

11241

21

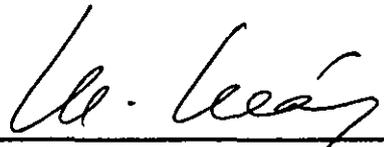
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Título: ANOREXIA NERVOSA Y SU CORRELACION CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Alumno: **DRA. DIANA PATRICIA GOMEZ RAMIREZ.**

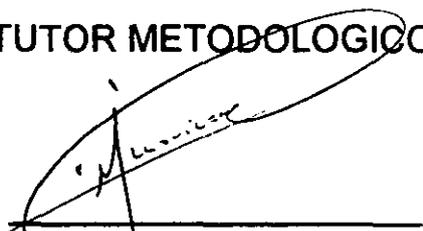
27.04.96

TUTOR TEORICO



Dra. Mirella Márquez Marín.

TUTOR METODOLOGICO



Dr. Miguel Villavicencio Casildo

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA".

Vo. Bo.

Alejandro Díaz
 Dr. Alejandro Díaz J.

**PSICOLOGIA
 MEDICA
 AÑO: 1999-2000
 DEPTO. DE PSIQUIATRIA
 Y SALUD MENTAL
 U. N. A. M.**



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.



***ANOREXIA NERVOSA Y SU
CORRELACION CON TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO***

I N D I C E

1. INTRODUCCION
2. JUSTIFICACION
3. OBJETIVO
4. HIPOTESIS
5. MATERIAL Y METODOS
6. INSTRUMENTOS DE MEDICION
7. RESULTADOS
8. DISCUSION
9. CONCLUSIONES
10. ANEXOS
11. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

Hay descripciones de trastornos muy parecidos a lo que nosotros llamamos anorexia nerviosa en los jeroglíficos egipcios antiguos y en los manuscritos persas. Pergaminos originarios de las primeras dinastías chinas, también mencionan conductas similares a lo que hoy conocemos como trastornos de la conducta alimentaria. Los romanos realizaban banquetes abundantes y entonces se provocaban el vómito para que pudieran continuar comiendo.¹

Las tribus africanas relatan historias de individuos que rechazaban el alimento durante tiempos de carestía para que sus hijos pudieran consumir el alimento disponible. Ellos fueron muy admirados por quienes no presentaban dicha conducta. Cuando la carestía pasaba, pocos restrictores voluntarios continuaban rechazando el alimento hasta que morían algunos fueron curados por shamanes quienes inducían estados de trance similares a los que hoy conocemos como hipnoterapia.¹

En Europa, la primera descripción formal de anorexia nerviosa en la literatura médica, fue realizada por Richard Morton en Londres en 1689, describiendo a la primer paciente anoréxica como "un vestido de huesos solo con piel". Otros dos médicos, Lasegue en 1873 en Francia y Gull en 1874 en Inglaterra, escribieron los primeros dos artículos acerca de anorexia nerviosa en la literatura médica moderna

Al principio la anorexia nerviosa fue tomada como una forma de tuberculosis ó una manifestación de alguna otra enfermedad física, como desequilibrio hormonal ó deficiencia endocrina. Esto fue hasta 1930 que los investigadores creyeron que las causas de éste trastorno eran psicológicas y emocionales. Hoy los clínicos creen que los trastornos de la conducta alimentaria representan el resultado final del distress emocional interactuando con un desbalance fisiológico, en un individuo vulnerable (incluyendo las alteraciones causadas por la dieta).^{3,11}

El tratamiento efectivo, por supuesto, tendrá que ser dirigido a los factores físicos y psicológicos.

Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades médicas que se caracterizan por alteraciones graves de la alimentación siendo la anorexia de los más representativos. Aunque no es enfermedad per se, sino un síndrome conductual que se desarrolla en individuos que manifiestan un amplio espectro de características psicológicas, biológicas y socioculturales. El reconocimiento del impacto psicofisiológico de complicaciones médicas relacionadas y la identificación de la comorbilidad psiquiátrica son de importancia fundamental en el diagnóstico y tratamiento de éste trastorno.^{2,8}

Existen diversas teorías en donde intervienen los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. El temperamento es uno de los factores que al menos en parte se encuentra genéticamente determinado. Algunos tipos de personalidad son más vulnerables de presentar trastornos de la conducta alimentaria que otros.⁴

También en algunas personas se llega a alterar el funcionamiento químico cerebral, lo que prolonga el trastorno, por ejemplo provocando ansiedad y depresión de manera temporal.

