente por la alteración de la percepción corporal, quiere decir que quien la presenta se siente gordo, por

ende deja de comer y se rehúsa a mantener el peso mínimo establecido por su edad y estatura(2)

BULIMIA NERVIOSA

Se caracterizan por episodios frecuentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vomito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio, como en la anorexia existe una alteración de la percepción corporal.(2)

HISTORIA

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen su origen entre el siglo XIV y el siglo XIX, son descritos como conceptos modernos, por los psiquiatras de la época.

El primer caso más cercano a un trastorno de la conducta alimentaria se conoce desde el siglo XIV, en el cual una princesa llamada Wilgenfortis, se niega a ingerir cualquier tipo de alimento, con el propósito de ser tan delgada que ningún hombre la desee. (3)

Hacia el siglo XVIII se origina una orden de monjas llamadas "Las Santas Ayunadoras", estas rendían culto a la virgen María mediante el ayuno, no se tiene mayor información sobre estas monjas, pero se sabe que pasaban grandes cantidades de tiempo sin comer; semanas o días, se sabe que algunas podían morir de inanición o deficiencias cardiacas. (3)

En el siglo XIX se establece la delgadez como modelo corporal con éxito social, lo que origino el aumento de la enfermedad, incluso ya desde entonces podemos ver que la mujeres que no eran lo suficientemente delgadas usaban corsé para adaptarse a los vestidos de la época que exigían un cuerpo muy rígido y una pequeña cintura, lo que nos lleva a la conclusión que desde hace siglos se requiere ser delgado para estar dentro de los estándares de la moda.(3)

El término anorexia nervosa proviene del latín y quiere decir sin apetito, y el adjetivo nerviosa expresa su origen psicológico. Al contrario de lo que se piensa no es cierto que los anoréxicos NO padecen de hambre, la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Los pacientes con anorexia nerviosa se rehúsan a mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla. El miedo llega ser tal que los puede llevar a la inanición, naturalmente los sujetos no tienen conciencia de su enfermedad. (3)

En 1940 este trastorno se consideró un síndrome y en 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de psiquiatría como una enfermedad diferente a la anorexia.

Ambos trastornos se originan en la Antigüedad, pero es ahora cuando se les ha estudiado, tipificado y definido. Se sabe que son producto de múltiples factores,

que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como presiones por parte de la familia, es posible la predisposición genética o biológica y el vivir en una sociedad en la cual hay una oferta excesiva de comida y obsesión por la delgadez. Esta idea de estética transmite a los jóvenes sistemas de valores que se basan en el "buen estilo", y el problema es que puedan derivar en una adicción u obsesión por ser delgado. Es verdad que esta estética está de moda, pero es sólo un disparador que afecta negativamente a algunos jóvenes con problemas familiares y con desajustes de personalidad. (4)

Existen informes que dejan ver que ya desde el siglo XIX había personas que se provocaban el vómito, después de comer en forma excesiva.

El primer caso de bulimia se presentó en los años 60 en Estados Unidos y el primer paciente que recibió atención fue en 1970.

La palabra bulimia proviene del griego y significa "hambre de buey", este trastorno se caracteriza por la ingestión rápida de gran cantidad de alimentos; la culpabilidad que origina el abuso de los alimentos provocada la autoinducción al vómito; la utilización en forma indiscriminada de laxantes y diuréticos y el ejercicio excesivo, igual que en la anorexia existe un miedo intenso a subir de peso y es natural que durante mucho tiempo quien la padece se niegue a aceptar esta conducta. En algunos países, la frecuencia de la bulimia es mayor que la de la anorexia nerviosa.(4)

ANOREXIA NERVIOSA

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS

(Ver anexo)

Las características esenciales consisten en un rechazo a mantener el peso mínimo corporal normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas pueden presentar amenorrea aunque hayan pasado la menarquía.(5)

Las personas con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en la primera etapa de adolescencia es de mejor pronóstico.(5)

(Ver Criterio A, Tabla de Criterios Diagnósticos). El criterio A proporciona una guía determinada cuando 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 talla. Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los criterios de Investigación de las CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17.5 kg/m³ (El IMC se calcula en metros cuadrados dividiendo el peso entre la talla al cuadrado). Estos valores límite

son solo un 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 tallas determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.(6)

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante la 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.(6)

Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas, por ejemplo vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos o ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen miedo intenso a ganar peso o convertirse en obesos. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso, y de hecho va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y la silueta corporales. Algunas personas se encuentran "obesas", mientras que otras se dan cuenta que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente abdomen, muslos y glúteos) les parecen demasiados gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y peso de su cuerpo, como son pesarse constantemente en una báscula, se toman repetidamente las medidas del cuerpo y se miran constantemente en el espejo para chequear las que consideran obesa.(7)

Su nivel de autoestima llega a depender prácticamente de la forma y peso de su cuerpo. El perder peso es considerado como un logro y signo de alta autodisciplina, el aumento de peso es visto como un fracaso del autocontrol, algunas personas saben y están conscientes de su delgadez pero niegan que esta pueda tener implicaciones clínicas graves.(7)

En las niñas que hayan tenido su menarca se presenta amenorrea y en las que no, no se presenta la menarca, esto a los debido a los niveles anormalmente bajos de estrógenos y a la disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes y leuteinizantes.(8)

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observa que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psiquiátrico que le provoca comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso. Normalmente las personas con este trastorno tienen poca conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es importante 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.(8)

SUBTIPOS

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o 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.(9)

TIPO COMPULSIVO / PURGATIVO: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones y/ o purga. La mayoría de individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vomito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen incluso algunos casos en este subtipo en que no presenta atracones, pero 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.(9)

SÍNTOMAS DE LA CULTURA LA EDAD Y EL SEXO

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en la que abunda la comida y el estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Este trastorno es más frecuente en los Estados Unidos, Canadá y Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.; de la prevalencia de esta enfermedad en otras culturas se tiene muy poca información. Las personas que poseen de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Por ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos.(10)

La anorexia nerviosa raras veces se inician antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90% de los casos de la anorexia nerviosa se observa en mujeres.(10)

PATRON FAMILIAR

Existe un riesgo mayor entre los parientes de primer grado. Se ha observado a si mismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos de estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos de tipo Compulsivo / purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos han

revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos.(11)

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad insomnio y pérdida del interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios de un Trastorno Depresivo Mayor. Como estas características se observan también en las personas sin anorexia nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos podrían ser secundarios a las secuelas de la semiinanición. Por esto es necesario reevaluar los síntomas propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado el peso, parcial o totalmente.(11)

Se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocinas o alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y compulsiones con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.(12)

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tiene más probabilidades de presentar problemas de control con los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente.(12)

HALLAZGOS DE LABORATORIO

La anorexia puede producir alteraciones en los órganos del cuerpo. La semiinanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y afectar gran variedad de alteraciones. A sí mismo, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas puede provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales.(13)

Hemograma: Es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia.

Bioquímica: La deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre. Existen muy a menudo hipercolesterolemia; las pruebas de la función hepáticas están afectadas. Ocasionalmente se ha detectado hipomagnesemia,

hipocincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. Los vómitos auto inducidos pueden producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado) hipocloremia e hipopotasemia, y el abuso de laxantes, acidosis metabólica. Los niveles séricos de tiroxina (T4) suelen estar en un nivel normal - bajo y los de triyodotironina (T3) disminuidos, habitualmente se observa también hiperadrenocortilismo y respuestas anormales a diferentes pruebas endocrinas.(13)

Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógeno y los varones a si mismo niveles bajos de testosterona. Se produce una regresión del eje hipotálamo–hipófisis-gonadal en ambos sexos (el patrón de secreción circadiana de la hormona luteinizante (LH) es similar al de los individuos prepuberales o puberales).(13)

Electrocardiograma: Se observa bradicardia sinusal y rara vez arritmias.

Electroencefalograma: Puede haber anormalidades difusas (que reflejan una encefalopatía metabólica) como consecuencia de alteraciones significativas de líquidos y electrolitos.

Estudio Cerebral Por Técnicas De Imagen: Frecuentemente se observa un aumento del cociente ventrículo/cerebro relacionado con la desnutrición.

Gasto Específico en Reposo: A menudo esta reducido a forma significativa.

HALLAZGOS DE LA EXPLORACION FÍSICA Y ENFERMEDADES MEDICAS ASOCIADAS

Amenorrea, estreñimiento físico por dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva, El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia sequedad en la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un bello fino en el tronco. La mayoría de los individuos tiene bradicardia. Algunos muestran edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso y dejar de tomar laxantes y diuréticos). Excepcionalmente se observan Petequias, generalmente en las extremidades, indicadoras de diátesis hemorrágica. En algunas personas el color de piel es amarillento (asociado a hiper胡萝卜素emia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas que se provocan el vomito muestran a veces erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito.(14)

El estado de semiinanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades medicas asociadas, como son anemia normocítica, normocromica, función renal alterada (asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol).(14)

CURSO

La edad promedio de inicio de anorexia es de 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y a los 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en las mujeres mayores de 40 años. El comienzo de esta enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar. El curso el desenlace del trastorno es muy variable. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de una recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. Para establecer el peso del individuo y el equilibrio hidroelectrolítico es necesario que el enfermo ingrese a un centro hospitalario. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10%. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.(14)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las enfermedades medicas, ejemplo; enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y SIDA, puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. El síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos postprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emaciación), En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de individuos con este trastorno no tiene deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa).(15)

Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de las criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten molestos y humillados al comer en público; pueden observarse obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario. Cuando el individuo son anorexia nerviosa tiene miedos sociales a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnostico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionada con la conducta alimentaria, ejemplo; excesivo miedo de hablar en público, es necesario realizar el diagnostico adicional de fobia social. De manera similar, deben efectuarse el diagnostico adicional de trastorno obsesivo compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionada con el alimento, ejemplo; excesivo miedo a contaminarse, y el trastorno dismórfico solo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales, ejemplo; preocupación por tener las orejas demasiado grandes.

