

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”.

**Diferencias en el perfil clínico y demográfico de los pacientes que ingresaron a la
Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de
Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante el año 2006.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TESIS DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:**

ABRIL BORBÓN HERNÁNDEZ.

Tutor Teórico

Dr. Alejandro de Jesús Caballero Romo

Tutor Metodológico

Dr. Héctor Senties Castellá



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.

TABLA DE CONTENIDOS

Marco de Referencia	4
Antecedentes	5
• Factores Predisponentes de Tipo Social	9
• Factores de Riesgo	11
• Epidemiología	14
• Prevalencia	15
• Incidencia	15
• Diferencias de Género	16
• Distribución Geográfica	17
• Factores Biológicos	18
• Fisiopatología	18
• Sistemas en el Cuerpo	19
• Sistemas Cerebrales	20
• Mantenimiento del Balance de Carbohidratos	20
• Mantenimiento del Balance de Graso	21
• Mantenimiento del Balance de Proteico	22
• Aminas Biógenas	22
• Péptidos y Opiáceos	23
• Red Periférica de la Saciedad	23
• Fisiopatología de la Anorexia Nervosa	24
• Comorbilidad y Mortalidad	25
• Comorbilidad de los Trastornos de Alimentarios con Trastornos Psiquiátricos	28
• Trastornos de la Conducta Alimentaria y Rasgos de la Personalidad	28
• Ansiedad, Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria	28
• Trastornos Adictivos y Trastornos de la Conducta Alimentaria	33

• Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	35
Pregunta de Investigación	42
Justificación	42
Objetivos	43
Material y Métodos	44
Tipo de Estudio	44
Población en Estudio; Selección Y Tamaño de la Muestra	44
Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	44
Variables y Escalas de Medición	45
Métodos de Recolección de Datos	47
Plan de Análisis de Resultados	48
Implicaciones Éticas	48
Organización	48
Recursos Humanos y Materiales	48
Evaluación de Costos	48
Cronograma de Actividades	49
Resultados	49
Discusión	75
Conclusiones	83
Bibliografía	85
Tablas Anexas	

MARCO DE REFERENCIA.

DEFINICIÓN

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes, y no enfermedades específicas con una causa, un curso y las características comunes, sobretodo en las alteraciones graves en la conducta alimentaria. (Halmi, K. A., en Hales R. E. y cols. 2003 y APA, DSM-IV-TR. 2000)

ANOREXIA NERVOSA

La anorexia es un trastorno caracterizado por preocupación con el peso corporal y alimento comportamiento dirigido hacia la pérdida de peso, patrones peculiares en el manejo del alimento, pérdida de peso, miedo intenso a ganar peso corporal, alteración de la imagen corporal y amenorrea. (Halmi K. A., en Hales R. E. y cols. 2003)

BULIMIA NERVOSA

La bulimia nerviosa es un trastorno en el que los atracones de comida son la conducta predominante. Los atracones se definen como la ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, sin control y rápida en un breve período de tiempo. El dolor o las molestias abdominales, el vómito autoinducido, el sueño o una interrupción social terminan con el episodio bulímico. A continuación sobrevienen sentimientos de culpa, depresión o disgusto con uno mismo. Los pacientes bulímicos suelen utilizar purgantes con la finalidad de controlar su peso y presentan un patrón alimentario de alternancia de atracones y ayunos. Estos pacientes temen no poder parar de comer de manera voluntaria.

La comida consumida durante un atracón normalmente tiene un alto contenido calórico y una textura que facilita la ingestión rápida. Suelen darse frecuentes fluctuaciones de peso, pero sin la notable pérdida de peso propia de la anorexia nerviosa. (Halmi K. A., en Hales R. E. y cols 2003)

ANTECEDENTES

HISTORIA DE LA ANOREXIA NERVOSA Y DE LA BULIMIA NERVOSA

ANOREXIA NERVOSA

Hasta el siglo XIX, se consideraba que la “anorexia” (el término médico para la pérdida de apetito) era un síntoma de varios trastornos físicos y emocionales. Por muchos siglos, la abstinencia voluntaria de comida no era primariamente un fenómeno patológico; el ayuno extremo era parte de prácticas de penitencia de muchos cristianos. Algunas revisiones históricas nos ilustran de restricciones alimentarias llevadas a cabo por personas de arraigada convicción religiosa, y cuyas conductas semejaban los patrones compulsivo-purgativos de nuestros actuales trastornos. La muerte temprana de Santa Catalina de Siena a los 33 años (S XIV), la conducta alimentaria de Santa María Magdalena de Pazzi (1566-1607) y Santa Verónica (1660-1727) citadas por Bell en 1985, son algunos ejemplos de conductas alimentarias alteradas. Últimamente, las formas extremas o inusuales de la abstinencia a la comida son observadas como signos de un trastorno mental. La evitación a los alimentos y la emaciación eran síntomas comunes de enfermedades conocidas tales como histeria, manía, melancolía, clorosis y todo tipo de trastornos psicóticos. Al final del siglo XVII, el médico Inglés Richard Morton describió la aparición de una “consunción nerviosa” –un desgaste distinto de tuberculosis y debido a un disturbio emocional. Esto es generalmente citado como el primer reporte de anorexia nervosa, pero los estudios de casos

de Morton no atrajeron la atención y cayeron en el olvido, hasta que se redescubrieron tres siglos después.

La inanición autoinducida mórbida sólo fue reconocida en la segunda mitad del siglo XIX como una entidad clínica distinta. El clínico Francés Ernest-Charles Lasègue y el médico Inglés Sir William Gull fueron los primeros en proporcionar una descripción explícita de anorexia nervosa. En abril de 1873, Lasègue publicó su artículo de “*anorexia histèrique*”, el cual apareció poco antes de que Gull presentara su trabajo sobre “anorexia hystericæ” en octubre del mismo año. De acuerdo a ambos médicos, era una aflicción psicogénica que ocurría predominantemente en niñas y mujeres jóvenes. Las características descritas por Gull y Lasègue son válidas hasta la actualidad: pérdida severa de peso, amenorrea, constipación, inquietud y sin evidencia de una patología orgánica subyacente. Aún así, la anorexia nervosa persistió un fenómeno marginado hasta el siglo XX.

Inicialmente, la anorexia nervosa fue observada generalmente como un trastorno mental. Sin embargo, cuando el patólogo alemán Morris Simmonds encontró lesiones en la glándula pituitaria en algunas pacientes emaciadas, la anorexia nervosa se asoció con la “enfermedad de Simmonds” o “caquexia pituitaria”. Pasaron más de dos décadas para que esta idea errónea fuera claramente refutada. Después de la Segunda Guerra Mundial, la visión endocrinológica de anorexia nervosa hizo una rápida y suave desaparición.

La minimización médica del componente psicológico hizo entonces su aparición en el espacio de la dramatización psiquiátrica. En el periodo de 1945-1960, la psiquiatría era dominada fuertemente por la visión psicoanalítica. Pero el interés en la anorexia nervosa no fue particularmente impresionante. Después de 1960, esto cambió drásticamente debido al trabajo pionero de Hilde Bruch, quien puso atención en la carencia de autoestima y en la distorsión de la imagen corporal de estas pacientes. Esto dirigió la adición de dos

características al cuadro clínico original, como lo describieron Lasègue y Gull: la persecución implacable por estar delgado, y la alteración característica de la imagen corporal. Como tal, la anorexia nervosa evolucionó a finales del siglo XX de una entidad clínica rara y poco conocida a un trastorno “en boga” de gran interés para el público general. (Van Derycken W, 2002; en Fairburn C., 2002).

BULIMIA NERVOSA

Aunque el término “bulimia nervosa” es de origen reciente, los reportes del hambre mórbida pueden encontrarse bajo una multitud de distintas etiquetas que datan desde hace muchísimo tiempo. De acuerdo a Plutarco, *bulimos* se refería a un demonio maligno, pero más tarde los filósofos afirmaron que se tomó del griego *bous* (buey) y *limos* (hambre), denotando hambre de tal intensidad que un hombre tenía la capacidad de comerse un buey entero. Esta hambre mórbida también implicaba debilidad y sentirse desfallecido, y se suponía que estaba conectado cercanamente con disfunciones digestivas.

En medicina, esta anomalía en la conducta alimentaria fue generalmente conocida como “*kynorexia*” o fama canina. De nuevo, se consideraba que la causa era disfunciones y anomalías del estómago. Algunos clínicos del siglo XVIII distinguían diversas formas de bulimia, algunas las cuales fueron vistas como primarias o “idiopáticas”, bulimia *helluonum* (hambre excesiva), bulimia *syncopalis* (desmayo por hambre) bulimia emética (sobrealimentación con vómito), entre otros. Aunque los factores emocionales fueron tomados en consideración hasta el siglo XX, los internistas consideraban la bulimia como signo de disfunción gástrica. En el siglo XIX, los relatos de histeria, atracones y vómitos han sido síntomas mencionados frecuentemente, algunas veces etiquetados como “vómitos histéricos”, pero no eran vistos como un trastorno alimentario específico.

La noción moderna de bulimia nervosa emergió en contexto de anorexia nervosa. Aparecieron reportes esporádicos de pacientes con atracones compulsivos seguidos por vómito autoinducido, pero estos síntomas eran vistos como una condición neurótica o una variación en el patrón alimentario de pacientes anoréxicas. Desde principios de la década de los 70s, se identificó un grupo discreto de síntomas, distinguible de anorexia nervosa y obesidad. Los clínicos reportaban con mayor frecuencia las mujeres que se atracaban con cantidades copiosas de alimento pero que mantenían su peso dentro del rango normal al autoinducirse el vómito o al abusar de laxantes y por la persistencia de estar realizando dietas. Se acuñaron una multitud de nombres distintos para este síndrome, incluyendo “disorexia”, “bulimarexia”, “síndrome delgado-gordo”, “síndrome atracón-purga” y “síndrome del caos dietético”.

En 1979 el psiquiatra británico Gerald Russell acuñó el término “bulimia nervosa”, refiriéndose al “impulso poderoso e intratable de atracarse” en combinación con “un miedo de ponerse gordo” y evitación “de los efectos en la ganancia de peso de los alimentos al inducirse el vómito o abusar de la purgación o ambos” en mujeres con un peso corporal normal. Inicialmente, sólo el término de “bulimia” encontró su camino en los sistemas de clasificación internacional de los trastornos mentales, como el DSM-III (1980). Sin embargo, el uso del término era confuso y sobre inclusivo. En 1987, la versión revisada del DSM-III, el diagnóstico se acuñó en la terminología británica y se renombró “bulimia nervosa”. (VanDereycken W, 2002; en Fairburn C., 2002).

Existen factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los factores predisponentes pueden incluir: factores genéticos (Brewerton T, 1993), biológicos, (Katzman D, 1993) entorno familiar, los efectos adversos del medio ambiente, alteraciones psiquiátricas premórbidas y la presión social y cultural. En este contexto se pueden identificar grupos de alto riesgo.

- Factores Sociales
 - Presiones culturales que glorifican la “delgadez” y le dan un valor a obtener un “cuerpo perfecto”
 - Definiciones muy concretas de belleza que incluyen solamente mujeres y hombres con ciertos pesos y figuras
 - Normas culturales que valorizan a la gente en base a su apariencia física y no a sus cualidades y virtudes internas

- Factores Psicológicos
 - Baja autoestima
 - Sentimientos de insuficiencia o falta de control de su vida
 - Depresión, ansiedad, enojo y soledad

- Factores Interpersonales
 - Relaciones personales y familiares problemáticas
 - Dificultad para expresar sentimientos y emociones
 - Historia de haber sido molestado o ridiculizado basado en su talla o peso
 - Historia de abuso físico o sexual

Factores Sociales

Del siglo XV en adelante, la sociedad occidental ha idealizado tres tipos de figuras femeninas. Hasta el siglo XVII las mujeres “rellenitas” más no gordas, eran las que generaban admiración; este tipo “reproductivo” fue remplazado por el modelo de “reloj de arena”, abundantes senos, cintura estrecha y caderas redondeadas. Desde finales de siglo XIX la figura idealizada para la mujer era la delgada o modelo “tubular” carente de cualquier simbolismo de fertilidad o maternidad, lo cual expresa la liberación sexual y el rechazo al rol femenino tradicional.

En forma paralela se ha registrado un incremento a la aversión al sobrepeso o corpulencia. Para los hombres en particular, la preservación de la salud ha sido utilizada como una justificación y situada en la evolución de la “adecuada supervivencia”, es decir que el progreso no se beneficia de gente obesa y glotonas. Para las mujeres, particularmente a en la clase alta del siglo XIX, el ideal de esbeltez fue creciendo gradualmente, en donde el concepto de salud juega un rol minoritario. Aunque un cierto grado de “rechonchez” continúa siendo deseable; con la llegada del siglo XX el ideal moderno de esbeltez se tornó realidad, la “batalla en contra de la gordura” comenzó: la obesidad era la “enemiga” y los médicos dieron las “armas”. La moderna cultura dietética emergió y se quedará con nosotros por un largo periodo, probablemente junto con los trastornos de la alimentación. (VanDereycken W, 2002; en Fairburn C., 2002).

Teorías de la Influencia Sociocultural

Los sociólogos han propuesto dos procesos en los cuales los agentes de socialización promueven actitudes y conductas: reforzamiento social y modelación.

El reforzamiento social se refiere al proceso por el cual las personas internalizan actitudes y conductas exhibidas aprobadas por otros. Dentro del dominio de imagen corporal y trastornos alimentarios, el reforzamiento social puede ser definido como los comentarios o acciones de otras personas que sirven de soporte y perpetúan el ideal delgado de la imagen femenina. El reforzamiento social del ideal delgado, también es manifiesto por los agentes de socialización, que hacen que se preocupen por su peso e inicien dietas, debido a las críticas lanzadas a la gente con sobrepeso. Teóricamente, el reforzamiento social de ideal delgado promueve una internalización de este ideal y por ende la insatisfacción corporal. Estos factores en turno dan como resultado el “endietamiento” y los afectos negativos, que incrementan el riesgo de la emergencia de conductas de control de peso no saludables y la patología alimentaria.

