



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR. RAMÓN DE LA FUENTE"

***ESTUDIO COMPARATIVO DE LA IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD EN PACIENTES CON  
BULIMIA NERVOSA Y ANOREXIA NERVOSA***

Tesis para la especialidad en psiquiatría que presenta

**JULVIO DE JESÚS HERNÁNDEZ CHAVARRÍA**

Asesor teórico: Dra. Griselda Galván Sánchez  
Asesor metodológico: Dra. Ana Fresán Orellana

MÉXICO D.F. A MAYO 2016



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.

## **Agradecimientos...**

*Porque todo lo que soy es gracias a ti; Mamá.*

*Porque desde hace unos años eres mi apoyo incondicional; David.*

*Por la asesoría, apoyo y consejo: Dra. Fresán y Dra. Galván.  
Porque hicieron que mas que una obligación se volviera un gusto.*

*A todos mis amigos que a lo largo de estos años han estado a mi lado y  
contribuyeron con su apoyo.*

*Julvio.*

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>ANTECEDENTES.</b>	<b>...6</b>
<b>2.</b>	<b>ANOREXIA NERVOSA.</b>	<b>...6</b>
2.1	Epidemiología.	...7
2.2	Comorbilidad.	...8
2.3	Etiología.	...8
2.4	Factores Biológicos.	...8
2.5	Factores psicológicos.	...10
2.6	Factores sociales.	...10
2.7	Diagnóstico.	...11
2.8	Características Clínicas.	...12
2.8.1	Presentación física.	...12
2.8.2	Complicaciones médicas.	...13
2.8.3	Presentaciones psicológicas.	...13
2.9	Evolución y pronóstico.	...14
<b>3.</b>	<b>BULIMIA NERVOSA.</b>	<b>...14</b>
3.1	Epidemiología.	...15
3.2	Etiología.	...15
3.2.1	Factores Biológicos.	...15

3.2.2	Factores sociales.	...16
3.2.3	Factores psicológicos.	...16
3.3	Diagnóstico.	...16
3.4	Características clínicas.	...18
3.4.1	Presentación física.	...18
3.4.2	Complicaciones médicas.	...18
3.4.3	Presentación psicológica.	...19
3.5	Evolución.	...20
<b>4.</b>	<b>TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADOS.</b>	<b>...20</b>
<b>5.</b>	<b>CONSTRUCTOS DE IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD.</b>	<b>...22</b>
<b>6.</b>	<b>EL FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.</b>	<b>...23</b>
<b>7.</b>	<b>CONDUCTAS AGRESIVAS E IMPULSIVAS EN ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA.</b>	<b>...25</b>
7.1	La impulsividad en trastornos de la conducta alimentaria.	...27
7.2	Agresividad e ira en los trastornos de la conducta alimentaria.	...29
7.3	Entendiendo la asociación de impulsividad y	...32

agresividad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

<b>8.</b>	<b>PROYECTO.</b>	<b>...36</b>
8.1	Justificación.	...36
8.2	Pregunta de investigación.	...37
8.3	Objetivo.	...37
8.4	Objetivos específicos.	...37
8.5	Hipótesis general.	...38
8.5.1	Hipótesis específicas.	...38
8.6	Material y métodos.	...38
8.6.1	Tipo de estudio.	...38
8.6.2	Selección y tamaño de muestra.	...39
8.6.3	Criterios de inclusión y exclusión.	...40
8.7	Definición conceptual y operacional de las variables.	...41
8.8	Instrumentos.	...45
8.8.1	Escala de impulsividad de Plutchik.	...45
8.8.2	Escala de agresividad explícita	...46
8.8.3	Formato de datos sociodemográficos.	...48
8.9	Procedimiento.	...49
8.10	Análisis estadístico.	...49
8.11	Consideraciones éticas.	...50
8.12	Recursos humanos y materiales.	...50

8.13	Flujo grama.	...51
8.14	Cronograma de actividades	...51
<b>9.</b>	<b>RESULTADOS.</b>	<b>...52</b>
9.1	Características demográficas y clínicas de la muestra.	...52
9.2	Agresión e Impulsividad en pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria.	...55
9.3	Características demográficas y clínicas entre pacientes con anorexia nervosa y pacientes con bulimia nervosa.	...56
9.4	Agresión e Impulsividad entre pacientes con anorexia nervosa y pacientes con bulimia nervosa.	...58
9.5	Características demográficas y clínicas entre pacientes agresivas y no-agresivas con Trastornos de la conducta alimentaria.	...60
<b>10.</b>	<b>DISCUSIÓN.</b>	<b>...62</b>
10.1	Limitaciones y fortalezas	...71
<b>11.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>...72</b>
<b>12.</b>	<b>ANEXOS.</b>	<b>...74</b>
12.1	Anexo No. 1 (Datos Socio demográficos)	...74
12.2	Anexo No. 2 (Consentimiento informado adultos)	...76
12.3	Anexo No. 3 (Consentimiento informado tutor y asentimiento	

informado).	...79
12.4 Anexo No. 4 (Carta de aceptación del Comité de ética institucional).	...85
12.5 Anexo No. 5 (Constancia de primer lugar en concurso de carteles APM).	...86
<b>13. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>...87</b>

## **1. ANTECEDENTES**

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria; tradicionalmente se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. También existen categorías de trastornos de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico <sup>1</sup>.

Este tipo de trastornos son comúnmente más significativos a lo largo de la adolescencia y en mujeres jóvenes. Este tipo de condición puede ser de una presentación crónica o recurrente asociada con comorbilidad psiquiátrica y diversas secuelas médicas. La comunidad médica reconoció el diagnóstico de anorexia nervosa desde el siglo XIX, sin embargo la bulimia nervosa no fue formalmente hasta su descripción en 1979 <sup>2</sup>.

## **2. ANOREXIA NERVOSA**

El término anorexia nervosa deriva del griego para “pérdida de apetito” y una palabra latina que implica un origen nervioso. La anorexia nervosa es un síndrome caracterizado por tres criterios fundamentales. El primero es la inanición auto inducida de una intensidad significativa; el segundo es una búsqueda implacable de delgadez o un miedo mórbido a la obesidad y el tercero es la

presencia de signos y síntomas médicos debido a la inanición. La anorexia nervosa suele asociarse a distorsiones de la imagen corporal, la percepción propia de ser de un tamaño preocupadamente grande a pesar de existir una delgadez extrema <sup>3</sup>. En el DSM IV TR y la continuidad en el DSM 5 la anorexia nervosa se caracteriza como un trastorno en el que las personas se niegan a mantener un peso mínimo normal, sienten gran temor a ganar peso y malinterpretan significativamente su peso y figura <sup>4</sup>.

El DSM 5 distingue entre dos subtipos de anorexia nervosa; el restrictivo y el compulsivo purgativo basado en la presencia o ausencia de síntomas bulímicos. Individuos con tipo compulsivo purgativo comúnmente tiene mayor comorbilidad que el tipo restrictiva como son impulsividad, trastorno por abuso de sustancias, trastornos clúster b de la personalidad, labilidad emocional y suicidabilidad. Adicionalmente ellos pueden mostrar complicaciones medicas severas relacionadas con la pérdida de peso <sup>4</sup>.

## **2.1. Epidemiología**

La edad de inicio más habitual del trastorno se situá en la mitad de la adolescencia, pero hasta el 5% de los pacientes anoréxicos, el trastorno se inicia al principio de la segunda década <sup>5</sup>. Según el DSM IV TR la edad de inicio más habitual tiene lugar entre los 14 y 18 años existiendo dos picos a lo largo de la vida, el primero entre los 13-14 años y el segundo entre los 17-18 años. Se estima que la anorexia nervosa se da en alrededor de 0.51% de las chicas adolescentes con una prevalencia a lo largo de la vida de 0.9% hasta 1.2 % según diversos estudios en EU y Scandinavia respectivamente <sup>6</sup>. Es de 10 a 20 veces más

frecuentes en chicas que en chicos. Parece ser más habitual en los países desarrollados y puede observarse en mujeres jóvenes con profesiones que exigen delgadez como son la moda o la danza <sup>3</sup>.

## **2.2. Comorbilidad**

La anorexia nervosa se asocia a depresión en el 65% de los casos, a fobia social en el 34 % de los casos y a trastorno obsesivo compulsivo en el 26 % de los casos <sup>3</sup>.

## **2.3. Etiología.**

En las causas de la anorexia nervosa intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos. Desde el punto de vista neurobioquímico la reducción de las concentraciones de 3 metoxi-4-hidroxifenilglicol y en la orina y en líquido céfalo raquídeo de algunos pacientes con anorexia sugiere una reducción del recambio de la actividad de la noradrenalina <sup>2</sup>.

## **2.4. Factores biológicos.**

Estudios genéticos basados principalmente en gemelos, así como muestras clínicas en población general sugieren influencias ambientales sobre la sintomatología de la anorexia que no están compartidos por características familiares. Estudios familiares sugieren que la anorexia nervosa es más común en parientes biológicos con trastornos de la conducta alimentaria que el general de la población, en uno de los estudios indica que el riesgo relativo del trastorno en familiares femeninos es de 11.3 <sup>7</sup>. Sin embargo un reciente estudio genético

proporciona la evidencia inicial de la presencia de susceptibilidad en un locus del cromosoma 1 p<sup>8</sup>.

Neurobioquímicamente, el hambre produce cambios en el hipotálamo y el funcionamiento metabólico, y la anorexia nervosa se asocia a cambios en los sistemas de neurotransmisores noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos y opioides con alteración en la neuromodulación de la hormona liberadora de corticotropina. Bajo ciertas circunstancias, la epinefrina y serotonina hipotalámicas pueden inducir pérdida de apetito mientras que la norepinefrina incrementa el hambre. Niveles de serotonina disregulados en mujeres con anorexia nervosa pueden persistir posterior a la recuperación del trastorno. Además en individuos con anorexia nervosa muestran anormales perfiles de sabor y aumento en la sensibilidad a alimentos ricos en calorías lo cual interfiere en la ganancia de peso<sup>9</sup>.

En los pacientes con anorexia nervosa, los opioides endógenos pueden contribuir a la negación del hambre. Los estudios preliminares muestran aumento de peso espectacular en algunos pacientes a los que se administran antagonistas de los opiáceos. La desnutrición provoca muchos cambios bioquímicos, algunos de los cuales también se da en la depresión, como la hipercorticoemia y la falta de supresión con la dexametasona. Diversos estudios de tecnecio han revelado un aumento de tamaño de los espacios del líquido cefalorraquídeo en pacientes anoréxicas durante la desnutrición, que se invierte si se gana peso. En un estudio de TEP el metabolismo del núcleo caudado fue más elevado en el estado anoréxico que después de la realimentación<sup>3</sup>.

## **2.5. Factores psicológicos.**

Las características de la personalidad en estos pacientes incluyen; restricción emocional, perfeccionismo y rigidez, que así mismo pueden representar factores de riesgo para desarrollar anorexia nervosa <sup>10</sup>. Durante los períodos de estrés, los individuos con tendencia a este tipo de personalidades, pueden retirar su rigidez o modificar su estructura. En los adolescentes un cambio físico y social pueden incrementar el riesgo <sup>11</sup>.

Desde una perspectiva psicodinámica, los pacientes con este trastorno sustituyen con sus preocupaciones, que parecen obsesiones con la alimentación y el aumento de peso, las actividades propias de adolescentes normales. Los especialistas en psicoanálisis que tratan a pacientes con anorexia nervosa suelen coincidir en que estos jóvenes pacientes no han conseguido separarse psicológicamente de sus madres <sup>12</sup>.

## **2.6. Factores sociales**

La anorexia nervosa es mas prevalente en pacientes femeninos que en masculinos y tienden a surgir en la etapa de maduración sexual, alrededor de la menarca y pubertad. Diversas investigaciones han atribuido esta distribución a la gran presión cultural que existe en las mujeres por mantenerse delgadas, esto ha sido mayormente descrito en culturas de occidente como pre requisito de éxito, belleza y las diferencias de socialización entre hombres y mujeres.

Las familias de niños que presentan trastornos de la conducta alimentaria, especialmente los subtipos con atracones o con purgas, pueden mostrar niveles más elevados de hostilidad, caos, aislamiento, niveles bajos de atención y

empatía. En las mujeres jóvenes, la participación en academias de danza estrictas aumenta la probabilidad de desarrollar anorexia nervosa en al menos siete veces <sup>2</sup>.

## **2.7. Diagnóstico**

El diagnóstico se realiza a través del cumplimiento de los criterios del DSM 5 que catalogan dentro del espectro de la anorexia

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Se debe especificar cual de los dos tipos es:

1. Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.

2. Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Respecto a el tiempo y curso de la enfermedad se debe explicar si:

1. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia, el criterio A no se ha cumplido durante un periodos continuado, pero todavía se cumple el criterio B o el C.
2. En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodos continuado.

Respecto a la gravedad de la enfermedad se debe catalogar con base en el índice de masa corporal actual o en niños y adolescentes en el percentil IMC. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión <sup>4</sup>.

1. Leve: IMC mayor o igual a 17 kg/m<sup>2</sup>.
2. Moderado: IMC de 16-16.99 kg/m<sup>2</sup>.
3. Grave: IMC 15-15.99 kg/m<sup>2</sup>.
4. Extremo: IMC menor a 15 kg/m<sup>2</sup>.

## **2.8. Características clínicas**

### **2.8.1. Presentación física**

Caquexia y atrofia de pecho son aparentes. A menudo piel seca y teñida de amarillo debido a la carotenemia. Signos físicos comúnmente incluyen bradicardia, hipotensión, lanugo, alopecia y edema. Pacientes que se inducen el vomito

muestran erosión dental y daños en dedos. Individuos con anorexia nervosa pueden quejarse de intolerancia al frío, cansancio, constipación y distensión abdominal. A pesar de la malnutrición, estos pacientes a menudo son hiperactivos, letargia puede indicar desbalance hidroelectrolítico, deshidratación, compromiso vascular o depresión severa <sup>13</sup>.

### **2.8.2. Complicaciones médicas**

La anorexia esta asociada a numerosas complicaciones médicas secundarias al hambre como son anomalías electrocardiográficas, prolongación del Qt, daño miocárdico y arritmias. Secuelas endocrinas como son amenorrea secundario a hambre que produce hipogonadismo, hipotiroidismo, disminución de hormona de crecimiento, disminución de niveles séricos de leptina y reducción de la densidad ósea. Complicaciones reproductivas como son infertilidad, nacimientos prematuros y complicaciones perinatales. Complicaciones renales como son nitrógeno ureico elevado en sangre, poliuria y edema. Complicaciones hematológicas anemia, leucopenia y trombocitopenia <sup>14</sup>.

### **2.8.3. Presentaciones psicológicas**

El prototipo de pacientes con complicaciones psicológicas presentan una severa distorsión corporal, perturbación introspectiva y distimia. Afecto restringido muestran las pacientes con mínimo insight. Con respecto a la personalidad los pacientes pueden ser obsesivos, inseguridad interpersonal, perfeccionismo, intolerancia al afecto negativo, rigidez y poco control de los impulsos, inseguridad

en su identidad y competitividad. En la presentación compulsivo purgativo se demuestra impulsividad y conductas auto lesivas <sup>15</sup>.

## **2.9. Evolución y pronóstico.**

La evolución de la anorexia es variable pues muestra recuperación espontánea sin tratamiento, recuperación tras una serie de tratamientos, una evolución fluctuante de aumentos de peso seguidos de recaída y una evolución gradualmente degenerativa que da evolución a la muerte. Los estudios han mostrado índices de mortalidad entre 5 y 18 % teniendo como mejor respuesta la variante compulsivo purgativa<sup>16</sup>.