En la bulimia nerviosa los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso, ejemplo; vómitos, y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y peso corporales. Sin embargo, la diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo / purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso normal o por encima de un nivel normal mínimo.(15)

BULIMIA NERVIOSA

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS

(Ver anexo)

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, el auto evaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos 2 veces en la semana durante un periodo de tres meses.

Se define atracón el consumo a lo largo de una cantidad de tiempo una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían. El clínico debe tener en cuenta el contexto en el que se produce el atracón, lo que se clasificara como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce una celebración o aniversario. Un "periodo de corto tiempo" significa aquí un periodo de tiempo limitado, generalmente inferior a dos horas. Los atracones no tienen por que producirse en un solo lugar, por ejemplo; un individuo puede comenzar en un restaurante y continuar en su casa. No se considera atracón ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.(15)

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 por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la porción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta de alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no resista mas, incluso hasta llegar a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos y las relaciones personales estresantes pueden

desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estados de ánimo depresivos.(16)

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

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diferentes medios 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 centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición inmediata del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objeto, y el enfermo realiza 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. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y de 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 constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno a más días y realizar ejercicio físico intenso. En un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce en horas poco habituales, o en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presenta alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. 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.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso corporal y en la silueta al autovalorarse, y estos defectos son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, 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. (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 mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

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

SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, LA EDAD Y EL SEXO

La bulimia nerviosa afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Se dispone de muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos se ha observado que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca, aunque el trastorno también puede afectar a grupos étnicos. Por lo menos un 90% de las personas que padecen bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad pre mórbida que en las mujeres.

PATRON FAMILIAR

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho.

CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS Y TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS

Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen considerado normal, a pesar de que algunos presentan unas ligeras desviaciones por encima o debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y "mórbida". Algunos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar más sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reduce la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico "dietético", a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón.

La frecuencia de síntomas depresivos en la personas con bulimia nerviosa es alta; ejemplo, baja auto estima, al igual que los trastornos de estados de ánimo;

(especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos en la alteración del estado se inician al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo en ocasiones el trastorno de estado de ánimo parece Bulimia Nerviosa. Hay así mismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad; ejemplo, miedo a las situaciones sociales, o trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias como el alcohol y los estimulantes en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de personalidad que cumplen con los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de personalidad; la mayoría de las veces límite de la personalidad. Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroeléctrico (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia). La pérdida de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, que posiblemente sean reflejo del aumento de la isoenzima salivar.

HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS

Los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos; puede haber asimismo muchas cavidades en las superficies de los dientes. En algunos individuos las glándulas salivales, sobre todo la glándula parótida, se encuentran aumentadas de tamaño. Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano (debido a los traumatismos provocados por la dentadura). Se han descrito también miopías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

En las mujeres con bulimia nerviosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con la fluctuación de peso, déficit nutritivo o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica (para estimular la mortalidad intestinal) pueden acabar presentando dependencia a este tipo fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de purgas llegan a veces a ser de la suficiente importancia como para construir un problema médico grave.

Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo (desgarros esofágicos, roturas gástricas y arritmias cardíacas). En comparación con los individuos que padecen Bulimia Nerviosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos.

CURSO

La bulimia nerviosa se inicia generalmente en la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A los individuos con atracones que aparecen en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo / purgativo; ejemplo, cuando el peso es normal y las menstruaciones son regulares, es anorexia nerviosa, tipo compulsivo / purgativo en revisión parcial o bulimia nerviosa.

En algunas enfermedades neurológicas y médicas; como el síndrome de Kleine-Levin, se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psiquiátrico característico de la bulimia nerviosa). El comer en exceso frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los 2 diagnósticos. Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.

RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA INVESTIGACION DE LA CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente, en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

(Ver Anexo)

La categoría de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

Poco a poco los niños y adolescentes van adquiriendo nuevos hábitos y conductas alimentarias inadecuadas, que terminan en la desnutrición o el sobrepeso. Muchas veces los trastornos comienzan por esta razón, ya que la mayor edad de riesgo es de los 12 a los 25 años. En países como España, la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad más común en la adolescencia después del asma y la obesidad, a nivel mundial es una causa de muerte más frecuente en adolescentes, dos de cada diez mueren, la ADNER (Asociación En Defensa De La Anorexia Nerviosa) publicó un estudio en el cual una de cada 100 adolescentes entre 14 y 18 años padece de Anorexia Nerviosa y dos padecen de Bulimia Nerviosa.

Una de las consecuencias más graves de la anorexia en niños y niñas, es el tamaño de su corazón. Debido a las dietas y a la mala alimentación se han encontrado adolescentes de 17 años con corazones del tamaño de niños de 7, se desconoce si al recuperar el peso perdido se recuperara el tamaño del corazón.

Otro factor importante son las madres, por ejemplo; en cursos de kínder hay niños que no comen porque sus madres hacen dieta en la mesa, ellos se desnutren, y sus madres hacen trampa comiendo tortas o bizcochos escondidos, podría decirse que hay una doble moral a la hora de formar hábitos alimenticios. Las madres de los pacientes con Anorexia parecen involucrarse demasiado en la vida de sus hijos, por el contrario, las madres de los pacientes Bulímicos que parecen ser más distantes, esto tiene relación con el comportamiento de los pacientes. En estudios realizados por la universidad de Harvard se reveló que el perfil del anoréxico es el de una persona perfeccionista, modelo de buena conducta, buen estudiante, de nivel intelectual alto y que tiende a evitar los conflictos, es muy exigente consigo mismo, el bulímico suele ser más impulsivo e intolerante, se frustra con más facilidad, tiene más conciencia de su enfermedad y termina por pedir ayuda más fácilmente, se ha visto también que las personas que padecen bulimia tienden a fracasar fácilmente en sus relaciones sentimentales.

En las mujeres la mala alimentación y la dieta hacen que se altere la producción de SEROTONINA. La SEROTONINA es una sustancia química presente en el cerebro que afecta el estado de ánimo, como el humor, los estados depresivos y la aparición de otros trastornos psiquiátricos, esto afecta únicamente a mujeres, las dietas bajas en contenido calórico no afectan el cerebro de los hombres.

FACTORES

En general los factores que hacen que hombres y mujeres padezcan trastornos de la conducta alimentaria son los mismos, por ejemplo; baja autoestima, el comenzar una dieta y presión por parte de la familia y de los medios. Pero los

factores que más influyen son diferentes en hombres y mujeres, a continuación voy a nombrar algunos de los más importantes.(16)

El mayor factor de incidencia en hombres jóvenes es la obesidad en la niñez, debido a los traumas que le puedan crear sus compañeros de aula u amigos al burlarse de manera cruel de su sobrepeso, muchas veces el llamar por cariño o apodo "gordo" a un compañero puede generar culpas e inseguridades muy grandes en el paciente.

Es claro que ciertas profesiones tiene gran influencia en la alimentación de quienes la ejercen, obviamente mucho mas influencias tienen quienes viven de la imagen corporal, por ejemplo; los bailarines de ballet deben mantener un peso bajo y sus músculos deben ser muy definidos, así mismos pasa con los modelos, pero hay hombres que ejercen profesiones no relacionadas con la estética pero igualmente se le exige tener un peso muy bajo, como a los atletas corredores.

La ADNER (Asociación En Defensa De LA Anorexia Nerviosa) dice que entre el 5% y el 10% de la población masculina a nivel mundial padece anorexia nerviosa y entre el 10% y el 15% padece bulimia nerviosa, muchos de estos casos no están diagnosticados. Otro dato muy interesante que publico la ADNER dice que entre los hombres de la armada a nivel mundial 2.5% padecen Anorexia Nerviosa, 6.8% padece Bulimia Nerviosa y que el 40% padece trastornos de la conducta alimentaria no especificado. Entre los hombres civiles que reportaron Bulimia 42% son homosexuales y 58% de los que reportaron anorexia nerviosa son asexuales.

Estados Unidos es uno de los países que más ha investigado en su población la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria. Sus cifras están entre las más acertadas y actualizadas, según las cifras publicadas se ha visto que la incidencia aumento un 300% entre los años 50 y los años 70, actualmente la prevalencia de Bulimia y Anorexia Nerviosa fluctúa entre el 2% y 18%.

También se dice que el 25% de los niños y 11% de los adultos padecen algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, de este 11%, 90% son mujeres y 10% hombres. Las cifras en niños son bastante elevadas, uno de los estudios que mas me llamo la tensión fue el que se le realizo a nivel nacional (en Estados Unidos) en estudiantes de quinto y sexto grado en el que se rebeló que 73% niñas y 43% de los niños quería estar más delgados, y el 10% del total encuestado presento algún tipo de desorden alimenticio, entre los datos más interesantes que encontré esta uno que dice que de las personas que padecen trastornos alimenticios 94% son blancas.