Este tipo de trastorno pueden presentarse cuando la persona atraviesa por algún problema, transición o pérdida como son la pubertad, matrimonio, divorcio, problemas familiares, muerte, un nuevo empleo o el ingreso a una escuela, finalización de una relación afectiva importante, abuso físico o sexual, problemas con figuras de autoridad, etc.⁸

Existen individuos predispuestos a padecer éste tipo de trastorno como son los bailarines, gimnastas, corredores, modelos, actrices y homosexuales.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Una característica esencial de la anorexia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales, se niegan a mantener un peso corporal normal para su edad y su estatura, el peso es del 85% o menos de lo esperado para la edad y la estatura. En la mujer se detiene el periodo menstrual, en los hombres los niveles de hormonas sexuales disminuyen, en las mujeres jóvenes no comienzan a menstruar a una edad apropiada, niegan el peligro de poseer un bajo peso, se muestran aterrorizados de subir de peso aunque se encuentren marcadamente por debajo de su peso ideal, se sienten obesos cuando en realidad están delgados.²

Las personas que desarrollan anorexia, a menudo, son permisivos, trabajadores y buenos estudiantes, pueden ser personas que se preocupan por sus semejantes, tratan de sobresalir, tienden al perfeccionismo y a lograr siempre sus metas. Las personas suprimen la carne, tomando solamente pequeñas porciones de alimento, no lo ingieren delante de otras personas, comen en forma ritual y mezclan extrañas formas de alimentos. Pueden masticar bocados de comida pero la escupen, siempre tienen una excusa para no comer: "no tengo hambre, acabo de comer con un amigo, estoy satisfecho, etc." , comen solo pocos alimentos "seguros" se convierten en "vegetarianos" y no consumen las grasas, aceites, fibras y vegetales necesarios. Escogen primeramente alimentos bajos en grasas sin embargo también con bajos niveles de otros nutrientes, tales como la lechuga, tomates, tallos, etc. Siempre tienen una soda de dieta a la mano, reducen drásticamente o completamente las grasas, si llegan a romper la rígida disciplina y comen porciones normales o grandes de alimento, se levantan de la mesa para vomitar y librarse de las calorías. En general dividen los alimentos en dos grupos; los buenos y seguros o los malos y peligrosos. Existen dos subtipos de anorexia que son el restrictivo en donde la pérdida de peso se consigue haciendo exclusivamente dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia, estos individuos no recurren a purgas; y el tipo purgativo, es cuando el individuo recurre a purgas. La mayoría de estos pacientes recurren a purgas, laxantes, diuréticos y se provocan el vómito de manera excesiva. ²

Para fines prácticos la anorexia nerviosa se ha dividido en dos subtipos para su clasificación, que son el tipo restrictivo, en dónde se describen cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o haciendo ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, éstos individuos no recurren a purgas. El tipo purgativo, se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a purgas o provocándose vómito, utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva.²

La anorexia puede ser letal, aunque la persona ponga entusiasmo para enfrentarlo, se encuentran deprimidos, avergonzados y vacíos por dentro.

Diversas investigaciones sugieren que cerca del 1% de las mujeres adolescentes tiene anorexia. Que al menos una de cada 100 mujeres jóvenes entre 10 y 20 años se están muriendo de hambre voluntariamente, quizá al punto de la muerte. Solo un 5-10% de personas con trastornos de la conducta alimentaria, son hombres.¹⁰ Esta gran diferencia puede reflejar las expectativas opuestas de la sociedad en cuanto al hombre y la mujer. Los hombres son supuestamente más fuertes y poderosos, ellos se sienten avergonzados de un cuerpo delgado; las mujeres por otro lado son supuestamente buenas, pequeñas y delgadas, ellas se someten a dietas para perder peso y si pierden el control, el resultado será estar hambrientas o desarrollar un control rígido y compulsivo, pueden pasar a ser anoréxicas.

La anorexia afecta primariamente a los adolescentes, pero reportes clínicos mencionan el trastorno en niños tan jóvenes como 6 años y en ancianos de 66 años. Estudios recientes sugieren que la mitad de los adultos americanos, tanto hombres como mujeres se encuentran por arriba de su peso, cerca de una tercera parte (34%) son obesos, 20% son normales y muchas de estas personas han padecido algún trastorno de la conducta alimentaria.¹¹

Si no se detienen las acciones purgativas y las deficiencias en la alimentación, pueden presentarse daños físicos irreversibles, y probablemente llegar a la muerte. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden afectar todas las células, tejidos y órganos del cuerpo, provocando arritmias, paro cardiaco, daño renal, daño hepático, destrucción de los dientes, ruptura del esófago, pérdida de la masa muscular, trastornos en el ciclo menstrual, infertilidad, hirsutismo, piel seca, anemia, desnutrición, trastornos del sueño, confusión mental, daño óseo y se incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes mellitus tipo II y daño articular así como la muerte en etapas finales.

Dentro de los problemas psiquiátricos se encuentran depresión que puede llegar al suicidio, ansiedad, suspicacia, conductas de tipo obsesivo-compulsivas.

Se han realizado diversas investigaciones acerca de la asociación del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con la anorexia, donde se ha encontrado que los pacientes con historia previa de trastorno de la

alimentación, tuvieron un inicio más temprano de los síntomas obsesivo-compulsivos comparados con aquellos pacientes que presentaban TOC únicamente; teniendo ambos padecimientos una edad de inicio similar. Los pacientes con inicio temprano del TOC tienen un riesgo mayor para desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria.⁵

Durante los últimos años, el tema de la comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria con trastorno obsesivo-compulsivo han sido a menudo discutidos, muchos autores han encontrado una prevalencia de asociación del 3% al 37%.^{22,23}

La razón para la comorbilidad de éstos dos trastornos es aún incierta. Estudios comparativos han revelado similitudes marcadas, además de diferencias en las características de personalidad y psicopatología de dichos pacientes.