## **3. BULIMIA NERVOSA**

La bulimia nervosa se define como episodios recurrentes de atracones combinados con conductas compensatorias inapropiadas destinadas a evitar el aumento de peso. La interrupción social o el malestar físico dan fin al atracón, que a menudo va seguido por sentimientos de culpa, depresión o disgusto por uno mismo. En la bulimia nervosa puede existir peso normal o ligero aumento de peso. Las conductas compensatorias que son usadas con frecuencia para contrarrestar los efectos del atracón pueden ser vómitos auto inducidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas o ejercicio intenso <sup>2</sup>.

El DSM 5 distingue entre dos tipos de bulimia nervosa: purgativa y no purgativa basado principalmente en el empleo de conductas compensatorias. La mayoría de pacientes con bulimia nervosa presentan el tipo purgativo, algunos

individuos a menudo utilizan conductas como el vomito auto inducido hasta en el 80% <sup>4</sup>.

### **3.1. Epidemiología**

La bulimia nervosa es mas prevalente que la anorexia nervosa, pues las estadísticas oscilan entre un 2 a 4% en las mujeres jóvenes con una incidencia de 90 a 95% <sup>17</sup>. La bulimia nervosa es significativamente más frecuente en mujeres que en el hombres solo que la edad de inicio oscila en etapas más avanzadas de la adolescencia o en la adultez temprana a diferencia que la anorexia. El inicio puede producirse incluso en las primeras etapas de la vida adulta. Algunos datos muestran la prevalencia a lo largo de la vida con 1.5% para mujeres y 0.5% para hombres <sup>18</sup>.

### **3.2. Etiología**

La patogénesis de la bulimia nervosa es considerada como multifactorial ya que implica una relación entre los siguientes

#### **3.2.1. Factores biológicos**

Algunos estudios revelan que la heredabilidad del trastorno en gemelos puede ir desde el 31 a 83% <sup>7</sup>. Además el tener algún familiar en primer grado con bulimia nervosa incrementa el riesgo de padecerla. También se ha identificado una relación entre bulimia nervosa y cromosoma 10 p <sup>19</sup>. Algunos neurotransmisores como serotonina están implicados en apetito, satisfacción, selección de comida y

patrones de comida. Además adicionalmente se ha encontrado elevaciones de neuropéptido Y y disminución de niveles de colecistoquinina <sup>20</sup>.

### **3.2.2. Factores sociales**

Los pacientes tienden a ser triunfadores y a responder a las presiones de la sociedad a favor de la delgadez. Los pacientes con bulimia nervosa describen a sus padres como negligentes y dados al rechazo <sup>21</sup>.

### **3.2.3. Factores psicológicos**

Los pacientes tienen problemas durante la adolescencia pero son más extrovertidos, irascibles e impulsivos. La dependencia a etanol, los hurtos a tiendas y labilidad emocional se asocian a la bulimia nervosa. Los pacientes con bulimia nervosa tienen una falta de control de los impulsos que se manifiestan a través de la dependencia a sustancias y de relaciones sexuales autodestructivas <sup>22</sup>.

## **3.3. Diagnóstico**

El diagnóstico se realiza a través de los criterios del DSM 5 como son los siguientes:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
  - a. Ingestión, en un periodo determinado (dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es

claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

- b. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de los que se ingiere).

B: Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

B. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen de promedio al menos una vez a la semana durante tres meses.

C. La autoevaluación se ve indefinidamente influida por la constitución y el peso corporal.

D. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Se debe especificar la evolución de la enfermedad como son:

1. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no sean cumplido durante un periodos de tiempo continuado.
2. En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

También es necesario especificar la gravedad de la enfermedad pues la gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios

inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

1. Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
2. Moderado: Un promedio de 4 a 7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
3. Grave: Un promedio de 8 a 13 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.
4. Extremo: un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana <sup>4</sup>.

### **3.4. Características Clínicas:**

#### **3.4.1. Presentación física**

Pacientes con bulimia nervosa oscilan típicamente dentro de peso saludable, algunos subconjuntos de pacientes mantienen sobrepeso u obesidad. Los pacientes pueden complicarse con edema periférico, hinchazón, debilidad, fatiga y problemas dentales. Edema facial, despellejamiento, callos y abrasiones en la parte dorsal de la mano pueden reflejar vómitos auto inducidos.

#### **3.4.2. Complicaciones médicas.**

La bulimia nervosa se asocia a múltiples complicaciones médicas. Entre estas complicaciones son secundarias a purgas que pueden mostrar mal nutrición y atracones. Purgas, vómitos y el uso de laxantes o diuréticos provocan complicaciones electrolíticas incluyendo hipokalemias, arritmias, debilidad muscular y alcalosis metabólica <sup>23</sup>.

Los problemas gastrointestinales secundarios a las purgas son comunes. El vomito auto inducido puede representar riesgo para trastornos esofágicos, incluyendo esofagitis, dolor torácico, dispepsia, enfermedad por reflujo gastroesofágico y ruptura esofágica, hernia hiatal, esófago de Barret; pacientes que abusan de laxantes pueden mostrar síndrome de intestino irritable, melanosis coli y atónico o colon catártico. Complicaciones orales secundario a regurgitación crónica y acido gástrico incluyen erosión de esmalte dental. Inflamación de la glándula parótida, hipertrofia de glándula salival. Además de lo anterior una historia constante de bulimia nervosa no tiene impacto en mujeres que quieren embarazarse sin embargo una bulimia nervosa activa incrementa el riesgo de aborto espontaneo, cesárea, bajo peso al nacer y depresión posparto<sup>24</sup>.

### **3.4.3. Presentación psicológica.**

Los individuos con bulimia nervosa están preocupados por la comida, peso, forma, tendencia a mantener un cuerpo insatisfecho y animo bajo. Muchos de ellos mostraron consciencia y sentimientos articulados, disparadores asociados con el ciclo atracón-comida y a menudo la evidencia muestra con respecto a conductas bulímicas. El eje I y la comorbilidad comúnmente incluye alteraciones del ánimo, ansiedad y trastorno por uso de sustancia. Aproximadamente la mitad de los pacientes con bulimia nervosa reporta una historia a lo largo de la vida de trastorno del estado de ánimo, ansiedad, con depresión, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo. Una minoría de pacientes también reportan trastorno por uso de sustancias preferentemente con alcohol.

En términos de personalidad los pacientes con bulimia nervosa muestran un perfil de rasgos que incluyen perfeccionismo, confusión de identidad, alteraciones en la impulsividad, baja autoestima, culpa y vergüenza. Un subtipo de bulimia nervosa puede ser caracterizado por múltiples conductas impulsivas con alteración en múltiples dominios que incluyen comida, funcionamiento del afecto interpersonal y sexualidad <sup>13</sup>.

### **3.5. Evolución.**

El curso longitudinal de bulimia nervosa es variable, puede ser crónico y con recaídas <sup>25</sup>. La revisión longitudinal sugiere que aproximadamente más de la mitad de pacientes con bulimia nervosa en seguimiento de 5 a 12 años se recuperara de un trastorno de alimentación, sin embargo aproximadamente un tercio de ellos tendrá una recaída. <sup>13</sup> Un subtipo de individuos con bulimia nervosa recibió terapia cognitivo conductual que ha demostrado una eficacia clínica con aproximadamente la mitad de los individuos. Se ha notado que el 50% de los pacientes con anorexia nervosa pueden mostrar síntomas de bulimia; sin embargo es menos común que presentes síntomas de bulimia nervosa a anorexia nervosa <sup>26</sup>.

## **4. TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADOS.**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no se cumplen todos los criterios

de ninguno de los dos trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos especificado, se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado”.

1. Anorexia nervosa atípica. Se cumplen todos los criterios para la anorexia nervosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. Bulimia nervosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nervosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada) Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y /o durante menos de tres meses.
4. Trastorno por purgas: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución en ausencia de atracones.
5. Síndrome de la ingestión nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión.

La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como por cambios en el ciclo sueño vigilia de un individuo o por normas sociales <sup>4</sup>.

## **5. CONSTRUCTOS DE IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD.**

Las definiciones generales de impulsividad se refieren únicamente a “una inclinación súbita a actuar” o bien, a “una fuerza súbita inmediatamente aplicada” <sup>27</sup>. Las conductas impulsivas se han relacionado con una gran variedad de trastornos psiquiátricos entre los que se incluyen el uso de sustancias, lo trastornos de la alimentación, la conducta suicida y la criminalidad <sup>28</sup>.

En el estudio de la validación de la impulsividad al castellano se concluye que el constructo denominado “impulsividad” esta formado por un cierto número de rasgos que incluyen principalmente la tendencia a tomar decisiones rápidamente, la tendencia a actuar sin pensarlo y la tendencia a involucrarse en conductas riesgosas.

Por otro lado la agresividad en el ser humano es un fenómeno complejo que se define como una serie de conductas dirigidas a infligir daño físico a otras personas, a uno mismo, o a diversos tipos de propiedades. La agresividad incluye amenazas, manifestaciones encaminadas a la ofensa, provocación intensa o impetuosa, es decir actitudes ajenas a lo socialmente establecido y esperado <sup>29</sup>.

La agresividad es frecuente en individuos cuyo diagnóstico indica algún trastorno mental y a veces no se evaluó de forma adecuada. La asociación entre agresividad y trastornos mentales se ha observado con mayor frecuencia en casos de trastorno de personalidad antisocial, retardo mental y trastornos psicóticos. Por

otro lado la agresividad se ha relacionado con ciertos factores de riesgo como edad, género, rasgos de personalidad, abuso de sustancias, alucinaciones y delirios persecutorios, y no exclusivamente con el diagnóstico de un trastorno mental <sup>30</sup>. La agresividad en pacientes con algún trastorno mental es frecuente. Se ha documentado que la conducta agresiva se presenta en individuos con trastornos mentales a consecuencia de diversos factores de riesgo como los antes mencionados.

## **6. EL FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Las dificultades con el funcionamiento emocional y social se ha teorizado que juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria <sup>31</sup>. Varias dificultades han sido identificadas para las personas con trastornos de la conducta alimentaria: 1) altos niveles de apego inseguro y estilos evitativos <sup>32</sup>, 2) limitantes en las redes sociales <sup>33</sup>, 3) altos niveles de conductas sumisas, 4) comparaciones sociales desfavorables <sup>34, 35</sup> que contribuye a una auto evaluación negativa y un factor de riesgo predisponente. En términos generales de referencia para todas las formas de los trastornos de la conducta alimentaria, el estrés constituye un componente central en las teorías del neurodesarrollo y la etiología de la anorexia nervosa y la problemática con las relaciones interpersonales <sup>36</sup>. Los factores subyacentes que contribuyen a esta problemática en el funcionamiento social y afectivo ha mostrado alteraciones atencionales, procesos de reconocimiento y regulación de las emociones.

El sesgo atencional Posner y Peterson (1990) lo describieron como la propensión a buscar y estar atento a cierta información en el medio ambiente. Lo anterior se ha relacionado en pacientes con ira, ya que es de gran notoriedad y amenazas emocionales para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria<sup>37</sup>. El reconocimiento de emociones ha mostrado paradigmas experimentales en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria sobre todo en anorexia nervosa donde muestran dificultades con tareas exigentes como son el etiquetado emotivo posterior a una plática o en ausencia de estímulos verbales<sup>38</sup>. La regulación emocional se observa cuando los familiares con trastornos de la conducta alimentaria pierden habilidades en la regulación emocional y son más irritables, temperamentales y propensos a las rabietas<sup>39</sup>.

Un estudio realizado en Londres, Inglaterra en 2010 muestra que las hipótesis que se plantean acerca del funcionamiento emocional se sustentan en la muestra ya que se estudiaron 190 pacientes femeninos de los cuales 50 tenían diagnóstico de anorexia nervosa, 50 tenían diagnóstico de bulimia nervosa y 90 eran controles sanos. Dentro de los resultados se encontraron que el grupo con trastornos de la conducta alimentaria tiene un mayor sesgo atencional para estímulos sociales en todos los subtipos de diagnóstico. La dificultad en el reconocimiento de emociones se cumplió mayormente en pacientes con anorexia nervosa ya que se encontraban dificultades para reconocer emociones en los ojos

<sup>40</sup>.

## **7. CONDUCTAS AGRESIVAS E IMPULSIVAS EN ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA.**

La anorexia nervosa y la bulimia nervosa, junto con otras formas de trastornos de la conducta alimentaria representan un problema médico contemporáneo significativo y un importante problema de salud pública. El manejo terapéutico de la alimentación en pacientes con trastornos representa uno de los mayores retos en el campo de la psiquiatría. La comorbilidad psiquiátrica más común de los trastornos de la conducta alimentaria son las que comprenden trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de conductas impulsivas que se reflejan en agresión disfuncional e impulsividad <sup>41, 42</sup>.

La presencia de los trastornos mentales que acompañan a pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa, constituyen una base importante para un pobre éxito en el tratamiento y el pronóstico de la disfunción. Además se ha sugerido que incluso puede resultar un mejor predictor de las variables clínicas <sup>43</sup>. En muchos casos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y comorbilidad psiquiátrica se revela que la personalidad en estos pacientes juega un papel importante en la patogénesis de la misma, así mismo como en sus recaídas se puede atribuir a una mayor agresión y la impulsividad. Sin embargo, en comparación con controles sanos, los pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa presentan niveles mas altos, encubiertos y subnormales de agresión abierta <sup>41</sup>. Aunque la agresión y la impulsividad pueden surgir como consecuencia de la repetición de los atracones-purgas y/o inanición <sup>44</sup> o conflictos y ambientes hostiles <sup>45</sup> en la mayoría de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

se encuentran rasgos de personalidad importantes, que pueden ser asociados con un abuso en la infancia <sup>46</sup>.

Sin embargo, la mayoría de los estudios encuentran que la agresividad y la impulsividad se expresa más en pacientes con bulimia nervosa en comparación con aquellos con anorexia nervosa <sup>47</sup>; los pacientes con bulimia nervosa tienen una alta correlación con la dificultad para expresar la ira, que junto con la falta del control de los impulsos pueden dar lugar a diferentes formas de comportamiento impulsivo autodestructivo <sup>48</sup>. Entre ellos los más característicos son atracones, abuso de sustancias psicoactivas, alcohol, provocación de riñas, peleas, robos, el gasto excesivo de dinero, conductas auto lesivas, tendencias suicidas y a participar en situaciones arriesgadas como pueden ser de implicación sexual <sup>49</sup>. Tales comportamientos son mas frecuentes en pacientes con bulimia nervosa, que también se han caracterizado por niveles más altos de búsqueda de la novedad, el riesgo de ingesta de alcohol y agresión abierta. En contraste, en pacientes con anorexia nervosa, una dominación de agresión encubierta, de alto nivel de evitación del daño, fuerte necesidad de aprobación, como así un bajo nivel de asunción de riesgos <sup>50</sup>.

En un estudio realizó en Eslovenia en 2010 con 30 pacientes del género femenino con diagnóstico de anorexia nervosa tipo purgativa, 33 pacientes del genero femenino con bulimia nervosa tipo purgativa y 31 pacientes controles sanos donde se estudio conductas impulsivas y agresivas al ingreso hospitalario, cambios durante su internamiento y a tres y seis meses después se encontró similitudes en ambos grupos de pacientes tanto en impulsividad como en agresividad pero en ambos grupos hubo una disminución en la prevalencia de la

impulsividad durante el tratamiento que incluso se observa a los tres y seis meses de tratamiento y al alta hospitalaria casi eran ausentes. La diferencia significativa encontrada en pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa se encuentra solo a la admisión hospitalaria con preferencia por atracones en ausencia de trastorno de la conducta alimentaria, peleas recurrentes y gastos excesivos de dinero, con mayor prevalencia en pacientes con bulimia nervosa.

Debido a lo anterior en el artículo concluyen que la expresión de comportamientos impulsivos está relacionado con el curso del tiempo del tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria. En cuanto a la evaluación de las dimensiones de agresión todos los pacientes puntuaron significativamente más bajo en agresión verbal y física, mientras que las puntuaciones más altas fueron en hostilidad, desconfianza y la culpa en comparaciones con controles. Estos resultados son consistentes con el hallazgo de la supresión de la ira y la internalización es una característica importante de pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa <sup>51</sup>.