En Colombia debido a la situación económica que atraviesa el país es muy poco lo que se ha invertido en investigación, pero actualmente muchas universidades han iniciado estudios en esta área, por ejemplo; la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá y la Universidad de Antioquía han realizado algunos estudios, de los que se concluyeron que de cada 100 adolescentes en Colombia 2 podrían padecer trastornos alimenticios, incluso ya se han visto casos extremos en los que mujeres de 1.52 metros que deben pesar entre 43 y 50 kilos llegan a pesar 29 kilos, se dice también que de cada diez enfermos

tres no logran sobrevivir. En Colombia el antecedente de hacer dieta para adelgazar, es el factor más frecuente que se desencadena la anorexia.

En Medellín la anorexia ha llegado a ser una de las principales causas de muerte en adolescentes, el 2% de estos adolescentes son hombres. Un estudio realizado por la Universidad de Antioquía con 972 alumnas de diferentes colegios de Medellín revela que a un 77% le aterra la idea de ganar peso, el 75% piensa que la dieta debe ir acompañada de ejercicio físico, el 41% tiene comilonas descontroladas, el 33% se siente culpable después de comer, el 16% siente que la comida controla su vida, el 8% se induce el vomito, el 85% cree que la actividad física es importante para controlar su peso y el 46% practica la actividad física por estética.

Muchas veces los padres de familia no están atentos a la alimentación de sus hijos, pero en cambio si están pendientes del físico de ellos, exigiéndole ser más delgado o gordo, pero sin preguntarse por que hay un desnivel nutricional en los cuerpos de sus hijos.(16)

Es muy importante que los padres de familia estén atentos a la desarrollo de su hijo. Que si notan inconsistencias consulten a un nutricionista, también es importante que los padres fomenten la autoestima y la aceptación del cuerpo, pero también unos buenos hábitos alimenticios. (16)

El instrumento de evaluación PRIME MD Today cuestionario sobre la salud del paciente, es un instrumento de cribado, autoaplicable, del cual para los fines de este estudio se aplico únicamente el apartado de trastornos de la conducta alimentaria. Sus Indices de validez del PRIME-MD; Sensibilidad 90.9%, Especificidad 88.9%, Tasa de falsos positivos 11%, Tasa de falsos negativos 9.0%, Poder Diagnostico Global 89.0%

Contiene tres ítems que se aplican de la siguiente manera: Item numero uno consta de tres incisos donde cada uno tiene dos posibles respuestas (sí o no) Segundo Item contiene cuatro incisos evaluados de la misma manera, con una respuesta de posibilidad (sí o no) Una tercera pregunta con la misma posible respuesta únicamente, sí o no. El primer ítem corresponde al diagnostico sobre trastorno de conducta alimentaria tipo bulimia. El ítem numero dos explora a los trastornos de conducta alimentaria no identificados.(17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes derechohabientes de 15 a 35 años de edad adscritos a la unidad de medicina familiar numero 8?

JUSTIFICACION

En general en América latina se conoce superficialmente los trastornos de la conducta alimentaria, es muy poco lo que se sabe en países no desarrollados debido al poco presupuesto que se destina para la investigación, pero cada día la población de adolescentes y jóvenes se preocupan más por la estética y la moda, es de suma importancia se informe al resto de la población, principalmente los grupos de alto riesgo sobre los trastornos de la conducta alimentaria, sobre sus orígenes, causas y consecuencias.

En la medida que avanza la ciencia y la tecnología aparecen nuevas enfermedades tanto físicas como mentales desconociendo así muchas de sus causas y consecuencias. El tema de los trastornos de la conducta alimentaria genera muchos interrogantes, debido a que en algunas ocasiones los podemos confundir con un saludable estilo de vida por moda, belleza, salud y estética casos que se reflejan en diferentes profesiones como la actuación, modelaje y la práctica de deportes, entre otros.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes de 15 a 35 años derechohabientes a la unidad de medicina familiar no. 8.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el subdiagnostico de la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en derechohabientes del HGZ 8 UMF.

Identificar que tanto influye la ocupación, escolaridad, ocupación como factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.

HIPOTESIS NULA

H1: Los pacientes derechohabientes de 15 a 35 años de edad en la unidad de medicina familiar numero 8 tienen alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria.

HIPOTESIS ALTERNA

H2: Los pacientes derechohabientes de 15 a 35 años de edad en la unidad de medicina familiar número 8 tienen baja frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria

MATERIAL Y MÉTODOS

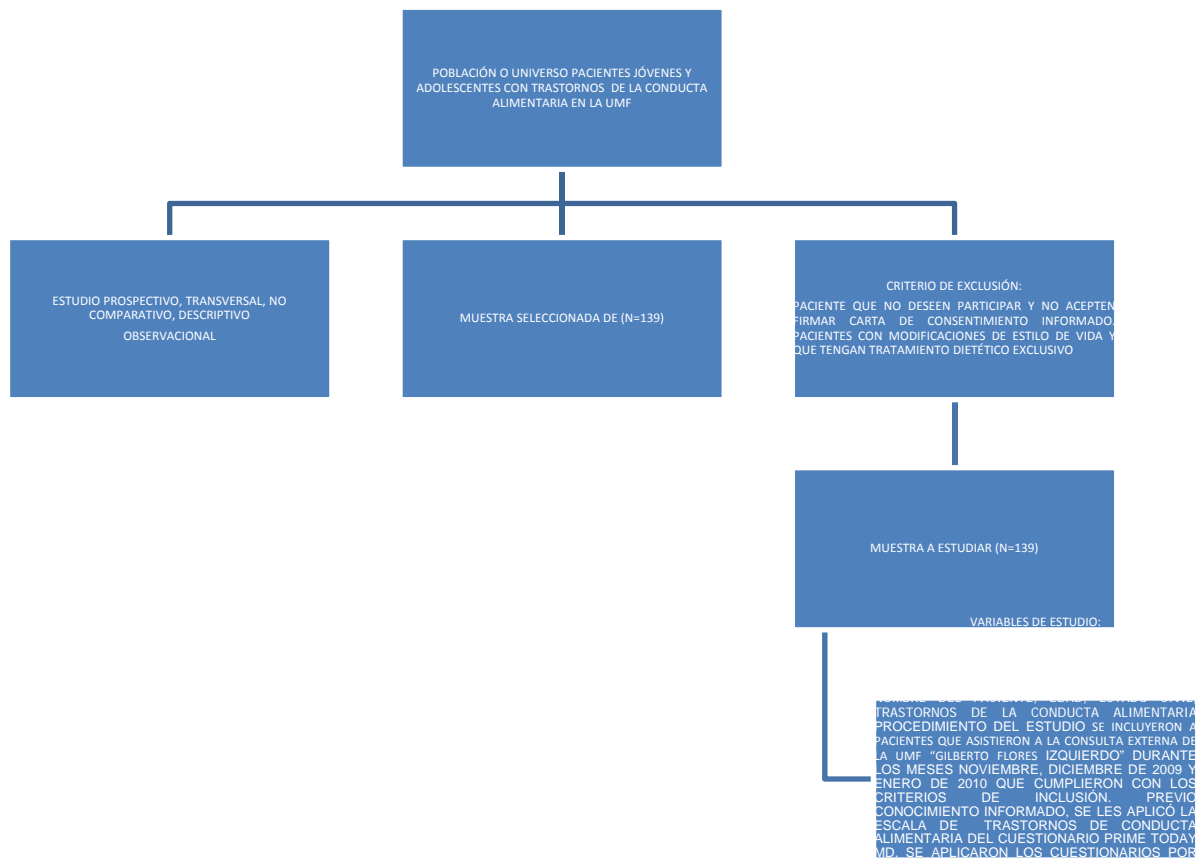
PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Se incluyeron a pacientes que asistieron a la consulta del HGZ/UMF#8 “Gilberto Flores Izquierdo” durante los meses diciembre de 2009 y enero de 2010 que cumplieron con los criterios de inclusión. Previo conocimiento informado, se les aplicó el PRIME-MD Toda únicamente el apartado para trastornos de la conducta alimentaria. Se aplicaron los cuestionarios por medio del médico residente. Se obtuvieron cuestionarios de acuerdo a la muestra total de pacientes calculados para posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.

TIPO DE ESTUDIO

- a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
- b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
- e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE INVESTIGACION



UNIVERSO DE TRABAJO

Se realizó el estudio en todos los pacientes de 15 a 35 años de edad que acudieron a la consulta de la UMF. Que cumplieron los criterios de inclusión, aplicándose el apartado de trastornos de la conducta alimentaria contenida en el Cuestionario PRIME-MD Today en un periodo comprendido desde diciembre de 2009 a enero de 2010 en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 "Gilberto Flores Izquierdo" IMSS.