Aún permanece incierto cuáles factores son cruciales para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

2. JUSTIFICACION

Debido al incremento que ha presentado la anorexia nervosa en el ámbito psiquiátrico en los últimos años, ocasionado por la imagen sociocultural manejada como estética, consideramos necesario además de su estudio completo y sistematizado, establecer en que proporción se encuentra combinada con otros trastornos psiquiátricos, encontrando que el trastorno obsesivo-compulsivo juega un papel importante, ya que se ha demostrado en estudios previos, su asociación con anorexia nervosa hasta en un 37%.

Por otro lado se ha podido corroborar que existen pocos estudios para nuestra población en donde se comparen ambas sintomatologías, por lo que encontramos de utilidad hacer evidente la asociación de dichos trastornos en una muestra de la población mexicana.

3. OBJETIVO

1. Detectar la presencia de trastorno obsesivo compulsivo en pacientes con trastornos de anorexia nervosa.

4. HIPOTESIS

- El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se asocia al trastorno de anorexia nervosa.

3. OBJETIVO

1. Detectar la presencia de trastorno obsesivo compulsivo en pacientes con trastornos de anorexia nervosa.

4. HIPOTESIS

- El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se asocia al trastorno de anorexia nervosa.

5. MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, en una población homodémica y de acuerdo a la maniobra, de escrutinio.

Se recabaron un total de 25 pacientes referidas por primera vez a la clínica de anorexia del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en el periodo comprendido entre los meses de junio a noviembre de 1999 y se les efectuó una entrevista psiquiátrica para establecer el diagnóstico de anorexia nervosa basándose en los criterios del DSM-IV, y descartar cualquier patología de tipo psicótico; una vez establecido el diagnóstico, se procedió a la aplicación de la escala de actitudes alimentarias (EAT) la cual evalúa la severidad de los síntomas de anorexia nervosa; y la escala de Yale-Brown (Y-BOCS) la que de igual manera evalúa la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos.

- **CRITERIOS DE INCLUSION:** Todos los pacientes de cualquier sexo canalizados por primera vez a la clínica de anorexia del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran" que presenten anorexia nervosa y no presenten patología psicótica.

- **CRITERIOS DE EXCLUSION:** Pacientes con cuadro psicótico agregado que presenten comorbilidad psiquiátrica distinta de trastorno obsesivo compulsivo, así como las que presenten enfermedad médica que condicione pérdida de peso.

6. INSTRUMENTOS DE MEDICION

1. Entrevista inicial para diagnosticar anorexia nervosa y descartar cuadro psicótico en base a los criterios del DSM-IV.
2. Escala de actitudes alimenticias (EAT); The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. David Garner, Paul Garfinkel, *Psychological Medicine*, 1979(9); 273-279.

La escala de EAT es presentada en 6 puntos, elección forzada, por un formato autoaplicable el cual es fácilmente administrado y evaluado. La escala de EAT fue validada usando dos grupos de mujeres con anorexia nervosa (N = 32 y 33) y mujeres control (N = 34 y 59). La medición total de la escala de EAT fue significativamente correlacionada con el criterio de los miembros del grupo ($r = 0.87$, $P < 0.001$), sugiriendo un elevado nivel de validez. Hubo muy poca similitud en la distribución de frecuencia de los dos grupos y solo un 7% en los controles normales tan elevado como él más bajo de los pacientes anoréxicas. Las mujeres obesas y los hombres, también tuvieron una evaluación significativamente baja en la escala de EAT que las anoréxicas. Lo que sugiere que ésta escala es un elemento sensitivo para evaluar la severidad para los trastornos de alimentación como lo es la anorexia nervosa. Dicha severidad es clasificada de

acuerdo al puntaje obtenido, en leve (0-40 puntos) pudiendo encontrar en este nivel características clínicas como conciencia clara de enfermedad, temor parcial al incremento de peso, ausencia de amenorrea, no se recurre a purgas. El siguiente nivel considerado como moderado (41-80 puntos) presenta sintomatología más marcada, puede haber o no ausencia de amenorrea, no hay conciencia de enfermedad, temor claro al incremento de peso, puede haber presencia de vómitos provocados o utilización de purgantes y finalmente el último nivel catalogado como severo (81-120 puntos) reúne todas las características para anorexia del DSM-IV como son presencia de amenorrea, rechazo a mantener el peso corporal, temor intenso a ganar peso y franca alteración de la percepción de la silueta corporal, lo que puede ir acompañado de provocación del vómito y/o uso de laxantes, diuréticos o enemas.

3. Escala obsesivo compulsivo de Yale Brown (Y-BOCS); The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. Archives of general psychiatry, 1989. Vol 46, Nov; 1006-1016.

