



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE COMPLEMENTARIA
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS
“UNIDAD MORELOS”

TITULO

FRECUENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, EN DERECHOHABIENTES DE 15 A 29 AÑOS CON RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, EN UN TRIMESTRE EN LA UNIDAD MORELOS.

TESIS QUE PRESENTA:

DRA. ALMA DELIA DUARTE GARCÍA

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE:
PSIQUIATRA

ASESORES:

DRA. BEATRIZ ZAMORA LÓPEZ
DRA. GRISELDA GALVÁN SÁNCHEZ
DR. MIGUEL PALOMAR BAENA

CIUDAD DE MÉXICO

JULIO DEL 2020





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



INDICE	
TITULO	4
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
Sistema de recompensa	6
Refuerzo condicionado (RC)	7
Apetencia	8
ANTECEDENTES	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
OBJETIVOS	15
General	15
Específicos	15
HIPÓTESIS	16
Hipótesis específicas	16
MATERIAL Y MÉTODOS	16
DISEÑO DEL ESTUDIO	16
POBLACIÓN Y MUESTRA	16
VARIABLES	17
INSTRUMENTOS	18
Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)	18
Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)	19
Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	21
PROCEDIMIENTO	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
RESULTADOS	24
Descripción de la muestra	24
Conductas alimentarias de riesgo (CAR) entre los distintos niveles de riesgo para consumo de sustancias adictivas	24





Conductas alimentarias de riesgo (CAR) entre mujeres y hombres 25

DISCUSIÓN..... 26

DESCUBRIMIENTOS CENTRALES 26

LIMITACIONES..... 27

HALLAZGOS ESPECÍFICOS..... 27

CONCLUSIONES 28

IMPLICACIONES Y SIGUIENTES PASOS..... 28

REFERENCIAS..... 29

ANEXOS (Instrumentos)..... 32

Anexo 1: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)..... 32

Anexo 2: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) 33

Anexo 3 Carta de consentimiento informado para adultos 45

Anexo 4 Carta de consentimiento informado para menores de edad..... 46

Anexo 5 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)..... 49

Anexo 5.1 MINI para Abuso y dependencia de alcohol 49

Anexo 5.2 MINI para Abuso y dependencia de sustancias (no alcohol)..... 51

Anexo 5.3 MINI para Anorexia Nervosa 54

Anexo 5.4 MINI para Bulimia Nervosa 56





TITULO

Frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, en derechohabientes de 15 a 29 años con riesgo para consumo de sustancias adictivas, en un trimestre en la Unidad Morelos.

RESUMEN

Problema: Nuestro objetivo principal fue determinar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR), en derechohabientes de 15-29 años con riesgo moderado-alto para consumo de sustancias adictivas (RCS), en un trimestre en la Unidad Morelos. *Metodología:* Se realizó un estudio transversal, observacional, analítico, en una muestra de 150 personas, con un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se incluyeron a individuos de ambos sexos de los 15 – 29 años, a quienes se les aplicó el cuestionario ASSIST y CBCAR. Se estimó la prevalencia de CAR utilizando con el fin de evaluar las asociaciones entre los niveles de riesgo para consumo de sustancias y CAR, así como contraste entre hombres y mujeres. *Resultados:* Se identificó un total de 18 individuos (22.78%) con CAR en el grupo de RCS moderado-alto y se identificaron 14 individuos (19.44%) en el grupo de CAR con RCS moderado. Entre mujeres y hombres con RCS moderado-alto, se encontraron 21 (14.00%) mujeres con CAR y 8 (5.33%) hombres con CAR. *Conclusiones:* Este estudio es el primero que encuentra entre CAR y RCS moderado-alto; logrando una muestra casi homogénea entre mujeres y hombres. Ante el aumento de prevalencia identificamos la importancia de detectar estas conductas de riesgo en la población general y brindar una intervención oportuna.





INTRODUCCIÓN

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) engloban a un conjunto de comportamientos alterados de la ingesta de alimentos que no satisfacen los criterios diagnósticos para ser considerados trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los atracones y las dietas restrictivas, el uso de laxantes, enemas, diuréticos o anorexígenos, la actividad física excesiva y el vómito autoinducido son ejemplos de CAR. Se ha reportado en individuos de 15-29 años una prevalencia de CAR del 5.8% en mujeres y 6.2% en varones.⁽¹⁾

El 70.6% de los individuos con trastornos por uso de drogas, presentan conductas alimentarias de riesgo, lo cual supone una posible relación entre estos dos fenómenos clínicos.⁽²⁾

Al manifestar conductas alimentarias de riesgo el sujeto puede llegar a presentar un trastorno de conducta alimentaria y reacciones emocionales negativas, para las cuales el sujeto utilizaría las sustancias como recurso para hacerles frente, lo que pondría las bases para el desarrollo posterior de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS).

Se propone este estudio debido a la importancia de detectar tempranamente las conductas de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por uso de sustancias. Se ha observado que cuando no se detecta y trata de manera oportuna a los sujetos que presentan estos problemas de salud mental, se afecta su funcionalidad y calidad de vida debido a la sintomatología que los caracteriza, las complicaciones médicas que los acompañan y la frecuente comorbilidad con otros trastornos afectivos y ansiosos.

Se propone que los resultados de este estudio aporten evidencia que permita la instrumentación de medidas educativo-preventivas orientadas a evitar el uso de drogas en derechohabientes jóvenes que presentan conductas alimentarias de riesgo.





MARCO TEÓRICO

El término Conductas alimentarias de riesgo (CAR) engloba a un conjunto de comportamientos alterados de la ingesta de alimentos que no satisfacen los criterios diagnósticos para ser considerados Trastornos de conducta alimentaria (TCA).⁽¹⁾ Los TCA son patologías en las que los patrones de consumo de alimentos se ven gravemente distorsionados. En este rubro se incluyen: pica, rumiación, trastorno de rechazo restricción de alimentos, Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Trastorno por atracón (TA), otros trastornos de la conducta alimentaria especificados y Trastornos alimentarios no especificados (TANE)⁽¹⁾, los cuales implican riesgos emocionales, psicosociales, sexuales y riesgos significativos de morbilidad y mortalidad. Además, se presentan con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, como son: trastornos afectivos (50-75%), trastornos por ansiedad (60%) abuso de sustancias (35%) y trastornos de la personalidad (42-75%).⁽³⁾

El Riesgo para consumo de sustancias (RCS) es el conjunto de problemas actuales o potenciales que puede causar el consumo de sustancias. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de un Trastorno por uso de sustancias (TUS).⁽⁴⁾ La característica esencial del TUS es la asociación de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia.⁽⁵⁾

La comorbilidad psiquiátrica entre los TCA y los TUS suele darse de manera frecuente, complicando su evaluación y tratamiento, además de un incremento en el riesgo de abandono del tratamiento. La investigación actual se ha centrado en la similitud sintomatológica entre ambos trastornos, lo que indica similitudes en su etiología que podrían tener importantes implicaciones para el tratamiento. En los TCA y los TUS se observan alteraciones en el apetito y la saciedad, comportamientos obsesivos e impulsivos, conductas de autodestrucción y graves consecuencias médicas.⁽⁶⁾

Sistema de recompensa

Recompensa es cualquier evento que incremente la probabilidad de una respuesta con un componente hedónico positivo. El sistema dopaminérgico mesocorticoestriatal ascendente tienen un papel clave en las propiedades gratificantes de casi todas las drogas de abuso, los aumentos rápidos y bruscos de dopamina (DA) activan los receptores de DA D1 de baja afinidad, que son necesarios para los efectos gratificantes de las drogas y para desencadenar





respuestas condicionadas. Las drogas imitan los aumentos en la DA desencadenada por la activación fásica de DA, que son las frecuencias de activación de las neuronas de DA asociadas con estímulos gratificantes.⁽⁷⁾