AMBITO GEOGRÁFICO DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACION

Se desarrolló en el área de las salas de espera de la UMF del HGZ/UMF# 8 "Gilberto Flores Izquierdo" del IMSS.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

A) Procedimiento para obtener el tamaño de la muestra.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 139 pacientes con un intervalo de confianza de 95 %. Con una proporción del 0.10. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.05.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- a) Pacientes ambos sexos, grupos etarios comprendidos entre 15-35 años.
- b) Ser derechohabientes del IMSS de la UMF del HGZ número 8.
- c) Desear participar en el estudio previa lectura y firma de consentimiento informado.
- d) Paciente con algún tipo de desorden de trastornos de la conducta alimentaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Quedarán fuera del estudio:

- a) Pacientes que no cumplan la edad establecida.
- b) Pacientes no derechohabientes de la UMF del HGZ número 8 del IMSS.
- c) Pacientes que después de leer el consentimiento informado no acepten participar.

- d) Paciente con incapacidad orgánica o física que no pueda contribuir en el estudio (contestar cuestionario) y que modifique su conducta alimentaria.
- e) Pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica preexistente.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Quedarán excluidos del estudio los pacientes que no completen las valoraciones.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES, DEPENDIENTES Y CARACTERISTICAS GENERALES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES DEMOGRAFICAS:

- 1.- Sexo
- 2.- Edad
- 3.- Numero de folio

VARIABLES DEPENDIENTES

- 1.- Trastorno de la Conducta Alimentaria (**TCA**)

CARCATERISTICAS GENERALES SOCIODEMOGRAFICAS

- 1.-Numero de folio: Titulillo o encabezamiento de las paginas de un libro en el reborde superior.
- 2.-Sexo: Condición orgánica que distingue al macho de una hembra en los seres humanos.
- 3.-Edad: Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el día de la muerte.

CARCTERISTICAS GENERALES INDEPENDIENTES

- 1.-Estado civil: Clase o condición social de la vida que sucede con cada uno.
- 2.-Ocupación: Actividad que realiza un ser humano empleando su desempeño diario.
- 3.-Escolaridad: Nivel académico de estudio cualitativo y cuantitativo.

VARIABLES DETERMINADAS POR EL INSTRUMENTO

- 1.- Trastornos de la Conducta Alimentaria

Definición Conceptual:

- Trastornos de la conducta alimentaria:
Los trastornos de conducta alimentaria son enfermedades producidas por la interacción de una serie de factores, tales como trastornos de personalidad, presiones familiares y una posible susceptibilidad genética en una cultura en la que existe sobreabundancia de comida y obsesión por estar delgado. En la actualidad, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), clasifica estos trastornos en anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastornos de la conducta.

Definición Operacional:

- Trastorno de Conducta alimentaria= ITEM 1 con incisos del a-c son todas "SI" e ITEM 3 si las respuesta fue "NO" o se dejó en blanco.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTE CARACTERISTICAS GENERALES SOCIODEMOGRAFICA

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NUMERO DE FOLIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS CONSECUTIVOS
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1=ESTUDIANTE 2=HOGAR 3=EMPLEADO 4=DESEMPLEADO 5=OTROS
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD	CUANTITATIVA	NOMINAL	1=15-20años 2=21-25años 3=26-30años 4=31-35 años
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=SEPARADO 4=DIVORCIADO 5=UNIO LIBRE
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2= MASCULINO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=PRIMARIA 2=SECUNDARIA 3=PREPARATORIA 4=CARRERA TÉCNICA 5=LICENCIATURA 6=MAESTRÍA

ELABORO: VIANNEY PEREZ CORONA 2010-02-01.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES INSTRUMENTO DE EVALUACION

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	CUALITATIVA	NOMINAL	1: sin trastorno 2: con trastorno

ELABORO: VIANNEY PEREZ CORONA 2010-02-01.

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 17. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 95%. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevalencia del 10%. Se medirá frecuencia y porcentaje.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION:

El instrumento de evaluación PRIME MD Today cuestionario sobre la salud del paciente, es un instrumento de cribado, autoaplicable, del cual para los fines de este estudio se aplico únicamente el apartado de trastornos de la conducta alimentaria.

Contiene tres ítems que se aplican de la siguiente manera:

- Item numero uno consta de tres incisos donde cada uno tiene dos posibles respuestas (sí o no)
- Segundo Item contiene cuatro incisos evaluados de la misma manera, con una respuesta de posibilidad (sí o no)
- Una tercera pregunta con la misma posible respuesta únicamente, sí o no.
El primer ítem corresponde al diagnostico sobre trastorno de conducta alimentaria tipo bulimia.

El ítem numero dos explora a los trastornos de conducta alimentaria no identificados.

METODO DE RECOLECCION

Se realizó una entrevista individual a los pacientes que asistan a consulta de forma ordinaria adscritos a la unidad de medicina familiar número 8 en el grupo de 15 a 35 años de edad, ambos géneros. Se dará un tiempo de 10 minutos para la realización de la prueba PRIME-MD. Anexo 4.

Se aplicó la sección de trastornos de la conducta alimentaria del cuestionario PRIME MD a los usuarios de la UMF No 8 que se encuentren en la sala de espera de dicha unidad, solicitando su consentimiento por escrito.

Se entregó el cuestionario de auto aplicación y una vez contestado el aplicador solicitando información para completar los datos de la ficha de identificación de manera verbal.

En la guía de aplicación del instrumento no se especifica tiempo mínimo para contestar el cuestionario.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en los meses Enero y Febrero de 2010, por el residente de segundo año de medicina familiar Vianney Pérez Corona.

Al identificar a un paciente con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria se entregara un informe al su médico familiar para que valore el inicio de tratamiento.

MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

Se debe de aplicar el PRIME MD en forma individual o grupal. Se aplicara en población de 15-35 años de edad, y quienes puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 10 minutos El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

La investigación sobre el tema se basó en artículos actuales publicados en revistas indexadas y cumpliendo con el requerimiento en cuanto al número.

El instrumento utilizado está validado a nivel internacional y el aplicador conoce la guía para la aplicación del mismo y la manera de codificar los resultados.

Para evitar sesgos de Selección:

El tipo de muestreo es probabilístico, aleatorio simple. El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza del 90%, un error máximo esperado de 10% y la prevalencia reportada en la literatura de 10%

Por medio de los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se buscará obtener unidades de análisis que como primer objetivo no tengan el diagnóstico de depresión o se encuentren tomando medicamentos antidepresivos o con diagnóstico preexistente de enfermedad psiquiátrica o patología agregada metabólica que interfiera la dieta del paciente. El instrumento está hecho para que sea contestado por el paciente por lo que se tendrá particular cuidado de que el paciente sepa leer y entienda las preguntas. Para evitar respuestas equivocadas, u olvido de algún medicamento por parte del paciente al término de la aplicación de los cuestionarios se revisarán los expedientes electrónicos de los mismos para corroborar que no están siendo tratados por algún trastorno psiquiátrico o metabólico que interfiera con su alimentación.

Para obtener una muestra homogénea se aplicará el cuestionario en los dos turnos de atención de la UMF No 8, a los pacientes que se encuentren en la sala de espera.

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO:

De acuerdo con lo señalado en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Art. 13, 14 y 21) en México (1987), todos los candidatos a participar en el estudio serán informados en forma clara y oportuna acerca de los propósitos del mismo, y de aceptar su autorización será mediante firma de la Carta de Consentimiento Informado; toda la información aportada será confidencial y con fines de investigación.

RECURSOS.

Se utilizarán en la investigación los siguientes recursos:

- 1.- Humanos:
- 2.- Médico realizador del proyecto.
- 3.- Dos asesores del proyecto (uno clínico y uno metodológico).

Materiales y físicos:

1. Cartas de consentimiento informado (Anexo 1).
2. Plumas, lápices.
3. Cronómetro.
4. Libreta de registro.
5. Una computadora.
6. Una impresora.
7. Hojas blancas.
8. Un consultorio con mesa de trabajo y luz suficiente.
9. Una engrapadora.

Financiamiento del proyecto.

El financiamiento del estudio será asumido por el investigador.

RESULTADOS

- Se estudió 139 pacientes, observando predominio de sexo femenino 97(66.9%) pacientes, sexo masculino 46 (33.10%) pacientes. (Ver Anexo gráfico 1.)
- Se observó 30(21.6%) pacientes en rango de 15 a 20 años, de 21-25 años 40 (28.8%) pacientes en rango de 26 a 30 años 44 (31.7%) de 31 a 35 años 25(18%) (Ver anexo gráfico 2)
- Se obtuvo 19 (13.7%) pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) y 120 (86.3%) pacientes sin Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). (Ver anexo gráfico 3)
- Se observó una distribución del trastorno de la Conducta Alimentaria de la siguiente forma: femenino 13 (9.4%) pacientes con TCA y sin TCA 80 (57.6%) pacientes, masculino 6 (4.3%) pacientes con TCA y sin TCA 40 (28.8%) pacientes. (Ver gráfico 6)
- Se encontró dentro del Trastorno de la Conducta Alimentaria en el rango de 15 a 20 años una frecuencia de 27 (19.4%) pacientes sin TCA, mientras que en este mismo rango 3 (2.2%) pacientes con TCA. En el rango de 21 a 25 años una frecuencia de 6(4.3%) pacientes con TCA y sin TCA 34 (24.5%) pacientes, en el rango de 26-30 años 37(26.6%) pacientes sin TCA y 7(5.0%) pacientes con TCA, del grupo etario etario de 31-35 años 22(15.8%) pacientes sin TCA y 3 (2.2%) con TCA. (Ver anexo gráfico 8)
- Se observo dentro del estado civil en relación a TCA lo siguiente; solteros sin TCA 71(51.1%) pacientes con TCA 8(5.8%) con TCA, casados sin TCA 24(17.3%)pacientes y con TCA 3(2.2%) pacientes, separados sin TCA 2(1.4%) pacientes con TCA 2(1.4%) pacientes, divorciados con TCA 2(1.4%) pacientes y sin TCA 5(3.6%) pacientes en unión libre sin TCA 18(12.9%) y con TCA 4(2.9%) pacientes. (Ver anexo gráfico 9)
- En relación a TCA y escolaridad se obtuvo, con educación primaria y sin TCA 2(1.4%) pacientes y con TCA ningún positivo para TCA, secundaria sin TCA 21(15.1%) pacientes y con TCA 6(4.3%) pacientes, preparatoria sin TCA 32(23.0% sin TCA y con TCA 3(2.2%) pacientes, preparatoria 32(18.0%) sin TCA y 3(2.2%) con TCA, carrera técnica 25(28.%) pacientes sin TCA y con TCA 6(4.3%) pacientes, licenciatura 40(28.8%) pacientes y con TCA 3(2.2%) pacientes , maestría sin TCA 0(0.0%) y con TCA 1(0.7%) con TCA.(Ver anexo gráfico 10)
- Se encontró con TCA en relación a la ocupación los siguientes resultados; estudiantes sin TCA 35 años(25.2%) pacientes, con TCA