La escala Yale-Brown para Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), fue diseñada para solucionar los problemas existentes con otras escalas que evaluaban la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos que no estuviera influenciado por el tipo de obsesiones o compulsiones presentes. La escala es un cuestionario de 10 preguntas, cada una con un valor de 0 (asintomático) a 4 (síntomas severos) (con un rango de 0-40),

con subtotales separados por la severidad de la sintomatología. En dónde un puntaje que va de 0-13 es considerado como rasgos leves de TOC (los pensamientos y las actitudes de tipo obsesivo-compulsivo ocupan menos de 1 hr al día o son ocasionales, presentan una escasa interferencia tipo social, familiar o laboral sin alteración del desempeño global, no hay presencia de ansiedad ni de resistencia, teniendo un control absoluto sobre los pensamientos o actitudes); de 14-26 puntos se considera como TOC moderado (los pensamientos y las actitudes de tipo obsesivo-compulsivo ocupan una mayor parte del día siendo más frecuentes, ya existe una intervención parcial en el desempeño global del individuo, existe ansiedad y resistencia parcial a los pensamientos y/o actitudes con un pobre control sobre éstas); y de 27-40 puntos se considera como TOC severo (Los pensamientos y las actitudes obsesivo-compulsivas son continuas, persistentes, interfiriendo totalmente en el desempeño del individuo en todos los ámbitos, ocasionando una ansiedad importante, pero sin presentar resistencia ante esto, sin un control, presentandose involuntaria e irresistiblemente). En un estudio, se incluyeron 40 pacientes con TOC en varias etapas de tratamiento, clasificando la confiabilidad como excelente para el total de la escala y para cada una de las 10 preguntas, con un alto grado de consistencia interna entre todas las preguntas, demostrado mediante el coeficiente de Cronbach. Basados en una evaluación de 42 pacientes con TOC, cada pregunta fue frecuentemente apoyado y medido a través de un rango de severidad.

Estos hallazgos sugieren que la escala Yale-Brown es un instrumento confiable para medir la severidad de la enfermedad en pacientes con TOC con un rango de severidad y tipos de síntomas obsesivo-compulsivos.

7. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 25 pacientes, todos ellos del sexo femenino, la edad de las pacientes en el estudio fue de 13 a 22 años, con un promedio de 17.44 ± 2.42 años, con un peso promedio de 39.264 ± 4.186 Kg y una talla promedio de 158.6 ± 7.39 cm; su Índice de Masa Corporal (IMC) se encontró entre 13.34 y 18.73 con un promedio de 15.62 ± 1.52 , en todas se encuentra por debajo de lo normal (20-25) (Tabla 1).

En cuanto a su escolaridad el 12% tenía preparación primaria, el 48% secundaria y el 40% preparatoria (Gráfica 1).

Por ocupación el 52% son estudiantes, el 24% dedicadas al hogar, el 16% empleadas y el 8% no especifica ninguna ocupación (Gráfica 2).

De acuerdo con la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos, medidos por la escala de Y-BOCS, el 52% presenta síntomas leves, el 16% moderados y el 32% severos (Gráfica 3).

En tanto que la severidad de los síntomas de la Anorexia Nervosa, medidos por la escala de EAT, el 24% presenta una alteración moderada y el 76% severa (Gráfica 4).

De las pacientes con anorexia nervosa moderada, se encontró que el 50% presenta además sintomatología leve de tipo obsesivo-compulsivo (escala de Y-BOCS), el 33% presenta sintomatología obsesivo-compulsivo moderada y el 16% severa. (Tabla 2)

En tanto que las pacientes con anorexia nervosa severa, el 52% presentó sintomatología obsesivo-compulsiva leve, en un 10% moderada y el 36% severa en cuanto a la escala de Y-BOCS. (Tabla 2)

Se determina un coeficiente de correlación a través de una Phi de Cramer con un valor de 0.28, sin embargo el cálculo de chi cuadrada para esta correlación resulta no significativo ($p=0.355$).

TABLA 1**ANOREXIA NERVOSA - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

	EDAD*	PESO°	TALLA **	IMC°°
PROMEDIO	17.44	39.26	158.6	15.62
DESVIACION ESTANDAR	2.42	4.18	7.39	1.52
VALOR MAXIMO	22	50.10	172	18.73
VALOR MINIMO	13	31.00	146	13.34

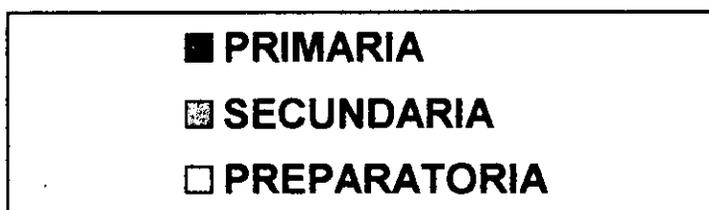
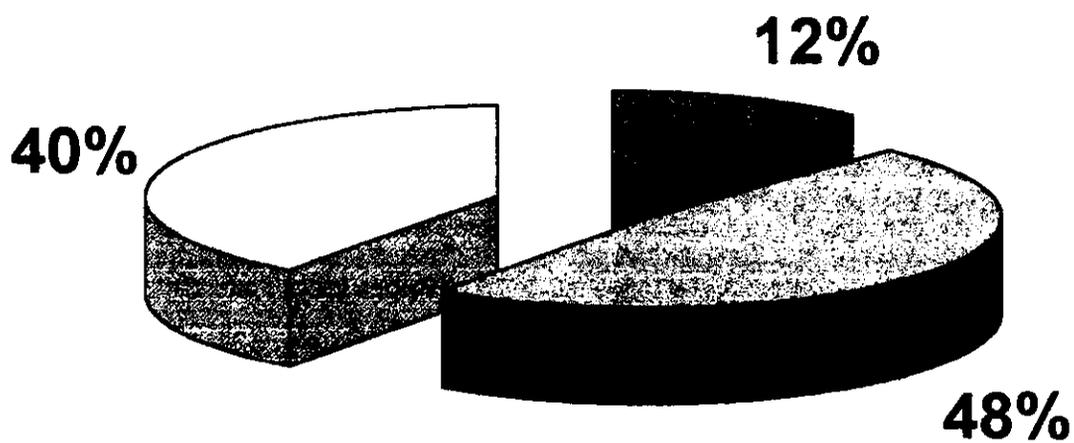
*Años, ** Cms