La modelación se refiere al proceso en el cual los individuos directamente imitan conductas que observan. Los agentes de socialización también modelan la preocupación por las dimensiones corporales, las dietas excesivas, conductas de control de peso poco saludables y atracones. Así mismo las conductas de los trastornos alimentarios, dan la impresión de ser normativas, al hacer que los individuos sean mayormente aceptados y se tornen en modelos de imitación.

Los psicólogos sociales también han sugerido que la comparación social juega un rol importante en los efectos adversos a la exposición del ideal delgado a través de imágenes en los medios de comunicación, lo que promueve una insatisfacción corporal y motiva conductas insanas de control de peso.

1. Influencia de los medios de comunicación
2. Influencia familiar
3. Influencia de pares

FACTORES DE RIESGO

Varios factores de riesgo se relacionaron con los trastornos de la alimentación, entre ellos el abuso físico o sexual durante la infancia, el atormentarse en relación con el peso o la apariencia física, el estrés postraumático, la obesidad, la menarca temprana, la pubertad, (Bulik C,2002) la relación parental, la disfunción familiar, las enfermedades crónicas, las alteraciones psiquiátricas en los padres, la presencia de patología psiquiátrica previa, la participación en ciertas actividades o deportes con un control estricto del peso, como por ejemplo gimnasia, atletismo o ballet.(Waller D, 1990; Fairburn C, 1997)

En relación con las familias, las pacientes bulímicas las perciben como familias menos expresivas, poco cohesivas y más conflictivas. Las pacientes visualizan a sus progenitores como padres más descuidados y más negadores. Asimismo, se observó que estos padres son más impulsivos, hostiles y excitables que los padres de pacientes con anorexia nerviosa y que las familias en general son más hostiles, con más tendencia a las separaciones y más caóticas. (Humphrey L, 1986; Steiner H, 1998) A menudo brindan

menos apoyo y alientan menos la libre y abierta expresión de los sentimientos. (Stern S, 1989) En un trabajo realizado por Schmidt y col. se observó que las pacientes bulímicas experimentaron mayor cantidad de problemas familiares, indiferencia y excesivo control por parte de sus padres, abuso físico y violencia entre miembros de la familia, en comparación con pacientes con otros trastornos de la conducta alimentaria. (Schmidt U, Tiller J, Treasure J, 1993)

Rorty y col. evaluaron la relación entre bulimia nerviosa y el grado de intromisión de los padres en la vida de los adolescentes. En ese trabajo se observó que las madres mostraban un alto grado de intromisión en la vida privada de sus hijas (probablemente relacionada con los celos) así como en cuanto al peso, la forma corporal y el tipo de comidas ingeridas. Con respecto a los padres y su comparación con el grupo control (pacientes no bulímicas), se observó un mayor grado de juego de seducción. Si bien no se valoró el abuso sexual propiamente dicho, se observó que, por ejemplo, dejaban revistas pornográficas al alcance de sus hijas y se interesaban en demasía por la vida sexual de ellas. Debido a estas características, esto mismo podría funcionar como gatillo para los celos y el alto grado de competitividad con las madres, ya que estas últimas consideran a sus hijas como rivales sexuales. (Rorty M, Yager J, Rasotto E, Buckwalter G, 2000)

La pubertad temprana ha sido considerada como factor predisponente. Debido a que la pubertad es un período del desarrollo en donde característicamente hay un aumento de la grasa corporal, esto mismo en el entorno de una cultura que exalta como valor la delgadez, favorece que las adolescentes que maduran más tempranamente sean particularmente susceptibles a comprometerse en conductas no saludables para controlar el peso. Las que maduran más tempranamente desarrollan mayor cantidad de sentimientos de disconformidad e insatisfacción a medida que el porcentaje de grasa corporal aumenta y su

estructura corporal se ve diferente a la de sus pares. La insatisfacción con la forma o el tamaño corporal es el desencadenante psicológico para comenzar una dieta. Un alto porcentaje de las mujeres jóvenes realizan dietas. (Neinstein L, 2002) Como consecuencia de dietas mal realizadas, mal controladas y mal balanceadas, no sólo se corre el riesgo de un futuro trastorno de la conducta alimentaria sino que al ser afectadas durante un período de crecimiento, puede comprometerse el desarrollo pondoestatural. En un estudio realizado por Killen y col. (Killen J, Hayward C, Litt I, 1992) sobre una población de 971 mujeres adolescentes se observó que un aumento en la maduración sexual y corporal, medida según los estadios de Tanner, se asoció con aumento en las probabilidades de presentar síntomas y cumplir con los criterios para bulimia. Más del 80% de las adolescentes designadas como “sintomáticas” se encontraban en estadios IV y V de Tanner. Si bien sólo una cumplió con todos los criterios del DSM-III-R para bulimia nerviosa, al ser esta etapa de la vida crítica en muchos aspectos, debemos estar atentos a cualquier síntoma que nos haga sospechar de esta patología.

Epidemiología

La anorexia nervosa clásicamente una enfermedad de la clase media y alta de las áreas metropolitanas, se ha convertido hoy en una enfermedad global que no respeta raza, clase social, sexo, ni edad y compromete incluso a niños menores de doce años. (Atkins D, Silber TJ, 1993; Nonbakhth DM, Dezhkam M, 2000; Robb AS, Dadson MJ, 2002; Silber TJ, 1986)

En Argentina. La Asociación de Lucha contra la Anorexia Nerviosa y Bulimia elaboró una estadística sobre 2.346 encuestas en distintas ciudades del país, e informó un 5,3% de todo tipo de patología alimentaria en los distintos niveles educativos: 58,4% en el

secundario, 21,4% en la universidad y 14,9% en el nivel terciario. (Rauch Herscovici C, Bay L, 1991) En Perú se estudiaron las historias clínicas de 58 pacientes con anorexia nerviosa atendidos entre 1982 y 1998, donde se encontró una prevalencia del sexo femenino de 91,4% y un 87,9% de pacientes menores de 24 años.(Albornoz Muñoz DP, Matos Retamozo L, 2001) En Maracaibo, Venezuela, se estudió una población de 1.363 alumnos seleccionados al azar, con una prevalencia de anorexia nervosa del 0% (1,58% para bulimia nervosa). (Quintero-Parraga E, Pérez-Montiel AC, Montiel-Nava C, et al, 2005) En Chile se estudió una población de 284 alumnos universitarios, con una prevalencia de 9,86% de trastornos de la conducta alimentaria (12,6% para las mujeres, 3,49% para los hombres). (Tapia Iibaca P, Ornstein Letelier C, 1999) En Colombia se estudiaron 10 pacientes con anorexia nervosa, de los cuales 90% eran mujeres y el promedio de edad fue de 13,9 años.(Vásquez R, Ángel L, Moreno N, et al, 1998) En Minas Gerais, Brasil, se estudiaron 1.807 estudiantes escolares entre 7 y 19 años, con una prevalencia de 13,3% de trastornos de la conducta alimentaria (1,1% con bulimia nerviosa).(Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti F, et al, 2004) En Navarra, España, se estudió una población femenina representativa de 2.862 participantes de 12 a 21 años de edad, encontrándose una prevalencia de 3,1% de trastornos alimentarios y de 0,3% de anorexia nerviosas (Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, et al, 2000) En Barcelona, España, se estudiaron 108 pacientes con anorexia nerviosa de los cuales el 90,7% eran mujeres y la edad promedio, de 15 años. (Lázaro L, Toro J, Canalda G, et al, 1996)

Prevalencia

La prevalencia de anorexia nervosa es de 0,5% a 1% en mujeres jóvenes y la relación de mujeres a hombres es de 10: 1. (DSM IV- TR, 2000)

Muchos de los estudios realizados en adultos occidentales, muestran que aproximadamente el 39% de las mujeres y el 21% de los hombres, reportan que frecuentemente se encuentran tratando de bajar de peso, lo que no debe asumirse como sinónimo de encontrarse frecuentemente a dieta, lo cual de ser visto de esa manera reduce las cifras a 24% en mujeres y 8% en hombres. El porcentaje asciende al cuestionar quienes han realizado algún régimen dietético con la final de reducir peso en los últimos 12 meses lo cual ubica a la mujeres en 55% y a los hombres en un 29%. Esta diferencia de género no resulta aparente al tomar en cuenta a aquellos que se encuentran en régimen dietético de mantenimiento o evitando ganar peso. El estar frecuentemente “observando lo que se come” es reportado en un 30% en mujeres y 25% en hombres.

Incidencia

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan, fundamentalmente, a chicas adolescentes y mujeres jóvenes. Entre un 5 < 15% de casos de anorexia y bulimia y 40% de trastornos por atracones afectan a varones. Se calcula que un 3% de mujeres jóvenes padecen este problema y el doble de ellas diversas variantes clínicas de dicho trastorno (Hoek HW, 1995; Yager J, Andersen A. E., 2005). Sin embargo, se ha ido dando un incremento a partir de los años 70's, sobre todo en las mujeres, ya que en los hombres la frecuencia sigue siendo menor a 1.0%:

- Reino Unido (2000) → 4.7 %
- Países Bajos ('95-'99) → 7.7 %
- Suiza ('93-'95) → 20 %

Dando una incidencia para la anorexia nervosa de 8 por 100 000 hab. Para la bulimia nervosa de 13 por 100 000 hab. Asimismo la prevalencia para la anorexia nervosa tiene un valor de 0.3-1% y para la bulimia nervosa de 1-3 % (Fairburn C, 2002).

Diferencias de Género

Comparados con las mujeres con bulimia nerviosa, los varones parecen diagnosticarse más tardíamente; las mujeres lo hacen en promedio entre 15 y 18 años, mientras que los hombres lo hacen en promedio entre los 18 y los 26 años. Si bien clínicamente a bulimia nerviosa suele manifestarse tanto en hombres como en mujeres de manera similar, las mujeres suelen realizar dietas con sentido estético o cosmético mientras que los hombres suelen realizarlas por intereses deportivos. Los hombres parecen estar menos preocupados por el control estricto del peso. En un estudio realizado por Joiner, Katz y Heatherton, que evaluó adolescentes de ambos sexos con síntomas bulímicos crónicos similares se observó que las mujeres mostraban más preocupación por la delgadez y por lograr un descenso de peso rápido y efectivo, mientras que los hombres mostraban ser más perfeccionistas y con mayor desconfianza en las relaciones interpersonales. Debido a esta diferencia y a que los hombres no demuestran intenso deseo o preocupación por descender de peso (uno de los factores característicos para definir la enfermedad) a veces sus síntomas son confusos y el diagnóstico puede ser difícil de realizar. Los médicos deben estar alertas ante la posibilidad de pacientes de sexo masculino con bulimia,

particularmente en pacientes perfeccionistas (aunque no sólo en estos casos). Este estudio comparte algunas características con el realizado por Schneider y Agras, donde se observó que el peso ideal deseado por los hombres era más cercano al considerado normal para la edad y el sexo, a diferencia de las mujeres, que siempre aspiran a un peso por debajo del considerado normal. Todo esto confirma que los hombres tienen menor distorsión de su imagen corporal. Una curiosa diferencia de género es que las mujeres modifican su estilo de alimentación en reuniones sociales. Así por ejemplo, no comen en público y luego realizan el atracón cuando están solas en sus casas. Algunas sostienen que el comer una porción normal de comida no es propio de una dama o no es socialmente aceptado, por lo cual suelen, por ejemplo, comer antes de una cita para poder mantener una imagen socialmente aceptada. Los hombres demuestran menos sentimientos de culpa al comer en público. (Brewerton T, 2002; Robb A, Dadson M, 2002; Lemberg R, 1992; Schneider J, Agras S, 1987; Joiner T, Katz J, Heatherton T, 2000; Carlat D, Camargo C, 1991)

La presencia del atracón solo sin dietas restrictivas, obesidad, actividades de purga y preocupación por el peso y forma corporal, suele considerarse como no patológica y asociarse con esta etapa de rápido crecimiento. (Brewerton T, 2002)

Distribución Geográfica

En comparación con las mujeres adultas, las jóvenes adolescentes, reportan mayor frecuencia en la realización de dietas. La probabilidad de iniciar una dieta incrementa en las niñas de entre 11 y 16 años de edad, más de un cuarto de las niñas de 11 años de edad han realizado al menos un intento de dieta. La edad promedio de inicio de dietas, se sitúa entre los 12 y los 13 años de edad. Más del 50% de las mujeres mayores de 60 años cuentan con un historial dietético para perder peso.

En una comparación transcontinental, algunos, más no todos los estudios, mostraron una prevalencia de intentos en perder peso y realización de medidas dietéticas es menor en Europa que en Estados Unidos. Alrededor de un tercio de las mujeres jóvenes europeas, se encuentran constantemente intentando perder peso, o al menos al pendiente de lo que comen para evitar ganar peso. Sólo el 15% reencuentran constantemente realizando dietas para perder peso. En Australia, La realización de dietas en adultos es aún menor que en Europa, sin embargo, entre mujeres jóvenes hay una prevalencia semejante entre Australia, Europa y América así como en Asia. En Japón un cuarto de las adolescentes mencionó que constantemente se encuentran tratando de perder peso y un tercio de las jóvenes de 12 años ya han realizado dietas. Un estudio mostró que un tercio de las adolescentes de Beijing; China, han realizado dieta en alguna ocasión pero sólo el 2% en forma seria y sólo el 8% de mujeres jóvenes en Hong Kong. (Fairburn C, 2002)

Factores Biológicos

Fisiopatología

Integración de Diversas Señales

Investigadores en neurobiología han utilizado un acercamiento de integración interdisciplinaria para el estudio de las múltiples determinantes de la conducta alimentaria, el balance energético y el peso corporal. Esto incluye diversos signos como (1) nutrientes simples en la sangre, incluyendo glucosa, ácidos grasos, triglicéridos o aminoácidos; (2) moléculas de neurotransmisores clásicos de rápida y corta comunicación; (3) neuropéptidos mas largos de lenta y larga duración; y (4) hormonas circulantes de procesos neuromoduladores y metabólicos.