### **7.1. LA IMPULSIVIDAD EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

La anorexia nervosa de tipo restrictiva se ha asociado generalmente a inhibición conductual o bien un exceso de regulación conductual, mientras que otros trastornos alimentarios como son la variante de atracones y purgas se ha relacionado con impulsividad y desinhibición conductual <sup>52</sup>. Debido a lo anterior se han realizado varias investigaciones asociando síndromes de purgas-atracón con elevada impulsividad comparados con los niveles obtenidos en síndromes restrictivos y grupos control <sup>53</sup>. Sin embargo dado que la impulsividad es un

constructo multidimensional con una implicación cognitiva (planeación), la atención y respuesta inhibitoria <sup>54</sup> se ha tomado la importancia para el estudio de la dimensión impulsividad a través de trastornos de la conducta alimentaria. Basado en lo anterior se han observado claras diferencias entre los subtipos restrictivo-purgativo <sup>54</sup>.

Debido a lo anterior y como parte del análisis del presente trabajo se realizó un estudio en el año 2006 en la ciudad de Quebec, Canadá donde se aplicó una batería de auto cuestionarios donde se implicaba la dimensionalidad de la impulsividad en 84 pacientes del sexo femenino con diagnóstico de bulimia nervosa, 37 pacientes femenino con diagnóstico de anorexia nervosa de los cuales 19 eran del subtipo restrictivo y 18 del subtipo compulsivo purgativo y 61 pacientes del sexo femenino como controles sanos. Las pacientes completaron dos cuestionarios, el primero es la escala de Barrat versión 11 que se enfoca en la medición de impulsividad motora o acciones imprudentes, área cognitiva y de atención y la última la falta de preocupación por el futuro. La segunda escala que se utilizó fue el estímulo Seeking que es una escala de evaluación dimensional de la personalidad enfocada en la búsqueda de novedad y nuevos estímulos. Por último las pacientes se sometieron a un ensayo de conductas inhibitorias y no inhibitorias a través de la tarea Go, No-go como medida computarizada de la impulsividad donde los participantes deben intentar inhibir sus respuestas con el fin de ganar pequeñas recompensas o evitar el mayor número de pérdidas. Dentro de los resultados del estudio se evaluó si los individuos con el espectro de bulimia mostraban mayor carga para impulsividad que los individuos del espectro de anorexia sobre todo del tipo restrictivo a nivel cognitivo y conductual en

impulsividad. En la sub escala de atención de Barret los tres grupos de pacientes puntuaron significativamente más alto que los grupos control. En contraste en la sub escala de conducta impulsiva de Barret los grupos de atracones tendían a marcar mayor que los grupos restrictivos y grupos control. Debido a lo anterior en el artículo se concluye que en el grupo de atracones el comportamiento es preferentemente impulsivo. En la dimensión de planeación de Barret la tendencia hacia planear imprudentemente parecía ser característica de solo individuos diagnosticados con anorexia nervosa compulsivo purgativa y restrictiva mostrando tendencias en la no planeación menor por lo cual se sugiere que este grupo se caracteriza por un equilibrio entre impulsividad y la cautela en la planeación. La conclusión del grupo de atracones se asocia con formas de impulsividad conductual pero no necesariamente con formas cognitivas, caracterizado por actitudes imprudentes o riesgosas <sup>55</sup>.

## **7.2. AGRESIVIDAD E IRA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Muchos pacientes que sufren trastornos de alimentación muestran manifestaciones más o menos frecuentes y generalizadas de la ira y la agresividad que tienen un considerable impacto en el pronóstico y la clínica de la enfermedad. En general muchos de los estudios surgieron de que la anorexia nervosa y la bulimia nervosa tienen un alto riesgo de conductas auto lesivas. Dentro de las definiciones que se abarca la distinción en la impulsividad y la agresividad reactiva y premeditada o instrumental; el primero es una comportamiento impulsivo que se suscito en respuesta a la frustración/amenaza y con el deseo de herir a alguien:

esto corresponde a los modelos animales de la agresividad afectiva <sup>56-57</sup>. El segundo comportamiento es dirigido a metas o controles utilizando el medio para dichos fines que corresponde al comportamiento animal de un depredador. La emoción correspondiente a conductas impulsivas-agresivas es la ira <sup>58</sup>, en este estado emocional es variable la intensidad desde una simple sensación de molestia o fastidio hasta sentimientos de rabia y furia. Se asocia con una activación del sistema nervioso autónomo y no siempre conduce a la expresión de agresividad <sup>59</sup>.

Otra dimensión incluye la ira y la cólera, la cual esta última se define como una condición emocional que consiste en sentimientos subjetivos de tensión, molestia, irritación o furia <sup>60</sup>. Las conductas autolesivas son conductas agresivas hacia uno mismo <sup>61</sup> con la inducción deliberada de un dirigido daño físico al cuerpo sin una intención letal. Muchos estudios destacan que los pacientes que sufren trastornos de la conducta alimentaria tienen un alto riesgo de conductas autolesivas con una prevalencia que va desde el 16% hasta el 76% <sup>62</sup>. En particular algunos estudios mostraron una prevalencia más alta en pacientes con conductas compulsivo-purgativas que los pacientes que no mantenían dichas conductas. No hay un acuerdo unánime sobre la pertinencia de comportamientos agresivos en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en comparación con otros trastornos psiquiátricos <sup>63</sup> sin embargo algunos estudios han mostrado un aumento en la agresividad en contra de otros particularmente en pacientes con bulimia nerviosa. En un estudio de Fava et al <sup>64</sup> mostraron que el 31% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria cumplieron con los criterios de ataques de cólera en comparación con el 10 % del grupo control. Casi la mitad de los

pacientes reportó un comportamiento violento durante los ataques de cólera y mas de dos tercios atacaron a otros física o verbalmente. Una mayor prevalencia se encontró de ataques de cólera en pacientes con diagnóstico actual o crónico de bulimia nervosa que en pacientes con diagnóstico actual o crónico de anorexia nervosa.

Diferentes estudios han demostrado que los pacientes que sufren de trastornos de alimentación tienen altos niveles de ira, hostilidad y agresividad. La mayoría de los estudios sugieren que los pacientes con anorexia nervosa tienen a reprimir la ira hacia los demás y hacia si mismos y solo a veces a erradicarlo en la agresividad de los demás, sobre todo en miembros de la familia mientras que los pacientes con bulimia nervosa a menudo tienen sentimientos de hostilidad que pueden actuar hacia otras personas <sup>65</sup>. En un estudio de Meyer et al <sup>66</sup> pacientes con actitudes bulímicas se asociaron con estados de ira en los hombres y con la supresión de ira en las mujeres. En el estudio de Milligan y Waller <sup>67</sup> llevaba a cabo una muestra de pacientes femeninos, los atracones se asociaron con supresión de la ira mientras que los vómitos se asociaron con altos niveles de ira expresada. Teniendo en cuenta los síntomas específicos, los atracones y vómitos se asociaron con estados de cólera, el ejercicio excesivo y el abuso de laxantes se asoció con supresión de la ira. Debido a lo anterior los autores de este estudio plantearon la hipótesis de que las conductas bulímicas sirven para diferentes funciones emocionales en particular para diferentes facetas de la ira que están influenciadas con comportamientos de acción rápida como son atracones, vómitos y ejercicio <sup>68</sup>.

### **7.3. ENTENDIENDO LA ASOCIACIÓN DE IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

La importancia de identificar si los comportamientos de atracones o purgas están más estrechamente relacionados con la impulsividad descansan en la investigación que demuestra el efecto negativo que esta tiene en el desarrollo y resultado de los trastornos alimentarios <sup>69</sup>. Numerosos estudios han encontrado que individuos con anorexia nervosa tipo compulsivo purgativa (AN-CP) puntúan mas alto que los individuos con anorexia nervosa subtipo restrictiva (AN-R) sobre las medidas de impulsividad y en la novedad de dimensión de búsqueda en el temperamento <sup>70</sup>. Además los individuos con AN-CP aprueban más conductas de alto riesgo asociadas con la impulsividad, abuso o dependencia de drogas, alcohol o pastillas para adelgazar <sup>71</sup>. Algunos estudios han encontrado que los individuos con AN-CP presentan más intentos de suicidio, autolesiones, cambios de humor en comparación con AN-R <sup>72</sup>. No esta claro si comer compulsivamente, purgarse o ambos están asociados con las diferencias de impulsividad que se encuentran entre los subtipos. Los atracones de comida han sido asociado con trastornos del control de los impulsos en la AN <sup>73</sup>, pero otros han encontrado que la purga, no comer en exceso, predijo la conducta impulsiva en individuos con AN y la bulimia nervosa <sup>74</sup>.

Debido a lo anterior un estudio realizado en 2012 por el instituto nacional de salud, en la universidad de Carolina del Norte a través de dos programas nacionales en 2005 y 2008 se reclutaron 1373 pacientes del sexo femenino con una historia de diagnóstico de anorexia nervosa a lo largo de la vida donde se aplicó la entrevista clínica estructurada de para trastornos alimentarios, la escala

de impulsividad de Barrat, el inventario de temperamento y carácter y la escala de Yale Brown para trastornos obsesivo compulsivo. Se encontró que las conductas purgativas pero sin comer en exceso se asocio con todas las medidas de impulsividad con base en la escala de Barrat 11. Los resultados de la muestra indican que estructuras indicativas de impulsividad como son el abuso a sustancias, autolesiones y suicidio se han asociado con la presencia de comportamiento purgativo específicamente en la anorexia nervosa con el subtipo compulsivo purgativo.<sup>74</sup> También se encontró que las conductas purgativas no asociadas a un comportamiento compulsivo de comer se asocian significativamente con la búsqueda de la novedad, un rasgo de la personalidad que ha sido previamente asociado con el comportamiento impulsivo en individuos con anorexia nervosa y bulimia nervosa<sup>75</sup>.

Por otro lado los mayores niveles de agresividad, hostilidad e ira se han observado en pacientes con trastornos de la alimentación<sup>68</sup>. La ira y la hostilidad podrían ser rasgos de personalidad que predicen el trastornos y se correlacionan con el descontrol de los impulsos sobre todo en la psicopatología de la bulimia. La mayor propensión a agresión se observa a veces en los pacientes con anorexia y bulimia nervosa por lo cual podría ser secundario a los síntomas, es decir a la incesante ciclo de atracones y dietas que causan niveles anormales de serotonina<sup>76,77</sup> en donde se sabe que la serotonina esta implicada en el control de los impulsos y la agresión<sup>78</sup>. La depresión, también a menudo acompaña al curso de los trastornos de la alimentación y puede llevar un tanto encubierta la hostilidad que termina en una mayor propensión a la agresión. El estudio de la agresividad en pacientes con trastornos de la alimentación y en particular con conductas

relacionadas con la agresividad tiene relevancia en tanto a la terapéutica y el pronóstico de la enfermedad. Las personas con patrones anormales en la alimentación pueden causar reacciones contradictorias en sus familiares y los niveles más altos de emocionalidad son a menudo reportado en las familias de pacientes con trastornos de la alimentación, un factor que podría complicar el tratamiento <sup>79</sup>. Los pacientes con anorexia nervosa obtienen un mejor resultado al tratamiento cuando los niveles de agresividad abierta, la crítica verbal y la hostilidad de sus familiares son bajos <sup>79</sup>. Se sabe que la hostilidad y la agresividad pueden interferir en la adherencia al tratamiento pues las personas que son propensas a mantener agresividad y hostilidad tienen mayor tendencia a no seguir el consejo médico mostrando un menor cumplimiento del tratamiento.

La hostilidad, la ira y la agresividad también pueden desempeñar un rol importante en el peor de los resultados del trastorno como podrían ser conductas autolesivas y comportamiento suicida <sup>80</sup>. De hecho la mayor evidencia de agresividad entre los pacientes con trastornos de la alimentación muestran comportamiento y preocupaciones suicidas, autolesiones lo cual es un marcador de vida y un estallido violento hacia otros <sup>81</sup>.

Estudios tanto en muestras clínicas y comunitarias encontraron que la agresividad se relaciona específicamente con la conducta suicida en las personas con trastornos de la alimentación <sup>80</sup>. Sin embargo son pocos los estudios probados en la relación empírica que existe. Uno de los más grandes estudios realizados hasta la fecha incluye a 3630 niñas en edad escolar por Thompson et al donde se encontró que los adolescentes que mostraban trastornos alimentarios también son más propensos significativamente a mostrar comportamientos agresivos en

comparación con los adolescentes que no manifiestan alguna alteración en la conducta alimentaria. Más recientemente se ha encontrado en una muestra no clínica de 1000 adolescentes por Miotto et al <sup>82</sup> una correlación positiva entre las actitudes y comportamientos indicativos de síntomas del trastornos de la conducta alimentaria y propensión a mostrar un comportamiento agresivo en contra de los otros, mientras que Kaltiala-Heino et al <sup>83</sup> encontraron una asociación entre síntomas bulímicos y la ocurrencia de menor conductas de descontrol como son el ausentismo escolar y bullying.

La ira se ha informado como una característica típica de los pacientes con bulimia nervosa <sup>64</sup>. Los niveles más altos de ira precipitan la agresividad e impulsividad y los pacientes con bulimia nervosa se encuentran con mas facilidad para expresar estos sentimientos y aplicarlas contra los otros <sup>64,68</sup> Se especuló que los atracones tendrían como objetivo evitar la ira y la asociación con sentimientos negativos, mientras que el vomito serian una manera de expresar la rabia y el asco que deriva los atracones por agredir a su propio cuerpo <sup>68</sup>. Los pacientes con anorexia nervosa se informó de que son propensos a reprimir la ira o dirigirlo hacia ellos mismos, una actitud que podría contribuir al riesgo mas alto de comportamiento suicida en estos pacientes <sup>74</sup>.

## **8. PROYECTO**

### **8.1 Justificación**

En México como en el resto del mundo, los trastornos de alimentación son una entidad relativamente frecuente en la población con una prevalencia del 1 % a lo largo de la vida en pacientes con diagnóstico de anorexia y hasta un 4.2 % en pacientes con diagnóstico de bulimia; de los cuales en ambos un 90 a 95 % son mujeres con un pico de incidencia en la adolescencia, de los cuales varía acerca de situaciones como: ideales de belleza, factores culturales, industrialización y estatus socioeconómico.<sup>1,2</sup>

Ambos espectros de trastornos de la alimentación han sido estudiados a través de su comportamiento y características psicológicas en distintos países para encontrar factores de riesgo o predominio de comportamiento por lo cual el estudio de la impulsividad y la agresividad en estos pacientes en México nos mostraría la relación que existe entre ellos y su forma de presentación de acuerdo a nuestra población.

El inadecuado control que existe acerca de las conductas alimentarias genera una marcada discapacidad social, laboral, familiar y de pareja. Una de las hipótesis de esta discapacidad es el inadecuado control de los impulsos relacionado con conductas agresivas hacia ellos mismos y su medio<sup>75</sup>.

Este estudio es importante ya que al evaluar el comportamiento agresivo e impulsivo de estos sujetos, se intentará entender las diferencias en formas básicas, a través de su conducta y la relación que existe con su trastorno de alimentación así mismo con características sociodemográficas que mantienen los pacientes en la población mexicana.

Actualmente se sabe que las características de la impulsividad y agresividad son predictores muy importantes del éxito del tratamiento y el pronóstico que tiene la enfermedad, así mismo el riesgo que incluyen algunas conductas que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria podría mermar o interferir en la evolución no solo de su padecimiento alimentaria si no de la comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos o de personalidad, dichas conductas son los intentos de suicidio, conductas auto lesivas o abuso de sustancias que por si mismo son un problema de salud pública actual.

## **8.2. Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características de la impulsividad y la agresión en pacientes con trastornos del espectro de la bulimia nervosa y del espectro de la anorexia nervosa?