4(2.9%) pacientes, en el hogar sin TCA 13(9.4%) pacientes, con TCA 2(1.4%) pacientes, Empleados 68(48.9%) sin TCA y con TCA 11(7.9%) pacientes, Desempleados sin TCA 3(2.2%) y con TCA 2(1.4%) pacientes, Identificados como Otros empleos(comerciante), sin TCA 1(0.7%) y 0 pacientes positivos para TCA.(Ver anexo gráfico 11).

Frecuencia de acuerdo al Género

Variable	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	93	66.9
MASCULINO	46	33.1
Total	139	100.0

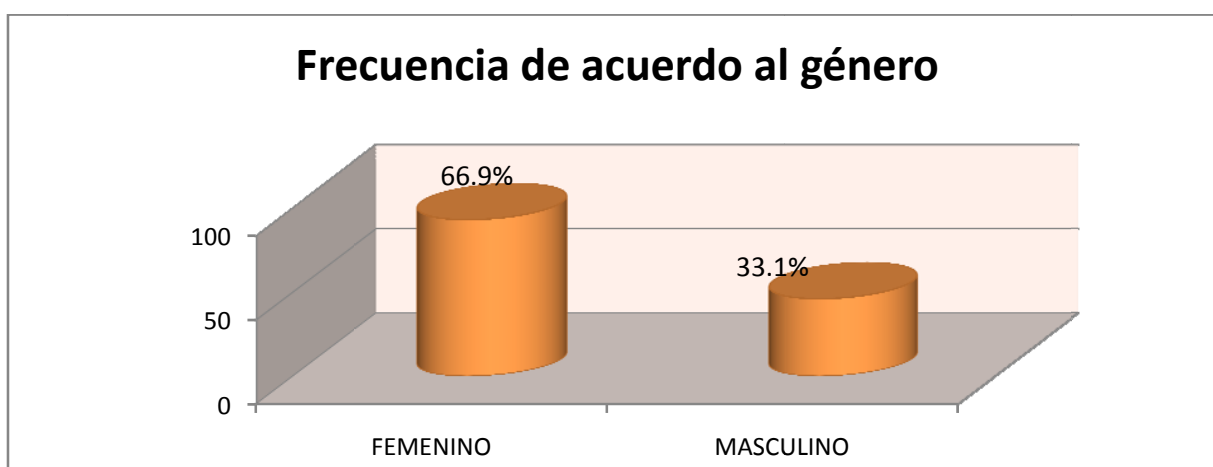


Gráfico 1. Frecuencia de acuerdo a género.

Frecuencia de acuerdo al Grupo Etario

Variables	Frecuencia	Porcentaje
15-20años	30	21.6
21-25años	39	28.1
26-30años	44	31.7
31-35años	26	18.7
Total	139	100.0

Frecuencia de acuerdo al grupo etario

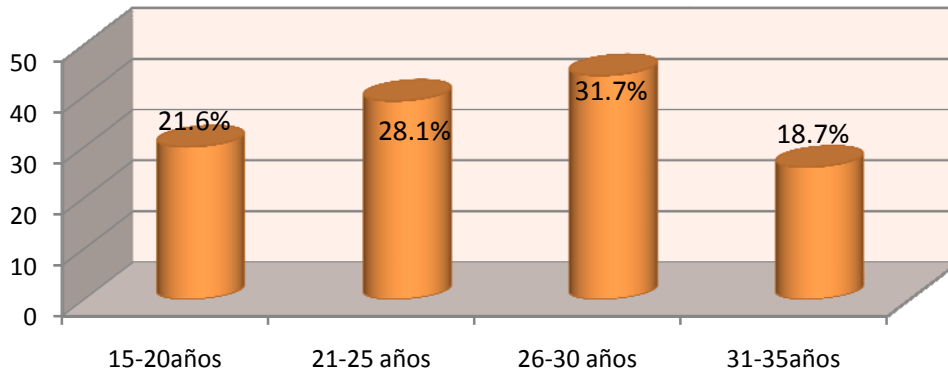


Gráfico 2. Frecuencia de acuerdo a grupo etario.

Frecuencia de acuerdo al Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	79	56.8
Casado	27	19.4
Separado	4	2.9
Divorciado	7	5.0
Unión libre	22	15.8
Total	139	100.0

Frecuencia de acuerdo al estado civil

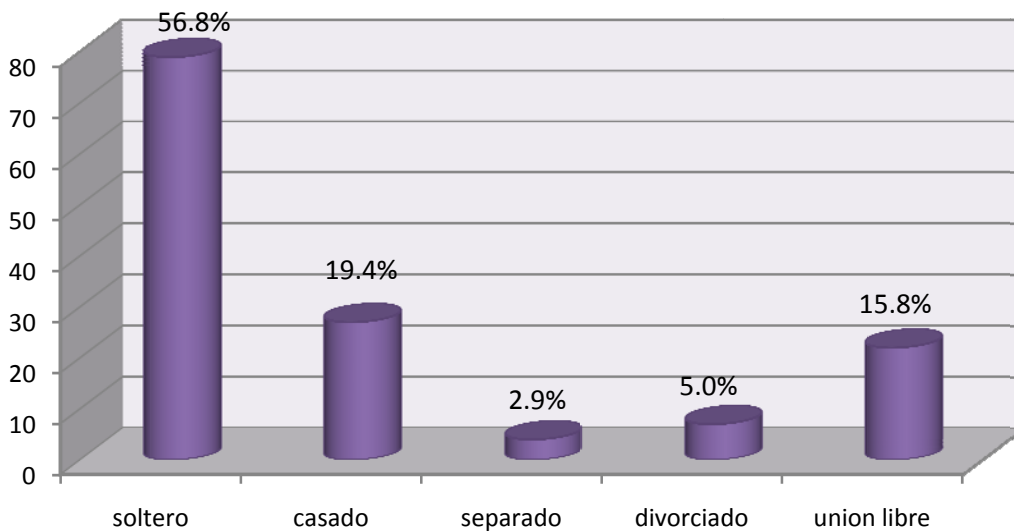


Gráfico 3. Frecuencia de acuerdo al estado civil

Frecuencia de acuerdo a la Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	2	1.4
Secundaria	27	19.4
Preparatoria	35	25.2
Carrera técnica	31	22.3
Licenciatura	43	30.9
Maestría	1	.7
Total	139	100.0

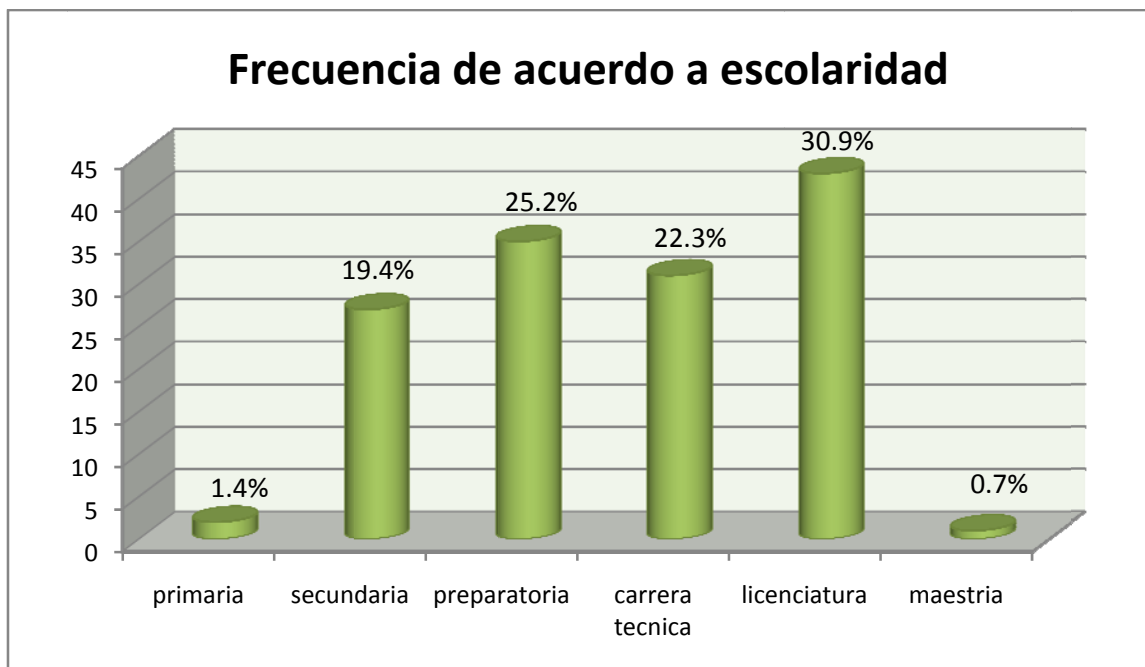


Gráfico 4. Frecuencia de acuerdo a escolaridad

Frecuencia de acuerdo a la Ocupación

Variables	Frecuencia	Porcentaje
estudiante	39	28.1
hogar	15	10.8
empleado	79	56.8
desempleado	5	3.6
otros	1	.7
Total	139	100.0