Sistemas en el Cuerpo

Tanto en animales como en humanos una gran variedad de sustancias se cree que están involucradas, en la periferia, en un complejo proceso de integración fisiológica y en los sistemas conductuales, entre la energía y la homeostasis de los nutrientes. En el tracto gastrointestinal, la colecistoquinina y otros péptidos son secretados tras las comidas para coordinar múltiples aspectos de la digestión absorción y metabolismo así como para transmitir información al cerebro por vía vagal, para dar la señal de la terminación de los alimentos y de saciedad. La hormona peptídica pancreática, la insulina, también ha sido asociada a la saciedad, al metabolismo y utilización de la comida; mientras que la hormona adipocítica, la leptina, es secretada y refleja la cantidad de grasa en el cuerpo. Los esteroides adrenales, la aldosterona y la corticosterona, tienen diferentes acciones medidas por dos diferentes tipos de receptores: los receptores de mineralocorticoides, los cuales incrementan la absorción y metabolismo de la grasa y los receptores de glucocorticoides que predominantemente influyen en la ingesta de carbohidratos y en su metabolismo. Esta acción regulatoria de la glucosa ocurre cuando los depósitos de carbohidratos en el cuerpo se encuentran bajos, es entonces que los niveles esteroideos en sangre aumentan para metabolizar y convertir calorías en glucosa. Los esteroides gonadales también introducen una señal conductual y metabólica en tiempos críticos del ciclo de estrógenos y cerca de la pubertad, cuando los almacenamientos calóricos del cuerpo se encuentran listos para la reproducción. La testosterona, esteroide masculino, promueve la ingesta proteica y estimula el crecimiento y el desarrollo muscular.

Sistemas Cerebrales

El proceso de integración de la información metabólica de la periferia en suma con las hormonas, con señales neuroquímicas en el sistema nervioso central requiere funciones especializadas de múltiples áreas cerebrales. Esto incluye, en particular el complejo dorso vagal, que regula la información entre la periferia autonómica de los órganos endocrinos y las estructuras cerebrales, como: el tálamo, que interpreta la información en relación de las propiedades sensoriales de la comida; el hipotálamo, el núcleo accumbens, la amígdala y la corteza frontal que realiza funciones de alto orden para integrar la información entrante con varios factores cognitivos para dar los aspectos gratificantes y aversivos de la comida. El rol del hipotálamo en este proceso es del relacionar las hormonas y el metabolismo a la conducta.

Mantenimiento del Balance de Carbohidratos

El mantenimiento del almacenamiento de los carbohidratos en el cuerpo incluye el esfuerzo coordinado de múltiples neuroquímicos cerebrales y hormonas. Estas sustancias convierten las señales metabólicas reflejando el decremento de los niveles de carbohidratos y de la utilización de glucosa intracelular en signos neuronales para así promover la ingesta de carbohidratos y su metabolismo. Esto incluye el uso del ácido gama amino butírico, la norepinefrina, el neuropéptido “Y”, la corticosterona. Su primer lugar de acción es la región medial del hipotálamo incluyendo el núcleo paraventricular, en donde los neurotransmisores y los receptores de glucocorticoides, se saben son sintetizados. Su administración local estimula la conducta alimentaria, preferentemente por la ingesta de carbohidratos, causando un incremento en la utilización de carbohidratos para promover el almacenamiento de grasas y reducir la actividad simpática para conservar la energía. (Fairburn C., 2002)

En varios estudios, se observó que las pacientes bulímicas tenían una respuesta inadecuada a la secreción de colecistoquinina, con lo cual ésta no ejercería su función como estimulante de la saciedad. (Geraciotti, 1988; Fligewicz D, 1996) Jimerson y col. Observaron una relación entre la bulimia nerviosa y una respuesta inadecuada a la secreción posprandial de serotonina: al faltar el estímulo que ella ejerce sobre el centro de la saciedad podría explicarse, al igual que con la colecistoquinina, el motivo del atracón y la ingestión de importantes cantidades de alimentos. (Jimerson D, 1992; 1997)

Kaye, Ballenger, Lydiard y col. sugieren la hipótesis de una alteración a nivel de la noradrenalina en pacientes bulímicos con peso normal. Sin embargo, el déficit de noradrenalina puede ser secundario a la escasa ingesta nutricional, el estrés, altos niveles de actividad física y alteraciones del medio interno; todos estos factores se pueden hallar en una paciente bulímica. Esta es, tal vez, la explicación del círculo vicioso en donde la conducta alimentaria patológica puede provocar cambios a nivel del sistema noradrenérgico como consecuencia de la inanición, lo cual perpetuaría el trastorno de la conducta alimentaria. (Kaye W, Ballenger J, Lydiard B, 1990)

Mantenimiento del Balance Graso

Diversas sustancias hipotalámicas controlan la ingesta y disposición grasa. Se incluyen péptidos opioides, galanina, la corticosterona o la aldosterona. Estas sustancias actúan a nivel hipotalámico para potenciar la ingesta grasa y son más abundantes en animales con una fuerte tendencia natural a la obesidad y consecutivamente a un mayor peso y depósito adiposítico. Los sistemas envueltos en el balance graso exhiben una mayor actividad durante las horas medias y tardías del ciclo natural de alimentación. Durante este periodo, el apetito por alimentos grasos aumenta, la síntesis de péptidos aumenta así como los corticosteroides circulantes, quedando en niveles basales bajos. La dopamina parece ser el neuroquímico relacionado en “apagar” estas señales anabólicas. Su acción hipotalámica se ve reflejada en el efecto inhibitorio de la ingesta grasa y el peso corporal.

Mantenimiento del Balance Proteico

En los humanos, el apetito por proteínas es similar al de las grasas. Los opioides peptídicos potencian la ingesta proteica, así como la ingesta de grasas, lo que sugiere que estos neuroquímicos asisten en el balance de la ingesta y almacenamiento de estos dos nutrientes. El factor de la hormona del crecimiento actúa a nivel hipotalámico medial al coordinar las funciones conductuales y fisiológicas relacionadas al balance proteico. (Fairburn C., 2002).

Amina Biógenas

Leibowitz, en 1980, realizó el estudio de las vías catecolaminérgicas en el hipotálamo, lo que llevó al descubrimiento del papel que desempeñan los receptores alfa 2 adrenérgicos en el núcleo paraventricular y los receptores beta 2 adrenérgicos en el hipotálamo perifornical. La microinyección de agonistas alfa 2 en el núcleo paraventricular produce hiperfagia y causa preferencia por la ingestión de carbohidratos. El circuito adrenérgico beta 2 responsivo en el hipotálamo perifornical inhibe la ingesta.

La serotonina periférica y central del núcleo paraventricular, suprime la ingesta inducida por privación y la inducida por noradrenalina.

La dopamina parece tener un papel mas complicado en la conducta alimentaria. Dosis bajas de dopamina y de agonistas de la dopamina estimula la ingesta, mientras que las dosis altas la inhiben. La administración de glucosa suprimió el encendido de las neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra. Existen pruebas del aumento de la producción de la dopamina hipotalámica durante la ingesta. Esta observación sugiere que los mecanismos dopaminérgicos centrales median en los efectos recompensadores de la autoestimulación intracraneal y la autoestimulación de sustancias psicoactivas. (APA, DSM-IV-TR. 2000)

Péptidos y Opiáceos

El factor liberador de corticotropina (CRF) actúa dentro del núcleo paraventricular e inhibe la ingesta. La adrenalina parece inhibir el efecto inhibitor de la ingesta del CRF. El polipéptido pancreático neuropéptido Y incrementa tanto la ingesta de comida como agua cuando se inyecta en el núcleo paraventricular. Otro polipéptido pancreático el péptido YY, es un estimulador más potente de la ingesta. La ingestión inducida por estrés, probablemente está dirigida por la activación del sistema opiáceo. La dinorfina, un ligando endógeno del receptor opiáceo κ potencia la ingesta. De nuevo el lugar principal de acción de la dinorfina parece ser el núcleo paraventricular. (APA, DSM-IV-TR. 2000)

Red Periférica de la Saciedad

Desde el tracto gastrointestinal la comida ingerida parece liberar varios péptidos, algunos de ellos inhiben la ingesta activando fibras vagales ascendentes, siendo la colecistoquinina, uno de los más estudiados; sus efectos mediados por las fibras vagales, se han encontrado hasta el núcleo paraventricular del hipotálamo, donde la producción de lesiones anula los efectos de éste péptido sobre la conducta alimentaria. Otros péptidos que parecen inhibir la ingesta a través de las fibras vagales son el glucagón, la somatostatina y la hormona liberadora de tirotrópina. (APA, DSM-IV-TR. 2000)

Fisiopatología de la Anorexia Nervosa: Ayuno, Purga, Intoxicación Hídrica y Síndrome de Realimentación

Ayuno

- Fase inicial: gluconeogénesis hepática acelerada.
- Depleción de glucógeno, hipoglucemia, T3 (triyodotironina) disminuida, hipercolesterolemia, hipercarotinemia.
- Hipomagnesemia, hipocalcemia, deficiencia de zinc.
- Estado hipometabólico: amenorrea, bradicardia, hipotensión, ortostatismo, hipotermia.
- Fase final: cetosis, reducción del catabolismo proteico.
- Síndrome cerebral orgánico: confusión, letargo, coma, muerte.

Purga

- Alcalosis hipocalémica, hipocloremia, hiponatremia (hiperaldosteronismo secundario).
- Acidosis (abuso de laxantes).
- Miopatía, cardiomiopatía.
- Arritmia, muerte súbita (abuso de jarabe de ipecacuana).

Intoxicación hídrica

- Hiponatremia dilucional ("sobrecarga de agua"), convulsiones, muerte.

Síndrome de realimentación

- Hipofosfatemia, hipomagnesemia. El fósforo extracelular cae abruptamente al ingresar al espacio intracelular, por ejemplo luego de administrar dextrosa endovenosa, o realimentación muy rápida.

- Convulsiones, delirio, edema periférico, insuficiencia cardiaca, arritmias, muerte.

(Rome ES, Ammerman S, Piper DS, et al, 2003; Rome ES, Ammerman S, 2003; Rosen D,2003; Silber TJ,1984; Jacquin P, Ouvry O, Alvin P, 1992)

Comorbilidad y Mortalidad

El paciente que inicia una anorexia suele comenzar mostrándose hiperactivo, en familia se muestra más predispuesto a participar en diversas actividades que antes desarrollaban otros miembros, en ocasiones se enfada si no lo dejan, muestra peor carácter por motivos mínimos y pone todo tipo de excusas para evitar alguna de las comidas. Tarda más tiempo de lo habitual en comer, trocea en exceso los alimentos, deja las salsas y en cualquier descuido, si ya se percibe observado, oculta comida, la vuelve a la fuente o la disimula debajo de la lechuga, la esconde en el pan o discretamente la introduce en el bolsillo. Otras veces se levanta de la mesa para escupir en la cocina o bien devolver en el baño con la disculpa de ir a lavarse los dientes.

Establecido el cuadro e iniciada la pérdida de peso, la mayoría de los síntomas son secundarios a la desnutrición. El paciente muestra peor circulación periférica se muestra hipotenso, hipotérmico y bradicárdico. Se desarrolla el lanugo y la piel se muestra seca y ocasionalmente amarillenta, secundaria a hipercarotenemia. El estreñimiento es frecuente y si aparecen diarreas hay que tener presente el uso posible de laxantes. En estadios avanzados puede aparecer edema periférico, fatiga, letargia, sudor frío, mareos, lipotimias y alteraciones de la atención y concentración. Si los vómitos son muy frecuentes existe la posibilidad de una hipopotasemia y alteraciones del EKG con alargamiento del intervalo Q-T. Tanto en la anoréxica como en la bulímica vomitadora es frecuente la hipertrofia de parótidas, ocasionalmente dolorosas a la palpación, cuya etiopatogenia se desconoce y

suele remitir en pocos días al cesar los vómitos. La amenorrea, en algunas ocasiones, se establece desde el comienzo cuando la pérdida de peso aún pasa desapercibida, en otras ocasiones, tiene lugar en estadios más avanzados, cuando la pérdida de peso es evidente.

La situación endocrinológica suele corresponder a un estadio prepuberal con niveles bajos de LH, FSH y estradiol. En cuanto a la función tiroidea T3 y T4 están en niveles normales bajos. Existe un ligero aumento del cortisol plasmático y de la hormona de crecimiento. Son frecuentes las hipercolesterolemias, que remiten al normalizarse la ingesta.