° Kg, °° Kg/M²

N= 25

GRAFICA 1

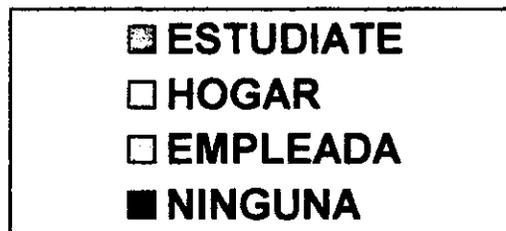
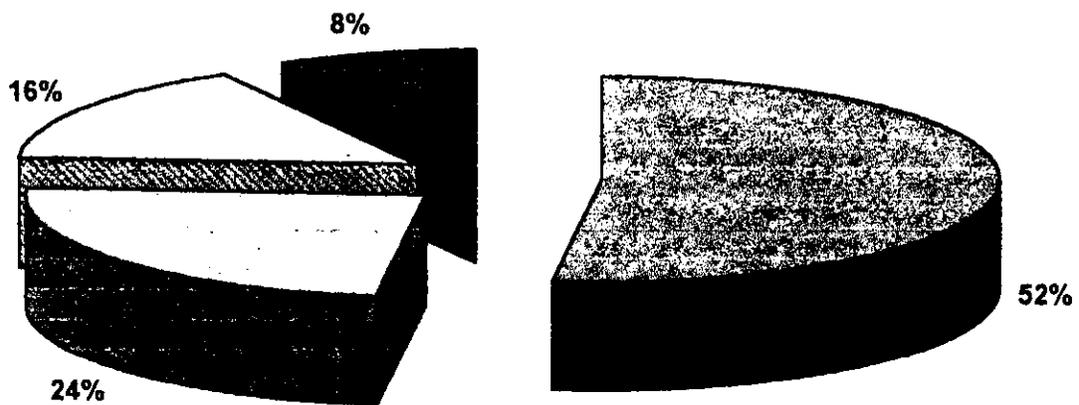
ANOREXIA NERVOSA - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
ESCOLARIDAD.



N= 25

GRAFICA 2

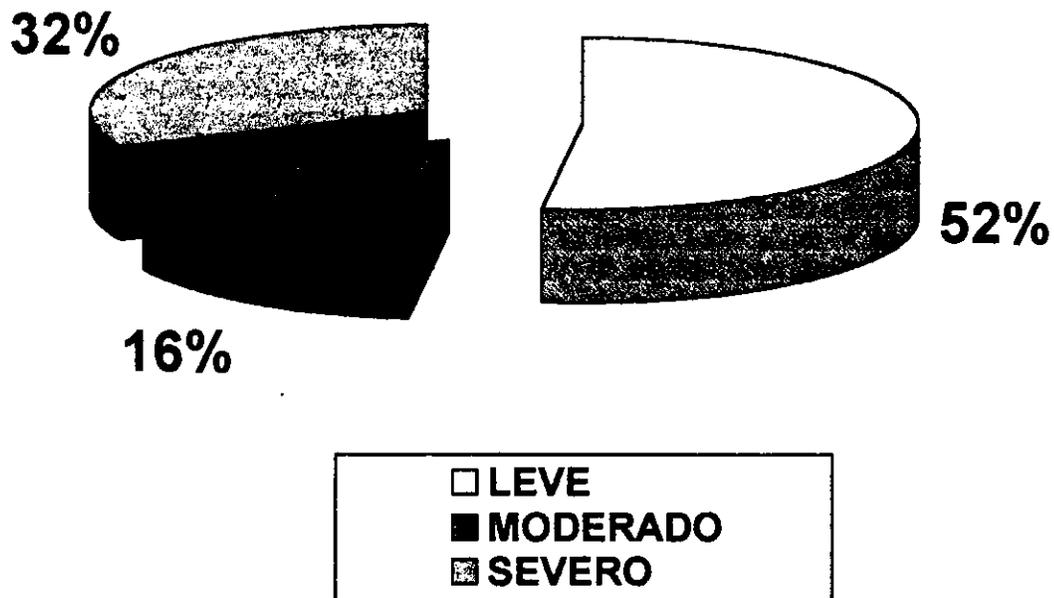
ANOREXIA NERVOSA - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
OCUPACIÓN.