## **8.3. Objetivo:**

Comparar las características de agresión e impulsividad entre pacientes con trastornos del espectro de la bulimia nervosa y pacientes con trastornos del espectro de la anorexia nervosa.

## **8.4. Objetivos específicos:**

1. Comparar las características demográficas y clínicas, entre pacientes con trastornos del espectro de la bulimia nervosa y pacientes con trastornos del espectro de la anorexia nervosa.

2. Comparar las características demográficas y clínicas entre pacientes clasificados como agresivos y aquellas no agresivos.

## **8.5. Hipótesis general**

Las pacientes con trastornos del espectro de la bulimia nervosa mostrarán mayores niveles de agresión e impulsividad que las pacientes con trastornos del espectro de la anorexia nervosa.

### **8.5.1. Hipótesis específicas**

1. Las pacientes con diagnóstico del espectro de la bulimia mostrarán una menor escolaridad, un mayor número de intentos suicidas y un menor tiempo de evolución en contraste con lo reportado por las pacientes con diagnóstico del espectro de la anorexia.
2. Las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con conductas agresivas serán en su mayoría solteras, desempleadas, con menor escolaridad, una menor edad de inicio y un mayor tiempo de evolución en contraste con las no agresivas.

## **8.6. Material y métodos**

### **8.6.1. Tipo de estudio**

Es un estudio observacional, transversal y comparativo de casos <sup>94</sup>.

### 8.6.2. Selección y tamaño de muestra

La muestra esta constituida por dos grupos: un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria del espectro de anorexia y otro grupo con trastorno de la conducta alimentaria con espectro de la bulimia.

Los pacientes con trastornos de la alimentación se tomaron de la clínica de trastornos de la alimentación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente” que acudieron a consulta y que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.

La prevalencia estimada de conductas agresivas (hetero y autodirigidas) varía de un 20 al 39% en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria<sup>84,85</sup>. Se incluyeron un total de 81 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, posteriormente se hizo la división de acuerdo al espectro de anorexia y bulimia. De esta forma, el tamaño de muestra fue calculado de acuerdo a la fórmula de proporción de Schaeffer<sup>86</sup> es:

$$n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z_{1-\alpha/2}^2 * (N-1) + p*(1-p)]$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra

EDFF = Efecto del diseño

N = Población

p = Proporción estimada

d = Nivel de precisión deseado

---

Tamaño de la población (para el factor de 1000000

corrección de la población)( $N$ ):

frecuencia % hipotética del factor del resultado en

30% $\pm$ 10

la población ( $p$ ):

Límites de confianza como % de 100(absoluto  $\pm$ -

10%

%)( $d$ ):

1

Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$ ):

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95	81

### 8.6.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión para pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria del espectro de la anorexia nervosa o bulimia nervosa:

- 1) Pacientes con diagnóstico de Anorexia nervosa o Bulimia nervosa en cualquier de sus dos subtipos que cumplan los criterios diagnósticos del DSM 5.
- 2) Tiempo de evolución de la enfermedad menor a 10 años.
- 3) Pacientes de 14 a 55 años de edad.
- 4) Pacientes que acepten participar en el estudio.
- 5) Pacientes que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión para pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria del espectro de la anorexia nervosa o bulimia nervosa:

- 1) Pacientes que presenten alguna enfermedad neurológica o discapacidad intelectual valorada a través de reporte verbal, expediente clínico o por el médico tratante.
- 2) Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación para pacientes con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria del espectro de anorexia nervosa o bulimia nervosa.

- 1) Pacientes que decidan retirarse del estudio.

### **8.7. Definición conceptual y operacional de las variables.**

Anorexia nervosa.- Es un trastorno de la conducta alimentaria que incluye restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo, se manifiesta con un miedo intenso a ganar peso o a engordar, o un comportamiento persistente que interfiere con una alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución. Fue evaluado por un clínico especialista en psiquiatría con adiestramiento en trastornos de la conducta alimentaria.

Bulimia nervosa.- Es un trastorno de la conducta alimentaria que incluye episodios recurrentes de atracones y comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso. Fue evaluado por un clínico especialista en psiquiatría con adiestramiento en trastornos de la conducta alimentaria.

Trastornos de la alimentación no especificados.- son trastornos de la conducta alimentaria que no incluyen todos los síntomas o criterios para el

cumplimiento de anorexia nervosa y bulimia nervosa. En este apartado se incluyen la anorexia nervosa atípica, Bulimia nervosa (de frecuencia baja y/o duración limitada), Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada), Trastorno por purgas y Síndrome de la ingestión nocturna de alimentos. Fue evaluado por un clínico especialista en psiquiatría con adiestramiento en trastornos de la conducta alimentaria.

Impulsividad.- la impulsividad se define como una inclinación súbita al actuar y se conforma por áreas como son el autocontrol, la planeación, conductas alimentarias, sexuales y la actuación espontánea. Fue evaluado por la escala de impulsividad de Plutchik.

Agresividad.- la cual se define como una serie de conductas dirigidas a infligir daño físico a otras personas, a uno mismo, o a diversos tipos de propiedades y se evaluó mediante la agresividad verbal, contra objetos, contra si mismo y hacia los demás en forma física. Fue evaluado por la escala de agresividad explícita.

<b>Variables independientes</b>	<b>Tipo</b>	<b>Medición</b>
<i>Datos sociodemograficos</i>		
Edad al inicio del padecimiento	Intervalar	Años
Sexo	Nominal dicotómica	Femenino/masculino

Escolaridad	Intervalar	Años de estudio
Nivel socioeconómico	Ordinal	Estudio socioeconómico
Edad de inicio del padecimiento	Intervalar	Años. Expediente clínico.
Estado civil	Nominal	Soltero/Casado/Divorciado/Viudo
Ocupación	Nominal	Desempleo/Hogar/estudiante/Empleado
Anorexia Nervosa	Nominal	Restringida/compulsivo-purgativa/Trastorno de la alimentación no especificado (Anorexia atípica/Trastorno por purga)
Bulimia nervosa	Nominal	Purgativa/no purgativa/Trastorno de la alimentación no especificado (Bulimia atípica/Trastorno por atracón/Síndrome de la ingestión nocturna de alimentos)
Comorbilidad	Nominal	Sin comorbilidad/Trastorno depresivo mayor/ Trastorno de ansiedad/ Trastorno por uso de sustancias/ Trastorno de personalidad/ Abuso sexual/ Otro trastorno psiquiátrico.
Tratamiento actual	Nominal	Antidepresivo/Ansiolítico/Antipsicótico.
Número total de hospitalizaciones	Intervalar	Número de veces

Edad a la primera hospitalización	Intervalar	Años
Tiempo total de hospitalizaciones	Intervalar	Semanas
Intentos suicidas	Intervalar	Número
<i>Escala de impulsividad de Plutchik.</i>		
Autocontrol	Intervalar	Escala de impulsividad de Plutchik.
Planeación	Intervalar	
Conductas fisiológicas	Intervalar	
Actuación espontánea	Intervalar	
<i>Escala de agresividad explícita</i>		
Agresividad verbal	Intervalar	Escala de agresividad explícita
Autoagresividad	Intervalar	
Agresividad física contra objetos	Intervalar	
Agresividad física heterodirigida	Intervalar	
Intervenciones	Intervalar	

## **8.8. Instrumentos**

### **8.8.1. Escala de Impulsividad de Plutchik**

Fue desarrollada por Plutchik y Van Praag <sup>87</sup> en 1989 buscando estudiar los correlatos neurobiológicos de los trastornos mentales sobre todo en el paciente suicida. Fue validada al idioma español y en México en el año 1996 utilizando dos grupos; uno conformado por 123 sujetos del sexo masculino que estaban internados en el servicio médico psiquiátrico del Reclusorio Preventivo Sur cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de los intentos suicidas y de las autoagresiones. Por otro lado se incluyeron 27 pacientes psiquiátricos que habían intentado suicidarse y un grupo control de 17 pacientes que nunca habían intentado suicidarse de los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la secretaria de salud <sup>88</sup>.

La escala de impulsividad de Plutchik consiste en 15 reactivos contestando en una escala de frecuencia de tres puntos. Estos reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, todas las cuales reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual. Los reactivos se califican en una escala ordinal del 0 al 3, en la que cada número corresponde a “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “muy frecuentemente”, a excepción de los reactivos 4, 6, 11 y 15 que se califican de forma inversa. La versión en castellano de la escala de Impulsividad demostró tener una consistencia interna aceptable (0-66) y comparable a la reportada por Plutchik que fue de 0.73 <sup>10, 88</sup>.

El análisis factorial del instrumento agrupó los reactivos en 4 subescalas y de acuerdo a su contenido se propone que se clasifique de la siguiente manera: a) Factor de autocontrol: compuesto por 6 reactivos que miden los aspectos relacionados con la capacidad que tiene el sujeto para esperar o retrasar sus acciones. B) Factor de planeación de las acciones en el futuro. Incluye la posibilidad de darse cuenta de las consecuencias de sus actos y aun así perseverar en las ideas. C) Factor de conductas fisiológicas. En este factor se agrupó la impulsividad en las conductas alimentarias y sexual. D) Factor de actuación espontánea. Se refiere a la conducta irreflexiva y descontrolada.

En conclusión, se considera que la Escala de Impulsividad de Plutchik se comporta en forma aceptable desde la perspectiva psicométrica y puede ser utilizada en diferentes ámbitos de la investigación de la salud mental. Las subescalas propuestas con base en la estructura factorial pueden arrojar información adicional sobre el comportamiento del sujeto impulsivo<sup>88</sup>.

### **8.8.2. Escala de agresión explícita.**

Fue diseñada por Yudofsky y cols en 1986<sup>89</sup> con un instrumento que se aplica a una entrevista clínica y que evalúa tanto los tipos específicos de agresividad como la severidad global de la misma. La escala ha demostrado tener confiabilidad adecuada en población psiquiátrica, ya que permite una estimación clínica del riesgo de conductas agresivas en pacientes hospitalizados. La escala de agresividad explícita incorpora los distintos tipos de agresividad, su severidad y los tipos de intervención para su control, permitiendo registrar y cuantificar la agresividad de forma objetiva. La escala en el 2002 fue traducida al castellano y

validada a población mexicana en una población de pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que habían sido referidos por la presencia de conductas agresivas. La muestra consistió en 25 hombres y 14 mujeres<sup>90</sup>.

Para la evaluación de la agresividad se utilizó la Escala de Agresividad Explícita diseñada para evaluar la severidad de las conductas agresivas por medio de la observación y descripción de los episodios de agresividad de los pacientes. Esta consta de 4 áreas principales: 1) agresividad verbal, 2) agresividad contra objetos, 3) auto agresividad y 4) agresividad física heterodirigida. En cada una de estas áreas existen cuatro grados de severidad para calificar la conducta agresiva. La agresividad verbal abarca conductas que van desde gritar con enojo hasta hacer claras amenazas de violencia hacia otros o hacia el propio sujeto; la agresividad contra objetos incluye acciones que van desde azotar la puerta hasta arrojar objetos; el área de auto agresividad abarca conductas que van desde jalarse el cabello sin causarse ningún daño físico, hasta auto mutilarse y producirse cortadas profundas; y la agresividad física heterodirigida incluye desde gestos amenazadores a otros hasta ataques directos que causan daño físico grave. Además, se cuantifica la duración de los episodios agresivos, el momento del día (mañana o tarde) en el que se presenta la conducta y el tipo de intervención empleado por el personal medico responsable. Las intervenciones del personal van desde “ninguna”, en cuyo caso el paciente se tranquiliza por si mismo, hasta el uso de medidas para controlar al paciente cuando los daños originados por este a otros requieren de tratamiento medico para los agredidos. La puntuación total de la escala de agresión explícita se obtiene sumando las

puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas y la de la intervención más restrictiva que se empleó en el paciente. El punto de corte de la escala de agresividad explícita es de 7, donde muestra una sensibilidad de 0.80 y una especificidad de 0.97, con un adecuado poder predictivo positivo y negativo.

La evaluación objetiva de la agresividad en pacientes psiquiátricos es de gran utilidad para distinguir a los pacientes agresivos crónicos de aquellos que presentan episodios agresivos tras la aparición o exacerbación de la sintomatología psicótica. La versión en castellano de la escala de agresividad explícita de Yudofsky demostró ser un instrumento confiable y con adecuada validez para la evaluación de diversos comportamientos agresivos en un periodo específico de tiempo o de forma longitudinal<sup>90</sup>.

### **8.8.3. Formato de datos sociodemográficos.**

Los indicadores demográficos son el reflejo de las características de una población. Entre ellos se encuentra la edad al momento del estudio, el sexo del paciente, estado civil, la escolaridad que mantiene, el nivel socioeconómico según la investigación realizada por el departamento de trabajo social y la ocupación. Se incluyeron otros apartados como son la comorbilidad con el diagnóstico de la conducta alimentaria, el tratamiento que está recibiendo actualmente, si ha tenido intentos suicidas y en que número, hospitalizaciones previas, el tiempo que ha estado hospitalizado y la edad en que inició el padecimiento. Este apartado fue evaluado por un formato que incluye los apartados anteriores a través del clínico.

### **8.9. Procedimiento**

El estudio consta de dos grupos (pacientes del espectro de la bulimia nervosa y pacientes del espectro de la anorexia nervosa), el procedimiento es igual para cada uno de ellos. La muestra se reclutó de las pacientes de la clínica de trastornos de la conducta alimentaria donde primero se identificó su diagnóstico en eje I dentro de los espectros antes mencionados, a ellos se les solicitó que participen de manera voluntaria en el estudio, se firmó el consentimiento informado y las escalas correspondientes. Se inició con la hoja de datos sociodemográficos, escala de impulsividad de Plutchik y escala de agresividad explícita, al concluir se afirmó la confidencialidad de sus datos. El tiempo aproximado de aplicación de calculó de 20 minutos aproximadamente por paciente y posterior a la aplicación de escalas continuaron el manejo con su médico tratante.

### **8.10. Análisis estadístico**

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizó mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Para la comparación entre los grupos de pacientes (anorexia vs. bulimia) y la presencia o no de agresividad, se empleó la Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para el contraste de variables categóricas y la t de Student para muestras independientes para el contraste de variables continuas.

El nivel de significancia estadística para los análisis se fijará en una  $p \leq 0.05$ .

### **8.11. Consideraciones éticas**

El estudio se realizó de acuerdo a los principios generales estipulados en declaración de Helsinki <sup>92</sup>. A todos los sujetos se les solicitó consentimiento informado, donde se expuso la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir la atención médica necesaria. Los datos generados en la investigación se utilizaron únicamente con fines científicos y no se les dio otro uso, se guardó la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar.

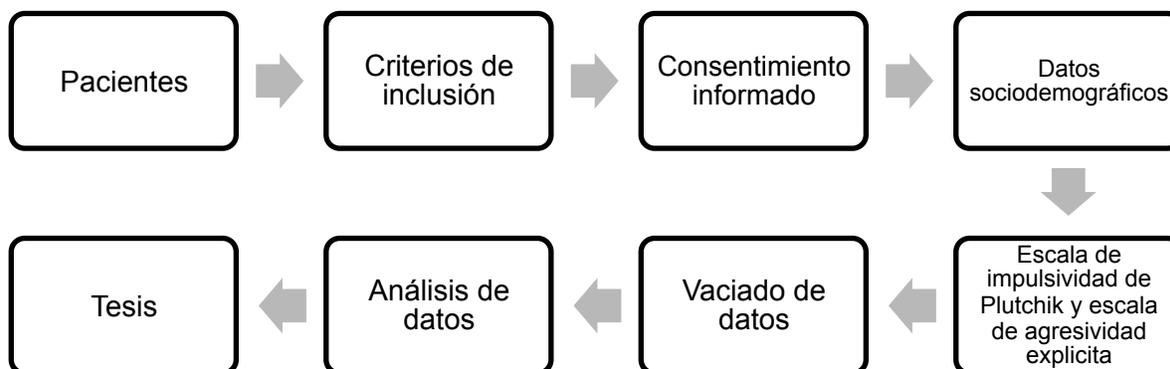
Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, artículo 17, sección I. Investigación con riesgo mínimo; son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generados de la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos <sup>93</sup>.