La desnutrición prolongada, incluso en pacientes cuya evolución no supera los seis meses con lleva una disminución de masa ósea. Esta alteración parece que no se recupera al menos en su totalidad posteriormente a la normalización ponderal. La disminución de la masa ósea es posiblemente debida a diferentes factores, entre los que se cuentan la disminución de aporte en calcio, la secreción disminuida de estrógenos, la implicación de la vitamina D y los niveles elevados de cortisol; se ha visto que cuando se practica densitometría ósea hasta un 41% tiene una disminución del valor z de -1 y hasta un 11% un valor de z -2. La mejoría ponderal y normalización del ciclo menstrual mejora la masa ósea. La suplementación de estrógenos, efectiva en el tratamiento de la osteoporosis en la menopausia, no parece ser eficaz en la anorexia e inclusive se han descrito fracturas espontáneas. Así mismo, se ha visto que dicha falta de recuperación se debe a una alteración hipotalámica y hormonal como hipoleptinemia y secreción anormal de péptidos reguladores del apetito como el Neuropeptido Y, Hormona liberadora de Corticotropina y Melanocortina, entre otros. (Steiger, 2004; Muñoz MT, 2002)

	Tipo restrictivo	Tipo compulsivo/purgativo
General	Desnutrición, emaciación, leucopenia.	Desnutrición, emaciación, desequilibrio electrolítico.
Piel	Seca, amarillenta, lanugo.	Signo de Russell (callosidades en dorso de las manos), edema periférico.
Cavidad oral	Hipertrofia de glándulas salivales.	Erosión del esmalte dental, caries; Marcada hipertrofia parotídea.
Ojos	Enoftalmos (niños).	Hemorragias conjuntivales; midriasis ante abuso de sustancias.
Cardiaca	Bradycardia, hipotensión, alteración de la contractilidad miocárdica, prolapso de la válvula mitral, prolongación del intervalo QT; muerte súbita.	Pulso irregular, arritmias cardíacas, muerte súbita cardíaca; miocardiopatía (abuso de jarabe de ipecacuana), taquicardia, e hipertensión (abuso de sustancias).
Gastrointestinal	Retraso del vaciamiento gástrico, alteración de la motilidad intestinal, constipación, síndrome de la arteria mesentérica superior.	Diarrea, melena, cólicos (abuso de laxantes), reflujo gastroesofágico, dolor precordial/esofagitis, desgarros de Mallory-Weiss, hematemesis.
Renal	Isostenuria, cálculos renales, enfermedad renal terminal.	Seudo-síndrome de Batter, azoemia pre renal.
Endocrina	Amenorrea hipotalámica, vaginitis atrófica, atrofia del tejido mamario, secreción inadecuada de hormona antidiurética, retraso puberal.	Períodos menstruales irregulares, hiperaldosteronismo secundario.
Músculo esquelética	Pérdida de tejido magro, osteopenia, osteoporosis	Miocardiopatía, miopatía (abuso de jarabe de ipecacuana).
Neurológica	Hipervigilancia, hiperactividad; convulsiones (con intoxicación hídrica o síndrome de realimentación); síndrome cerebral orgánico, atrofia cerebral; letargo, estupor, coma, muerte por ayuno prolongado.	Convulsiones (efedrina, anfetaminas).
Iatrogénica	Síndrome de realimentación, perforación gástrica, dilatación gástrica aguda, neumonía por aspiración.	
Comportamiento/ Psiquiátrica	Inhibición, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, distimias, intentos de suicidio, suicidio	

(Rome ES, Ammerman S, Piper DS, et al, 2003; Rome ES, Ammerman S, 2003; Rosen D, 2003; Silber TJ, 1984; Kreipe RD, 1995; Sullivan PF, 1995; Riggs S, Havel D, Bisor P, et al, 1998; Fernández Rostello EA, Valdés Quintana E, Escotelup JC, et al, 1999; Abdel-Rahman EM, Moorthy AV, 1997; DeCaprio C, Pasanisi F, Contaldo F, 2000; Gutiérrez R, Mora J, Unikel C, et al, 2001; Lázaro L, Toro J, Canalda G, et al, 1996)

Comorbilidad con Trastornos Psiquiátricos

Trastornos de la Alimentación y Rasgos de Personalidad

Brewerton y col. investigaron la correlación entre la personalidad del paciente con trastorno de la conducta alimentaria y el sistema neurobiológico implicado en tal trastorno. Así se utilizaron los cuestionarios tridimensionales de la personalidad que intentan correlacionar tres aspectos de la personalidad con funciones específicas ejercidas por ciertos neurotransmisores. Estos tres aspectos se definen como buscadores de novedades (novelty seeking) (BN), evasión de peligro (harm avoidance) (EP) y dependencia de la recompensa (reward dependence) (DR). Se sugiere que individuos con un puntaje elevado del parámetro BN tienden a ser impulsivos, fácilmente excitables, extravagantes, se aburren con facilidad y están dispuestos rápidamente a realizar nuevas actividades. Este aspecto parece estar asociado con bajos niveles de actividad dopaminérgica. Aquellos con un alto puntaje de EP se caracterizan por ser cautos, inhibidos, tímidos y se piensa que tienen un aumento de la actividad serotoninérgica. Un alto puntaje para la DR, se asocia con un alto nivel de sensibilidad en relación a las cuestiones sociales, suelen ser persistentes y sentimentales, lo que podría estar relacionado con un descenso de la actividad noradrenérgica. Se observó, por otra parte, que las pacientes bulímicas presentaban altos niveles de BN y EP, lo cual podría contribuir a la tendencia al atracón, la purga y las conductas impulsivas. (Brewerton T, Hand L, Bishop E, 1993)

Ansiedad, Depresión y Trastornos de la Alimentación

Desde que se inició la descripción de la anorexia y la bulimia nervosa, ha sido notable la presencia de síntomas depresivos y ansiosos. Investigaciones subsecuentes que han utilizado metodología diagnóstica semiestructurada en muestras clínicas y

epidemiológicas así como en estudios familiares, han verificado las observaciones hechas con anterioridad. De todos los posibles modelos de comorbilidad, cinco son particularmente plausibles para explicar la relación entre los trastornos de la alimentación, los afectivos y los de ansiedad.

Modelo Uno; propone que tanto la depresión como la ansiedad son consecuencia del trastorno de la alimentación. Esto predice que la depresión y la ansiedad no hubieran resultado aparentes en individuos con anorexia y bulimia nervosa en forma previa al desarrollo del trastorno de la alimentación y más aún propone que al tratarse el trastorno de alimentación los síntomas depresivos y ansiosos mejorarán.

Modelo Dos, conversión del modelo uno, propone que el trastorno de la alimentación surge como consecuencia de los trastornos afectivos y/o ansiosos.

Modelo Tres o modelo *forme fruste* propone que los trastornos de alimentación son expresiones de un trastorno depresivo o ansiosos subyacente. Los trastornos de la alimentación son manifestaciones específicas de edad y género, de la depresión o la ansiedad, con factores etiológicos completamente compartibles entre estos trastornos.

Modelo Cuatro; este modelo propone que los trastorno de la alimentación, los de ansiedad y los afectivos, son diferentes expresiones del mismo factor causal (Ej., neuroticismo o trastornos neuroendocrinos)

Modelo Cinco; propone que ya sean trastornos de la alimentación, afectivos o ansiosos, son factores dependientes de condiciones únicas que comparten algunos factores etiológicos. Pero no por ello es posible predecir cual de ellos aparecerá primero, pero puede servir de predictor para el desarrollo de los dos trastornos faltantes. (Fairburn C., Brownell K.; 2002)

Anorexia Nervosa y Trastornos de Ansiedad

La ansiedad en la anorexia nervosa se manifiesta de diversas formas. Durante la fase inicial de la enfermedad, los pacientes con anorexia nervosa presentan ansiedad únicamente relacionada con la figura corporal, el peso y la comida; pequeños incrementos en el peso o trasgresiones a su dieta rígida dan como resultado ansiedad intensa. Se ha comparado en forma paralela a la anorexia nervosa con el trastorno obsesivo compulsivo debido a que los individuos con anorexia nervosa desarrollan una preocupación excesiva por el peso que da como resultado conductas compulsivas que se reflejan en la alimentación, el cuidado del peso y el ejercicio. Información clínica retrospectiva sugiere que los pacientes con anorexia nervosa poseían rasgos obsesivos premórbidos, que se tornaron exagerados en la fase inicial de la enfermedad, posiblemente secundario al ayuno. Los estudios que han surgido en últimas fechas indican que quienes cursan con anorexia nervosa registran mayores índices de “obsesionalidad” en comparación con controles sanos.

Los datos obtenidos de estudios clínicos y epidemiológicos soportan sustancialmente la comorbilidad entre anorexia nervosa y los trastornos de ansiedad. Estudios clínicos han denotado en forma consistente elevada comorbilidad de los trastornos de ansiedad en pacientes con anorexia nervosa. Los estudios metodológicamente más sofisticados sugieren que más de la mitad de los pacientes con anorexia nervosa reportan la presencia de trastornos de ansiedad, siendo los más comunes el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social. Muchos estudios indican que la aparición del trastorno de ansiedad usualmente precede a la aparición de la anorexia nervosa, sin embargo, este patrón de aparición simplemente refleja el curso natural de ambos trastornos. (Fairburn C., Brownell K.; 2002)

Anorexia Nervosa y Depresión Mayor

Observaciones clínicas de pacientes con anorexia nervosa comúnmente revelan la presencia síntomas depresivos, aplanamiento afectivo, sentimientos de culpa y desesperanza, irritabilidad, baja autoestima, insomnio así como ideación e intentos suicidas. Reportes retrospectivos indican que ambos patrones de aparición ocurren, ya sea que se de depresión previa a la aparición de anorexia nervosa y viceversa. Los síntomas afectivos tipo depresivos ocasionalmente mejoran con la alimentación, pero los estudios sugieren que la depresión persiste aún después que se da la realimentación. En suma, al patrón de comorbilidad frecuente, los estudios de historia familiar muestran que los familiares de los individuos con anorexia nervosa se encuentran con un riesgo mayormente significativo que los familiares de controles sanos.

Los estudios realizados en muestras clínicas de pacientes con anorexia nervosa que se han utilizado para estructurar instrumentos diagnósticos psiquiátricos, han dado un rango de estimación del 20% al 80 % de pacientes que reportan al menos un episodio depresivo a lo largo de su vida. Datos epidemiológicos sugieren que la depresión mayor, es el trastorno psiquiátrico comórbido mas frecuente en pacientes con anorexia nervosa. (Fairburn C., Brownell K.; 2002)

Bulimia Nervosa y Trastornos de Ansiedad

La alta prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes con bulimia nervosa ha dado origen a múltiples teorías etiológicas en las cuales la ansiedad es el tema central. Esto incluye el modelo de reducción de ansiedad que se centra en el efecto potencialmente ansiolítico tanto del atracón como de la conducta purgativa, modelos que relacionan el atracón y la purga a conductas obsesivo compulsivas y modelos que se centran en la

ansiedad provocada por el rol social que da origen a una insatisfacción corporal que da como resultado actitudes y conductas bulímicas. Clínicamente los trastornos de ansiedad comórbidos que se presentan más frecuentemente en pacientes con bulimia nervosa son la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada.

Los más rigurosos estudios que han utilizado herramientas diagnósticas estructuradas muestran la presencia de trastornos de ansiedad en pacientes con bulimia nervosa a lo largo de su vida en aproximadamente 50%, esto tanto en muestras clínicas como de la comunidad. Los trastornos de ansiedad predisponen el surgimiento de los trastornos de alimentación en la mayoría de los casos. Es por ello que muchos investigadores sugieren que el trastorno de ansiedad sería un factor etiológico de la bulimia nervosa. Estudios genéticos epidemiológicos han explorado la naturaleza de esta asociación al examinar estructuras genéticas multivariadas de la relación entre bulimia nervosa, fobias, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, depresión mayor y alcoholismo. Estos estudios han identificado factores genéticos compartidos entre la bulimia nervosa, las fobias y el trastorno de pánico y han situado a la bulimia dentro de la genética “familiar” de estos trastornos de ansiedad. (Fairburn C., Brownell K.; 2002)

Bulimia Nervosa y Depresión Mayor

La depresión es común en pacientes con bulimia nervosa y desde el punto de vista psicométrico, se ha sugerido que la naturaleza de la depresión difiere sólo un poco entre individuos con depresión mayor y depresión mayor más bulimia. Así como en la anorexia la presentación de un trastorno puede preceder al otro. Individuos con bulimia nervosa seguirán experimentando depresión aún después de resuelto su trastorno de alimentación. Otras asociaciones entre la bulimia nervosa y la depresión han sugerido que las mujeres con

bulimia responden a la medicación antidepresiva en forma favorable. (Fairburn C., Brownell K.; 2002)

Trastornos Adictivos y Trastornos de la Alimentación

Los atracones son el componente principal de muchos trastornos de la alimentación y comparten muchas similitudes con el abuso de sustancias. Personas que presentan atracones y abuso de sustancias reportan cursar con ansiedad por el consumo de las sustancias. Ambos grupos experimentan la sensación de pérdida de control y reportan el uso de sustancias o de comida para controlar su estado emocional y poder manejar el estrés. Ambos se preocupan por su problema, realizan múltiples intentos por renunciar al abuso y tratan de mantener su problema en secreto. Muchos pacientes experimentan ambos trastornos y en muchas ocasiones en forma simultánea. Acorde con esto, el atracón y por extensión los trastornos de la alimentación han sido vistos como trastornos adictivos.

Modelo de Adicción de los Trastornos de la Alimentación

El modelo de adicción del atracón y de los trastornos de la alimentación asume que algunos individuos son biológicamente vulnerables a determinadas comidas, lo que puede generar una dependencia química. Los pacientes deben de evitar ingerir estos alimentos tóxicos (químicos); a pesar de que los trastornos de la alimentación y los trastornos de adicción son expresiones esencialmente diferentes del mismo problema el tratamiento de los trastornos alimentarios no debe diferir del de abuso de sustancias.

Las similitudes entre el atracón y el abuso de sustancias pueden parecer obvias pero ocultan importante diferencias. La dependencia química o de adicción se caracteriza por el fenómeno de tolerancia, dependencia física y abstinencia. No existe evidencia científica

que muestre que este fenómeno se da en los trastornos de la alimentación. Las características biológicas de la comida difícilmente la convierten en una sustancia adictiva así como difícilmente lo serían los efectos fisiológicos de la actividad sexual, el sueño y el ejercicio.