En los individuos con TCA, su cerebro tiene diferentes respuestas a la anticipación y el consumo de alimentos. Las personas con TA o BN muestran una respuesta reducida cuando anticipan la recompensa de alimentos en la ínsula y el estriado ventral, pero aumentan la respuesta en estas mismas regiones al recibir alimentos. Alternativamente, los individuos con AN muestran ansiedad y una anticipación aumentada al sabor dulce, que se refleja en el cuerpo estriado y la corteza prefrontal; y respuestas reducidas en la ínsula y el cuerpo estriado a los propios gustos. La investigación de imágenes en trastornos de la alimentación demuestra una respuesta neuronal disminuida en cuerpo estriado ventral y el caudado dorsal ante la recompensa y el castigo, un ejemplo sería al elegir opciones de recompensas monetarias, los cerebros de las mujeres con historias de AN o BN no distinguen entre las victorias y las pérdidas en las regiones del estriado ventral. Esto sugiere que las personas que tienen trastornos de la alimentación pueden tener dificultades para evaluar las recompensas.⁽⁸⁾

La investigación apoyada por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) ha demostrado que la actividad de las neuronas de DA y la disponibilidad reducida del receptor D2 de DA en el cuerpo estriado ventral se han asociado con la obesidad y la adicción a las drogas; se ha planteado la hipótesis de que una reducción en el nivel de los receptores D2 puede aumentar el valor de refuerzo de las drogas de abuso, así como de los reforzadores naturales, como los alimentos.⁽⁹⁾

Refuerzo condicionado (RC)

El RC es un estímulo previamente neutral que refuerza los comportamientos a través de su asociación con un reforzador primario y se convierte en un reforzador por derecho propio; implica no solo el enfoque de las señales salientes, sino también la respuesta instrumental para activarlas, en vista de sus propias propiedades de recompensa. Los incentivos son la motivación para obtener recompensas derivadas tanto del estado fisiológico de uno, como de las asociaciones aprendidas previamente de una señal de recompensa que está mediada por el sistema de DA mesocorticolímbica. Tanto el RC como el incentivo, proporcionan constructos para lo que subyace en la búsqueda de drogas inducida por señales de referencia, los comportamientos de autoadministración y posiblemente la transición a la búsqueda compulsiva de drogas, similar al hábito.⁽⁷⁾

Los circuitos relevantes también incluyen los sistemas de ácido γ -aminobutírico (GABA), glutamato, serotonina, acetilcolina y endocannabinoides que actúan a nivel del área tegmental ventral o del núcleo accumbens. Los circuitos equilibrados dan como resultado un control





inhibitorio adecuado, la toma de decisiones y el funcionamiento normal de los circuitos de recompensa, motivación, estrés y memoria. Estos circuitos también interactúan con circuitos que están involucrados en la regulación del estado de ánimo, incluida la reactividad al estrés (que involucra a la amígdala, el hipotálamo y la habenula) y la intercepción (que involucra la ínsula y la corteza del cíngulo anterior y contribuye a la conciencia de estados emocionales negativos).⁽⁷⁾

En los individuos con AN y BN, se propone que tienen un desequilibrio dentro y / o entre los circuitos cognitivos límbico y dorsal ventral; específicamente el circuito neural límbico ventral. Se cree que un circuito neural de la función ejecutiva dorsal, que incluye las regiones dorsales del caudado, la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC), la corteza parietal y otras regiones; por lo tanto modulan la atención selectiva, la planificación y la regulación de los estados afectivos. El desequilibrio del consumo y la anticipación del estímulo en AN y BN pueden sugerir una integración disfuncional del estímulo que podría relacionarse con la desconexión observada clínicamente entre los estados interoceptivos notificados y reales. La clave de este proceso es la ínsula que se cree es la responsable de codificar el error de predicción interoceptiva, lo que indica un desajuste entre la excitación corporal real y la anticipada, lo que a su vez provoca una conducta subjetiva de ansiedad y evitación.⁽¹⁰⁾

Apetencia

Las células de DA del cerebro medio se dispararán inicialmente en respuesta a una nueva recompensa, después de la exposición repetida las neuronas dejan de disparar durante la entrega de recompensa predecible y en su lugar se disparan cuando son expuestas a estímulos que eran predictivos de la recompensa. Posterior a una nueva recompensa o a señales asociadas con la recompensa, se desencadena un disparo fásico de las células de DA y la activación de los receptores de DA D1, que son necesarios para que ocurra el condicionamiento. Este proceso permite que los estímulos que antes eran neutros se doten de un incentivo destacado y fortalece la asociación aprendida a la exposición repetida a las señales, lo que crea una fuerte motivación para buscar una recompensa.⁽⁷⁾

Los fármacos también pueden desencadenar neuroadaptaciones en los circuitos de los ganglios basales y desencadenar la capacidad de las señales pareadas de fármacos para aumentar los niveles de DA. La activación del cuerpo estriado ventral conduce a la activación de espirales del globo pálido tálamo-cortical que entra en contacto con el cuerpo estriado dorsal, lo que da lugar a la formación de hábitos y desencadena la hipótesis en la que subyace la respuesta compulsiva a las drogas. Los cambios sinápticos clave, incluyen los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) modulados por glutamato y los receptores de ácido α -amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazolepropiónico (AMPA) en proyecciones glutamatérgicas desde la corteza





prefrontal y la amígdala, hasta el Área tegmental ventral y núcleo accumbens. Las señales condicionadas para reclutar estos circuitos, aumentan la progresión a través del ciclo de la adicción, ayuda a explicar el intenso deseo por la droga (la apetencia) y el uso compulsivo cuando las personas con adicción están expuestas a señales de drogas o entornos estresantes que están vinculados con estados emocionales negativos.⁽⁷⁾

Esta señalización de DA es necesaria para mantener la motivación para tomar el medicamento, incluso cuando disminuyen sus efectos farmacológicos; y también se observa en el Trastorno por atracón en respuesta a los estímulos que predicen la ingesta de alimentos, como se muestra para ratas entrenadas con colecistoquinina (CCK), una hormona anoréxica.⁽⁹⁾ La AN mostró una activación predominante de las redes frontoparietales que indican un esfuerzo excesivo y control cognitivo supervisor durante el desempeño de la tarea, pero hipoactivación en el circuito ventral anterior cingulado-estriado-talámico involucrado en el comportamiento relacionado con la motivación.⁽¹⁰⁾

En sujetos obesos hemos observado una relación negativa entre la disponibilidad del receptor D2 y el metabolismo prefrontal. Ahora consideran la posibilidad de que Índice de masa corporal (IMC) no sea perjudicial para la actividad prefrontal, sino que la disminución de la actividad prefrontal y la reducción de la función ejecutiva pueden aumentar el riesgo de comer en exceso.⁽¹¹⁾





ANTECEDENTES

En un estudio realizado en 434 estudiantes de dos secundarias públicas que respondieron la prueba EAT- 26; se identificó un considerable porcentaje de estudiantes (29.5% de las mujeres y 37% de los varones) que declara incurrir en CAR con la intención de controlar su peso. Estos datos podrían sugerir un incremento en la incidencia de TCA en la población adolescente. En otro estudio realizado por Aguilera y Milián en el 2006, concluyen que existe una diferencia de 1.7 puntos porcentuales entre sus resultados (prevalencia 6%) la cifra previamente conocida de 4.3% de riesgo de padecer algún TCA entre adolescentes queretanos/as. También concluyen que las manifestaciones sintomáticas asociadas a TCA podrían seguir siendo más frecuentes de lo pensado en varones, pero más graves en las mujeres; y sugieren implementar un proyecto a dos fases: aplicar instrumentos para distinguir a la población en riesgo y posteriormente, realizar una entrevista para corroborar si padece algún TCA.⁽¹²⁾