### **8.12. Recursos humanos y materiales**

El investigador y el tutor fueron los recursos humanos directamente implicados en este proyecto. El investigador aplicó las escalas necesarias para la valoración de los sujetos a evaluar y las pruebas necesarias. El tutor dedicó parte de su tiempo a las asesorías del proyecto y la evolución del mismo a lo largo del

tiempo estipulado. Los recursos materiales implicados fueron hojas, fotocopias, lápices y equipo de computo (lo anterior a cargo del investigador).

### 8.13. Flujo grama



### 8.14. Cronograma de actividades.

Actividad	R 2-1 a R 2-2	R 3-1	R 3-2	R 4-1
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética.	XXX			
Captación de pacientes		XXX		
Concentración de datos			XXX	
Análisis de resultados			XXX	
Elaboración de informe final y entrega de tesis			XXX	XXX

## **9. RESULTADOS.**

### **9.1 Características demográficas y clínicas de la muestra.**

Se incluyeron un total de 85 pacientes, de los cuales 10 decidieron retirar su consentimiento durante la evaluación clínica y 5 pacientes más no completaron los instrumentos de evaluación. De esta forma, se cuenta con la evaluación de 70 pacientes con algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

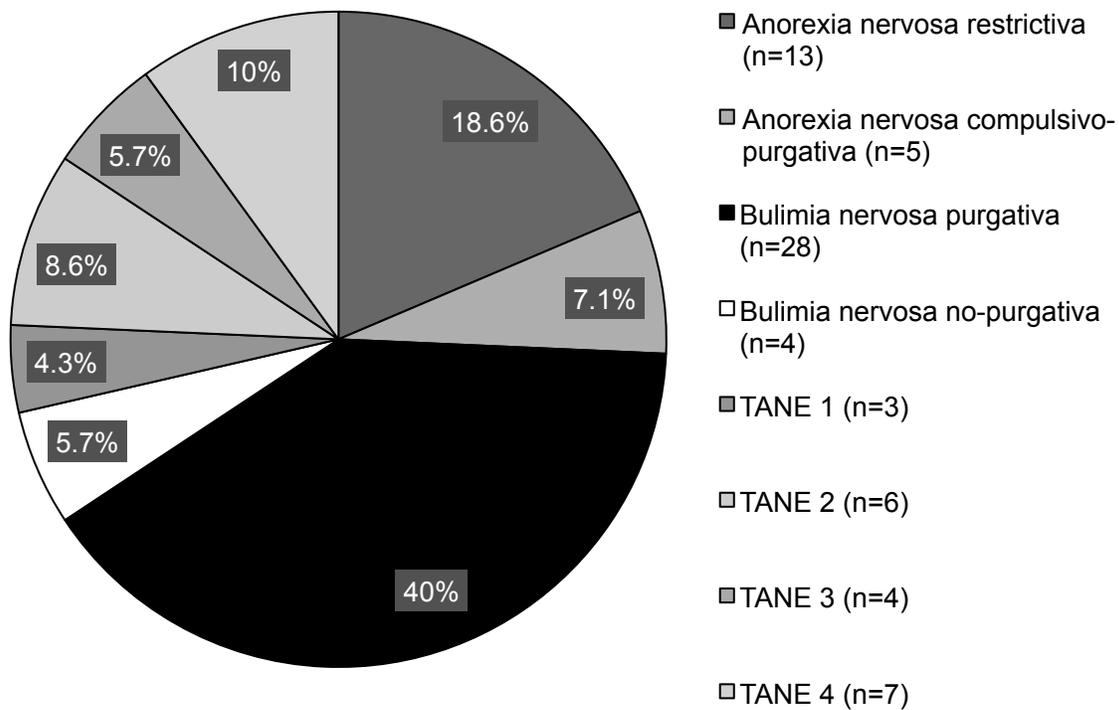
De los pacientes analizados, el 85.7% (n=60) son mujeres y el 14.3% (n=10) hombres, con una edad promedio de 22.8 años (D.E.=8.5 años). La mayoría de los pacientes se encontraba sin pareja al momento del estudio (n=62, 88.6%) y sin una actividad económicamente remunerada (desempleado=7, 10%; hogar=6, 8.6%; estudiante=45, 64.3%). La escolaridad promedio de la muestra fue de 12.5 años (D.E.=2.9 años) equivalente al bachillerato completo.

La mayoría de los pacientes tuvieron el diagnóstico de un trastorno del espectro de la bulimia nervosa (n=43, 61.4%) y poco menos del 40% un diagnóstico del espectro de la anorexia nervosa (n=27, 38.6%) con una edad de inicio del padecimiento identificada a los 13.5 años (D.E.=4.2, rango 3-27 años). La distribución de los principales diagnósticos se muestra en la Gráfica 1.

Un elevado porcentaje de pacientes reportaron comorbilidad diagnóstica con un trastorno afectivo del tipo depresivo mayor (n=45, 64.3%), seguido por

algún trastorno de la personalidad (n=7, 10.0%) y trastornos de ansiedad (n=6, 8.6%). Adicionalmente, el 50% de la muestra (n=35) reportó el antecedente de intento suicida en algún momento durante la evolución del padecimiento, teniendo en promedio un total de 2.4 (D.E.=2.3, rango 1-12) intentos.

**Gráfica 1. Distribución diagnóstica de los pacientes incluidos en el estudio.**



El 22.9% (n=16) de los pacientes habían tenido al menos una hospitalización psiquiátrica a lo largo del padecimiento siendo el promedio de 1.3 hospitalizaciones (D.E.=0.6, rango 1-3 hospitalizaciones). La edad de la primera hospitalización fue a los 21.6 años (D.E.=6.5, rango 13-41 años) y el promedio

total de estancia intrahospitalaria fue de 5.7 semanas (D.E.=4.1, rango 1-15 semanas).

El 90.0% (n=63) de los pacientes en tratamiento con antidepresivos, seguido por el 14.3% (n=10) con ansiolíticos y 8 pacientes (11.4%) estaban siendo tratados con antipsicóticos. Solo 6 pacientes (8.6%) no se encontraban en tratamiento con medicamentos. En la Tabla 1 se muestran los diferentes antidepresivos y antipsicóticos empelados por los pacientes al momento del estudio; no se incluyen los ansiolíticos dado que el único reportado fue el Clonazepam.

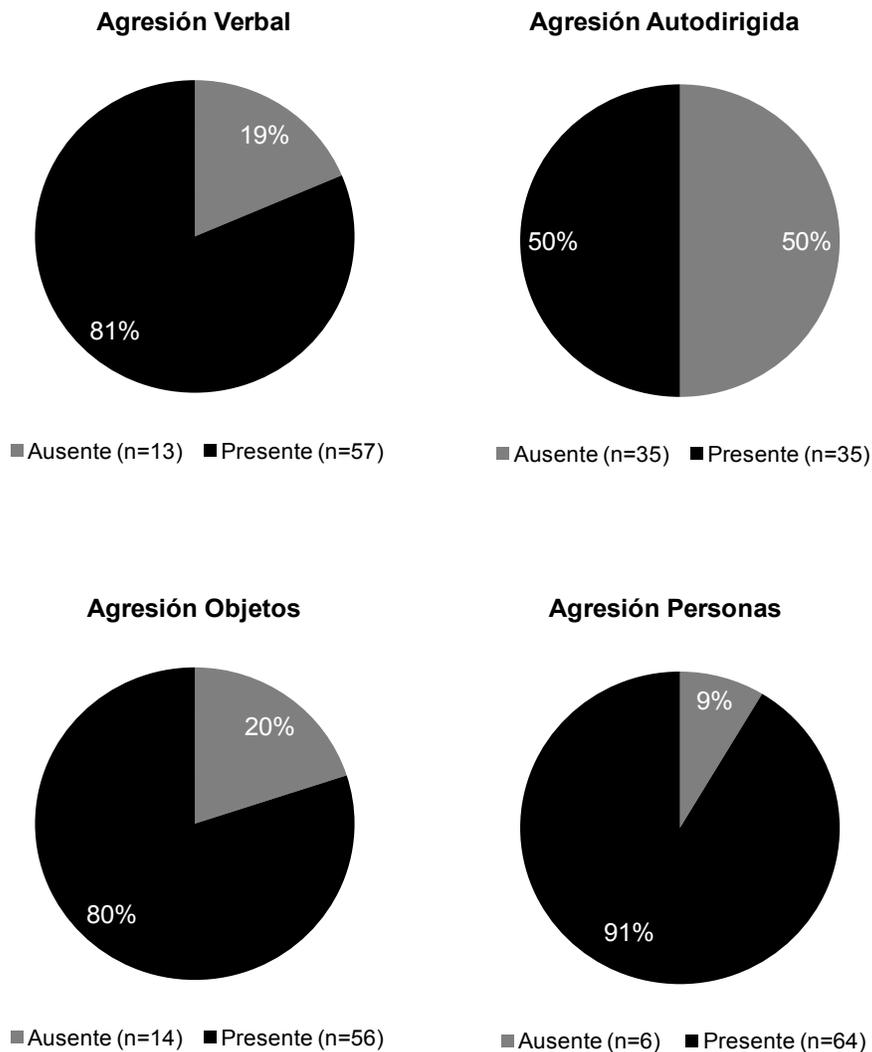
**Tabla 1. Medicamento empleados por los pacientes al momento del estudio.**

<i>Medicamento</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Antidepresivo</i></b>		
Fluoxetina	49	70.0
Sertralina	8	11.4
Venlafaxina	2	2.9
Citalopram	2	2.9
Escitalopram	2	2.9
<b><i>Antipsicótico</i></b>		
Olanzapina	3	4.3
Aripiprazol	2	2.9
Sulpiride	2	2.9
Perfenazina	1	1.4

## 9.2 Agresión e impulsividad en pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria.

La puntuación promedio de la Escala de Agresión Explícita fue de 7.5 puntos (D.E.=4.1, rango 1-23 puntos), en donde el 51.4% (n=36) de los pacientes fueron clasificados como agresivos de acuerdo al punto de corte de 7 puntos en esta escala. La presencia de conductas agresivas específicas se muestra en la Gráfica 2.

**Gráfica 2. Presencia de conductas agresivas en pacientes con TCA.**



En la Tabla 2 se muestran las puntuaciones promedio de la muestra en términos de la gravedad de la agresión y los niveles de impulsividad.

**Tabla 2. Características de la agresión e impulsividad en la muestra**

	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
<b>Escala de Agresión Explícita</b>		
Agresión Verbal	1.81	1.25
Agresión Autodirigida	1.09	1.27
Agresión hacia Objetos	1.44	0.98
Agresión a Personas	1.26	0.82
Intervención	1.93	1.89
<b>Escala de Impulsividad de Plutchik</b>		
Autocontrol	11.09	4.02
Planeación	5.77	2.52
Conductas Fisiológicas	2.39	1.52
Actuación Espontánea	4.97	2.23
Total	24.21	7.50

### **9.3. Características demográficas y clínicas entre pacientes con anorexia nervosa y pacientes con bulimia nervosa.**

En la Tabla 3 se muestra la comparación de las principales características demográficas y clínicas de la muestra entre pacientes con trastornos del espectro de la anorexia (anorexia nervosa restrictiva y compulsivo-purgativa, TANE 1 y TANE 2) y pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la bulimia (bulimia nervosa purgativa, bulimia nervosa no-purgativa, TANE 3 y TANE 4). De

forma global, ambos grupos fueron muy similares tanto en las variables demográficas como clínicas evaluadas en el presente estudio.

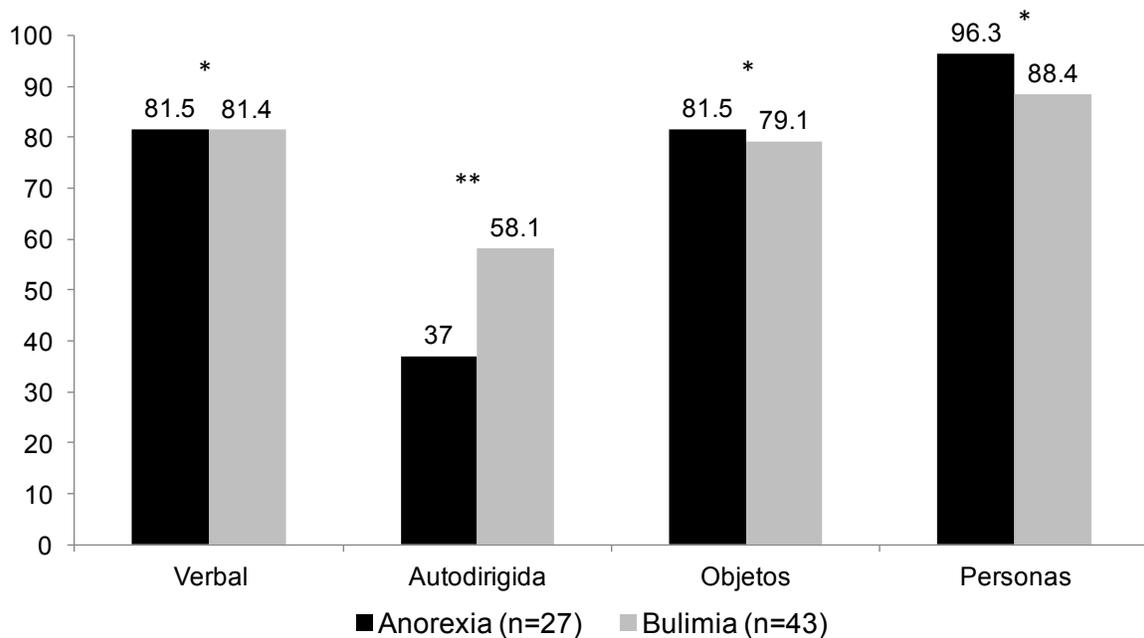
**Tabla 3. Características demográficas y clínicas entre grupos diagnósticos**

	Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		Estadística
	n	%	n	%	
<b>Género</b>					
Hombre	4	14.8	6	14.0	$\chi^2= 0.01, 1 \text{ gl}, p=0.92$
Mujer	23	85.2	37	86.0	
<b>Estado Civil</b>					
Sin pareja	24	88.9	38	88.4	$\chi^2= 0.004, 1 \text{ gl}, p=0.94$
Con pareja	3	11.1	5	11.6	
<b>Ocupación</b>					
Empleo no-remunerado	23	85.2	35	81.4	$\chi^2= 0.16, 1 \text{ gl}, p=0.68$
Empleo remunerado	4	14.8	8	18.6	
<b>Hospitalización previa</b>					
No	21	77.8	33	76.7	$\chi^2= 0.01, 1 \text{ gl}, p=0.92$
Si	6	22.2	10	23.3	
<b>Intento suicida previo</b>					
No	15	55.6	20	46.5	$\chi^2= 0.54, 1 \text{ gl}, p=0.46$
Si	12	44.4	23	53.5	
<b>Antidepresivo</b>					
No	5	18.5	2	4.7	$\chi^2= 3.54, 1 \text{ gl}, p=0.06$
Si	22	81.5	41	95.3	
<b>Ansiolítico</b>					
No	24	88.9	36	83.7	$\chi^2= 0.36, 1 \text{ gl}, p=0.54$
Si	3	11.1	7	16.3	
<b>Antipsicótico</b>					
No	24	88.9	38	88.4	$\chi^2= 0.004, 1 \text{ gl}, p=0.94$
Si	3	11.1	5	11.6	
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Estadística</b>
<b>Edad</b>	23.1	9.2	22.7	8.2	$t=0.2, 68 \text{ gl}, p=0.83$
<b>Escolaridad</b>	12.1	2.6	12.7	3.0	$t=-0.7, 68 \text{ gl}, p=0.47$
<b>Edad inicio padecimiento</b>	13.8	5.2	13.4	3.4	$t=0.4, 68 \text{ gl}, p=0.68$
<b>Edad 1ª hospitalización</b>	21.0	6.0	22.0	7.1	$t=-0.2, 14 \text{ gl}, p=0.77$
<b>Número hospitalizaciones</b>	1.3	0.5	1.4	0.6	$t=-0.2, 14 \text{ gl}, p=0.84$
<b>Estancia hospitalaria (sem)</b>	6.3	4.8	5.4	3.8	$t=0.4, 14 \text{ gl}, p=0.67$
<b>Número intento suicida</b>	2.7	3.3	2.2	1.7	$t=0.6, 33 \text{ gl}, p=0.53$

#### 9.4 . Agresión e impulsividad entre pacientes con anorexia nervosa y pacientes con bulimia nervosa.

Los pacientes con anorexia y bulimia mostraron porcentajes similares de presentación de conductas agresivas. Se observó una tendencia a que un mayor número de pacientes con bulimia reportaran conductas agresivas autodirigidas (Gráfica 3).