Comorbilidad de los Trastornos de la Alimentación y los Trastornos Adictivos

Los trastornos de la alimentación no son una forma psicoactiva de abuso de sustancias, pero ambos trastornos co-ocurren en una forma más elevada que en la población general. En múltiples estudios realizados tanto en muestras clínicas como en la comunidad, se ha observado que hay una mayor incidencia de cursar con un trastorno adictivo a lo largo de la vida si se cursa con anorexia y bulimia pero no si sólo se cursa con atracones. La presencia de abuso de sustancias suele ser elevado en todos los trastornos psiquiátricos, lo que indica que pacientes con problemas psicológicos es más factible que cursen con un abuso de alcohol o de otras drogas. Es más común que los pacientes con trastornos de alimentación cursen con un trastorno del ánimo o de ansiedad que con abuso de sustancias. No existe evidencia que muestre que pacientes con abuso de sustancias tengan una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de alimentación. Se ha visto que pacientes dependientes al alcohol que cursan con un trastorno de la alimentación son más jóvenes que aquellos que sólo tienen dependencia al alcohol. Los trastornos de la alimentación generalmente preceden al desarrollo de abuso de sustancias, lo que ha permitido concluir que los trastornos de la alimentación son un factor de riesgo para la dependencia a alcohol. (Fairburn C., Brownell K.; 2002)

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Ha habido una rápida evolución en la clasificación y entendimiento de los trastornos alimentarios en un periodo de tiempo relativamente corto. La anorexia nervosa fue el primer trastorno alimentario de ser clasificado, con criterios desarrollados en los 1970s. En 1979 fue descrita la bulimia nervosa. En la década de los 80s se reorganizó la existencia de trastornos alimentarios atípicos. (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols. 2002)

ANOREXIA NERVOSA

Desde 1969 se han desarrollado una variedad de criterios operacionales para anorexia nervosa que enfatizan signos y síntomas. Los primeros criterios fueron propuestos por Gerald Russell en 1970. Él enfatizó 1) alteraciones del comportamiento, 2) psicopatología característica y, 3) trastorno endocrino. Las alteraciones del comportamiento lleva a una marcada pérdida de peso; la psicopatología está caracterizada por miedo mórbido a ganar peso; la alteración endocrina se manifiesta por sí sola clínicamente por amenorrea en mujeres y pérdida de la potencia sexual y disminución de la libido en varones. Estos criterios han ido evolucionando a los criterios actuales del DSM-IV y CIE-10. (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols 2002; APA, DSM-IV-TR. 2000; OMS, CIE-10. 1993)

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Se han realizado intentos para distinguir subtipos de anorexia nervosa que datan desde principios del siglo pasado, cuando Janet reconoció los tipos histérico y obsesivo. Esto fue ignorado hasta que Rally lo utilizó a finales de los 60s. Poco después, Beaumont comenzó a subtipificar anorexia nervosa por la presencia o ausencia de vómito. Esto fue refinado pocos años después para distinguir los subtipos en base a la presencia o ausencia de atracones o purgas. Se han descrito diferencias francas entre estos grupos. En comparación con los pacientes que no realizan atracones, aquellos con atracones regulares tenían mayor peso en la infancia y han sido obsesos más frecuentemente; con antecedentes familiares de obesidad; y más comúnmente utilizan métodos extremos para controlar el peso. Además éstos exhiben otro tipo de comportamiento impulsivo, tal como abuso de alcohol y drogas, robar, automutilación. (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols. 2002; APA, DSM-IV-TR. 2000).

Criterios diagnósticos del DSM –IV-TR para:

F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, Ej., con la administración de estrógenos)

Especificar tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes diuréticos o enemas). (APA, DSM-IV-TR. 2000).

BULIMIA NERVOSA

Cuando Russel describió la bulimia nervosa, definió el síndrome por 1) impulsos irresistibles de comer de más, 2) comportamiento compensatorio consecuente, y 3) psicopatología de base del miedo mórbido a la gordura. Estos criterios han recibido varias

modificaciones. Los criterios del DSM-IV-R y CIE-10 se muestran más adelante (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols. 2002; APA, DSM-IV-TR. 2000; OMS, CIE-10. 1993).

SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA

Recientemente, el DSM-IV ha subtipificado la bulimia nervosa en los tipos purgativo y no purgativo. El tipo purgativo corresponde a la categoría original de bulimia nervosa de Rusell. En comparación con pacientes no purgativos, aquellos que se purgan tienen índices elevados de psicopatología, por ejemplo, mayor alteración de la imagen corporal, mayor ansiedad preocupación por la comida y mayor comportamiento autolesivo. También tienen porcentajes elevados de comorbilidad con depresión, trastorno de ansiedad y abuso de alcohol. (Garfinkel P. E. 2002, en Fairburn C. G. y cols 2002; APA, DSM-IV-TR. 2000).

Criterios del DSM-IV-R para:

Bulimia nerviosa [307.51]

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (Ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (Ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (APA, DSM-IV-TR. 2000).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADOS

Los sistemas clasificatorios destacados en psiquiatría reconocen dos trastornos de la conducta alimentaria principales, anorexia nervosa y bulimia nervosa. La anorexia nervosa fue caracterizada a finales del siglo XIX y bulimia nervosa fue descrita por primera vez en 1979. Estos trastornos de la conducta alimentaria (TCA) “típicos” han sido el centro de atención clínico y de investigación y existe la tendencia de equiparar el concepto el concepto de un “trastorno de la conducta alimentaria” con estos dos diagnósticos. Esto no es apropiado, ya que parece que los TCA relativamente descuidados “atípicos” son por lo menos tan comunes como anorexia nervosa y bulimia nervosa en la práctica clínica, y son una fuente substancial de morbilidad (Fairburn, C. G. y cols. 2002).

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ATÍPICOS

Trastornos de la conducta alimentaria se define como una alteración persistente de la conducta alimentaria o comportamiento intencionado para controlar el peso, el cual significativamente daña la salud física o el funcionamiento psicosocial. La alteración no debe ser secundaria a cualquier trastorno médica general (Ej., tumor hipotalámico) o cualquier otro trastorno psiquiátrico (Ej., trastorno de ansiedad). De manera clara, anorexia y bulimia nervosa cumplen esta definición. El término “trastornos de la conducta alimentaria atípicos” denota el resto de los TCA; es decir, aquellas condiciones que cumplen la definición de TCA pero no con los criterios para anorexia nervosa o bulimia nervosa.

Algunos investigadores han definido los “trastornos de la conducta alimentaria atípicos” con referencia a anorexia nervosa y bulimia nervosa simplemente al ampliar sus límites diagnósticos. Sin embargo, la definición restrictiva de los TCA atípicos a los estados clínicos que son extensiones claras de estos dos trastornos no parece suficiente para cubrir el rango amplio de problemas clínicos encontrados. También es importante hacer énfasis de que los TCA atípicos no deben ser vistos como leves o “subclínicos” en severidad, ya que por definición se asocian con daño a nivel clínico.

La CIE-10 y el DSM-IV reconocen la existencia de los TCA atípicos. En el CIE-10, seis códigos distintos se destinan a éstos. En el DSM-IV, se localizan dentro de una categoría única residual de “trastornos de la conducta alimentaria no especificados” (TANE) (Fairburn, C. G. y cols. 2002).

Criterios del DSM-IV

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

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (Ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

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

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se necesita la investigación sistemática de las características clínicas de los TANE. No existen estudios descriptivos en los cuales su psicopatología se ha evaluado. La experiencia clínica y las descripciones de casos indican que varían en forma considerablemente. Algunos se asemejan a anorexia nervosa o bulimia nervosa pero no cumplen con sus criterios diagnósticos, ya sea porque falta alguna característica diagnóstica esencial o, más comúnmente porque una o más características no son suficientes para alcanzar el umbral. Frecuentemente, esta distinción no tiene un límite bien delimitado.

Otros TANE se asemejan menos a anorexia nervosa o bulimia nervosa. Muchos pueden incluir restricción dietaria crónica, a veces acompañado de exceso de ejercicio o mal uso de laxantes y muchas veces existe sobre evaluación de la alimentación, forma y peso que es característico de pacientes con anorexia o bulimia.

Se han realizado muchos intentos para utilizar técnicas estadísticas multivariadas para subdividir los trastornos de la conducta alimentaria en base a su característica clínica actual. Ninguno ha sido enteramente satisfactorio, ya sea porque sus medidas o definiciones han sido problemáticas o porque las muestras no han sido representativas. El único hallazgo consistente es que parecen ser un subgrupo de personas con episodios recurrentes de atracones acompañados de descripciones formuladas del trastorno por atracón. En lugar, resalta la problemática de los límites entre bulimia nervosa purgativa, la no purgativa y el trastorno por atracón (Fairburn, C. G. y cols. 2002).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las características las características clínicas y demográficas de los pacientes que ingresaron a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante el año 2006.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años los trastornos de la conducta alimentaría han incrementado en frecuencia teniendo esto implicaciones en la demanda de atención a los servicios de salud; conocer los factores que están relacionados con estos trastornos es de ayuda para el entendimiento de los mismos.

Como en todos los trastornos psiquiátricos, los factores biológicos y ambientales implicados son múltiples. El conocimiento de las características demográficas y clínicas de esta población ayudará al esclarecimiento de los algunos factores implicados en su existencia y permanencia.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir las características clínicas y demográficas de pacientes que ingresaron a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante el año 2006.

Objetivos Específicos

Describir las variables clínicas de pacientes que ingresaron a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante el año 2006 por subtipos de trastornos de la alimentación y determinar si existe una asociación entre las variables clínicas y demográficas y los diversos subtipos de los trastornos de alimentación.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Tipo de estudio

- Descriptivo
- Retrospectivo
- Escrutinio
- Homodémico

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se incluirán los datos recopilados de los pacientes que ingresaron a la Clínica de Trastornos de la Alimentación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante el año 2006.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión:

1. Edad mayor a los 13 años.
2. Sexo masculino o sexo femenino.
3. Que hayan ingresado a la Clínica de Trastornos de la Alimentación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante el año 2006.

Variables

<i>VARIABLE</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</i>
Diagnóstico de Anorexia Nerviosa	Catagórica Dicotómica	DSM IV- TR
Diagnóstico de Bulimia Nerviosa	Catagórica Dicotómica	DSM IV- TR
TANE 1	Catagórica Dicotómica	DSM IV- TR
TANE 2	Catagórica Dicotómica	DSM IV- TR
TANE 3	Catagórica Dicotómica	DSM IV- TR
TANE 4	Catagórica Dicotómica	DSM IV- TR
TANE 5	Catagórica Dicotómica	DSM IV- TR
TANE 6	Catagórica Dicotómica	DSM IV- TR

Variables Clínicas

1. Edad de inicio del trastorno alimentario	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
2. Peso inicial	Intervalar o Continua	
3. IMC inicial	Intervalar o Continua	
4. Peso mínimo	Intervalar o Continua	
5. Peso máximo	Intervalar o Continua	
6. Peso ideal	Intervalar o Continua	
7. Atracón	Catagórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
8. Frecuencia semanal de los atracones al inicio del padecimiento actual	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
9. Frecuencia máxima de los atracones desde el inicio del padecimiento actual	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
10. Tipo de alimentos ingeridos en el atracón	Catagórica	Entrevista semiestructurada
11. En disforia	Catagórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
12. Por hambre después de ayunos	Catagórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
13. Emociones durante el atracón	Catagórica	Entrevista semiestructurada
14. Emociones después del atracón	Catagórica	Entrevista semiestructurada
15. Vómitos	Catagórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
16. Emociones al terminar los vómitos	Catagórica	Entrevista semiestructurada
17. Ayuno de mas de 12 horas	Catagórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
18. Dietas restrictivas	Catagórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
19. Frecuencia por año de realización de dietas	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
20. Alimentos restringidos	Catagórica	Entrevista semiestructurada
21. Realiza conteo Calórico	Catagórica	Entrevista semiestructurada

	Dicotómica	
22. Uso de laxantes	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
23. Tipo de laxantes	Categórica	Entrevista semiestructurada
24. Frecuencia semanal de uso de laxantes	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
25. Uso de diuréticos	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
26. Frecuencia semanal de uso de diuréticos	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
27. Uso de anfetaminas	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
28. Uso de enemas	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
29. Uso de medicamentos no especificados para el control de peso	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
30. Ingestión diaria de líquidos en litros al inicio del padecimiento actual	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
31. Realización de ejercicio	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
32. Ejercicio Compulsivo	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
33. Insatisfacción corporal	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
34. Trastorno de imagen corporal	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
35. Partes corporales afectadas	Categórica	Entrevista semiestructurada
36. Peso ideal para el paciente	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
37. Lapsos de amenorrea	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
38. Duración en meses	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
39. Número de episodios	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
40. Antes o después de la reducción ponderal	Categórica	Entrevista semiestructurada
41. Menarca	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
42. Ritmo menstrual antes del inicio del padecimiento actual	Continua	Entrevista semiestructurada
43. Ritmo posterior al inicio del padecimiento actual	Continua	Entrevista semiestructurada
44. Familiares de 1° con trastornos alimentarios	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
45. Familiares de 2° con trastornos alimentarios	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
46. Antecedente de abuso sexual	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
47. Conductas Autolesivas	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
48. Antecedente de intentos suicidas	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
49. Número de intentos suicidas al inicio del tratamiento	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
50. Características del Consumo de OH	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada
51. Consumo de sustancias	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada

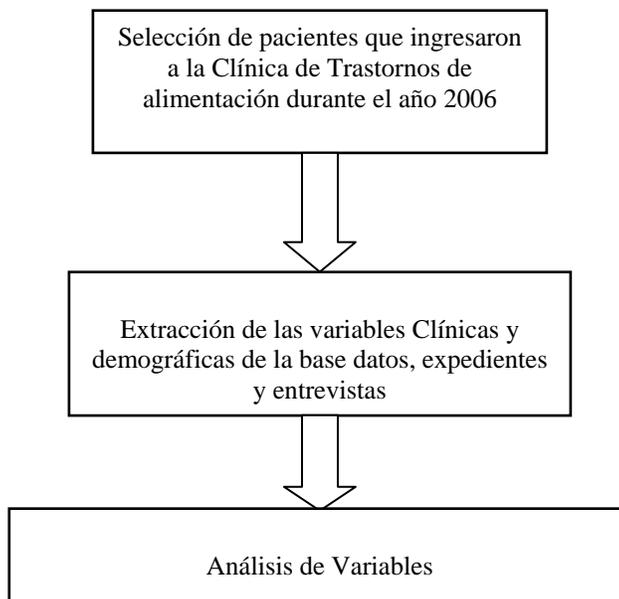
Variables Demográficas

<i>VARIABLE</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</i>
a) Edad en años al inicio del tratamiento	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
b) Sexo	Categórica	
c) Escolaridad en años	Intervalar o Continua	Entrevista semiestructurada
d) Estado Civil	Categórica	Entrevista semiestructurada
e) Ocupación	Categórica	Entrevista semiestructurada
f) Localidad de origen	Categórica	Entrevista semiestructurada
g) Localidad de residencia	Categórica	Entrevista semiestructurada
h) Pertenencia a grupo de riesgo para presentación de trastorno alimentario	Categórica Dicotómica	Entrevista semiestructurada

PROCEDIMIENTO:

La información de los pacientes con trastornos de la alimentación que cuenten con los criterios de inclusión del proyecto se obtendrá de la base de datos de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria realizada por los adscritos de la clínica del INPRF, del expediente clínico en base a la entrevista semiestructurada inicial.