Otro estudio en 79 individuos con una media de 40 años de edad, encontró una cifra mayor a la previamente reportada de TCA en la población adicta estudiada y reportan que sus participantes con TUS obtuvieron una puntuación alta en todas las escalas que indican la presencia de un TCA. La mayor parte de los pacientes con TUS que han formado parte de este estudio presentaban problemas relacionados con el alcohol y mencionan que otros autores ya demostraron que el 31% de las mujeres con BN presentaban una historia de abuso de alcohol y un 13% de ellas cumplían con criterios de dependencia a esta sustancia; sin embargo, se ha descrito que el abuso de alcohol es más común en aquellos pacientes que presentan atracones de comida (binge eating) y en aquellos con AN que presentan conductas de atracón o purga. También citan a Piran y Robinson (2011) quienes observaron que en una población no clínica el patrón caracterizado por la presencia de atracones, dieta y purga se relacionaba con “binge drinking” (atracones de alcohol) pero no con la frecuencia de consumo de alcohol. Por otro lado, la restricción alimentaria también se ha asociado con la cantidad de alcohol consumido por mujeres con BN, pero no se ha relacionado con la frecuencia de consumo.⁽¹³⁾

Los pacientes con TCA pueden recurrir al uso de drogas por diferentes razones, una de ellas es porque el uso de determinadas sustancias facilita el control del apetito y peso, y contrarresta la sensación de falta de energía; también podrían ser utilizados como reguladores emocionales, aunque en muchos casos su uso podría ser poco específico y estaría determinado por las dificultades de control de impulsos. También los sujetos con TUS pueden utilizar la comida para aliviar la tensión y la apetencia durante las fases iniciales de la abstinencia. Una teoría muy interesante en relación con estos aspectos es la basada en la denominada hipótesis de la automedicación en pacientes con patología dual, donde concluyen que los TCA y los TUS son fenómenos clínicos complejos que tienen una tendencia de aparecer de forma conjunta y que la





bibliografía sugiere que el TCA actúa en un gran número de casos favoreciendo la aparición del TUS.⁽⁶⁾

En un reporte de casos clínicos de pacientes con TCA y que contaban con estudios de neuroimagen, se identificaron similitudes con lo descrito en la literatura en pacientes con TUS respecto a circuitos neurobiológicos, saliencia, recompensa, inhibición e implicaciones de tratamiento. Los metanálisis sugieren un aumento de las tasas de abuso de drogas y alcohol en personas con BN; y que las mujeres y las adolescentes con BN o TA muestran una activación deficiente en las regiones cerebrales relacionadas con el control inhibitorio, similar a los patrones de activación informados en usuarios de drogas y alcohol. Además, en los estudios de neuroimagen de los individuos con BN y TA, se observa un aumento de activación cerebral en respuesta a alimentos en las mismas regiones que se observa cuando los usuarios de sustancias son expuestos al fármaco. Concluyen que los TCA son trastornos debilitantes, los tratamientos actuales son inefectivos para muchos pacientes y que los estudios de Neuroimagen sugieren que los TCA surgen de una disfunción de circuitos de la recompensa e inhibición; también sugieren que podría funcionar mejor el utilizar tratamientos que actúen sobre el control de inhibición, sensibilidad a recompensa y la saliencia.⁽⁸⁾

Otro estudio realizado en mujeres universitarias estudiantes de pregrado en la Universidad del Noreste, encontró ser de alta relevancia el estudiar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y el consumo de sustancias; ya que su estudio reportó una mayor frecuencia de conductas de alimentación desordenada en mujeres con problemas relacionados con el alcohol. Los síntomas de AN y BN (p. ej., Purga, ayuno) pueden hacer que las mujeres que beben, alcancen grados de intoxicación más rápidamente, debido a la absorción acelerada de alcohol relacionada con la falta de alimentos o tener un IMC más bajo, lo que puede tener numerosas consecuencias negativas (p. ej., Vómitos, deficiencias en el control de la motricidad gruesa, envenenamiento por alcohol). Concluyen que las mujeres con niveles más elevados de apertura social y quienes realizan ejercicio extremo, dieta, ayunos y purga, se encontraron en mayor riesgo de un mayor y más problemático uso de alcohol. La prevención del consumo de alcohol es más común que la prevención de los TCA en los campus universitarios de E.E.U.U., y es posible que no existan esfuerzos de detección de conductas alimentarias de riesgo o riesgo de consumo de sustancias, mucho menos a la prevención dirigida a la prevención y tratamiento de la comorbilidad de estas conductas o trastornos; lo cual es crucial a la luz de las consecuencias negativas antes mencionadas.⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾





PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe una transición de las formas indiferenciadas de los TCA a las formas clínicamente descritas, siendo las conductas alimentarias patológicas la entidad central de todos los síndromes clínicos. También se postula que existen eventos precipitantes que interaccionan con la influencia de la familia y los compañeros, así como con la vulnerabilidad personal para determinar el inicio de una dieta patológica, un trastorno alimentario subclínico o un trastorno alimentario franco; se diferencian del resto de los trastornos psiquiátricos por el ajuste psicosocial que pueda presentar la persona.⁽¹⁾

La comorbilidad psiquiátrica entre los TCA y los TUS suele darse de manera frecuente, complicando su evaluación y tratamiento; además de un incremento en el riesgo de abandono del tratamiento. En los TCA y los TUS se observan alteraciones en apetito y saciedad, comportamientos obsesivos e impulsivos, conductas de autodestrucción y graves consecuencias médicas, también se ha determinado que tienen una frecuencia más elevada en mujeres (37.7%) que en varones (4.8%).^(13,16)

Los pacientes con TCA pueden llegar al uso de drogas por diferentes razones. Una de ellas es porque el uso de determinadas sustancias facilita el control del apetito y el peso, y contrarresta la sensación de falta de energía; también los tóxicos podrían ser utilizados como reguladores emocionales (especialmente el alcohol y otras sustancias psicoactivas), aunque en muchos casos su uso puede ser poco específico y está determinado por las dificultades de control de impulsos. También los sujetos con TUS pueden utilizar la comida para aliviar la tensión y apetencia durante las fases iniciales de la abstinencia. Una teoría muy interesante en relación con estos aspectos es la basada en la denominada hipótesis de la automedicación en pacientes con patología dual.⁽⁶⁾

Existe una estimación de la carga de morbilidad atribuible a trastornos mentales y abuso de sustancias en función de la discapacidad “años de vida ajustados”, los años de vida perdidos por “mortalidad prematura” y los años vividos con “discapacidad”. Así mismo, es importante destacar la proporción de personas que “adquieren” el trastorno alimentario tras instalarse en la drogodependencia; por consiguiente si agregamos la resistencia al tratamiento y una mayor frecuencia de abandono de tratamiento, es inevitable temer por la salud física, cognición, escolaridad, desempeño laboral, funcionalidad social, calidad de vida de estos pacientes y su pronóstico pobre para la vida y la función.⁽¹⁶⁾

Dadas las altas tasas de concurrencia y la compleja naturaleza de estos trastornos, es sorprendente observar que la mayoría de los expertos en adicciones y programas de





tratamiento no han incorporado protocolos para los trastornos alimentarios en sus prácticas. Del mismo modo, la mayoría de los especialistas en trastornos alimentarios no están entrenados adecuadamente en el tratamiento de los trastornos por uso y abuso de sustancias; tanto los profesionales de las adicciones, como los que tratan trastornos de conducta alimentaria deben conocer en mucha mayor profundidad los respectivos trastornos, su correlación morbosa y como un proceso maligniza al otro.⁽¹⁶⁾

En 2010, los trastornos por uso de sustancias eran la principal causa de años vividos con discapacidad en todo el mundo, los trastornos depresivos el 40.5%, los trastornos de ansiedad el 14.6%, los trastornos por consumo de drogas ilegales el 10.9%, los trastornos por consumo de alcohol el 9.6%, la esquizofrenia el 7.4%, el trastorno bipolar el 7.0% y los trastornos de la alimentación el 1.2%; con una notable proporción de personas que “adquieren” el trastorno alimentario tras instalarse en la drogodependencia y que además se enfrentarían a la posibilidad de ser resistentes al tratamiento, llegando incluso a abandonarlo con frecuencia (sobre todo cuando el trastorno alimentario se torna recalcitrante).⁽¹⁶⁾

Para tener un acercamiento más preciso a la prevalencia de TCA en la población sería necesario implementar un proyecto a dos fases: aplicar instrumentos para distinguir a la población en riesgo y posteriormente, realizar una entrevista con cada persona que integra esta población para corroborar si padece algún TCA.⁽¹²⁾

Así con este estudio se pretende identificar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en los individuos con riesgo para consumo de sustancias adictivas de 15-29 años, con la finalidad de detectar de forma oportuna estas conductas de riesgo y fomentar una intervención temprana e integral del paciente; mejorando el pronóstico de estos individuos que anteriormente no habrían sido detectados, que enfrentan la posibilidad de desarrollar en un futuro un trastorno mental (TUS y TCA) y el riesgo de tener una pobre respuesta a tratamiento, probable abandono de tratamiento y pobre pronóstico para la vida y la función.