**Gráfica 3. Frecuencia de presentación de conductas agresivas entre grupos diagnósticos.**



\* N.S.

\*\*  $\chi^2= 2.9, 1 \text{ gl}, p=0.08$

La gravedad de las conductas agresivas así como el nivel de impulsividad entre grupos diagnósticos se muestra en la Tabla 4. Ambos grupos fueron similares tanto en gravedad de la agresión, como en el nivel de intervención empleado para la agresión y las dimensiones de impulsividad. Se observó una tendencia a una mayor impulsividad asociada a la manifestación de conductas fisiológicas en pacientes con trastornos del espectro de la bulimia nervosa.

**Tabla 4. Intensidad de la agresión e impulsividad entre grupos diagnósticos.**

	<b>Anorexia Nervosa n=27</b>		<b>Bulimia Nervosa n=43</b>		<b>Estadística</b>
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Estadística</b>
<b>Agresión</b>					
Verbal	1.9	1.2	1.7	1.2	t=0.5, 68 gl, p=0.55
Autodirigida	0.7	1.1	1.2	1.3	t=-1.6, 68 gl, p=0.10
Objetos	1.4	1.0	1.4	0.9	t=0.2, 68 gl, p=0.79
Personas	1.2	0.7	1.2	0.9	t=0.01, 68 gl, p=0.98
Intervención	1.7	1.4	2.0	2.1	t=-0.7, 68 gl, p=0.43
Total	7.0	3.9	7.7	4.3	t=-0.6, 68 gl, p=0.50
<b>Impulsividad</b>					
Autocontrol	10.3	3.4	11.5	4.3	t=-1.2, 68 gl, p=0.21
Planeación	5.5	2.5	5.9	2.5	t=-0.5, 68 gl, p=0.57
Conductas fisiológicas	1.9	1.4	2.6	1.5	t=-1.8, 68 gl, p=0.06
Actuación espontánea	4.4	2.4	5.3	2.0	t=-1.5, 68 gl, p=0.11
Total	22.3	7.2	25.4	7.4	t=-1.7, 68 gl, p=0.09

### **9.5. Características demográficas y clínicas entre pacientes agresivos y no-agresivos con Trastornos de la conducta alimentaria.**

Finalmente, se compraron las características demográficas y clínicas de aquellos pacientes con TCA que fueron clasificados como agresivos de acuerdo al punto de corte de la EAE contra los pacientes no-agresivos. Los resultados de las diferentes comparaciones se muestran en la Tabla 5.

**Tabla 3. Características demográficas y clínicas entre grupos diagnósticos**

	No-agresivos n=34		Agresivos n=36		Estadística
	n	%	n	%	
<b>Género</b>					
Hombre	6	17.6	4	11.1	$\chi^2= 0.61, 1 \text{ gl}, p=0.43$
Mujer	28	82.4	32	88.9	
<b>Estado Civil</b>					
Sin pareja	30	88.2	32	88.9	$\chi^2= 0.007, 1 \text{ gl}, p=0.93$
Con pareja	4	11.8	4	11.1	
<b>Ocupación</b>					
Empleo no-remunerado	29	85.3	29	80.6	$\chi^2= 0.27, 1 \text{ gl}, p=0.59$
Empleo remunerado	5	14.7	7	19.4	
<b>Hospitalización previa</b>					
No	30	88.2	24	66.7	$\chi^2= 4.61, 1 \text{ gl}, p=0.03$
Si	4	11.8	12	33.3	
<b>Intento suicida previo</b>					
No	22	64.7	13	36.1	$\chi^2= 5.71, 1 \text{ gl}, p=0.01$
Si	12	35.3	23	63.9	
<b>Antidepresivo</b>					
No	4	11.8	3	8.3	$\chi^2= 0.22, 1 \text{ gl}, p=0.63$
Si	30	88.2	33	91.7	
<b>Ansiolítico</b>					
No	29	85.3	31	86.1	$\chi^2= 0.01, 1 \text{ gl}, p=0.92$
Si	5	14.7	5	13.9	
<b>Antipsicótico</b>					
No	30	88.2	32	88.9	$\chi^2= 0.007, 1 \text{ gl}, p=0.93$
Si	4	11.8	4	11.1	
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Estadística</b>
<b>Edad</b>	21.6	5.7	24.0	10.5	$t=-1.1, 68 \text{ gl}, p=0.25$
<b>Escolaridad</b>	12.7	3.0	12.2	2.7	$t=0.7, 68 \text{ gl}, p=0.46$
<b>Edad inicio padecimiento</b>	14.2	4.3	12.8	4.0	$t=1.4, 68 \text{ gl}, p=0.15$
<b>Edad 1ª hospitalización</b>	22.2	3.4	21.4	7.4	$t=0.2, 14 \text{ gl}, p=0.83$
<b>Número hospitalizaciones</b>	1.0	0	1.5	0.6	$t=-2.5, 14 \text{ gl}, p=0.02$
<b>Estancia hospitalaria (sem)</b>	8.7	4.5	4.7	3.6	$t=1.7, 14 \text{ gl}, p=0.09$
<b>Número intento suicida</b>	1.5	0.7	2.8	2.7	$t=-2.2, 33 \text{ gl}, p=0.03$

## 10. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo comparar las características de agresión e impulsividad entre pacientes con trastornos del espectro de la bulimia nervosa y pacientes con trastornos del espectro de la anorexia nervosa. Se contó con una muestra constituida por 70 pacientes de la clínica de trastornos de la conducta alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría; en su mayoría pacientes del género femenino. La mayoría entre la segunda y tercera década de la vida, sin pareja al momento de la entrevista, desempleados y con escolaridad promedio de educación media superior; características similares a las reportadas por varios autores en la literatura (Hoek HW 2002).

La prevalencia del diagnóstico de trastornos dentro del espectro de la bulimia nervosa fue mayor que para los trastornos del espectro de la anorexia nervosa en casi dos terceras partes de la muestra (DSM IV-TR). Es importante señalar que la prevalencia de bulimia nervosa contra anorexia nervosa varía según las cohortes citadas entre 4:1 hasta 3:1 (Mustelling L 2016), datos muy similares a los encontrados en la clínica de trastornos de la conducta alimentaria del INPRF, también influido por el tipo de pacientes que se encuentran en la institución como son: atención de tercer nivel, única institución pública con área especializada en trastornos de la conducta alimentaria e institución de referencia para diferentes regiones del país (Medina-Mora 2003).

La principal comorbilidad diagnóstica que se encontró con el trastorno de la conducta alimentaria fue el trastorno depresivo mayor, el cual estuvo presente en más de la mitad de los pacientes. Diversos estudios han reportado que el principal trastorno en comorbilidad con el diagnóstico alimentario son los trastornos de ansiedad (Hudson 2007), mientras que en el presente estudio, los trastornos de ansiedad se presentaron en menos del 10% de la muestra. La comorbilidad psiquiátrica en los trastornos de la conducta alimentaria es común, pero la prevalencia se estima de una forma heterogénea, probablemente asociado a las diferencias entre los métodos de estudio (población, método diagnóstico o procedimiento de muestreo) o la inclusión del género masculino. En una cohorte de Europa, seguida desde el 2008 al 2012 con más de once mil pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se les realizó el SCID I. Sus resultados fueron que el 70 % tenía un trastorno comorbido con el alimentario en eje I, de ellos el 53 % fue un trastorno de ansiedad, en su mayoría el trastorno de ansiedad generalizada (Ulfvebrand S 2015).

Si comparamos lo anterior con nuestros resultados, debemos referir datos de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (Medina Mora 2003). Pues la prevalencia en población mexicana es más alta para los trastornos afectivos sobre todo tipo depresivo, doblando la prevalencia a los trastornos de ansiedad en la vida adulta. Por lo cual, aunado a la alta comorbilidad con depresión, la mitad de las pacientes reportó haber realizado por lo menos un intento de suicidio alguna vez en la vida, porcentaje incluso mayor al reportado por otros autores (Caro Chu 2015). Es posible asumir, que el elevado reporte de intento suicida pueda

relacionarse con la elevada comorbilidad con depresión, ya que éstos, en su mayoría, han sido frecuentemente asociados a la presencia de un trastorno del afecto o a la presencia de fuertes rasgos impulsivos y tendencia a las autolesiones (Blinder Bj 2006).

Una cuarta parte de la muestra reportó haber tenido al menos una hospitalización psiquiátrica a lo largo del padecimiento. Pues los trastornos de la conducta alimentaria son patologías complejas que entremezclan aspectos físicos y mentales con alta repercusión a la salud (Mekui CA 2015). Aún cuando en el presente estudio no se evaluaron las razones del internamiento, estas pacientes pudieron haber tenido un mayor número de complicaciones clínicas o incluso gravedad de sintomatología psiquiátrica debido a la alta comorbilidad con otros trastornos y el antecedente de autolesiones con intencionalidad suicida. En relación a lo anterior, las conductas autolesivas y la ideación suicida son potentes factores de riesgo para el suicidio, se asocian con psicopatología en general y trastornos de la alimentación, estas se han reportado mayormente en trastorno depresivo mayor y en la preocupación por la comida (Eichen DM 2016). Los resultados destacan la importancia de un buen cuestionario o entrevista para identificar las conductas autolesivas y/o ideación suicida especialmente para pacientes con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. Del mismo modo, la detección oportuna del trastorno de la conducta alimentaria nos puede resultar útil en pacientes con dichas características ya que se ha descrito que los diagnósticos de trastornos de la alimentación predicen un riesgo significativamente

mayor de muerte e intento de suicidio en comparación con individuos sin trastornos de la alimentación (Zerwas S 2015).

Dentro de las características clínicas de los pacientes, el 25 % fueron hospitalizados alguna vez en alguna institución psiquiátrica, con un promedio de 5 semanas de hospitalización. Similar a revisiones sistemáticas donde se reportan tiempos equivalentes de estancia intrahospitalaria en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Específicamente para la anorexia nervosa van de 2 hasta 6 semanas de hospitalización y para bulimia nervosa de 1 a 5 semanas de hospitalización (Tamas Agh 2016). Esto se explica debido a que los trastornos de la conducta alimentaria tienen una alta incidencia de situaciones que ameriten hospitalización o contención intrahospitalaria, así como un alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Antonio Preti 2009).

Las características clínicas y demográficas entre los pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa fueron similares. Se encontró que más del 80% de las pacientes eran mujeres, datos que concuerdan con lo reportado en muestras de población mexicana (Corina Benjet, 2012), si se toma en cuenta que más de dos tercios de los pacientes de la muestra tenían un trastorno dentro del espectro de la bulimia nervosa, el cual es mas prevalente en mujeres. La única diferencia encontrada al comparar ambos espectros, fue que la edad de inicio de anorexia nervosa se ubica en la segunda década de la vida a diferencia de la bulimia nervosa la cual se ubicó en la tercera década, esto debido al inicio más tardío de la bulimia nervosa (Bulik CM 2013).

Dentro del enfoque terapéutico, se encuentra el tratamiento farmacológico, donde casi la totalidad de los pacientes se encontraron bajo tratamiento con ISRS, siendo mayormente utilizada la fluoxetina, esto debido a su mayor utilizada, seguridad y respuesta en el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. Un pequeño porcentaje de los pacientes se encontraron sin tratamiento farmacológico, esto responde a que el enfoque terapéutico es multidisciplinario, por lo cual los pacientes se podrían encontrar bajo algún otro tipo de intervención, dependiendo de su comorbilidad medica, psiquiátrica o que tan agudo o crónico es su padecimiento (Brown Ta, Susan L 2015).

Los constructos de agresividad e impulsividad se han encontrado como variables clínicas predictoras de varios trastornos psiquiátricos, entre ellos los trastornos de la conducta alimentaria y la conducta suicida. La agresión y mayor impulsividad se relacionaron con mayor número de recaídas en la conducta alimentaria, asociación que no pudimos confirmar por el diseño del estudio, pero si corroborar la comorbilidad con trastornos de la personalidad que se podría relacionar con el intento de suicidio y mayor impulsividad (Schmidt U, Treasure J 2006).

La escala utilizada para medir la validez del constructo de agresividad (Fresán A 2002) obtuvo un promedio de 7.5 por lo tanto se concluye que el 50 % de las pacientes se clasifican como agresivas, existiendo mayor puntaje para la de agresividad a personas, agresividad verbal y agresividad a objetos. La agresión auto dirigida fue la menos presente, aún así solo estuvo ausente en el 50 % de los

pacientes. La agresividad verbal tuvo la media más elevada lo que significa mayor gravedad o intensidad en comparación con los subtipos restantes. Pues si bien no solo fue que fueran agresivos los pacientes, sino que lo fueran y que tan intensa era esa agresividad. En un estudio experimental (Harrison A 2011) en pacientes con anorexia nervosa y controles sanos se aplicó una escala de frustración con parámetros similares a los utilizados en nuestro estudio. Ellos encuentran que la agresión se centró en las personas en comparación con el grupo control, asimismo una tendencia hacia la dificultad para encontrar soluciones en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En segundo lugar encuentran que la agresión o rabia se enfoca a los objetos (Harrison A 2011). En una investigación de agresividad/hostilidad en bulimia nervosa contra anorexia nervosa, se observa agresividad hacia el exterior como característica predominante de la bulimia (Miotto P 2008). Con lo anterior, nos damos cuenta que el constructo de agresividad es muy amplio y se diversifica en diferentes presentaciones por lo que hay que considerar que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria sin especificar subtipo son agresivos, mayormente hacia las personas, lo que puede verse reflejado en una mayor dificultad en las relaciones sociales e integración.

En la escala de Impulsividad de Plutchik, los pacientes se muestran impulsivos, con una tendencia en la categoría del autocontrol y la planeación. Dichos resultados anteriores, van en relación con la existencia de prototipos de personalidad relacionados con la cantidad de control ejercido sobre los impulsos y las emociones. En un grupo se manifiesta con muy poco control o modulación de

los impulsos, en otro sucede lo contrario. Existe un grupo con características de personalidad que logran equilibrar las emociones con los impulsos, dicha personalidad tiene una mayor capacidad de adaptación con menor riesgo en la gravedad de los síntomas alimentarios (Sánchez Guarnido 2015). A manera de ejemplo los pacientes con diagnóstico de bulimia nervosa tienden a ser más impulsivos y con dificultad en el control de sí mismos como son los atracones y las purgas. En los pacientes con anorexia nervosa se encuentra una estructura más rígida, inflexible y perfeccionista (Zalar B 2011).

Los resultados de esta investigación nos muestran que existe agresividad en sus diferentes formas, que es un campo con un amplio abanico de posibilidades de estudio en la conducta agresiva; que debemos de considerar en estas pacientes para evaluar de forma multidisciplinaria, evitar que se complique con otra sintomatología como los intentos de suicidio o el suicidio consumado por lo cual lo proponen como un predictor de la gravedad del padecimiento y tomarse de manera preventiva. Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen en la actualidad un problema de salud mental en las tasas de mortalidad entre las mujeres occidentales. La tasa de suicidio en mujeres con Anorexia nervosa es hasta 12 veces más alta que la de mujeres de la misma edad que no la padecen (Sánchez Guarnido 2015).