Diagrama de flujo de la recolección de datos:



Plan de análisis de los resultados

Describir las características clínicas y sociodemográficas de la muestra.

Para el procesamiento de las variables dimensionales se utilizarán medias y desviación estándar (d.e. \pm).

Las variables categóricas se analizarán por medio de frecuencias y porcentajes.

Implicaciones Éticas

Se trata de un estudio con riesgo mínimo, ya que solo se extraerán las variables clínicas y demográficas de la base de datos de la Clínica de Trastornos de la Alimentación, del expediente clínico y de entrevistas realizadas a los pacientes que ingresaron a la clínica durante el año 2006 en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.

Organización

Recursos humanos y materiales

Los recursos que se necesitarán en este estudio, serán materiales y humanos. Se contará con un médico residente de la especialidad de psiquiatría que revisará los expedientes de pacientes que cuenten con los criterios de inclusión del proyecto. Los recursos materiales a utilizar serán expedientes clínicos, laptop, programa SPSS.

Evaluación de costos

El costo generado será absorbido por la autora de la tesis

Cronograma de actividades

Actividad	R3-2	R4-1
Aprobación por el comité científico y de ética	X	
Reclutamiento de la muestra	X	
Cierre de la muestra e inicio de análisis de resultados	X	
Primera versión de la tesis		X
Entrega de tesis		X

- R3-2 = Segundo semestre R3;
- R4-1 = Primer semestre R4.

RESULTADOS

Durante el año 2006 recibieron consulta de primera vez en la Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria un total de 258 pacientes. Esta muestra contó con la siguiente distribución diagnóstica: 35 pacientes con el diagnóstico de anorexia nerviosa; 127 pacientes con el diagnóstico de bulimia nerviosa; 14 pacientes con diagnóstico de TANE 1; 5 pacientes con diagnóstico de TANE 2; con diagnóstico de TANE 3, 20 pacientes; 33 pacientes con diagnóstico de TANE 4; un paciente con TANE 5 como diagnóstico y 15 con el diagnóstico de TANE 6. En 8 pacientes no se logró integrar un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.

A continuación se describen las características Demográficas y Clínicas por diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria con el que contó la muestra.

ANOREXIA NERVIOSA

Tabla 1. Se incluyó en este grupo a los pacientes con anorexia nerviosa restrictiva (A.N.R.) y anorexia nerviosa compulsiva purgativa (A.N.C.P.). De los 35 pacientes del grupo de anorexia nerviosa, 21 pacientes (60%) contaron con el diagnóstico de A.N.R. y 14 (40%) con el de A.N.C.P.

Tabla 2. Características Demográficas

El 91.4% de la muestra lo conformó el sexo femenino, con una relación de 10.66:1. La media de edad fue de 15.43 +/- 3.05 años, los escolares cursados reportados fueron en promedio de 10.86 +/- 2.77. El 54.3 % de la muestra fue integrada por estudiantes, seguido por un 34.3% que se encontró desempleado al momento en que se realizó la historia clínica. 97.1% de los pacientes reportó ser soltero; 54.3% originario del Distrito Federal y en relación a su localidad de residencia el 45.7% de los pacientes radicó en esta área geográfica.

Características Clínicas

Tabla 3. Pesos e Índice de Masa Corporal

Los pacientes de este grupo tienen en promedio un índice de masa corporal (IMC) de 15.99 +/- 4.64 al inicio del tratamiento en la clínica de trastornos de la conducta alimentaria. La media del peso mínimo que refirieron haber tenido a lo largo de su padecimiento actual fue de 36.65 +/- 10.33 Kg. El peso máximo a lo largo de la vida, en promedio fue de 54.80 Kg. +/- 20.42 y tuvieron como peso idealizado 37.86 +/- 17.93 Kg.

Tabla 4. Atracones

El 34.3 % de los pacientes con anorexia nervosa reportó realizar atracones con una frecuencia promedio al inicio del padecimiento de 1.17 +/- 2.82 episodios semanales y con una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 4.95 +/- 9.95 episodios a la semana. El tipo de alimentos que con mayor frecuencia reportaron consumir en el atracón fue el grupo de carbohidratos. Se reportó haber cursado con disforia previa al atracón en el 34.3 % de los pacientes; y el 22.9 % reportó cursar con atracones por hambre tras haber realizado ayunos. En mención a las emociones experimentadas durante el atracón el 78.26% las reportó negativas, alcanzando el 100% de frecuencia este rubro tras la realización del atracón.

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Tabla 5. No Purgativas

El 48.6 % de estos pacientes mencionó realizar dietas restrictivas, 28.6 % en forma constante y los alimentos que con mayor frecuencia fueron restringidos son los conformados por carbohidratos, en el 60.75 %, seguido por los conformados por proteínas 30.37%. El 22.9 % de los pacientes dijo realizar conteo calórico.

Los ayunos fueron realizados por el 74.3 % de los integrantes del grupo; 54.3 % de los pacientes reportó la práctica de ejercicio pero en el 31.4 % fue considerado como ejercicio compulsivo.

Para la reducción o control ponderal 2.9% de los pacientes reportó utilizar fármacos de tipo anfetamínico, 2.9 % L- Carnitina, 8.6 % termogénicos y 2.9 % suplementos alimenticios.

Tabla 6. Purgativas

Dentro de las conductas purgativas, la inducción del vómito se reportó en 48.6 % de los pacientes, con una frecuencia semanal promedio de 7.44 +/- 10.85 episodios de vómito al inicio del padecimiento actual y alcanzó una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 22.21 +/- 28.97 episodios; los laxantes fueron usados por el 42.9 % de esta población con una frecuencia de 6.31 +/- 1.79 veces por semana, el tipo de laxantes mas utilizado fue de origen alopático en el 54.14 % de los casos. Otras medidas no purgativas que se consideraron fueron el uso de diuréticos, utilizado por el 8.6% y los enemas, en misma proporción.

Tabla 7. Percepción de la Imagen Corporal

El 65.7% de los pacientes con anorexia nerviosa refirió cursar con insatisfacción corporal; el 80% contó con criterios para trastorno de la imagen corporal. En referencia a las partes corporales que causan disgusto es estas pacientes, el 5.88% refirió que era generalizado, el 94.11% segmentado y por segmentos, la región que más creó displacer es este grupo fue el abdomen, que representa el 39.21% de de los segmentos reportados.

Tabla 8. Ciclo Menstrual

La edad promedio de presentación de la menarca fue de 12.34 +/- 1.43 años. De 18 pacientes que refirieron haber tenido un ritmo regular en el ciclo menstrual, antes de

iniciar el trastorno alimentario, 16 mencionaron que éste se tornó irregular tras el inicio del padecimiento actual. El 80% de sujetos, refirió haber cursado con periodos de amenorrea, en promedio 2.29 ± 3.83 episodios a lo largo del padecimiento; con una duración de 14.36 ± 20.71 meses por episodio de amenorrea; en el 71.4 % de las pacientes, el momento de presentación de la amenorrea fue tras haber presentado la pérdida ponderal.

Tabla 9. Antecedentes Patológicos

El antecedente de abuso sexual se encontró presente en 8.6 % de los pacientes con anorexia nerviosa, uno consistió en penetración y dos de ellos no especificaron el tipo de abuso.

El 51.4 % de los pacientes reportó haber llevado a cabo conductas autolesivas, sin tener como finalidad el suicidio, sin embargo, 25.7% de la muestra de anorexia nerviosa, sí contó con el antecedente de intentos suicidas con un promedio de 2.11 ± 1.5 eventos al inicio del tratamiento.

En referencia al consumo de sustancias psicoactivas, 2.9% contó con criterios del DSM-IV TR para abuso de alcohol; además, 5.7 % reportó el uso de sustancias psicoactivas ilícitas.

Tabla 10. Antecedentes Heredo Familiares

El 25.7 % de los pacientes reportó contar con al menos un familiar de primer grado con un trastorno de la conducta alimentaria y 22.9% con al menos un familiar de segundo grado.

BULIMIA NERVIOSA

Tabla 1. Este grupo lo conformaron los pacientes con bulimia nerviosa purgativa (B.N.P.) y bulimia nerviosa no purgativa (B.N.N.P.). De los 127 pacientes del grupo de bulimia nerviosa, 122 pacientes (96.06 %) contaron con el diagnóstico de B.N.P. y 5 (3.93 %) con el de B.N.N.P.

Tabla 2. Características Demográficas

Este grupo lo conformaron los pacientes con bulimia nerviosa purgativa (B.N.P.) y bulimia nerviosa no purgativa (B.N.N.P.). De los 127 pacientes del grupo de bulimia nerviosa, 122 pacientes (96.06 %) contaron con el diagnóstico de B.N.P. y 5 (3.93 %) con el de B.N.N.P.

El 92.9% lo integraron pacientes del sexo femenino, con una relación de 13.11:1. La media de edad fue de 16.17 +/- 5.29 años, el número de años escolares cursados fue en promedio de 11.94 +/- 2.77. El 45.7 % de la muestra fue integrada por estudiantes, seguido por un 29.9% que se encontró laborando. El 89.8 % de los pacientes reportó ser soltero; 80.3 % originario del Distrito Federal y en relación a su localidad de residencia el 70.9 % de los pacientes radicó en dicha área geográfica.

Características Clínicas

Tabla 3. Pesos e Índice de Masa Corporal

Los pacientes de este grupo tienen en promedio un índice de masa corporal (IMC) de 24.23 +/- 6.18 al inicio del tratamiento en la clínica de trastornos de la conducta alimentaria. La media del peso mínimo que refirieron haber tenido a lo largo de su padecimiento actual fue de 51.16 +/- 14.84 Kg. El peso máximo a lo largo de la vida, en promedio fue de 69.44 Kg. +/- 21.42 y tuvieron como peso idealizado 44.65 +/- 20.66 Kg.

Tabla 4. Atracones

El 83.5 % de los pacientes con bulimia nervosa reportó realizar atracones con una frecuencia promedio al inicio del padecimiento de 4.7 +/- 6.9 episodios semanales y con una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 12.27 +/- 11.62 episodios a la semana. El tipo de alimentos que con mayor frecuencia reportaron consumir en el atracón fueron los carbohidratos (65.47%). Se reportó haber cursado con disforia previa al atracón en el 85.8 % de los pacientes; y el 66.1 % reportó cursar con atracones por hambre tras haber realizado ayunos. En mención a las emociones experimentadas durante el atracón el 59.87 % las reportó negativas, alcanzando un 96.59 % de frecuencia este rubro tras haber realizado el atracón.

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Tabla 5. No Purgativas

El 63.8 % de estos pacientes dijo llevar a cabo dietas restrictivas, 44.9 % de manera constante, siendo los carbohidratos los que con mayor frecuencia fueron restringidos (66.6 %), seguido por las proteínas en el 26.03 %. El 21.4 % de los pacientes reportó llevar a cabo conteo calórico.

Los ayunos fueron realizados por el 74.8 % de los integrantes del grupo; 51.2 % de los pacientes reportó la práctica de ejercicio pero en el 18.1 % fue considerado como ejercicio compulsivo.

Para la reducción o control ponderal 13.4% mencionó usar fármacos de tipo anfetamínico, 18.9 %, no especificó el tipo de fármacos de uso, 10.2 % utilizó medicamentos homeopáticos y 8.7 % termogénicos.

Tabla 6. Purgativas

Dentro de las conductas purgativas, la inducción del vómito se reportó en 88.2 % de los pacientes, con una frecuencia semanal promedio de 7.44 +/- 12.95 episodios de vómito al inicio del padecimiento actual y alcanzó una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 22.79 +/- 19.22 episodios; los laxantes fueron usados por el 55.9 % de esta población con una frecuencia de 4.71 +/- 2.57 veces por semana, el tipo de laxantes mas utilizado fue de origen homeopático en el 74.55 % de los casos. El uso de diuréticos se reportó en el 9.4 % de esta población.

Tabla 7. Percepción de la Imagen Corporal

El 77.2 % de los pacientes con bulimia nerviosa refirió cursar con insatisfacción corporal; el 81.1 % contó con criterios para trastorno de la imagen corporal. En referencia a las partes corporales que causan disgusto es estas pacientes, el 10.28 % refirió que era generalizado, el 89.71 % segmentado y por segmentos, la región que más creó displacer es este grupo fue el abdomen, que representa el 37.71% de de los segmentos reportados.

Tabla 8.Ciclo Menstrual

La edad promedio de presentación de la menarca fue de 11.95 +/- 1.89 años. De 82 pacientes que refirieron haber tenido un ritmo regular en el ciclo menstrual, antes de iniciar el trastorno alimentario, 26 mencionaron que éste se tornó irregular tras el inicio del padecimiento actual. El 29.1 % de sujetos, refirió haber cursado con periodos de amenorrea, en promedio 3.5 +/- 3.85 episodios a lo largo del padecimiento; con una duración de 6.03 +/- 5.74 meses por episodio de amenorrea; en el 25.2 % de las pacientes, el momento de presentación de la amenorrea fue tras haber cursado con la pérdida ponderal.