JUSTIFICACIÓN

Los resultados de las investigaciones del 2010 emprendidas por el proyecto “Razones de Peso” indican que el 5.8% de las mujeres y el 6.2% de los varones, podrían estar en riesgo de padecer algún TCA; esto significa que pueden ser vulnerables a desarrollar un TCA o bien, que podrían ya padecerlo. Así mismo en el 2014, un considerable porcentaje de estudiantes (29.5% de las mujeres y 37% de los varones) declaró incurrir en CAR con la intención de controlar su peso; estos datos podrían sugerir un incremento en la incidencia de TCA en la población adolescente lo que coincide con los resultados de otras investigaciones recientes efectuadas en nuestro país. Si bien un mayor número de varones (que de mujeres) refirió CAR, fue más común en las mujeres la combinación entre puntajes iguales o superiores de CAR.⁽¹²⁾

El 70.6% de las jóvenes que usan drogas pertenece al grupo que tiene conductas alimentarias de riesgo, lo cual permite establecer de manera exploratoria, la posible relación entre las conductas estudiadas.⁽²⁾

Se han reportado diferentes conductas alimentarias disfuncionales, que incluyen reducir el consumo de alimentos altos en calorías o grasos, comer menos durante las comidas, saltar comidas, ayunar y usar conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, uso de laxantes y / o diuréticos y ejercicio excesivo.⁽¹⁶⁾ Los metanálisis también sugieren un aumento de las tasas de abuso de drogas y alcohol en personas con bulimia nerviosa. Las mujeres y las adolescentes con bulimia nerviosa o trastorno por atracón.⁽⁸⁾

Los esfuerzos de la presente investigación podrán fortalecer la propuesta de emplear medidas educativo-preventivas orientadas a detectar conductas de riesgo de manera oportuna, para evitar la evolución a un trastorno por consumo de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.⁽¹⁶⁾





PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de las conductas alimentarias de riesgo en derechohabientes del IMSS de 15-29 años con riesgo para consumo de sustancias adictivas, durante septiembre del 2019 a noviembre del 2020 en la Unidad Morelos.

OBJETIVOS

General

- Determinar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, en derechohabientes de 15-29 años con riesgo para consumo de sustancias adictivas, durante un trimestre en la Unidad Morelos.

Específicos

- Describir la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en los derechohabientes de 15 a 29 años con riesgo bajo para consumo de sustancias adictivas.
- Describir la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en los derechohabientes de 15 a 29 años con riesgo moderado para consumo de sustancias adictivas.
- Describir la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en los derechohabientes de 15 a 29 años con riesgo alto para consumo de sustancias adictivas.
- Comparar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo entre los distintos niveles de riesgo para consumo de sustancias por sustancia individual en derechohabientes de 15 a 29 años de edad. .
- Comparar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo entre mujeres y hombres con riesgo moderado-alto para consumo de sustancias adictivas.





HIPÓTESIS

Alternativa: Existe una mayor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en la población con riesgo para consumo de sustancias adictivas, que en la población general (6%)

Hipótesis específicas

- Las mujeres con riesgo para consumo de sustancias adictivas tendrán una mayor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo que los hombres con riesgo para consumo de sustancias adictivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Sujetos de 15-29 años de edad, derechohabientes del IMSS, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado, de septiembre 2019 - noviembre 2019

Tamaño de muestra: Para un nivel de confianza del 95%, un error del 5%, una proporción del 50% y una población de 300 sujetos, el tamaño de muestra con RCS será de 72 personas al seguir la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p_0 \times q_0}{d^2}$$

Tipo de muestreo: El muestreo será no probabilístico, por conveniencia.





VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO				
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Conductas alimentarias de riesgo	Conjunto de comportamientos alterados de la ingesta de alimentos que no satisfacen los criterios diagnósticos para ser considerados trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los atracones y las dietas restrictivas, el uso de laxantes, enemas, diuréticos o anorexígenos, la actividad física excesiva y el vómito auto inducido son ejemplos de car.	Puntuación igual o mayor de 10 puntos en el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. <small>(Ver Anexo 1)</small>	Nominal	Categórica, dicotómica.
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Riesgo para consumo de sustancias	Conjunto de problemas actuales o potenciales que puede causar el consumo de sustancias. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia de esa sustancia.	La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias <small>(ASSIST)</small> <small>(Ver Anexo 2)</small> Resultado negativo (exclusión de estudio): Riesgo bajo= -Alcohol 0-10 -Todas las demás sustancias 0-3 Resultado positivo (Inclusión al estudio): Riesgo moderado = -Alcohol 11-16 -Todas las demás sustancias 4-26 Riesgo alto=	Ordinal	Categórica Politómica





		-Alcohol 27 o mayor -Todas las demás sustancias 27 o mayor		
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS				
Sexo	Organización Mundial de la Salud (OMS) "se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Hombre Mujer	Nominal	Categórica, dicotómica.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad al momento de la entrevista.	Razón	Cuantitativa, continua

INSTRUMENTOS

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)

El Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo fue elaborado con la finalidad de medir las conductas características de los TCA, tomando como base los criterios diagnósticos del DSM- IV (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántara y Hernández, 2000). Consta de 10 preguntas sobre la preocupación por engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio excesivo y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas) para perder peso corporal en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario. Tiene cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), que se califican de 0 a 3, y en donde una mayor puntuación en el cuestionario corresponde a una mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. Se definió el punto de corte de 10 como el más sensible (0.81) y específico (0.78), con un valor predictivo positivo de 0.38 y un valor predictivo negativo de 0.96. De esta forma, una puntuación de 11 o mayor indica que una persona se encuentra en el grupo de riesgo, con una puntuación máxima de 30 (Unikel, Bojorquez y Carreño, 2004).⁽¹⁾ Esta escala cuenta con un valor de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.83.⁽¹⁷⁾





Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, en el que el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. Esto es especialmente importante en lugares donde la proporción de usuarios de sustancias es mayor que en el resto de la comunidad, por ejemplo: servicios de salud de las universidades, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, zonas rojas, servicios de salud mental, programas de evaluación de prisioneros y servicios de atención primaria en otros lugares donde haya una alta prevalencia de abuso de sustancias.⁽⁴⁾

El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos u otras drogas; y determina una puntuación de riesgo ('bajo', 'moderado' o 'alto') para cada sustancia.⁽¹⁸⁾

Las puntuaciones del ASSIST están vinculadas a las siguientes categorías de riesgo y a las intervenciones asociadas recomendadas (Ver la Tabla 3).⁽¹⁸⁾

Alcohol	Todas las demás sustancias ^a	Nivel de riesgo	Intervención
0 - 10	0 - 3	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Consejos de salud generales
11 - 26	4 - 26	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Intervención breve ▮ Folletos de información para llevar a la casa
27+	27+	Alto	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Intervención breve ▮ Folletos de información para llevar a la casa ▮ Derivación para evaluación y tratamiento especializado
Drogas inyectadas en los últimos tres meses		Moderado y alto ^b	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Intervención breve ▮ Folletos de información para llevar a la casa ▮ Derivación para pruebas de virus en la sangre^c ▮ Derivación para evaluación y tratamiento especializado

^a Tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, sedantes, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, 'otras drogas'.