Algunos estudios han reportado que los pacientes del espectro de la anorexia son más agresivos contra las personas que los pacientes del espectro de la bulimia (Bulik CM 2008) y que esto tiene un impacto en el modelo de

tratamiento, pues si bien la anorexia nervosa tiene como evidencia la terapia familiar, el tipo y severidad de la agresividad a personas puede impactar en el acompañamiento, solidaridad que tenga la familia o amistades de los pacientes. En los pacientes con bulimia nervosa casi el 60 % tienen conductas agresivas autodirigidas que van desde jalarse el cabello pasando por autolesiones hasta mutilaciones. Se ha relacionado las conductas autodirigidas con atracón y purga; en algún momento se ha sugerido que existe un contínuum de autolesiones donde la conducta purgativa es más proactiva al igual que la agresión intencionada lo que propone una unión más fuerte entre los tipos purgativos de la conducta alimentaria y las autolesiones (Hoffman 2012). En un estudio que examinó la prevalencia de la agresión abierta y encubierta con la gravedad y frecuencia de bulimia nervosa contra sujetos controles, se encuentra que los pacientes con bulimia nervosa tienen mayores niveles de agresión abierta de forma premeditada, mientras que el comportamiento de agresión encubierto era más impulsivo (Z Kinder 2011). Contrario a lo esperado y reportado en la literatura internacional, no encontramos diferencias en la agresión e impulsividad entre pacientes con diagnóstico del espectro de anorexia nervosa y bulimia nervosa en el presente estudio, lo cual deberá ser estudiado y replicado en futuros estudios. No obstante, como se mencionó con anterioridad, en ambos grupos diagnósticos, la agresión hacia personas fue la más frecuentemente reportada. Dicha agresividad puede incluir desde conductas como gritar, amenazar, intimidar, agredir físicamente o hasta causar algún daño directo a otro (Truglia 2006). Este hallazgo no puede pasarse por alto ya que podría tener implicaciones para el curso del padecimiento

así como para fines de adherencia al tratamiento así como la adaptación y reintegración de los pacientes a su entorno.

Ya se ha reportado en los pacientes con algún trastorno de la conducta alimentaria presentan puntajes elevados de impulsivos. Tanto en anorexia nervosa como en bulimia nervosa muestran un amplio abanico de rasgos impulsivos (Hoffman 2012). En nuestro estudio, al igual que con la agresión, no se observaron diferencias entre los grupos diagnósticos en cuanto a los niveles de impulsividad.. Sin embargo, la tendencia estadística observada en las pacientes con bulimia a una mayor impulsividad asociada a la manifestación de conductas fisiológicas puede ser la manifestación clínica del descontrol del apetito que tienen estas pacientes, hallazgo que deberá ser abordado a mayor profundidad en futuros estudios.

De forma adicional al objetivo central del estudio, realizamos la comparación de las características demográficas y clínicas entre pacientes clasificados como agresivos y no-agresivos. Las diferencias encontradas entre estos grupos, independientemente del grupo diagnóstico al que pertenecieran, en cuanto a un mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas y mayor número de intentos suicidas sustentan el impacto negativo que tiene la agresividad e el cuadro clínico del padecimiento en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Es conocido que existe un claro vínculo entre la agresividad y conducta suicida, lo cual ha sido reportado en otros estudios con poblaciones similares, lo anterior, nos da una herramienta para realizar una intervención

adecuada y prevención de las consecuencias asociadas a la agresividad, específicamente en este grupo de pacientes agresivos. (Miotto 2008).

### **10.1 Limitaciones y fortalezas.**

El presente estudio tiene algunas limitaciones, entre ellas, tal vez la más sobresaliente es el tamaño de la muestra; pues a pesar de ser un número considerable de pacientes, en la mayoría de estudios similares que se encuentran de la literatura internacional, la muestra va desde 150 pacientes hasta más de 400 pacientes en total, por lo cual nos puede hablar de un mayor marco y representación del estudio que gira en torno a la agresión y la impulsividad. Otra limitación a considerar es el número de pacientes masculinos incluidos en el estudio, si bien es cierto que la proporción de hombres contra mujeres en trastornos de la conducta alimentaria es mucho menor, pues en el estudio solo se pudieron incluir máximo 6, que viene representando menos del 10 % de la población en la muestra, por lo cual no se puede realizar un análisis comparativo o que impliquen mayores variables en torno a los mismos trastornos de la conducta alimentaria entre pacientes como la agresión e impulsividad en comparación con el género femenino. Por último el no incluir algunos subtipos de variables como son; tiempo de evolución del trastorno depresivo, relación del intento suicida o autolesiones con rasgos de personalidad y/o síndrome afectivo, trastorno o rasgo de personalidad nos hace no tener una mejor relación entre comorbilidades psiquiátricas o la relación que se deriva del propio trastorno de la conducta alimentaria.

A pesar de lo anteriormente descrito, el presente trabajo es uno de los primeros en estudiar, comparar, relacionar e identificar alteraciones y dificultades en la regulación emocional como es la agresividad e impulsividad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en población mexicana, ambas variables de importancia para el establecimiento del manejo tanto farmacológico como no farmacológico de estos pacientes de pacientes.

## **11. CONCLUSIONES**

La elevada presencia de agresión e impulsividad en estos pacientes puede ser el reflejo de la continua violencia que actualmente es observable y vivida en nuestra sociedad actual. No así, su presencia además de afectar la individualidad de la persona y su desenvolvimiento como individuo dentro de una sociedad, conlleva a mayores repercusiones en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. La agresión y la impulsividad en estos pacientes pueden ser el reflejo de las propias vivencias de los pacientes, vivencias tanto de su entorno como de sí mismos, y que impacta de forma negativa en el curso y pronóstico de su padecimiento, complicando aún más su desarrollo como seres humanos integrales. Es por esto, que la evaluación de la agresión y la impulsividad debe formar parte de la labor clínica cotidiana del profesionalista de la salud mental a cargo del tratamiento de estos pacientes, y su presencia y gravedad, deben ser incluidos en el manejo y tratamiento integral de los pacientes, no solo con el fin de promover un adecuado pronóstico clínico del trastorno de conducta alimentaria,

sino promover la integración global de estas pacientes y buscar mejorar su calidad de vida.

## 12. ANEXOS

### 12.1. ANEXO No. 1

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre \_\_\_\_\_ (sujeto  
índice): \_\_\_\_\_

Edad al momento del estudio: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( 1 )  
Femenino ( 2 )

Estado Civil: ( 1 ) Casado / Unión Libre ( 3 ) Viudo  
( 2 ) Soltero ( 4 ) Divorciado / Separado

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escolaridad (en  
años): \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Nivel Socioeconómico (Trabajo social): ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 )

Ocupación: ( 1 ) Desempleado ( 3 ) Estudiante  
( 2 ) Hogar ( 4 ) Empleado

Dirección:

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Familiar responsable:

Institución de referencia: \_\_\_\_\_ N° de  
expediente: \_\_\_\_\_

<b>Diagnóstico:</b>	Anorexia Nervosa Restrictiva ( 1 )	<b>Tratamiento Actual</b>	
	Anorexia Nervosa Com-Purg ( 2 )		<b>Antidepresivo ( Si ) ( No )</b>
	Bulimia nervosa Purgativa ( 3 )		Genérico
	Bulimia Nervosa no purgativa ( 4 )		_____
	TANE ( 5 )		Dosis
	TANE ( 6 )		_____
	TANE ( 7 )		1
	TANE ( 8 )		2
	TANE ( 9 )		3
<b>Comorbilidad:</b>	Sin comorbilidad ( 0 )	<b>Ansiolítico ( Si ) ( No )</b>	
	T. Depresivo Mayor ( 1 )	Genérico	
	T. de Ansiedad ( 2 )	_____	
	T. por uso de sustancias ( 3 )	Dosis	
	T. de Personalidad ( 4 )	_____	
	Abuso Sexual ( 5 )	<b>Antipsicótico ( Si ) ( No )</b>	
	Otros Trastornos ( 6 )	Genérico	
<b>Intentos suicidas</b>	Número:	_____	
		Dosis	
		_____	

Edad de inicio del padecimiento: \_\_\_\_\_  
hospitalización: \_\_\_\_\_  
Nº total de hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
hospitalización (semanas): \_\_\_\_\_

Edad en la primera  
hospitalización: \_\_\_\_\_  
Tiempo total de  
hospitalización (semanas): \_\_\_\_\_

## 12.2. ANEXO No. 2

Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD EN  
PACIENTES CON BULIMIA NERVOSA Y ANOREXIA NERVOSA”.**

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

### **Objetivo del Estudio:**

El objetivo es estudiar por medio de una entrevista y dos escalas a participantes que han presentado trastornos de la alimentación a lo largo de su vida. Nos interesa estudiar el fenómeno de la impulsividad y agresividad; su relación con los trastornos de la conducta alimentaria y comorbilidades en este tipo de padecimientos.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre su padecimiento actual. Para el diagnóstico y evaluación de sus síntomas, se utilizará una entrevista médica, dos escalas clínicas y un formato de datos sociodemográficos.

### **Procedimientos del estudio**

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por psiquiatras expertos en el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una vez establecido el diagnóstico del tipo de Trastorno de alimentación, se le realizarán algunas preguntas relacionadas a las conductas alimentarias que presente para evaluar la impulsividad se le pedirá contestar un cuestionario dirigido a conocer los aspectos y características de la impulsividad y para evaluar la agresividad se aplicará una escala por el clínico. Dicha entrevista será en una sola sesión no mayor a 30 minutos. La realización de esta entrevista tiene un riesgo mínimo para usted (pruebas psicológicas a individuos o en grupos en los que NO se manipulará la conducta del sujeto). Por lo que seguirá el siguiente procedimiento:

- 1.- Se le pedirá su cooperación para realizar las entrevistas.
- 2.- No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.

3.- Su participación es voluntaria, si no desea participar en el estudio, durante las evaluaciones o posterior a ellas podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

### **Ventajas Posibles**

- 1.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen con el fin de conocer mejor los resultados.
- 2.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad por la cual se encuentra en la clínica.
- 3.- La información proporcionada por usted lo beneficia en el pronóstico, evolución y el tratamiento que se puede emplear en Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- 4.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de los trastornos de la alimentación.

### **Confidencialidad**

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

### **Disposiciones Generales**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Julvio de Jesús Hernández Chavarría por medio electrónico en [julvio15@gmail.com](mailto:julvio15@gmail.com) o al 4160-5325 durante horas regulares de trabajo.

### ***Carta de Consentimiento***

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio, lo cual queda asentado al escribir mi nombre y firma en el apartado de participante. En caso de no aceptar lo anterior o no desear participar en el estudio por favor deje en blanco los apartados siguientes.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Dr. Julvio de Jesús Hernández Chavarría al teléfono 4160-5325 ó a través del correo [julvio15@gmail.com](mailto:julvio15@gmail.com)

---

Firma del Participante

---

Fecha

---

Nombre del Participante

---

Firma del Testigo 1

---

Fecha

---

Nombre del Testigo 1

---

Firma del Testigo 2

---

Fecha

---

Nombre del Testigo 2

---

Firma del Investigador

---

Fecha

---

Nombre del Investigador

### 12.3. ANEXO No.3



Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD EN  
PACIENTES CON BULIMIA NERVOSA Y ANOREXIA NERVOSA”.**

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, este estudio requiere de su consentimiento voluntario como tutor(a) de un menor de edad. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

**Objetivo del Estudio:**

El objetivo es estudiar por medio de una entrevista y dos escalas a participantes que han presentado trastornos de la alimentación a lo largo de su vida. Nos interesa estudiar el fenómeno de la impulsividad y agresividad; su relación con los trastornos de la conducta alimentaria y comorbilidades en este tipo de padecimientos.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre el padecimiento actual de su tutorado(a). Para el diagnóstico y evaluación de sus síntomas, se utilizará una entrevista médica, dos escalas clínicas y un formato de datos sociodemográficos.

**Procedimientos del estudio**

Si usted acepta que su tutorado(a) participe en este estudio, él/la será entrevistado por psiquiatras expertos en el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una vez establecido el diagnóstico del tipo de Trastorno de alimentación, se le realizarán algunas preguntas relacionadas a las conductas alimentarias que presente para evaluar la impulsividad se le pedirá contestar un cuestionario dirigido a conocer los aspectos y características de la impulsividad y para evaluar la agresividad se aplicara una escala por el clínico. Dicha entrevista será en una sola sesión no mayor a 30 minutos. La realización de esta entrevista tiene un riesgo mínimo para tutorado(a) (pruebas psicológicas a individuos o en grupos en los que NO se manipulara la conducta del sujeto). Por lo que seguiré el siguiente procedimiento:

1.- Se le pedirá su cooperación y aprobación para realizar las entrevistas.

2.- No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.

3.- La participación de su tutorado(a) es voluntaria, si no desea que él/ella participe en el estudio; durante las evaluaciones o posterior a ellas podrá retirarlo(a) del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

### **Ventajas Posibles**

1.- Usted y su tutorado(a) podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se realizaron con el fin de conocer mejor los resultados.

2.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad por la cual su tutorado(a) se encuentra en la clínica.

3.- La información proporcionada beneficia a su tutorado(a) en el pronóstico, evolución y el tratamiento que se puede emplear en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

4.- Indirectamente su tutorado(a) ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de los trastornos de la alimentación.

### **Confidencialidad**

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que el nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

### **Disposiciones Generales**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Julvio de Jesús Hernández Chavarría por medio electrónico en [julvio15@gmail.com](mailto:julvio15@gmail.com) o al 4160-5325 durante horas regulares de trabajo.

### ***Carta de Consentimiento***

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio sobre mi tutorado(a).

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente como tutor(a) participar en este estudio, lo cual queda asentado al escribir mi nombre y firma en el apartado de tutor. En caso de no aceptar lo anterior o no desear que mi tutorado (a) participe en el estudio por favor dejar en blanco los apartados siguientes.

Entiendo que puedo suspender la participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico de mi

tutorado(a). La identidad de mi tutorado(a) no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Dr. Julvio de Jesús Hernández Chavarría al teléfono 4160-5325 ó a través del correo [julvio15@gmail.com](mailto:julvio15@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Investigador

Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”

Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD EN  
PACIENTES CON BULIMIA NERVOSA Y ANOREXIA NERVOSA”.**

Te estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, este estudio requiere de tu asentimiento voluntario como menor de edad. Lee cuidadosamente la siguiente información y no dudes en preguntar todo aquello que no entiendas claramente.

**Objetivo del Estudio:**

El objetivo es estudiar por medio de una entrevista y dos escalas a participantes que han presentado trastornos de la alimentación a lo largo de su vida. Nos interesa estudiar el fenómeno de la impulsividad y agresividad; su relación con los trastornos de la conducta alimentaria y comorbilidades en este tipo de padecimientos.

Para el estudio, requerimos de tu cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre tu padecimiento actual. Para el diagnóstico y evaluación de tus síntomas, se utilizará una entrevista médica, dos escalas clínicas y un formato de datos sociodemográficos.

**Procedimientos del estudio**

Si tu aceptas participar en este estudio, serás entrevistado por psiquiatras expertos en el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una vez establecido el diagnóstico del tipo de Trastorno de alimentación, se te realizarán algunas preguntas relacionadas a las conductas alimentarias que presentes para evaluar la impulsividad se te pedirá contestar un cuestionario dirigido a conocer los aspectos y características de la impulsividad y para evaluar la agresividad se aplicará una escala por el clínico. Dicha entrevista será en una sola sesión no mayor a 30 minutos. La realización de esta entrevista tiene un riesgo mínimo para ti (pruebas psicológicas a individuos o en grupos en los que NO se manipulará la conducta del sujeto). Por lo que seguiré el siguiente procedimiento:

- 1.- Se te pedirá tu asentimiento para realizar las entrevistas.
- 2.- No se te cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 3.- Tu participación es voluntaria, si no deseas participar en el estudio; durante las evaluaciones o posterior a ellas podrás retirarte del mismo en el momento que lo desees sin que esto afecte tu atención y tratamiento en esta Institución.