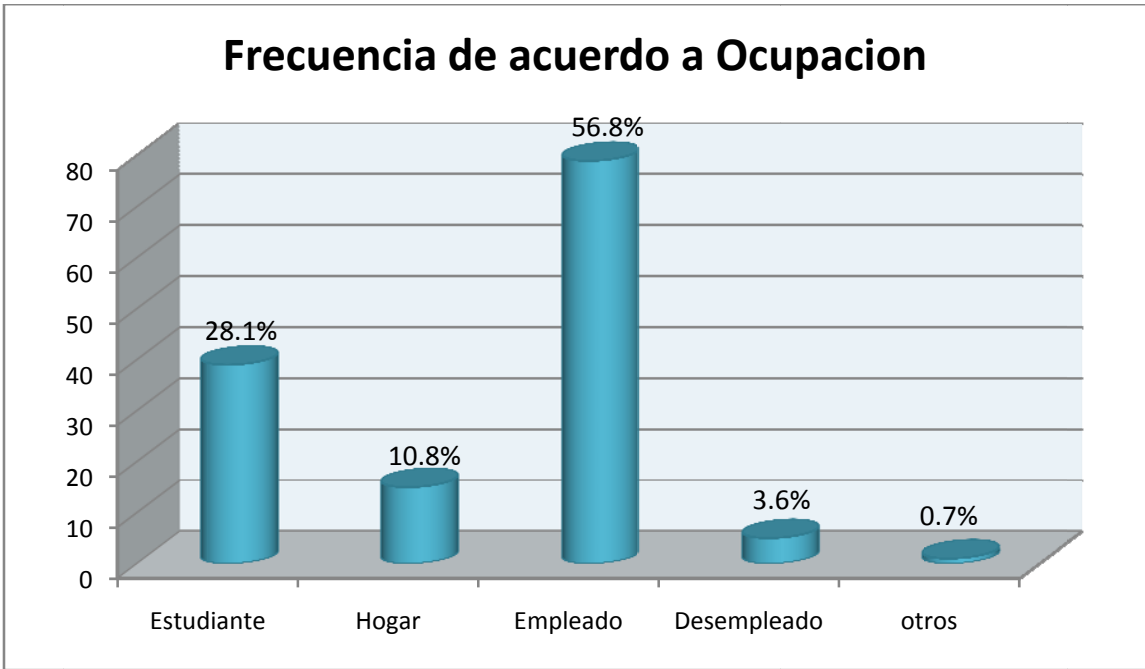


Gráfico 5. Frecuencia de acuerdo a ocupación

TCA

Variables	Frecuencia	Porcentaje
sin trastorno	120	86.3
con trastorno	19	13.7
Total	139	100.0

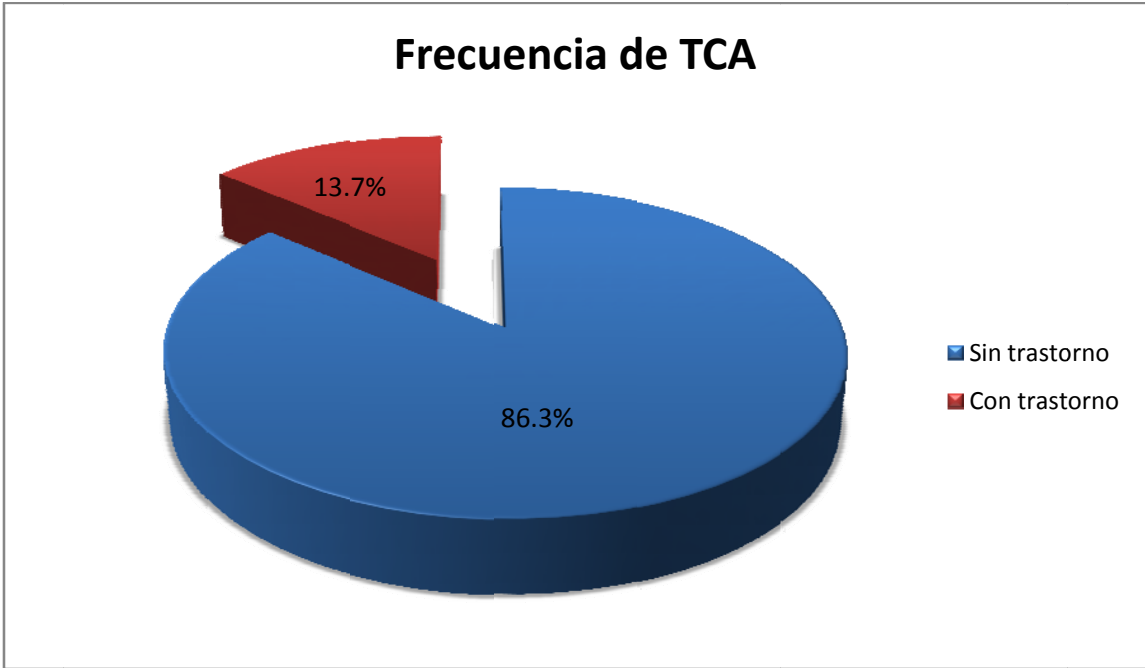


Gráfico 6. Frecuencia de trastornos de la Conducta Alimentaria

TCA en relación al Género.

Variables	T.C.A.	
	sin trastorno	con trastorno
femenino	80	13
masculino	40	6

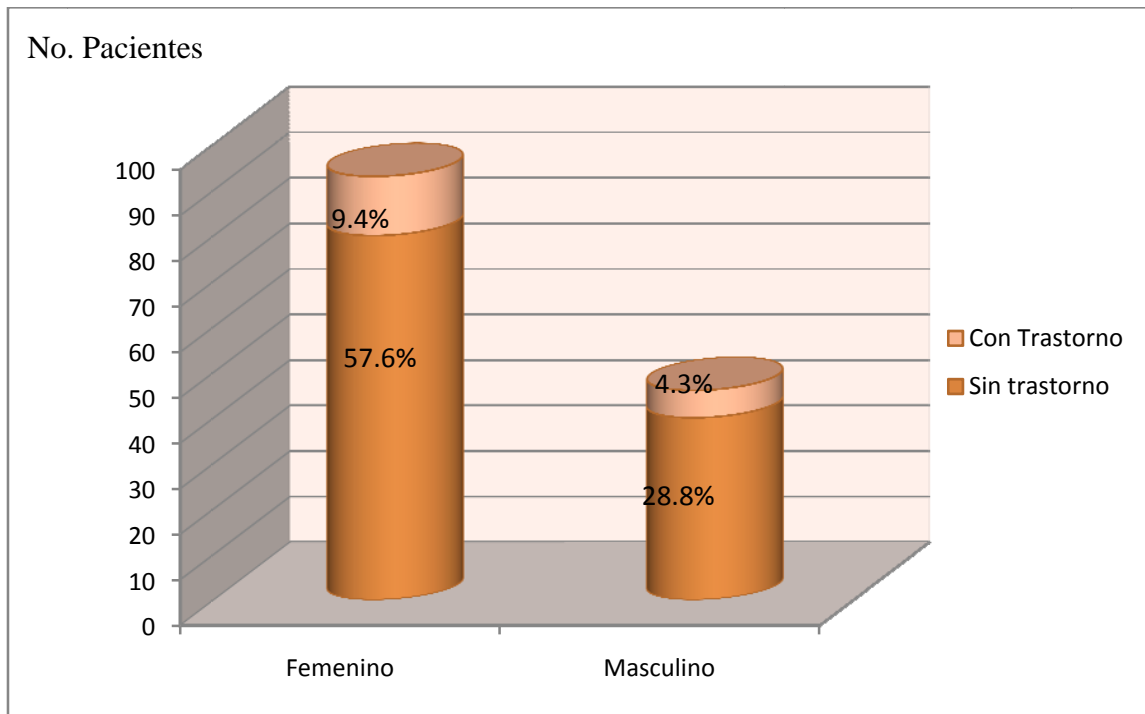


Gráfico 7. Frecuencia de TCA en relación al género

Grupo de Edad TCA

Variables	T.C.A.		Total
	sin trastorno	con trastorno	
15-20 años	27	3	30
21-25 años	34	6	40
26-30	37	7	44
31-35 años	22	3	25