^b Es importante determinar los hábitos de inyección. Inyectarse más de cuatro veces al mes (en promedio) en los últimos tres meses es un indicador de dependencia que requiere evaluación y tratamiento adicionales.

^c VIH y hepatitis B y C.

Tabla 3. Puntuación de riesgo del ASSIST, nivel de riesgo asociado e intervención ⁽¹⁸⁾





La prueba de detección y la intervención breve tienen por objeto identificar los problemas actuales o potenciales que puede causar el consumo de sustancias, así como motivar a los usuarios que están en riesgo a cambiar su conducta de consumo creando un vínculo entre sus hábitos actuales de consumo y los riesgos y daños asociados.⁽¹⁸⁾

Los resultados de este estudio muestran que la versión autoadministrada de ASSIST es un instrumento válido de cribado para esta población, especialmente para identificar el uso de alcohol, tabaco y marihuana. Dado que estas sustancias son las que más comúnmente se consumen en México (Medina-Mora et al., 2012; Villatoro, Medina-Mora et al., 2012), la prueba ASSIST se recomienda como herramienta útil para la identificación temprana y la derivación oportuna de usuarios en riesgo.⁽¹⁹⁾

El coeficiente de fiabilidad para el test global (Q1-Q8) fue 0,87; incluyendo únicamente las preguntas 2 a 7, fue 0,85. Las estimaciones también fueron aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76), y marihuana (alfa = 0,73). El punto de corte de 8 en ambas escalas muestra el mejor equilibrio entre sensibilidad (83,8%) y especificidad (80%) y el área bajo la curva (ROC) mayor (81,9%) para todos los participantes y para ambos sexos analizados por separado.⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.⁽²¹⁾ (Ver Anexos 5.1, 5.2, 5.3 y 5.4)





CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión: Se incluirán a derechohabientes de 15-29 años, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Se excluirán derechohabientes con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia Nervosa y/o Bulimia Nervosa) y diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias (Abuso y dependencia).

Criterios de eliminación: Derechohabientes que no concluyan las evaluaciones.

PROCEDIMIENTO

- El Médico Residente invitará a participar en el estudio a derechohabientes de 15 – 29 años, que acudan a los servicios ambulatorios, consulta externa y valoración continua de Hospital de Psiquiatría Morelos, en los meses de septiembre a noviembre del 2019.
- Se le explicará al derechohabiente el objetivo del proyecto de investigación y el consentimiento informado. En caso de aceptar participar en el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado, en caso de tratarse de un derechohabiente adolescente (15-17años) también deberá ser firmado por tutor. ^(Ver Anexos 3 y 4)
- Se le aplicará el cuestionario ASSIST y CBCAR.
- A los derechohabientes con resultado positivo para CBCAR y/o ASSIST se les aplicará la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión en Español 5.0.0 DSM-IV para Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Abuso y dependencia de alcohol y dependencia de sustancias (no alcohol). ^(Ver Anexos 5.1, 5.2, 5.3 y 5.4)





ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizará el paquete estadístico STATA 12 SPSS. Se estimará la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en la muestra y en los diferentes niveles de riesgo para consumo de sustancia.

Se utilizará la prueba de hipótesis Ji cuadrada para comparar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo entre los diferentes niveles de riesgo para consumo de sustancias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El entrevistador obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes (Anexo 3). Les explicará al sujeto el objetivo, riesgos y beneficios del mismo y en qué consistirá su participación en caso de acceder. Así mismo le asegurará la confidencialidad de la información y la libertad para no responder algunas preguntas y para retirarse del estudio en cualquier momento. Esto es importante señalarlo porque, aun cuando no se espera que responder a las preguntas de la encuesta implique algún riesgo para el participante, dada la naturaleza sensible de algunas de las preguntas, éstas podrían generarle incomodidad.

Los participantes que acepten participar firmarán la carta de consentimiento informado de adultos; en el caso del formato de consentimiento informado para adolescentes, aplicado a menores de edad de (15-17 años), este deberá de ser firmado por padre o tutor. Por otra parte, también se ha encontrado que a muchas personas les causa desconfianza la solicitud de su firma, por lo que se va a considerar la opción de que den su consentimiento verbal y así quede consignado en la carta de consentimiento.

Cuando se detecte en los sujetos de investigación la presencia de un Trastorno por consumo de alcohol, Trastorno por consumo de sustancias, Anorexia nervosa o Bulimia Nervosa, se orientará al paciente para que, en caso de estar de acuerdo, pueda recibir atención en los servicios pertinentes del hospital.

El protocolo de investigación se ajustó a los principios plasmados en los siguientes documentos:

-Declaración de Ginebra (1948) y enmendada por la 22a. Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia (agosto de 1968).

-Declaración de Helsinki; de la Asociación Médica Mundial (1964) y actualizada por la misma asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset West y Edimburgo respectivamente.





-Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación:

- Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13; el cual se refiere a la dignidad.
- Título Segundo, Capítulo I, Artículo 16, que establece la protección a la privacidad de los participantes
- Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II que corresponde a un estudio de riesgo igual al mínimo, ya que solo se utilizaron los instrumentos aplicados.
- Título Segundo, Capítulo I, Artículo 20 y 21, Sobre la obtención de un consentimiento informado del sujeto de estudio, así como las características del mismo.
- Cabe señalar que a los derechohabientes que cumplieron criterios de inclusión para este estudio, se les sugirió valoración integral por otra especialidad.





RESULTADOS

Descripción de la muestra

Fueron evaluados 97 mujeres (47.67%) y 53 hombres (35.33%) entre los 15 y los 29 años de edad, con una media de edad de 23.0 años y mediana de 22 años de edad.

Se identificó un total de 71 individuos RCS bajo (47.33%), 72 con RCS moderado (48%) y 7 con RCS alto (4.66%). Con respecto a la frecuencia del consumo por sustancia individual se identificó en consumo de tabaco, 94 con RCS bajo (62.67%), 53 RCS para moderado (35.33) y 3 para RCS alto (2.00%); alcohol, 108 con RCS bajo (72.00%), 37 RCS para moderado (24.67%) y 5 para RCS alto (3.33%); anfetaminas, 144 con RCS bajo (96.00%) y 6 para RCS moderado (4.00%); entre otras (Ver Tabla 1).

Tabaco	62.67 % (n=94)	35.33 % (n=53)	2.00 % (n=3)
Alcohol	72.00 % (n=108)	24.67 % (n=37)	3.33 % (n=5)
Cannabis	82.00 % (n=82)	18.00 % (n=18)	00.00% (n=0)
Cocaína	94.00 % (n=141)	6.00 % (n=9)	00.00 % (n=0)
Anfetaminas	96.00 % (n=144)	4.00 % (n=6)	00.00 % (n=0)
Inhalantes	96.00 % (n=144)	4.00 % (n=6)	00.00 % (n=0)
Tranquilizantes	89.33 % (n=134)	9.33 % (n=14)	1.33 % (n=2)
Alucinógenos	94.67 % (n=142)	5.33 % (n=8)	00.00 % (n=0)
Opiáceos	98.67 % (n=148)	1.33 % (n=2)	00.00 % (n=0)
Otros	98.00 % (n=147)	2.00 % (n=3)	00.00 % (n=0)

Tabla 1. Frecuencia de RCS por sustancia

Conductas alimentarias de riesgo (CAR) entre los distintos niveles de riesgo para consumo de sustancias adictivas

Respecto a los objetivos de este estudio, en el objetivo general se propuso determinar la frecuencia de CAR en individuos con RCS (Ver Figura 1); para los individuos con RCS Bajo se identificó un 11.11% (n=7) de individuos con CAR. Para el grupo compuesto por individuos con RCS moderado-alto se identificó un 22.78% (n=18) con CAR, de manera individual se identificó





un 19.44% (n=14) de CAR para el grupo con RCS Moderado y un 57.14% (n=4) de CAR para RCS Alto.