Tabla 9. Antecedentes Patológicos

El antecedente de abuso sexual se encontró presente en 42.4 % de los pacientes con bulimia nerviosa, 10.2 % por tocamientos seguido por 8.7% que consistió en penetración.

El 53.5 % de los pacientes reportó haber llevado a cabo conductas autolesivas, sin tener como finalidad el suicidio, sin embargo, 44.1% de la muestra de bulimia nerviosa, sí contó con el antecedente de intento suicida con una media de 2.7 +/- 2.46 eventos al inicio del tratamiento.

En referencia al consumo de sustancias psicoactivas, 7.9 % contó con criterios del DSM-IV TR para abuso de alcohol y 15% para dependencia; además, 25.2 % reportó el uso de sustancias psicoactivas ilícitas.

Tabla 10. Antecedentes Heredo Familiares

El 20.5 % de los pacientes reportó contar con al menos un familiar de primer grado con un trastorno de la conducta alimentaria y 30.7 % con al menos un familiar de segundo grado.

Trastorno Alimentario No Especificado 1 (T.A.N.E. 1)

Tabla 1. Este grupo lo conforman 14 pacientes que representan el 5.4% de la población de estudio.

Tabla 2. Características Demográficas

El 92.9% de la muestra lo conformó el sexo femenino, con una relación de 13:1. La media de edad fue de 17.36 +/- 7.91 años, los escolares cursados reportados fueron en promedio de 10.57 +/- 2.40. El 57.1 % de la muestra fue integrada por estudiantes, seguido por un 21.4% que se encontró laborando o desempleado al momento en que se realizó la historia clínica. 92.9 % de los pacientes reportó ser soltero; 78.6 % originario y residente del Distrito Federal.

Características Clínicas

Tabla 3. Pesos e Índice de Masa Corporal

Los pacientes de este grupo tienen en promedio un índice de masa corporal (IMC) de 18.81 +/- 2.03 al inicio del tratamiento en la clínica de trastornos de la conducta alimentaria. La media del peso mínimo que refirieron haber tenido a lo largo de su padecimiento actual fue de 43 +/- 8.77 Kg. El peso máximo a lo largo de la vida, en promedio fue de 57.21 Kg. +/- 16.28 y reportaron como peso idealizado 28.43 +/- 22.37 Kg.

Tabla 4. Atracones

El 21.4 % de los pacientes con TANE 1 reportó realizar atracones con una frecuencia promedio al inicio del padecimiento de 1.78 +/- 5.57 episodios semanales y con una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 2.79 +/- 9.3 episodios a la semana. El tipo de alimentos que con mayor frecuencia reportaron consumir en el atracón fue el grupo de carbohidratos. Se reportó haber cursado con disforia previa al atracón en el 21 % de los pacientes; y el 7.1 % reportó cursar con atracones por hambre

tras haber realizado ayunos. En mención a las emociones experimentadas durante y después del atracón el 100 % las reportó negativas.

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Tabla 5. No Purgativas

El 35.7 % de estos pacientes mencionó realizar dietas restrictivas en forma constante y los alimentos que con mayor frecuencia restringieron fueron los carbohidratos, en el 58.69 %, seguido por las proteínas en el 30.43 %. El 21.4 % de los pacientes dijo realizar conteo calórico.

Los ayunos fueron realizados por el 85.7 % de los integrantes del grupo; 57.1 % de los pacientes reportó la práctica de ejercicio pero en el 21.4 % fue considerado como ejercicio compulsivo.

Para la reducción o control ponderal 7.1 % de los pacientes reportó utilizar fármacos de tipo anfetamínico, 14.3 % medicamentos no especificados y 71. % suplementos alimenticios.

Tabla 6. Purgativas

Dentro de las conductas purgativas, la inducción del vómito se reportó en 78.6 % de los pacientes, con una frecuencia semanal promedio de 6.27 +/- 9.51 episodios de vómito al inicio del padecimiento actual y alcanzó una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 14.1 +/- 13.2 episodios; los laxantes fueron usados por el 50 % de esta población con una frecuencia de 4.67 +/- 2.65 veces por semana, el tipo de laxantes mas utilizado fue de origen alopático en el 66.66 % de los casos. Otras medidas no purgativas que se reportaron fueron los diuréticos, utilizados por el 14.3 % de esta población.

Tabla 7. Percepción de la Imagen Corporal

El 85.7 % de los pacientes con TANE 1 refirió cursar con insatisfacción corporal; el 78.6 % contó con criterios para trastorno de la imagen corporal. En referencia a las partes corporales que causan disgusto es estas pacientes, el 9.52 % refirió que era generalizado, el 90.47 % segmentado y por segmentos, la región que más creó displacer es este grupo fue el abdomen, que representa el 33.33 % de de los segmentos reportados.

Tabla 8. Ciclo Menstrual

La edad promedio de presentación de la menarca fue de 12 +/- 1.71 años. De 8 pacientes que refirieron haber tenido un ritmo regular en el ciclo menstrual, antes de iniciar el trastorno alimentario, 6 mencionaron que éste se tornó irregular tras el inicio del padecimiento actual. El 28.6 % de sujetos, refirió haber cursado con periodos de amenorrea, en promedio un episodio a lo largo del padecimiento; con una duración de 7 +/- 7.34 meses por episodio de amenorrea; en el 21.4 % de las pacientes, el momento de presentación de la amenorrea fue tras haber presentado la pérdida ponderal.

Tabla 9. Antecedentes Patológicos

El antecedente de abuso sexual se encontró presente en 21.4 % de los pacientes con TANE 1, 7.1% consistió en penetración y 14.3 % no especificaron el tipo de abuso.

El 42.9 % de los pacientes reportó haber llevado a cabo conductas autolesivas, sin tener como finalidad el suicidio, sin embargo, 28.6 % de la muestra de TANE 1, sí contó con el antecedente de intentos suicidas con un promedio de 1.75 +/-0.5 eventos al inicio del tratamiento.

En referencia al consumo de sustancias psicoactivas, 14.3 % contó con criterios del DSM-IV TR para abuso de alcohol; además y reportó el uso de sustancias psicoactivas ilícitas.

Tabla 10. Antecedentes Heredo Familiares

El 7.1 % de los pacientes reportó contar con al menos un familiar de primer grado con un trastorno de la conducta alimentaria y 35.7 % con al menos un familiar de segundo grado.

Trastorno Alimentario No Especificado 2 (T.A.N.E. 2)

Tabla 1. 5 pacientes contaron con el diagnóstico de TANE 2 y representan el 1.9 % de la población de estudio.

Tabla 2. Características Demográficas

El 80 % de la muestra lo conformó el sexo femenino, con una relación de 4:1. La media de edad fue de 15 +/- 4.18 años, los escolares cursados reportados fueron en promedio de 9 +/- 1.41. El 80 % de la muestra fue integrada por estudiantes, seguido por un 20 % que se encontró desempleado. El 100 % de los pacientes reportó ser soltero y el 80% fue originario y residente del Distrito Federal.

Características Clínicas

Tabla 3. Pesos e Índice de Masa Corporal

Los pacientes de este grupo tienen en promedio un índice de masa corporal (IMC) de 19.31 +/- 0.80 al inicio del tratamiento en la clínica de trastornos de la conducta alimentaria. La media del peso mínimo que refirieron haber tenido a lo largo de su padecimiento actual fue de 47.68 +/- 4.49 Kg. El peso máximo a lo largo de la vida, en promedio fue de 69.12 Kg. +/- 9.42 y reportaron como peso idealizado 18.60 +/- 25.53 Kg.

Tabla 4. Atracones

El 40 % de los pacientes con TANE 1 reportó realizar atracones con una frecuencia promedio al inicio del padecimiento de 4.2 +/- 7.36 episodios semanales y con una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 14 +/- 21.57 episodios a la semana. El tipo de alimentos consumidos en el atracón fueron los carbohidratos. Se reportó haber cursado con disforia previa al atracón en el 20 % de los pacientes; y el 40% reportó cursar con atracones por hambre tras haber realizado ayunos. En mención a las emociones experimentadas durante el atracón el 66.66 % reportó negativas y

33.33% positivas, las cuales se tornaron negativas en todos los sujetos tras haber cursado con el atracón.

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Tabla 5. No Purgativas

El 40 % de estos pacientes mencionó realizar dietas restrictivas en forma constante, los alimentos que con mayor frecuencia restringieron fueron los carbohidratos y las proteínas en igual proporción (46.15 %). El 60 % de los pacientes dijo realizar conteo calórico.

Los ayunos fueron realizados por el 80 % de los integrantes del grupo; 80 % de los pacientes reportó la práctica de ejercicio pero en el 40 % fue considerado como ejercicio compulsivo.

Para la reducción o control ponderal 20 % de los pacientes reportó utilizar suplementos alimenticios.

Tabla 6. Purgativas

Dentro de las conductas purgativas, la inducción del vómito se reportó en 40 % de los pacientes, con una frecuencia semanal promedio de 11.5 +/- 13.43 episodios de vómito al inicio del padecimiento actual y alcanzó una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 38.5 +/- 24.74 episodios.

Tabla 7. Percepción de la Imagen Corporal

El 40 % de los pacientes con TANE 2 refirió cursar con insatisfacción corporal; el 100 % contó con criterios para trastorno de la imagen corporal. En referencia a las partes corporales que causan disgusto es estas pacientes en el 100 % fue segmentado y la región que más creó displacer es este grupo fue el abdomen, que representa el 57.14% de los segmentos reportados.

Tabla 8. Ciclo Menstrual

La edad promedio de presentación de la menarca fue de 11.80 +/- 1.3 años. De las 2 pacientes que refirieron haber tenido un ritmo regular en el ciclo menstrual, antes de iniciar el trastorno alimentario ambas mencionaron que éste se tornó irregular tras el inicio del padecimiento actual. El 80 % de sujetos, refirió haber cursado con periodos de amenorrea, en promedio 1.75 +/- 1.5 episodios a lo largo del padecimiento; con una duración de 20.25 +/- 20.66 meses por episodio de amenorrea; en el 80 % de las pacientes, el momento de presentación de la amenorrea fue tras haber presentado la pérdida ponderal.

Tabla 9. Antecedentes Patológicos

El antecedente de abuso sexual se encontró presente en 60 % de los pacientes con TANE 2, 20 % por tocamientos, en el 20% consistió en penetración y 20 % no especificaron el tipo de abuso.

El 60 % de los pacientes reportó haber llevado a cabo conductas autolesivas, sin tener como finalidad el suicidio, sin embargo, 40 % de la muestra de TANE 2, sí contó con el antecedente de intentos suicidas con un promedio de un evento al inicio del tratamiento.

En referencia al consumo de sustancias psicoactivas, 20 % contó con criterios del DSM-IV TR para abuso de alcohol y 20 % para dependencia; el 40% de los pacientes reportó el uso de sustancias psicoactivas ilícitas.

Tabla 10. Antecedentes Heredo Familiares

El 40 % de los pacientes reportó contar con al menos un familiar de primer grado con un trastorno de la conducta alimentaria y 20 % con al menos un familiar de segundo grado.

Trastorno Alimentario No Especificado 3 (T.A.N.E. 3)

Tabla 1. El diagnóstico de TANE 3 contó con una muestra de 20 pacientes que representaron el 7.8% de la muestra total.

Tabla 2. Características Demográficas

El 95 % lo integraron pacientes del sexo femenino, con una relación de 19:1. La media de edad fue de 16.08 +/- 4.93 años, el número de años escolares cursados fue en promedio de 12 +/- 3.41. El 60 % de la muestra fue integrada por estudiantes, seguido por un 30 % que reportó estar desempleado. El 90 % de los pacientes reportó ser soltero; 80 % originario y residente del Distrito Federal.

Características Clínicas

Tabla 3. Pesos e Índice de Masa Corporal

Los pacientes de este grupo tienen en promedio un índice de masa corporal (IMC) de 22.82 +/- 3.78 al inicio del tratamiento en la clínica de trastornos de la conducta alimentaria. La media del peso mínimo que refirieron haber tenido a lo largo de su padecimiento actual fue de 44.23 +/- 20.67 Kg. El peso máximo a lo largo de la vida, en promedio fue de 65.60 Kg. +/- 11.61 y tuvieron como peso idealizado 40.09 +/- 21.99 Kg.

Tabla 4. Atracones

El 70 % de los pacientes con TANE 3 reportó realizar atracones con una frecuencia promedio al inicio del padecimiento de 0.93 +/- 1.04 episodios semanales y con una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 4.48 +/- 9.55 episodios a la semana. El tipo de alimentos que con mayor frecuencia reportaron consumir en el atracón fueron los carbohidratos. Se reportó haber cursado con disforia previa al atracón en el 85 % de los pacientes; y el 50 % reportó cursar con atracones por hambre tras haber realizado ayunos. En mención a las emociones experimentadas durante el atracón

el 75 % las reportó negativas, alcanzando un 92 % de frecuencia este rubro tras haber realizado el atracón.

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Tabla 5. No Purgativas

El 30 % de estos pacientes dijo llevar a cabo dietas restrictivas, 44.9 % de manera constante, siendo los carbohidratos los que con mayor frecuencia fueron restringidos (56.92 %), seguido por las proteínas en el 27.69 %. El 15 % de los pacientes reportó llevar a cabo conteo calórico.

Los ayunos fueron realizados por el 75 % de los integrantes del grupo; 70 % de los pacientes reportó la práctica de ejercicio pero en el 20 % fue considerado como ejercicio compulsivo.

Para la reducción o control ponderal 5 % mencionó usar fármacos de tipo anfetamínico, 25 %, no especificó el tipo de fármacos de uso y sibutramina y orlistat con 10 % ambas.