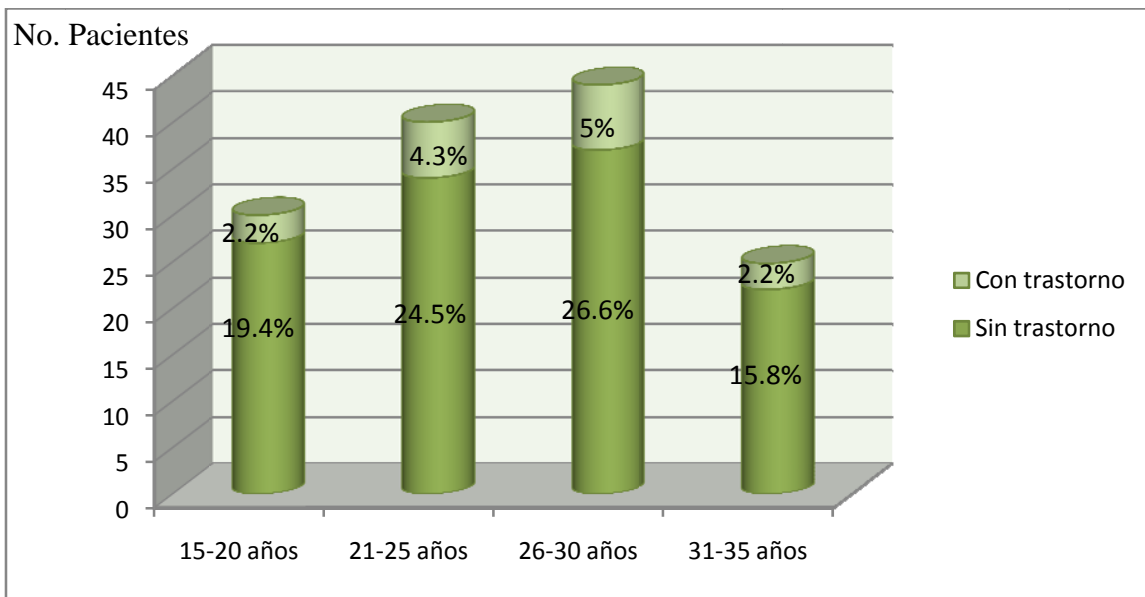


Gráfico 8. Frecuencia de TCA en relación a la edad

TCA en relación al Estado Civil.

Variables	T.C.A.		Total
	sin trastorno	con trastorno	
soltero	71	8	79
casado	24	3	27
separado	2	2	4
divorciado	5	2	7
unión libre	18	4	22

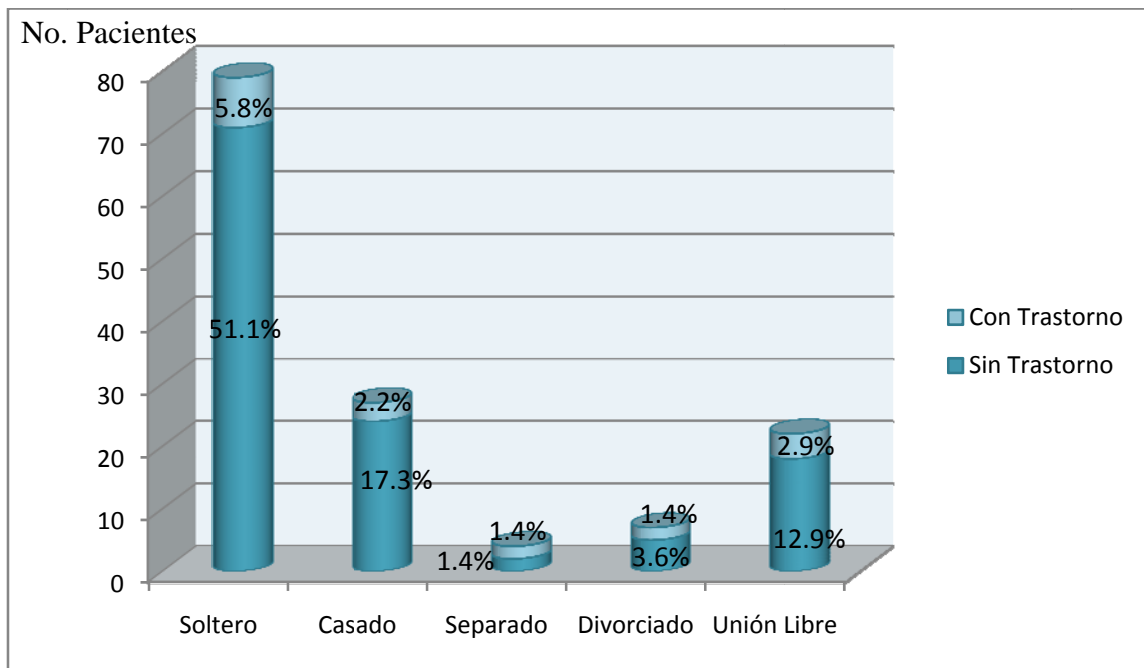


Gráfico 9. Frecuencia de TCA en relación al estado civil

TCA en relación a la Escolaridad

Variables	T.C.A.		Total
	sin trastorno	con trastorno	
primaria	2	0	2
secundaria	21	6	27
preparatoria	32	3	35
carrera técnica	25	6	31
licenciatura	40	3	43
Maestría	0	1	1

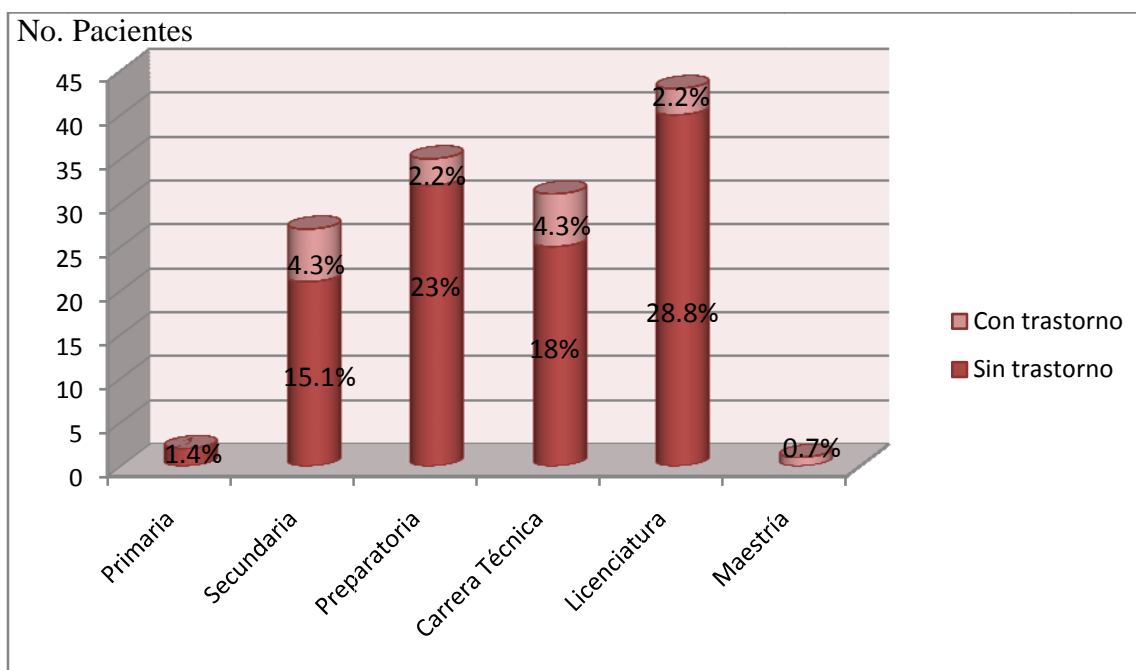


Gráfico 10. Frecuencia de TCA en relación a la escolaridad

TCA en relación a la Ocupación

Variables	T.C.A.		Total
	sin trastorno	con trastorno	
estudiante	35	4	39
hogar	13	2	15
empleado	68	11	79
desempleado	3	2	5
otros	1	0	1