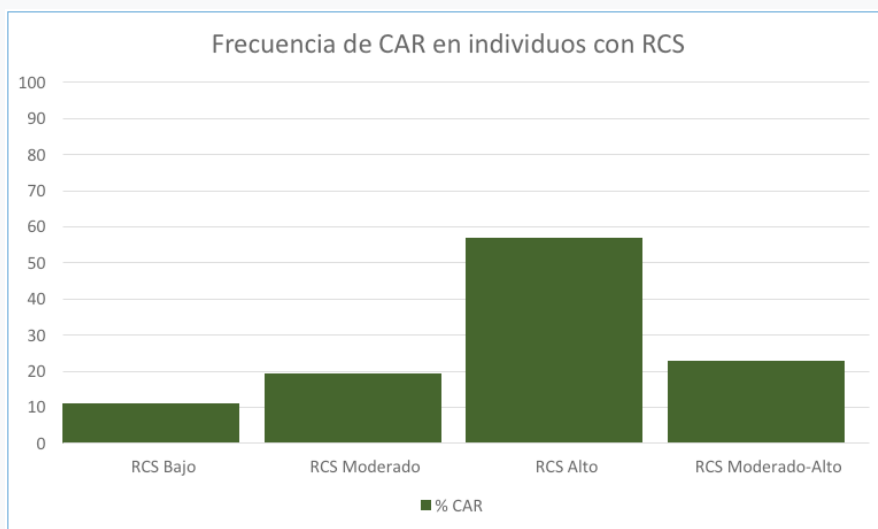


Figura 1. Comparación de frecuencia de CAR entre los distintos niveles de RCS

Conductas alimentarias de riesgo (CAR) entre los distintos niveles de riesgo para consumo de sustancias por sustancia individual

Se identificó un valor de significancia estadística limítrofe para alcohol (p de 0.006) y tabaco (p de 0.667). Específicamente para tabaco, la frecuencia de CAR fue de 10.00% en individuos con RCS bajo, 8% en RCS moderado y 1.33 en RCS alto; y para alcohol se obtuvo una frecuencia de CAR fue de 12.67% en individuos con RCS bajo, 7.00% en RCS moderado y 3.00 en RCS alto.

Conductas alimentarias de riesgo (CAR) entre mujeres y hombres

En cuanto a la comparación de la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo entre mujeres y hombres con riesgo moderado-alto para consumo de sustancias adictivas, en nuestra muestra encontramos en el grupo de mujeres 21 con CAR + RCS (14.00%) y en el grupo de hombres 8 con CAR + RCS (5.33%), con un valor de prueba exacta de Fisher de .227 y valor de p de 0.94.





DISCUSIÓN

DESCUBRIMIENTOS CENTRALES

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR), en derechohabientes con riesgo para consumo de sustancias adictivas. Si bien la frecuencia de CAR en individuos con RCS bajo fue de 11.11%, es importante recordar que estos son los individuos que obtuvieron una calificación de 0-10 en alcohol o de 0-3 en el caso de cualquier otra estancia en el cuestionario ASSIST de RCS, por lo tanto podrían ser considerados “población general”. Estas cifras son mayor a lo previamente registrado en población general del 6%⁽¹⁶⁾, y mucho mayor a lo reportado en ENSANUT 2012 la cual reportó 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino) y señala que esta proporción fue medio punto porcentual más alta (0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente) que la registrada en ENSANUT 2006; llama la atención el no contar con una cifra actual de estas conductas en ENSANUT 2016, a pesar de notar una tendencia en aumento de estas.⁽²³⁾⁽²⁴⁾ En cuanto a la frecuencia de CAR en individuos con RCS moderado se obtuvo un resultado de 19.44% y para RCS alto de 57.14%, con una frecuencia de CAR entre individuos con RCS moderado/alto de 22.78, que nos orienta a la mayor frecuencia con las que estas dos conductas de riesgo coinciden y que efectivamente deberían de ser detectadas de manera conjunta y oportuna. Entendemos que la cifra de frecuencia tan elevada en este estudio puede ser debido a que la población proviene de una Unidad Médica Psiquiátrica. También entendemos que el porcentaje elevado de individuos con CAR + RCS alto (57.14%) no contó con una muestra lo suficientemente grande y por lo tanto se requieren nuevos estudios.

Respecto al nivel riesgo estadísticamente limítrofe para consumo de alcohol, este resultado apoya la relevancia de algunos nuevos términos para medir el consumo de alcohol en relación con CAR, como “Drunkorexia”. El término no cuenta con una definición formal sin embargo, se ha descrito como la restricción de calorías previo al consumo de alcohol. Se ha identificado que el consumo desordenado de comida y alcohol fueron predictores significativos de borrachera en adolescentes varones y mujeres⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Algunos estudios en población no mexicana han reportado una frecuencia de CAR del 14.2% en población general⁽²⁷⁾, por ser este un país con un consumo tan elevado de alcohol (28.8% de hombres adolescentes y 21.2% de mujeres adolescentes, respectivamente)⁽²⁴⁾, sería de provecho realizar más estudios que aborden la relación entre consumo elevado de alcohol y las conductas alimentarias de riesgo en población mexicana.





Se logró incluir en el estudio a una proporción importante de hombres (35.33%), por lo que no se presentó la dificultad de la mayoría de los estudios sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria que, en su mayoría, son realizados con muestras compuestas casi exclusivamente por mujeres⁽²⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. En el presente estudio identificamos que en el grupo de mujeres 21 presentaron CAR + RCS (14.00%) y en el grupo de hombres 8 presentaron CAR + RCS (5.33%), la diferencia no resultó estadísticamente significativa sin embargo, es mayor a lo reportado por ENSANUT 2016 respecto a la frecuencia de CAR en población mexicana por género, que fue de 4% en hombres y 12% en mujeres; y mayor a la reportada por Unikel en el 2014 en su estudio realizado en población general de mexicanos, con una frecuencia de CAR de 6.5% en mujeres, pero similar a la de hombres con un 5.5%.⁽¹²⁾⁽²⁵⁾

LIMITACIONES

Se identificó que un alto porcentaje de los individuos que participaron en el estudio contaban con antecedente de padre o madre con consumo de alcohol. Se han realizado estudios de gemelos que exploraron la superposición de la carga genética entre los TCA y TUS, los hallazgos obtenidos respaldan el papel de las influencias genéticas superpuestas y compartidas, en particular con el uso perjudicial y trastorno por consumo de alcohol.⁽²⁸⁾ Con respecto a los TCA, el riesgo relativo de susceptibilidad a AN es cuatro veces mayor en los miembros de la familia, y las parientes femeninas de pacientes con BN tienen hasta once veces más probabilidades de desarrollar BN que las personas que no tienen parientes con BN; con una cierta correlación genética entre AN y BN. Nuestros resultados ayudan a señalar una posible carga genética en cuanto a conductas de riesgo y como puede explicarse por factores genéticos aditivos.⁽²⁹⁾

HALLAZGOS ESPECÍFICOS

Otra cifra de significancia estadística limítrofe fue la del Tabaco (p 0.06), la cual va de la mano con las conclusiones de otros estudios donde se ha encontrado una correlación de conductas restrictivas alimentarias y el uso de tabaco, alcohol y cannabis. De la misma manera y aunque la correlación entre riesgo para consumo de anfetaminas y CAR (.328) no es estadísticamente significativo, probablemente por no contar con una muestra suficientemente grande para estas sustancias como lo fue para alcohol y tabaco (ver material suplementario), no podemos descartar la tendencia reportada entre el consumo de anfetaminas y CAR, ya que se han señalado a los psicoestimulantes como preferidos por su efecto adelgazante y euforizante, por



individuos con TCA (conductas de purga y en AN atracón-purga) y TUS; también se han relacionado a la falta de control inhibitorio y búsqueda inmediata de recompensas que predisponen a los sujetos afectados por ambos diagnósticos.⁽²⁶⁾

CONCLUSIONES

Este estudio es el primero que hace evalúa la presencia de conductas alimentarias de riesgo y en sujetos con distintos niveles de riesgo para consumo de sustancias.