### **Ventajas Posibles**

- 1.- Tu podrás discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se realizaron con el fin de conocer mejor los resultados.
- 2.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad por la cual te encuentras en la clínica.
- 3.- La información proporcionada te beneficia en el pronóstico, evolución y el tratamiento que se puede emplear en Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- 4.- Indirectamente ayudarás a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de los trastornos de la alimentación.

### **Confidencialidad**

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que tu nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

### **Disposiciones Generales**

Si tu tienes necesidad de informaciones complementarias no dudes en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Julvio de Jesús Hernández Chavarría por medio electrónico en [julvio15@gmail.com](mailto:julvio15@gmail.com) o al 4160-5325 durante horas regulares de trabajo.

## **Carta de Asentimiento**

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio sobre mi tutorado(a).

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio, lo cual queda asentado al escribir mi nombre y firma en el apartado. En caso de no aceptar lo anterior o no desear participar en el estudio por favor dejar en blanco los apartados siguientes.

Entiendo que puedo suspender la participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Dr. Julvio de Jesús Hernández Chavarría al teléfono 4160-5325 ó a través del correo [julvio15@gmail.com](mailto:julvio15@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
Firma del participante (menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante (menor)

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Investigador

## 12.4 ANEXO No. 4



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

### Comité de Ética en Investigación

Ref.: CEI/C/020/2015.

Abril 6, 2015

12.4. ANEXO No. 4  
Dr. Julio de Jesús Hernández Chavarría  
Investigador Principal  
Presente

Por este medio me permito informarle que el proyecto titulado: "Estudio comparativo de la impulsividad en pacientes con bulimia nervosa y anorexia nervosa" y que será realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en Calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Deleg. Tlalpan, 14370, México D. F., ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación, Consentimiento Informado.

Atentamente

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN  
 **APROBADO**

Lic. María Teresa López Jiménez  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Director de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-  
Presente.  
Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.



ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, A.C.

## XXIV Congreso Nacional e Internacional

Psiquiatría: **inclusión** y **compromiso** con la sociedad

otorga la presente

# Constancia

a

**Dr. Julvio de Jesús Hernández Chavarría**

por su participación como:

presentador y haber obtenido el **1º. lugar**

en el concurso de carteles

en la categoría: **socios en adiestramiento**

con el cartel: **"Impulsividad y agresividad en pacientes con trastornos de la alimentación".**

Quintana Roo, México, del 12 al 16 de noviembre de 2015

  
**Dr. Juan Luis Vázquez Hernández**  
PRESIDENTE BIENIO 2014-2015

  
**Dr. Enrique Chávez León**  
PRESIDENTE ELECTO BIENIO 2016-2017

### 13. BIBLIOGRAFÍA.

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, 4 th TR, 2002, El Sevier. 653.
2. Yager, Powers, Clinical Manual of Eating Disorders, 1st edition, 2007, American Psichiatric Publishing, 1-2, 9, 11-12.
3. Kaplan & Sadock, Sinopsis de psiquiatría, Lippincott Williams &Wilkins, 10<sup>a</sup> edición, 2009, 727.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, 5 th, 2013, American Psychiatric Publishing. 191-192. 193-194.
5. Hoek HW, Distribution of eating disorders, in Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. Edited by Fairburn CG, Brownell KD. New York, Guilford, 2002, 233-237.
6. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, et al, Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 63, 2006, 305-312.
7. Strober M, Bulik CM, Genetic epidemiology of eating disorders, in eating disorders and obesity: A Comprehensive Handbook. Edited by Fairburn CG, Brownell KD. New York, Guilford, 2002, 238-242.
8. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, et al, Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. Am J Hum Genet 70, 2002, 787-792.
9. Frank GK, Bailer UF, Henry S, et al, Neuroimaging studies in eating disorders. CNS Spectr 9, 2004, 539-548.

10. Western D, Harnden-Fischer J, Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *Am J Psychiatry* 158, 2001, 547-562.
11. Strober M, Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. In *J Eat Disord* 36, 2004, 245-255.
12. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Ma, Harvard University Press, 1978.
13. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, et al, Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa 7.5 years follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38, 1999, 829-837.
14. Misra Miller KK, Almazan C, et al, Hormonal and body composition predictors of soluble leptin receptor, leptin, and free leptin index in adolescent girls with anorexia nervosa and controls and relation to insulin sensitivity. *J Clin Endocrinal Metab* 89, 2004, 3486-3495.
15. Strober M, Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa, *Int J Eat Disord* 36, 2004, 245-255.
16. Steinhausen HC, The outcome of anorexia nervosa in the 20 th century. *Am J Psychiatry* 159, 2002, 1284-1293.
17. Keel PK, Heatherton TF, Dorer DJ, et al, Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychol Med* 3, 2006, 119-127.
18. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, et al, The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 61, 2007, 348-358.

19. Bulik CM, Sullivan PF, Wade TD et al, Twin studies of eating disorders: a review. *Int J Eat Disorder*, 2003, 1-20.
20. Bailer UF, Kayne WH. A review of neuropeptide and neuroendocrine dysregulation in anorexia and bulimia nervosa. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord* 2, 2003, 53-59.
21. Stice E, Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 128, 2002, 825-848.
22. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, et al. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 54, 1997, 509-517.
23. Lasater LM, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa. *Eat Behavior* 2, 2001, 279-292.
24. Franko, DL, Blais MA, Becker AE, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 158, 2001, 1461-1466.
25. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 154, 1997, 313-321.
26. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, et al. symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry* 162, 2005, 732-740.
27. Newton JR, Freeman CP, Munro J: Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa; is impulsivity and independent phenomenon or a marker of severity. *Acta Psychiatry Scand*, 87. 1993, 389-394.

28. Blackburn R, Gunn J, Hill J, Mawson D, Mullen P: Personality disorders. En: Gunn J Taylor PJ: Forensic Psychiatry, Clinical, Legal and Ethical Issues. Butterworth-Heinenmann Ltd, Londres, 1993.
29. Vitiello B, Stoff DM: Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *J Am Academy Child Adolescent Psychiatry* 36, 1997, 307.
30. Mohahan JSH: Crime and mental illness: an epidemiological approach. En: Crime and Justice. Vol 4. Tonry NMM (ed). University of Chicago Press, Chicago 1983.
31. Schmidt U, Treasure J (2006). Anorexia nervosa : valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology* 45, 343–366.
32. Ward A, Ramsey R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J (2000). Attachment patterns in eating disorders : the past in the present. *International Journal of Eating Disorders* 28,370–376.
33. Tiller JM, Sloane G, Schmidt U, Troop N, Power M, Treasure J (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 21, 31–38.
34. Troop NA, Allan S, Treasure J, Katzman M (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice* 76, 237–249.
35. Connan F, Troop N, Landau S, Campbell IC, Treasure J (2007). Poor social comparison and the tendency to submissive behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 40, 733–739.

36. Schmidt U, Treasure J (2006). Anorexia nervosa : valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology* 45, 343–366.
37. Fox JRE, Power MJ (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: an integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16, 240–267.
38. Zonnevillle-Bender MJ, van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, van Elburg A, van Engeland H (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning ? [Erratum]. *European Child and Adolescent Psychiatry* 11, 99.
39. Smith G (2003). *Anorexia and Bulimia in the Family : One Parent's Practical Guide to Recovery*. Wiley Blackwell : UK.
40. Harrison A, Sullivan S, et al, Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 2009. 1-11.
41. Blinder BJ, Cumella EJ & Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006; 68:454-62.
42. Treasure J, Claudina AM & Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010; 375:583-93.
43. Le Grange D, Crosby RD & Lock J. Predictors and moderators of outcome in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:464-70.

44. Steiger H, Young SN, Kin NM, Koerner N, Israel M, Lageix P et al. Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychol Med* 2001; 31:85-95.
45. Eizaguirre EA. Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *J Psychosom Res* 2003; 55: 553-60.
46. Preti A, Incani E, Camboni MV, Petretto DR & Masala C. Sexual abuse and eating disorder symptoms : the mediator role of bodily dissatisfaction. *Compr Psychiatry* 2006; 47:475-81.
47. Truglia E, Mannucci E, Lassi S, Rotella CM, Faravelli C & Ricca V. Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. *Psychopathology* 2006; 39:55-68.
48. Selvini-Pallazoli M. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. New Jersey: Jason Aronson Inc. Northvale; 1996:113-8.
49. Fisher S, Smith GT & Cyders MA. Another look at impulsivity: a meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationships to bulimic symptoms. *Clin Psychol Rev* 2008; 28:1413-25.
50. Vigil-Colet A, Morales-Vives F & Tous J. The relationships between functional and dysfunctional impulsivity and aggression across different samples. *Span J Psychol* 2008; 11:480-7.
51. Zalar B, Weber U, Sernee K, Agression and impulsivity with impulsive, behaviours in patients with purgative anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatria Danubina*, 23, 2011, 27-33.

52. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality Individ Diff* 2002;32:707–714.
53. Fahy T, Eisler I. Impulsivity and eating disorders. *Br J Psychiatry* 1993;162:193–197.
54. Fischer S, Smith G, Anderson K. Clarifying the role of impulsivity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2003;33:406– 411.
55. Rosval, L, Steiger H, Bruce K et al, Impulsivity in women with Eating Disorders: Problem of response inhibition, planning, or attention?. *International Journal of Eating Disorders* 39, 2006, 590-593.
56. Barratt ES, Stanford MS, Felthous AR, Kent TA: The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17: 341–349.
57. Schwann AC: Neuroreceptor mechanisms of aggression and its treatment. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 4):26–35.
58. Scarpa A, Raine A: Psychophysiology of anger and violent behavior. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 375–394.
59. Beck AT: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press, 1976.
60. Spielberg CD: *State-Trait Anger Expression Inventory: Professional Manual*. Odessa, Psychological Assessment Resources, 1995.
61. Simeon D, Stein DJ, Hollander E: Depersonalization disorder and self-injurious behavior. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(Suppl 4):36–40.

62. Stein D, Lilienfeld LRR, Wildman PC, Marcus MD: Attempted suicide in patients diagnosed with eating disorders. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 447–451.
63. Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi MS, Plutchik R: Subtypes of suicidal and assaultive behaviors in adolescent psychiatric inpatients: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30: 151–163.
64. Fava M, Rappe SM, West J, Herzog DB: Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Res* 1995; 56: 205–212.
65. Fahy T, Eisler I: Impulsivity and eating disorders. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 193–197.
66. Meyer C, Leung N, Waller G, Perkins S, Paice N, Mitchell: Anger and bulimic psychopathology: gender differences in a nonclinical group. *J Int J Eat Disord* 2004; 37: 69–71.
67. Milligan RJ, Waller G: Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 446–450.
68. Truglia E, Mannuci E, Lassi S, Aggressiveness, Anger and Eating Disorders: A review. *Psychopatology*, 2006, 55-68.
69. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2006; 39(2):87–100.
70. Claes L, Nederkoorn C, Vandereycken W, Guerrieri R, Vertommen H. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*. 2006; 7(3):196–203.

71. Root TL, Pisetsky EM, Thornton L, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychological Medicine*. 2010; 40(1): 105–115.
72. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, Kaye WH. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 2008; 70(3):378–383.
73. Fernandez-Aranda F, Pinheiro AP, Thornton LM, Berrettini WH, Crow S, Fichter MM, Bulik CM. Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*. 2008; 157(1–3): 147–157.
74. Favaro A, Zanetti T, Tenconi E, Degortes D, Ronzan A, Veronese A, Santonastaso P. The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders*. 2005; 13(1):61–70.
75. Hoffman RE, et al, Understanding the association of impulsivity, obsessions and compulsions with Binge Eating and Purging Behaviors in Anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*, 2012, 129-136.
76. Anderson IM, Parry-Billings M, Newsholme EA, Fairburn CG, Cowen PJ. Dieting reduces plasma tryptophan and alters brain 5-HT function in women. *Psychol Med* 1990;20:785-91.
77. Steiger H, Young SN, Kin NM, Koerner N, Israel M, Lageix P, et al. Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychol Med* 2001;31:85-95.

78. Mann JJ. Violence and aggression. In: Bloom FE, Kupfer DJ, editors. Psychopharmacology The fourth generation of progress. New York: Raven Press; 1995. p. 1919-28.
79. Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. Adolescent controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:552-60.
80. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
81. Dumais A, Lesage AD, Lalovic A, Séguin M, Tousignant M, Chawsky N, et al. Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry* 2005;162:1375-8.
82. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto DR, Masala C, Preti A. Eating disorders and aggressiveness among adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:183-9.
83. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpelae M, Rantanen P. Bulimia and impulsive behavior in middle adolescence. *Psychother Psychosom* 2003;72:26-33.
84. Wonderlich S, Myers T, Norton M & Crosby R, Self-Harm and Bulimia Nervosa: A complex connection. *Eating Disorders* 10, 2002, 257-267.
85. Sansone RA, Levitt JL, Self-Harm Behaviors Among Those with Eating Disorders: An Overview. *Eating Disorders* 10, 2002, 205-213.
86. Schaeffer RL, Mendenhall W, Ott L. Elementary Survey Sampling, Fourth Edition. Duxbury Press, Belmont, California 1990

87. Plutchik R, Van Praag H: The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog NeuroPsychopharmacol Biol Psychiat*, 13, 1989, 23-34.
88. Paez F, Jiménez A, et al. Estudio de validez de la traducción al castellano de la escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud mental* V. 19, 1996.
89. Yudofsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986;143(1):35-9.
90. Paéz F, Lincon E, Fresán A, et al. Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud mental*, Vol. 25, No. 6, 2002. 21-26.
91. Fresán A, Apiquian R, et al, Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia, *Actas Esp Psiquiatría*, 32, 2004, 71-75.
92. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos, 2008.  
<http://www.seeiuc.com/investig/helsinki.htm>
93. H. Congreso de la Unión (1984a): De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 17. In SISTA E (ed), *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*, Vol Título Segundo. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. México, D.F, pp 5.
94. Feinstein AR. *Clinical Epidemiology*. WB Saunders Company (ed) 1985; 15-18.
95. Chu C, Bodell LP, Ribeiro JD, Joiner TE. Eating Disorder Symptoms and

- Suicidal Ideation: The Moderating Role of Disgust. *Eur Eat Disord Rev.* 2015.
96. Le Grange D, Lock J, Accurso EC, Agras WS, Darcy A, Forsberg S, Bryson SW. Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014.
97. Mustelin L, Silén Y, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *J Psychiatr Res.* 2016 Mar.
98. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res.* 2015 Dec.
99. Mekui CA, Weber K. [Eating disorders and psychiatric day hospital treatment]. *Rev Med Suisse.* 2015 Feb.
100. Eichen DM, Kass AE, Fitzsimmons-Craft EE, Gibbs E, Trockel M, Barr Taylor C, Wilfley DE. Non-suicidal self-injury and suicidal ideation in relation to eating and general psychopathology among college-age women. *Psychiatry Res.* 2016 Jan.
101. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Mortensen PB, Bulik CM. The incidence of **eating disorders** in a Danish register study: Associations with **suicide** risk and mortality. *J Psychiatr Res.* 2015 Jun.
102. Antonio J. Sanchez-Guarnido, Maria J. Pino-Osuna, Francisco J. Herruzo-Cabrera—Personality prototype as a risk factor for eating disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Dec. 2015

103. Huemer J, Sagar A, Alquero K, Denny K, Shaw RJ, Steiner H. Overt and covert **aggression** in college women with bulimia nervosa. *Jugendpsychiatr Psychother.* 2011 Nov.
104. Antonio Preti, Giovanni de Girolamo, Gema Vilagut, Jordi Alonso. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH Project. *Journal of Psychiatric research.* 2009.