N= 25

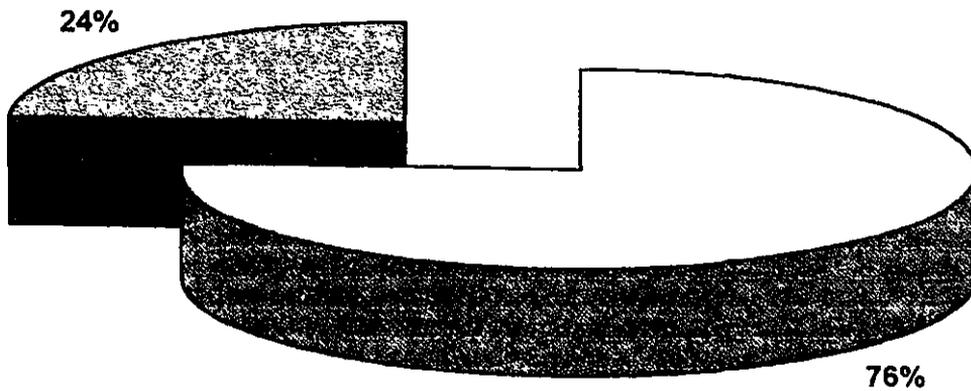
GRAFICA 3

ANOREXIA NERVOSA - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
SEVERIDAD DE SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS
(Y-BOCS).



N= 25

GRAFICA 4
ANOREXIA NERVOSA - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
SEVERIDAD DE SÍNTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA
(EAT)



□ SEVERO
■ MODERADO

N= 25

TABLA 2

ANOREXIA NERVOSA - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO RELACION DE SEVERIDAD

	ANOREXIA*			
		MODERADO	SEVERO	TOTAL
		N/%	N/%	N/%
T O C°	LEVE	3 50%	10 52.6%	13 52%
	MODERADO	2 33.3%	2 10.5%	4 16%
	SEVERO	1 16.7%	7 36.8%	8 32%
	TOTAL	6 100%	19 100%	25 100%

P (0.355)

* EAT N= 25 = 100%

° Y-BOCS N= 12 = 48%

8. DISCUSION

Se encuentra una correlación de 0.355 entre la severidad de la anorexia nervosa y la severidad del trastorno obsesivo compulsivo, esta asociación refleja una tendencia que no llega a ser estadísticamente significativa. Es probable que la baja correlación y la ausencia de significancia estadística sean debidas a un tamaño de muestra pequeño (N=25).

Basándose en lo anterior, sería deseable aumentar el número de población estudiada.

Sin embargo, a pesar de que no hubo una diferencia estadísticamente significativa, pudimos encontrar que independientemente de la severidad de la anorexia nervosa la mayoría de las pacientes (52%) presentaron rasgos obsesivo-compulsivos; lo cual no puede diagnosticarse totalmente como un trastorno, ya que dichos rasgos pudieran estar determinados por las características propias de personalidad de cada individuo. Un tercio de las pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa moderada presentó a su vez trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) moderado y finalmente otro tercio de las pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa severa presentó TOC severo.

Un hallazgo interesante resultó ser que basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV la mayoría de las pacientes no reunió criterios para TOC (52%), sin embargo, al aplicar la escala de Y-BOCS para trastorno obsesivo-compulsivo se encontró que reunían puntajes para TOC leve, lo que podría explicarse como una negación de las pacientes a la enfermedad o como se mencionó previamente a los rasgos de personalidad de cada paciente; lo que probablemente determine una influencia sobre la evolución de la anorexia nervosa, en su evolución natural de la adolescencia, así como en su desempeño emocional, social, escolar y familiar; por lo que este estudio abre nuevas perspectivas para realizar estudios posteriores en donde se realice un seguimiento a largo plazo para poder determinar la influencia real del TOC sobre el desempeño global de las pacientes, así como en las implicaciones clínicas de la propia anorexia nervosa.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

9. CONCLUSIONES

- Del 100% (25 pacientes) de la población con anorexia nervosa, el 48% (13 pacientes) presentaron trastorno obsesivo-compulsivo.
- No hubo diferencias entre el grado de severidad de la anorexia nervosa y el grado de severidad del TOC. Presentando una tendencia de la mitad de las pacientes a presentar únicamente rasgos de tipo obsesivo-compulsivos, un tercio de ellas presentó TOC moderado y otro tercio TOC severo.
- Se considera necesario continuar nuevas líneas de investigación con seguimiento a largo plazo para determinar las implicaciones clínicas del TOC sobre la anorexia nervosa.

10. ANEXOS

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
SALVADOR ZUBIRAN
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA
TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACION

Estandarizado por el Dr. Joseph Toro
Universidad de Barcelona

NOMBRE: _____ EDAD: _____
PESO: _____ TALLA: _____ ESCOLARIDAD: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES

- 1.- Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas
- 2.- Contéstalas de manera individual sin consultar a nadie
- 3.- Al contestarlas, hazlo lo más verídicamente posible
- 4.- Especifica tu respuesta anotando una X en el paréntesis que contenga la opción que más se adecue a lo que piensas.
- 5.- Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.