Los hallazgos apoyan Nos obliga a considerar que es altamente probable que donde hay CAR, a menudo hay RCS, y viceversa; nos invita a ofrecer una intervención preventiva, multidisciplinaria y personalizada, con la finalidad de prevenir un futuro "diagnóstico dual", una evolución tórpida y un pobre pronóstico.

IMPLICACIONES Y SIGUIENTES PASOS

Se valorará la conveniencia de implementar, en la Clínica de Prevención de Adicciones, herramientas que permitan la detección , de Conductas alimentarias de Riesgo. y con la finalidad de brindar asesoría y tratamiento oportuno para esta comorbilidad. .

El aumento de prevalencia de CAR en población general marca la importancia de detectar estas y otras conductas de riesgo asociadas, como los diferentes niveles de riesgo para consumo de sustancias; y así poder brindar una intervención oportuna.



REFERENCIAS

1. Claudia US, Concepción DV y José RM. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición. Vol 1. 1ra Ed. Ciudad de México: Casa abierta al tiempo; 2017.
2. Secretaría de salud. Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Vol 1. 1ra Ed. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2015. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/cenetec>.
3. Claudia US, Alejandro CR. Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Vol 1. 1ra Ed. Ciudad de México: Producción editorial por Patricia Fuentes de Iturbe en Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales); 2010. Disponible en http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria". Vol 1. 1ra Ed. EEUU: Editorial Médica Panamericana; 2010.
5. American Psychiatric Association. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Vol 1, 5ta Ed. EEUU: Editorial Médica Panamericana; 2013. P. 253-317.
- 6 F.J. Vaz, F. J. Zamora, J. A. Guisado, L. Rodríguez, Ma I. Ramos. Adicciones y trastornos de la conducta alimentaria: ¿dos caras de una misma moneda?. Addictions and eating disorders: Two sides of the same coin? . Revista de Patología Dual. 2014; Vol 1(2): 1-7. Disponible en www.patologiadual.es/profesional_revista.html
7. George FK and Nora DV. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Lancet Psychiatry. 2016; Vol. 3(8): 760–773.
8. Alice E, Laura AB and Dr. Kaye. Neurobiology of Eating Disorders: Clinical Implications. Psychiatric Times. 2016;Vol 28(2): <http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/neurobiology-eating-disorders-clinical-implications>





9. Rao R, Paul S, David S. Obesity and addiction: Common neurological mechanisms and drug development. Elsevier Physiology & Behavior. 2008; Vol. 95: 2–9. Disponible en doi:10.1016/j.physbeh.2008.05.001
10. Walter K, MD1, Christina W, et al. Does a shared neurobiology for foods and drugs of abuse contribute to extremes of food ingestion in anorexia and bulimia nervosa?. Biol Psychiatry. 2013; 73(9): 836–842. doi:10.1016/j.biopsych.2013.01.002.
11. Nora V, Gene W et al. Inverse Association Between BMI and Prefrontal Metabolic Activity in Healthy Adults. Behavior and Psychology. 2008; 17 (1): 60–65. doi:10.1038/oby.2008.469
12. Ursula GE, Raquel RT. Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2014; 5: 115-123
13. Flores-Fresco, M. J., Blanco-Gandía, M. C. y Rodríguez-Arias, M. Alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con trastorno por abuso de sustancias. Clínica y Salud. 2018; 29(3): 125-132. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a18>
14. Jessica L. Martin, Gabrielle Groth, et al. Disordered eating and alcohol use among college women: Associations with race and big five traits. Elsevier Eating Behaviors. 2015; 17: 149–152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.02.002>
15. Sara Pompili, Fiorenzo Laghi. Drunkorexia among adolescents: The role of motivations and emotion regulation. Eating Behaviors. 2018; 29: 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.01.001>
16. Carlos S, Sonia G, et al. Drogodependencia y trastorno alimentario/ Drug dependence and eating disorder. 17o Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2016 interpsiquis.com. Psiquiatría.com
17. Claudia US, Bertha NG, Alfredo CR. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. Revista de Investigación Clínica. 2010; Vol.62(5): 424-432.
18. Organización Mundial de la Salud. Intervención Breve. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria. Vol 1. 1ra ed. EEUU: Organización Panamericana de la Salud; 2011.





19. Tiburcio S, Marcela RM, et al. Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Revista Adicciones*. 2016; 28 (1): 19-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289144321003>
20. who.com [Internet]. World Health Assembly: World Health Organization; 1997 [actualizado en el 2012; citado 25 Nov 2019]. Disponible en https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf
21. L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert Instituto IAP. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Vol 1. 5ta ed. Madrid: Sheehan DV & Lecrubier Y; 2000.
22. Kristine Rømer Thomsen*, Mette Buhl Callesen et al. Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal of Behavioral Addictions*. 2018; 7(2): 317–330
23. Juan RD, Lucía CN, Teresa SL, Marco AA. Nutrición. **En:** Carlos OA/Ed Francisco R (coordinador), Juan GL, Susana VG, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Vol 1. 1ra ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012. Pag. 127-194.
24. Mauricio HÁ, Juan RD, Teresa SL et al Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto nacional de Salud publica. Vol 1. 1ra ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2016.
25. Miriam MG, Godeleva OV. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *teraPla PSIColÓgICa* 2009, Vol. 27, No2, 181-189
26. Domenico De Berardis, Ilaria Matarazzo, Laura Orsolini et al. The Problem of Eating Disorders and Comorbid Psychostimulants Abuse: A Mini Review. *Neuropsychiatry (London.)* 2019; Vol 9(3), 2359–2368.
27. Miriam SS , Ana ZM, Rosario FC. Drunkorexia y Binge drinking- nuevos patrones de conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Española Nutricion Comunitaria*. 2016; 22(1):36-41.
28. Melissa MC y Jessica HB. REVIEW: A Primer on the Genetics of Comorbid Eating Disorders and Substance Use Disorders. *Eur. Eat. Disorders*. 2016; Vol (5): 91-100. Disponible en DOI: 10.1002/erv.2424





29. Zeynep Y, Andrew H, Cynthia MB. Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics and Genetics*. 2015 Vol (5): 131–150.

ANEXOS (Instrumentos)

Anexo 1: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Nos gustaria saber tu opinion respecto a tus habitos alimenticios en los ultimos 3 meses. Lee cada

1	2	3	4
<i>Nunca o Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Con frecuencia(2 veces en una semana)</i>	<i>Con mucha frecuencia mas de 2 veces en una semana</i>

		1	2	3	4	
CR1	Me ha preocupado engordar					
CR2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida					
CR3	He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)					
CR4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso					
CR5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o mas)					
CR6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso					
CR7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso					
CR8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especificar cuales: _____					





CR9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales: _____					
CR10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales: _____					

Anexo 2: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR: _____. **PAÍS:** _____. **CLÍNICA:** _____. **No PARTICIPANTE:** _____. **FECHA:** ____/____/_____.

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de





diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u>? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) 03	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol,	0	3





etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:

“¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?”

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6





b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) 03	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses,





continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) 03	0	3	4	5	6





g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4





En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) 03	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7





i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5





En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) 03	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8





i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o <u>alguien más</u> alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) 03	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam,	0	6	3





Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 7





¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) 03	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3





Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

Anexo 3 Carta de consentimiento informado para adultos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
 Y POLÍTICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio: Frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, en derechohabientes de 15 a 29 años con riesgo para consumo de sustancias adictivas, en un trimestre en la Unidad Morelos.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: _____

Número de registro institucional: _____

Justificación y objetivo del estudio: Identificar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, en derechohabientes de 15 a 29 años con riesgo para consumo de sustancias adictivas.