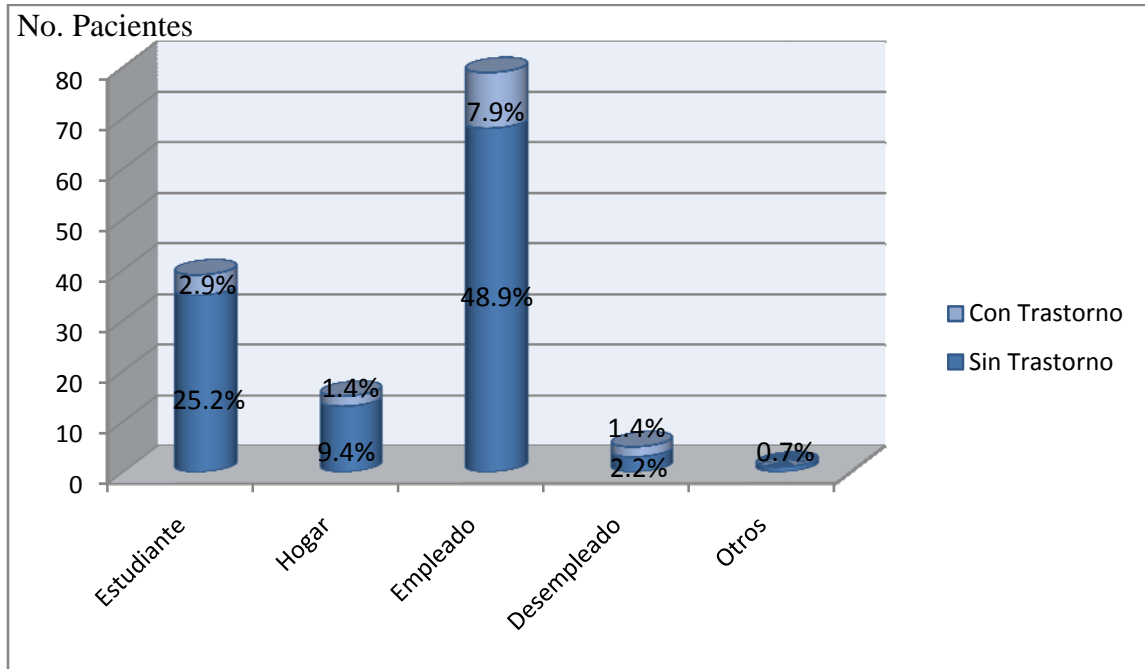


Gráfico 11. Frecuencia de TCA en relación a la ocupación

DISCUSION

Uno de los principales hallazgos de este estudio mostró que la obsesión por la delgadez, es decir la preocupación excesiva por las dietas, la preocupación por el peso y el miedo al aumento de peso, la evitación de conflictos caracteriza a las familias anoréxicas que es uno de los principales trastornos de la conducta alimentaria, en una de las cita bibliográficas (González et al), señalan que esta evitación trae como consecuencia un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de la sintomatología, además de incrementar la falta de conciencia del adolescente acerca de su problema que es la etapa de la vida donde se encuentra la prevalencia seguido de la etapa del adulto joven.

Por su parte, tanto la bulimia, es decir, la tendencia a pensar y a realizar conducta relacionadas con episodios de ingesta excesiva de alimentos, como Insatisfacción Corporal, o sea, el descontento con la forma total y la preocupación extraordinaria del tamaño de algunas regiones del cuerpo (estomago, caderas, muslos, nalgas).

Parece importante recalcar, que si queremos intervenir preventivamente en los trastornos de la conducta alimentaria, el trabajo tendrá que estar orientado a los factores individuales y sociofamiliares, que generan vulnerabilidad ya que estos serán los que marcaran en la adolescencia y en la siguiente etapa, el tipo de respuesta entendida como conducta de riesgo que los jóvenes, considerando que la familia en la génesis y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, es muy importante considerar dentro de les estrategias preventivas la discusión y confrontación con habilidades de resolución de problemas para conseguir soluciones constructivas frente a las dificultades de relaciones sociofamiliares, implementando así programas de orientación grupal e individual, que serian de gran utilidad para evitar consecuencias y secuelas de este trastorno que en su mayoría en subdiagnosticada. Se considera la sugerencia de utilización de IMC para realizar un estudio más complementario.

CONCLUSIONES

En los estudios epidemiológicos sobre TCA, las cifras de prevalencia son variables según los criterios metodológicos empleados como la definición del caso, punto de corte en los instrumentos de detección y diagnóstico, características de la población estudiada, método de muestreo, entre otros. No obstante, en la última década coinciden en que el número de casos de TCA va en aumento en México, los porcentajes van de 5 a 18%; información que coincide con lo hallado en el estudio realizado.

Otro aspecto coincide con los resultados; el aumento en el número de casos del sexo femenino a los casos del sexo masculino, persistiendo el sexo femenino como el de mayor riesgo, las variables relacionadas como; escolaridad, grupo etario, ocupación, por lo que es importante mencionar y concluir que para estudios posteriores se tome en cuenta algunas variables que se han venido estudiando y que a pesar que en este estudio no se pudieron clasificar los casos que presentan anorexia, bulimia o TANE (ya que para ello se requieren de más pruebas específicas y estudios diagnósticos). Se puede observar los resultados que sobresalen las conductas de riesgo tipo bulímicas como los atracones, provocación del vómito, así como la obsesión por la delgadez y otros clasificados como TANE(Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos).

En el estudio realizado con resultado total del 13.4% de trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo al género femenino con TCA es 9.4% y masculino del 4.3%, por grupo etario los índices más altos son de 21 a 30 años de edad, en el estado civil, los solteros con un 5.8%, siendo estos empleados con un 7.9% de acuerdo a su ocupación, reflejo de mis objetivos general y específicos.

BIBLIOGRAFIA

1. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, Juan J. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Departamento de Psicología médica y Psiquiátrica, Universidad Complutense de [Madrid](#).
2. RIDOÁ, Pilar. Los alimentos y sus trastornos, Cooperación Editorial.
3. BRUSSET, Bernard. La Anorexia, Cooperación Editorial.
4. VANDEREYDEN, Walter JOHAN, Josefina. Anorexia y Bulimia, Debigard Editorial.
5. COLL, M., QUINN, M.: Anorexia y bulimia. Un problema actual. Barcelona. Ed. Colimbo.
6. FERNÁNDEZ, F., TURÓN, V.: Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona. Masson.
7. RAICH, R. M: Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid. Ed. Pirámide.
8. RAUSH, C., BAY, L.: Anorexia nerviosa y bulimia. Barcelona. Ed. Paidós.
9. SELVINI, M., CIRILLO, S: Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar. Barcelona. Ed. Paidós.
10. MÓNICO TULIÁN, Silvia. [Trastornos Adolescentes](#), Universidad Regiomontana.
11. AABA Asociación Argentina de Bulimia y Anorexia
12. ADNER Asociación en Defensa de la Anorexia Nerviosa.
13. GARCIA-PELAYOM Y GROSS [Ramón](#), Pequeño Larousse Ilustrado, Ediciones Larousse, Madrid España.
14. DE LA HERAS Joaquín, www.naciongay.com.
15. ARNOLT M.A. Lisa, Out March 24 Placebo Sleeping With Ghost.
16. Emans SJ. Eating disorders in adolescent girls. *Pediatr Int* 2000; 42: 1-7.
17. Spitzer RL, Williams JBM, Kreonke K, et al. Utility of new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME MD 1000 study. *JAMA* 1994;22:1749-1756.
18. Arnow BA. Eating disorders. Introduction. *J Clin Psychol* 1999; 55: 669-674.

19. Blanz BJ, Detzner U, Lay B, Rose F, Schmidt MH. The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 129-135.

20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington D.C. 1987.

21. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, 4.a ed. Washington D.C., 1994.

ANEXOS

Anexo 1. TABLA DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso para conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres tipos de ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como [la administración](#) de estrógenos.

Anexo 2. TABLA DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - 1.1 Ingesta de alimento en un corto tiempo; ejemplo, un u periodo de dos horas, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 1.2 Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento; ejemplo, sensación de no poder para de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.
2. 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.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
5. La alteración no aparece en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Anexo 3. TABLA DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

1. nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por partes de un individuo de peso normal; ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas.
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.
7. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
8. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
9. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
10. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por partes de un individuo de peso normal; ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas.
11. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
12. Trastorno por atracón: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.
13. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
14. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
15. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
16. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por partes de un individuo de

peso normal; ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas.

17. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

18. Trastorno por atracón: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Anexo 4.

PRIME-MD TODAY CUESTIONARIO PARA LA SALUD DEL PACIENTE, PRUEBA DE ESCRUTINIO.

Ficha de Identificación: Lea cuidadosamente y marque con una cruz

Nombre:						
Sexo:	1F	2M	Edad:			
Escolaridad:	1Prim.	2Sec.	3Prep.	4C. Técnica	5Licen.	6Maest.
Ocupación:	1Est.	2Hogar	3Empleado	4Desempleado		
Otro:						
Enfermedades Psiquiátricas:	NO	SI	Cuál:			
Enfermedades	DM	HAS	Otras:			
Estado Civil:	1Soltero	2Casado	3Separado	4Divorciado	5Union libre	

“FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”

1. Preguntas sobre sus hábitos alimenticios.

- | | NO | SÍ |
|--|----|----|
| a. Siente a menudo que no puede controlar lo que come o cuando come? | NO | SI |
| b. Frecuentemente, dentro de un periodo de 2 horas come lo que la mayoría de la gente considerara una gran cantidad de comida? | NO | SI |
| c. Lo ha hecho tan a menudo, como dos veces a la semana como promedio, durante los últimos 3 meses? | NO | SI |

2. ¿En los últimos 3 meses ha hecho algunas de las siguientes cosas frecuentemente para evitar aumentar de peso?

- | | NO | SÍ |
|---|----|----|
| a. ¿Provocarse vómitos? | NO | SI |
| b. ¿Tomar más del doble de la cantidad recomendada de laxante? | | |
| c. Ha ayunado - no ha comido nada por lo menos en 24 horas? | NO | SI |
| d. Ha hecho ejercicios por más de 1 hora, específicamente para evitar aumentar de peso después de haber comido demasiado? | NO | SI |

3. Si contestó "SI" a alguna de estas formas de evitar la ganancia de peso, ¿fue alguna de ellas, en promedio, dos veces por semana?

NO SI