PREGUNTAS

1. Me gusta comer con otras personas
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
2. Preparo comidas para otros pero yo no me los como
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
4. Me da mucho miedo pesar demasiado
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
5. Procuo no comer aunque tenga hambre
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
6. Me preocupo mucho por la comida
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

7. A veces me he "atrachado" de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, maíz, arroz, papas, etc)
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
11. Me siento llena después de las comidas
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
13. Vomito después de haber comido
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
14. Me siento muy culpable después de comer
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
17. Me peso varias veces al día
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
19. Disfruto comiendo carne
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
20. Me levanto pronto por las mañanas
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
21. Cada día como los mismos alimentos
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
23. Tengo la menstruación regular
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada
NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
26. Tardo en comer más que las otras personas
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
27. Disfruto comiendo en restaurantes
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
28. Tomo laxantes (purgantes)
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
29. Procuro no comer alimentos con azúcar
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
30. Como alimentos dietéticos
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
31. Siento que los alimentos controlan mi vida
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
32. Me controlo en las comidas
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
33. Noto que los demás me presionan para que coma
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
35. Tengo estreñimiento
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
36. Me siento incómoda después de comer dulces
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
37. Me comprometo a hacer dietas
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
38. Me gusta sentir el estómago vacío
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas
 NUNCA () CASI NUNCA () ALGUNAS VECES () BASTANTES VECES () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()

GRACIAS POR TU COOPERACION
 Dra. Diana P. Gómez Ramírez

NOMBRE DEL PACIENTE _____

NOMBRE DEL MEDICO _____

FECHA _____

DOMICILIO _____

ESCALA OBSESIVO COMPULSIVO DE YALE-BROWN (Y-BOCS)*

Las preguntas 1 a 5 se refieren a sus pensamientos obsesivos.

Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos indeseables que invaden sus pensamientos en contra de sus deseos y esfuerzos por resistirse a ellos. Habitualmente implican temas relativos a daños, riesgo y peligro. Algunas obsesiones frecuentes son los temores excesivos a la contaminación; dudas recurrentes acerca del peligro; preocupación excesiva por el orden, la simetría o la exactitud; temor de perder cosas importantes.

Por favor conteste cada pregunta anotando el número apropiado en el cuadro.

1. TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Qué proporción de su tiempo se ve ocupado por pensamientos obsesivos?

- 0 = Nada.
- 1 = Menos de 1 h/día o presentación ocasional.
- 2 = 1 a 3 h/día o frecuentes.
- 3 = Más de 3 y hasta 8 h/día o presentación sumamente frecuente.
- 4 = Más de 8 h/día o presentación casi constante.

2. INTERFERENCIA DEBIDO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Hasta qué grado interfieren sus pensamientos obsesivos con su funcionamiento laboral, escolar, social, o algún otro aspecto importante? ¿Hay algo que usted no haga a causa de ellos?

- 0 = Nada.
- 1 = Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado.
- 2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable.
- 3 = Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional.
- 4 = Incapacitante.

3. MALESTAR ASOCIADO CON PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Qué tanto malestar le ocasionan sus pensamientos obsesivos?

- 0 = Nada.
- 1 = No son demasiado inquietantes.
- 2 = Son inquietantes, pero siguen siendo manejables.
- 3 = Sumamente inquietantes.
- 4 = Inquietud casi constante e incapacitante.

4. RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES

P. ¿Qué tanto esfuerzo hace para resistirse a los pensamientos obsesivos? ¿Qué tan frecuentemente trata de ignorarlos o de no prestarles atención cuando surgen en su mente?

- 0 = Trato de resistirme todo el tiempo.
- 1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo.
- 2 = Hago cierto esfuerzo por resistirme.
- 3 = Me rindo ante todas las obsesiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuencia.
- 4 = Me rindo completa y gustosamente a todas las obsesiones.

5. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Qué tanto control tiene sobre sus pensamientos obsesivos? ¿Qué tanto éxito tiene para detener o distraer sus pensamientos obsesivos? ¿Puede desecharlos?

- 0 = Control absoluto.
- 1 = Usualmente logro detener o distraer las obsesiones con algo de esfuerzo y concentración.
- 2 = En ocasiones logro detener o distraer las obsesiones.
- 3 = Raras veces tengo éxito para detener o distraer las obsesiones, únicamente logro distraer mi atención con dificultad.
- 4 = Las obsesiones son completamente involuntarias, raras veces logro alterar, aunque sea momentáneamente, los pensamientos obsesivos.

* Esta adaptación de la Y-BOCS está abreviada de la versión original de Wayne Goodman. La versión original fue publicada por: Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:1006-1011.

Las siguientes preguntas se refieren a sus comportamientos compulsivos.

Las compulsiones son impulsos que la gente tiene por hacer algo para aminorar sentimientos de ansiedad u otras inquietudes. Con frecuencia llevan al cabo comportamientos repetitivos, intencionales, con un fin determinado, denominados rituales. El comportamiento por sí mismo puede parecer apropiado, pero se convierte en ritual cuando se lleva al cabo hasta el exceso. Lavar, revisar, repetir, enderezar, atesorar y muchos otros comportamientos pueden constituir rituales. Algunos rituales son mentales. Por ejemplo, el pensar o decir cosas una y otra vez en voz baja.

6. TIEMPO DEDICADO A LLEVAR AL CABO COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS

P. ¿Cuánto tiempo dedica a llevar al cabo comportamientos compulsivos? ¿Qué tanto tiempo más que a otras personas le lleva concluir actividades rutinarias debido a sus rituales? ¿Con qué frecuencia lleva al cabo rituales?