Procedimientos: Aplicación de herramientas de medición (encuestas)

Posibles riesgos y molestias: No se espera que responder a las preguntas de la encuesta implique algún riesgo para el participante, pero dada la naturaleza sensible de algunas de las preguntas, éstas podrían





generarle incomodidad.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Detectar si cursa con factores de riesgo o trastorno, y ser canalizado a una valoración integral por un especialista.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

En caso de que usted resulte positivo para un factor de riesgo o trastorno, se le canalizará a una valoración integral por otra especialidad.

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Se le asegura la confidencialidad de la información y la libertad para no responder algunas preguntas y para retirarse del estudio en cualquier momento

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 4 Carta de consentimiento informado para menores de edad.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en





protocolos de investigación (padres o representantes legales de menores de edad o personas con discapacidad)

Nombre del estudio: Frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, en derechohabientes de 15 a 29 años con riesgo para consumo de sustancias adictivas, en un trimestre en la Unidad Morelos.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha:

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio: Identificar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, en derechohabientes de 15 a 29 años con riesgo para consumo de sustancias adictivas.

Procedimientos: Detección de conductas de riesgo mediante aplicación de herramientas de medición (encuestas)

Posibles riesgos y molestias: No se espera que responder a las preguntas de la encuesta implique algún riesgo para el participante, pero dada la naturaleza sensible de algunas de las preguntas, éstas podrían generarle incomodidad.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Detectar si cursa con factores de riesgo o trastorno, y ser canalizado a una valoración integral por un especialista.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: En caso de que usted resulte positivo para un factor de riesgo o trastorno, se le canalizará a una valoración integral por otra especialidad.

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad: Se le asegura la confidencialidad de la información y la libertad para no responder algunas preguntas y para retirarse del estudio en cualquier momento

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
Si acepto que mi familiar o representado participe en este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: _____
Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.





Clave: 2810-009-014



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: Frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, en individuos de 15 a 29 años con riesgo para consumo de sustancias

Número de registro institucional _____

- **Objetivo del estudio y procedimientos:** Identificar la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo, en los individuos con riesgo para consumo de sustancias de 15-29 años, derechohabientes del IMSS, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Hola, mi nombre es _____ y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de _____ y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en

- Detección de conductas de riesgo y trastornos de alimentación y de consumo de sustancias, mediante aplicación de herramientas de medición (encuestas)

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.





Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

Anexo 5 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

Anexo 5.1 MINI para Abuso y dependencia de alcohol

Abuso y dependencia de alcohol

→SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, RODEAR CON UN CIRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO)

J1	a. ¿En los últimos 12 meses , ha tomado 3 o mas bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o mas ocasiones?	→ NO	SI	1
J2	En los últimos 12 meses:			
	a. ¿Necesitaba beber mas para conseguir los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI	2
	b. ¿Cuándo reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. Ej. Temblores, sudoraciones o agitación)?	NO	SI	3
CODIFICAR SI , SI CONTESTO SI EN ALGUNA				





	c. ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo mas de lo que en un principio había planeado?	NO	SI	4
	d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol, pero ha fracasado?	NO	SI	5
	e. ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SI	6
	f. ¿Paso menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SI	7
	g. ¿Continúo bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8
	¿CODIFICO SI EN 3 O MAS RESPUESTAS DE J2?	NO	SI	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
En los últimos 12 meses:				
K3	a. ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en mas de una ocasión, cuando tenia otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasiono algún problema? (CODIFIQUE SI , SOLO SI LE OCASIONO PROBLEMAS)	NO	SI	9
	b. ¿Ha estado intoxicado con en alguna situación en la que corría un riesgo físico, (por ejemplo, conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una maquina, etc)? (CODIFIQUE SI , SOLO SI LE OCASIONO PROBLEMAS)	NO	SI	10
	c. ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden publico?	NO	SI	11



	d. ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	12
	¿CODIFICO SI EN 1 O MAS RESPUESTAS DE J3?	NO	SI	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

Anexo 5.2 MINI para Abuso y dependencia de sustancias (no alcohol)

Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

→SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNOSTICAS, RODEAR CON UN CIRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MODULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas			
K1	a. ¿En los últimos 12 meses, tomo alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de animo?	NO	SI
<p>RODEE CON UN CIRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:</p> <p>Estimulantes: anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.</p> <p>Cocaína: inalada, intravenosa, crack, speedball.</p> <p>Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.</p> <p>Alucinógenos: LSD (acido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, peace pill), psilocybin, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.</p> <p>Inhalantes: pegamento, éter, oxido nitroso (laughing gas), amyl o butyl nítrate (poppers).</p> <p>Marihuana: hachis, THC, pasto, hierba, mota, reefer.</p> <p>Tranquilizantes: Qualude, Seconal (reds), Valium, Xanax, Librium, Ativan,</p>			





	<p>Dalmane, Halción, barbitúricos, Miltown, Tranquimazin, Lexatin, Orfidal. Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia? ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MAS USADA/S:</p> <p>_____</p>			
	<p>b. SI EXISTE USO CONCURRENTENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACION:</p>			
	SOLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA			
	SOLO LA CLASE DE DROGA MAS UTILIZADA ES EXPLORADA			
	CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE (FOTOCOPIAR K Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO)			
K2	<p>Considerando su uso de (nombre de la droga/clase de drogas seleccionada), en los últimos 12 meses:</p>			
	h. ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SI	1
	i. ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizo alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SI	2
	<p>CODIFICAR SI, SI CONTESTO SI EN ALGUNA</p>			





	j. ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminada utilizando mas de lo que en un principio había planeado?	NO	SI	3
	k. ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SI	4
	l. ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (>2horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SI	5
	m. ¿Paso menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SI	6
	n. Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SI	7
	¿CODIFICO SI EN 3 O MAS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICA LA/S DROGAS: _____	NO	SI	
		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL		
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3	e. ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en mas de una ocasión, cuando tenia otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasiono algún problema? (CODIFIQUE SI, SOLO SI LE OCASIONO PROBLEMAS)	NO	SI	8
	f. ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. Ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una maquina, etc)?	NO	SI	9



	g. ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SI	10
	h. ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	11
	¿CODIFICO SI EN 1 O MAS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DRUGA/S: _____	NO	SI	
		ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL		

Anexo 5.3 MINI para Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa

M1	a. ¿Cual es su estatura?	cm		
	b. ¿En los últimos 3 meses, cual ha sido su peso mas bajo?	_____ Kg		
	c. ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MINIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACION)	NO	SI	
En los últimos 3 meses				
M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SI	1
M3	¿A pesar de su bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SI	2
M4	a. ¿Se considera gordo, o que una parte de su cuerpo era	NO	SI	3





	demasiado gorda?			
	b. ¿Influyo mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de si mismo?	NO		4
	c. ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO		5
M5	¿CODIFICO SI EN UNA O MAS RESPUESTAS DE M4 ?	NO	SI	
M6	SOLO PARA MUJERES: ¿EN los últimos 3 meses, dejo de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO	SI	6
	PARA MUEJRES: ¿CODIFICO SI EN M5 Y M6? PARA HOMBRES: ¿CODIFICO SI EN M5?	NO	SI	
		ANOREXIA NERVOSA ACTUAL		

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MINIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer												
estatura/peso												
Cm	144.8	147.3	149.9	152.4	154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7
Kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
Hombre												
estatura/peso												
Cm	154.9	157.5	160.0	162.6	165.1	167.6	170.2	172.7	175.3	177.8	180.3	182.8
Kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del limite inferior de la escala de distribución normal de la Metropolitan Life Insurance Table of weight.





Anexo 5.4 MINI para Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1 ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SI	1
N2 ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SI	2
N3 ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SI	3
N4 ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, NO SÍ 10 como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SI	4
N5 ¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SI	5
N6 ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NO SÍ NERVIOSA?	NO↓ Ir a N8	SI	
N7 ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? NO SÍ 12 (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SI	6



N8 ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	NO	SI	
	Bulimia Nervosa Actual		
¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	NO	SI	
	Anorexia Nervosa Tipo Compulsivo/Purgativo Actual		