- 0 = Nada.
- 1 = Menos de 1 h/día, o desempeño ocasional de comportamientos obsesivos.
- 2 = De 1 a 3 h/día, o desempeño frecuente de comportamientos compulsivos.
- 3 = Más de 3 y hasta 8 h/día, o desempeño muy frecuente de comportamientos compulsivos.
- 4 = Más de 8 h/día, o desempeño casi constante de comportamientos compulsivos (demasiado numerosos para contarlos).

7. INTERFERENCIA DEBIDO A COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS

P. ¿Hasta qué grado interfieren sus comportamientos compulsivos con su funcionamiento laboral, escolar, social, o algún otro aspecto importante? ¿Hay algo que usted no haga a causa de ellos?

- 0 = Nada.
- 1 = Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado.
- 2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable.
- 3 = Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional.
- 4 = Incapacitante.

8. MALESTAR ASOCIADO CON EL COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

P. ¿Cómo se sentiría si se viera impedido para llevar a cabo su(s) compulsión(es)? ¿Qué tan ansioso se sentiría?

- 0 = Nada.
- 1 = Tan solo ligeramente ansioso si me impiden mis compulsiones.
- 2 = La ansiedad se agudizaría, pero seguiría siendo manejable si me impidieran mis compulsiones.
- 3 = Aumento notorio y sumamente inquietante de la ansiedad si mis compulsiones son interrumpidas.
- 4 = Ansiedad incapacitante a causa de cualquier intervención tendiente a modificar la actividad.

9. RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES

P. ¿Qué tanto esfuerzo hace por resistirse a las compulsiones?

- 0 = Trato de resistirme todo el tiempo.
- 1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo.
- 2 = Hago cierto esfuerzo por resistirme.
- 3 = Me rindo ante todas las compulsiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuencia.
- 4 = Me rindo completa y gustosamente a todas las compulsiones.

10. GRADO DE CONTROL SOBRE EL COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

P. ¿Qué tan fuerte es el impulso por llevar a cabo el comportamiento compulsivo? ¿Qué tanto control tiene usted sobre las compulsiones?

- 0 = Control absoluto.
- 1 = Presión para llevar al cabo el comportamiento, pero suelo ser capaz de ejercer un control voluntario sobre éste.
- 2 = Presión intensa por llevar al cabo el comportamiento, lo puedo controlar con dificultad.
- 3 = Impulso muy intenso por llevar al cabo el comportamiento, debo efectuarlo hasta su conclusión, sólo lo puedo retardar con dificultad.
- 4 = El impulso por llevar al cabo el comportamiento se experimenta como algo completamente involuntario e irresistible, raras veces soy capaz de retardar, aunque sea momentáneamente, la actividad.

Calificación total

11. BIBLIOGRAFIA

- 1) Calderón NG: Historia de la psiquiatría. 1995, Edamex.
- 2) DSM IV. Criterios Diagnósticos. 1995 Masson, S.A. Primera publicación en estados unidos de Norteamérica por American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA.
- 3) Dupont M: Manual clínico de Psiquiatría. 1ª ed, JGH. 1997; 131-144
- 4) Eldredge K, Locke K, Horowitz L: Patterns of interpersonal problems associated with binge eating disorder. *International Journal of eating disorders*, 1998; vol 23; 383-389
- 5) Fahy TA, Osacar A, Marks I: History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 1993, vol 14(4); 439-443
- 6) Garner DM, Garfinkel PE: The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, vol 9; 273-279
- 7) Garner DM, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P: The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 1982, vol 12; 871-878
- 8) Goldman H: Psiquiatría general, Manual Moderno, 4ª ed. 1996; 449-464
- 9) Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I: Development, use and reliability. *Archives General of Psychiatry*, 1989 vol 46; 1006-1011

- 10) Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J: Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry, 1991 vol 48;712-718
- 11) Herzog D, Copeland P: Eating disorders. New England Journal of Medicine; 1985, 313 285-294.
- 12) Kasvikis YG, Tsakiris F, Marks IM, Basoglu M, Noshirvani HF: Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. International Journal of Eating Disorders, 1986 vol 5;1069-1075
- 13) Matsunaga H, Kiriike N, Iwasaky Y, Miyata A, Yamagami S, Kaye W: Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Psychological Medicine, 1999 vol 29(2); 407-414
- 14) Nicolini H, Weissbecker K, Mejía JM, Sanchez de Carmona M: Family study of obsessive-compulsive disorder in a mexican population. Archives of medicine Research, 1993 vol 24(2);193-198
- 15) Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO: Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry, 1991 vol 158;260-263
- 16) Pollice C, Kaye W, Greeno C, Weltzin T: Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. . International Journal of eating disorders, 1997 vol 21; 367-376
- 17) Rubenstein CS, Pigott TA, L'Heureux F, Hill JL, Murphy DL: A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 1992 vol 53;309-314

- 18) Simeon D, Hollander E, Stein DJ, Cohen L, Aronowitz B: Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1995 vol 152(8);1207-1209
- 19) Steiger H, Stotland S, Trottier J, Ghadirian A: Familial eating concerns and psychopathological traits: causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorder*, 1996 vol 19(2);147-157
- 20) Stormer S, Thompson JK: Explanation of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorder*, 1996 vol 19(2); 193-202
- 21) Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, Jacoby GE, Schübler G: Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1995 vol 152;72-75
- 22) Thornton C, Russell J: Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 1997 vol 21(1); 83-87