Tabla 6. Purgativas

Dentro de las conductas purgativas, la inducción del vómito se reportó en 80 % de los pacientes, con una frecuencia semanal promedio de 5.1 +/- 8.69 episodios de vómito al inicio del padecimiento actual y alcanzó una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 14.44 +/- 13.95 episodios; los laxantes fueron usados por el 35 % de esta población con una frecuencia de 6.14 +/- 2.26 veces por semana, el tipo de laxantes mas utilizado fue de origen alopático en el 55.55 % de los casos. El uso de diuréticos se reportó en el 10 % de esta población.

Tabla 7. Percepción de la Imagen Corporal

El 80 % de los pacientes con TANE 3 refirió cursar con insatisfacción corporal; el 90 % contó con criterios para trastorno de la imagen corporal. En referencia a las partes corporales que causan disgusto es estas pacientes, el 3.03 % refirió que era generalizado, el 96.96 % segmentado y por segmentos, la región que más creó displacer es este grupo fue el abdomen, que representa el 42.42 % de de los segmentos reportados.

Tabla 8. Ciclo Menstrual

La edad promedio de presentación de la menarca fue de 12.33 +/- 1.39 años. De 12 pacientes que refirieron haber tenido un ritmo regular en el ciclo menstrual, antes de iniciar el trastorno alimentario, 5 mencionaron que éste se tornó irregular tras el inicio del padecimiento actual. El 35 % de sujetos, refirió haber cursado con periodos de amenorrea, en promedio 2.29 +/- 2.56 episodios a lo largo del padecimiento; con una duración de 6 +/- 3.91 meses por episodio de amenorrea; en el 30 % de las pacientes, el momento de presentación de la amenorrea fue tras haber cursado con la pérdida ponderal.

Tabla 9. Antecedentes Patológicos

El antecedente de abuso sexual se encontró presente en 35 % de los pacientes con TANE 3, 15 % por tocamientos seguido por 10 % que no especificó el tipo de abuso sexual.

El 65 % de los pacientes reportó haber llevado a cabo conductas autolesivas, sin tener como finalidad el suicidio, sin embargo, 50 % de la muestra de TANE 3, sí contó con el antecedente de intento suicida con una media de 1.9 +/- 1.44 eventos al inicio del tratamiento.

En referencia al consumo de sustancias psicoactivas, 10 % contó con criterios del DSM-IV TR para abuso de alcohol y 10 % para dependencia; además, 30 % reportó el uso de sustancias psicoactivas ilícitas.

Tabla 10. Antecedentes Heredo Familiares

El 35 % de los pacientes reportó contar con al menos un familiar de primer grado con un trastorno de la conducta alimentaria y 25 % con al menos un familiar de segundo grado.

Trastorno Alimentario No Especificado 4 (T.A.N.E. 4)

Tabla 1. El grupo diagnóstico de TANE 4 se integró por 33 pacientes que representaron al 12.8% de la muestra total.

Tabla 2. Características Demográficas

El 90.9 % lo integraron pacientes del sexo femenino, con una relación de 10:1. La media de edad fue de 15.55 +/- 2.63 años, el número de años escolares cursados fue en promedio de 10.88 +/- 2.61. El 66.7 % de la muestra fue integrada por estudiantes, seguido por un 33.3 % que se encontró laborando. El 87.9 % de los pacientes reportó ser soltero; 87.9 % originario del Distrito Federal y en relación a su localidad de residencia el 69.7 % de los pacientes radicó en dicha área geográfica.

Características Clínicas

Tabla 3. Pesos e Índice de Masa Corporal

Los pacientes de este grupo tienen en promedio un índice de masa corporal (IMC) de 21.86 +/- 2.43 al inicio del tratamiento en la clínica de trastornos de la conducta alimentaria. La media del peso mínimo que refirieron haber tenido a lo largo de su padecimiento actual fue de 46.12 +/- 14.33 Kg. El peso máximo a lo largo de la vida, en promedio fue de 60.30 Kg. +/- 15.30 y tuvieron como peso idealizado 38.91 +/- 21.53 Kg.

Tabla 4. Atracones

El 12.1 % de los pacientes con TANE 4 reportó realizar atracones con una frecuencia promedio al inicio del padecimiento de 0.33 +/- 1.26 episodios semanales y con una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 0.88 +/- 2.81 episodios a la semana. El tipo de alimentos que con mayor frecuencia reportaron consumir en el atracón fueron los carbohidratos. Se reportó haber cursado con disforia previa al atracón en el 15.2 % de los pacientes; y el 3 % reportó cursar con atracones por hambre tras haber realizado ayunos. En mención a las emociones experimentadas durante el atracón

el 60 % las reportó negativas, alcanzando un 85.71 % de frecuencia este rubro tras haber realizado el atracón.

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Tabla 5. No Purgativas

El 36.4 % de estos pacientes dijo llevar a cabo dietas restrictivas, 33.3 % de manera constante, siendo los carbohidratos los que con mayor frecuencia fueron restringidos (62.12 %), seguido por las proteínas en el 28.78 %. El 12.1 % de los pacientes reportó llevar a cabo conteo calórico.

Los ayunos fueron realizados por el 87.9 % de los integrantes del grupo; 54.5 % de los pacientes reportó la práctica de ejercicio pero en el 9.1 % fue considerado como ejercicio compulsivo.

Para la reducción o control ponderal 9.1 % mencionó usar fármacos de tipo anfetamínico, 18 %, no especificó el tipo de fármacos de uso, 12.1 suplementos alimenticios.

Tabla 6. Purgativas

Dentro de las conductas purgativas, la inducción del vómito se reportó en 97 % de los pacientes, con una frecuencia semanal promedio de 4.41 +/- 4.84 episodios de vómito al inicio del padecimiento actual y alcanzó una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 22.20 +/- 53.34 episodios; los laxantes fueron usados por el 42.4 % de esta población con una frecuencia de 3.93 +/- 2.86 veces por semana, el tipo de laxantes mas utilizado fue de origen homeopático en el 73.33 % de los casos. El uso de diuréticos y enemas se reportó en el 3 % de esta población.

Tabla 7. Percepción de la Imagen Corporal

El 67.7 % de los pacientes con TANE 4 refirió cursar con insatisfacción corporal; el 90.9 % contó con criterios para trastorno de la imagen corporal. En referencia a las partes corporales que causan disgusto es estas pacientes, el 18.75 % refirió que era generalizado, el 81.25 % segmentado y por segmentos, la región que más creó displacer es este grupo fue el abdomen, que representa el 41.66 % de de los segmentos reportados.

Tabla 8. Ciclo Menstrual

La edad promedio de presentación de la menarca fue de 12.18 +/- 1.44 años. De 21 pacientes que refirieron haber tenido un ritmo regular en el ciclo menstrual, antes de iniciar el trastorno alimentario, 6 mencionaron que éste se tornó irregular tras el inicio del padecimiento actual. El 24.2 % de sujetos, refirió haber cursado con periodos de amenorrea, en promedio 2 +/- 1.92 episodios a lo largo del padecimiento; con una duración de 5.63 +/- 5.31 meses por episodio de amenorrea; en el 15.2 % de las pacientes, el momento de presentación de la amenorrea fue tras haber cursado con la pérdida ponderal.

Tabla 9. Antecedentes Patológicos

El antecedente de abuso sexual se encontró presente en 18.2 % de los pacientes con TANE 4, 9.1 % por tocamientos seguido por 6.1 % que consistió en penetración.

El 48.5 % de los pacientes reportó haber llevado a cabo conductas autolesivas, sin tener como finalidad el suicidio, sin embargo, 39.4 % de la muestra de TANE 4, sí contó con el antecedente de intento suicida con una media de 3.29 +/- 3.70 eventos al inicio del tratamiento.

En referencia al consumo de sustancias psicoactivas, 9.1 % contó con criterios del DSM-IV TR para abuso de alcohol y 3 % para dependencia; además, 24.2 % reportó el uso de sustancias psicoactivas ilícitas.

Tabla 10. Antecedentes Heredo Familiares

El 9.1 % de los pacientes reportó contar con al menos un familiar de primer grado con un trastorno de la conducta alimentaria y 21.2 % con al menos un familiar de segundo grado.

Trastorno Alimentario No Especificado 5 (T.A.N.E. 5)

Tabla 1. Este grupo lo conformó una paciente.

Tabla 2. Características Demográficas

El sujeto de esta muestra perteneció al sexo femenino, contó con una edad de 13 años y una escolaridad en años cursados de 10. Refirió ser estudiante, soltera, originaria y residente del Distrito Federal.

Características Clínicas

Tabla 3. Pesos e Índice de Masa Corporal

Contó con un IMC de 22.23, refirió desconocer el con el que había cursado hasta el momento de la evaluación, mencionó que su peso máximo llegó a ser de 54 Kg. y su peso idealizado fue de 35 Kg.

Tabla 4. Atracones

Negó presentar atracones

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Tabla 5. No Purgativas

Mencionó realizar dietas restrictivas en forma constante y fueron los carbohidratos el tipo de alimentos usualmente restringe. Comentó que realiza ayunos y ejercicio.

Tabla 6. Purgativas

Refirió usar diuréticos.

Tabla 7. Percepción de la Imagen Corporal

Refirió cursar con insatisfacción corporal y contó con criterios para trastorno de la imagen corporal.

Tabla 8. Ciclo Menstrual

Presentó menarca a los 13 años de edad, mencionó que sus periodos menstruales se tornaron irregulares tras el inicio de su padecimiento actual regularizándose posteriormente.

Tabla 9. Antecedentes Patológicos

Ha presentado conductas autolesivas y un intento suicida..

Tabla 10. Antecedentes Heredo Familiares

Contó con al menos un familiar de segundo grado con un trastorno de la conducta alimentaria.

Trastorno Alimentario No Especificado 6 (T.A.N.E. 6)

Este grupo lo conformaron 15 pacientes que representaron el 5.8% de la muestra total.

Tabla 1. Características Demográficas

El 93.3 % lo integraron pacientes del sexo femenino, con una relación de 14:1. La media de edad fue de 17.27 +/- 7.33 años, el número de años escolares cursados fue en promedio de 11.73 +/- 3.43. El 46.7 % de la muestra mencionó que trabaja, seguido por un 26.7 % que se encontró desempleado. El 46.7. % de los pacientes reportó ser soltero; 93.3 % originario del Distrito Federal y en relación a su localidad de residencia el 86.7 % de los pacientes radicó en dicha área geográfica.

Características Clínicas

Tabla 3. Pesos e Índice de Masa Corporal

Los pacientes de este grupo tienen en promedio un índice de masa corporal (IMC) de 31.09 +/- 6.52 al inicio del tratamiento en la clínica de trastornos de la conducta alimentaria. La media del peso mínimo que refirieron haber tenido a lo largo de su padecimiento actual fue de 55.27 +/- 17.92 Kg. El peso máximo a lo largo de la vida, en promedio fue de 70.60 Kg. +/- 25.58 y tuvieron como peso idealizado 51.13 +/- 21.29 Kg.

Tabla 4. Atracones

El 100 % de los pacientes con TANE 6 cursó con atracones con una frecuencia promedio al inicio del padecimiento de 8.2 +/- 8.69 episodios semanales y con una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 18.20 +/- 13.35 episodios a la semana. El tipo de alimentos que con mayor frecuencia reportaron consumir en el atracón fueron los carbohidratos (66.66 %). Se reportó haber cursado con disforia previa al atracón en el 80 % de los pacientes; y el 40 % reportó cursar con atracones por hambre tras haber realizado ayunos. En mención a las emociones experimentadas

durante el atracón el 66.66 % las reportó positivas tornándose negativas en el 88.88% tras haber realizado el atracón.

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Tabla 5. No Purgativas

El 40 % de estos pacientes dijo llevar a cabo dietas restrictivas, 26.7 % de manera constante, siendo los carbohidratos los que con mayor frecuencia fueron restringidos (50 %). El 6.7 % de los pacientes reportó llevar a cabo conteo calórico.

Los ayunos fueron realizados por el 40 % de los integrantes del grupo; 33.3 % de los pacientes reportó la práctica de ejercicio pero en el 13.3 % fue considerado como ejercicio compulsivo.

Para la reducción o control ponderal 13.3 % mencionó usar fármacos de tipo anfetamínico, 26.7 %, y con una frecuencia de 6.7% sibutramina, homeopáticos, termogénicos y suplementos alimenticios.

Tabla 6. Purgativas

Dentro de las conductas purgativas, la inducción del vómito se reportó en 6.7 % de los pacientes, con una frecuencia semanal promedio de 6.5 +/- 4.94 episodios de vómito al inicio del padecimiento actual y alcanzó una frecuencia máxima a lo largo del padecimiento de 12 +/- 2.82 episodios; los laxantes fueron usados por el 26.7 % de esta población con una frecuencia de 3.5 +/- 0.7 veces por semana, el tipo de laxantes mas utilizado fue de origen homeopático en el 100 % de los casos.

Tabla 7. Percepción de la Imagen Corporal

El 100 % de los pacientes con bulimia nerviosa refirió cursar con insatisfacción corporal; el 46.7 % contó con criterios para trastorno de la imagen corporal. En referencia a las partes corporales que causan disgusto es estas pacientes, el 6.66 % refirió que era generalizado, el 93.33 % segmentado y por segmentos, la región que más creó displacer es este grupo fue el abdomen, que representa el 33.33 % de de los segmentos reportados.

Tabla 8. Ciclo Menstrual

La edad promedio de presentación de la menarca fue de 11 +/- 1.51 años. De 10 pacientes que refirieron haber tenido un ritmo regular en el ciclo menstrual, antes de iniciar el trastorno alimentario, 3 mencionaron que éste se tornó irregular tras el inicio del padecimiento actual. El 13.3 % de sujetos, refirió haber cursado con periodos de amenorrea, en promedio un episodio a lo largo del padecimiento; con una duración de 5 +/- 2.82 meses por episodio de amenorrea; en el 6.7 % de las pacientes, el momento de presentación de la amenorrea fue tras haber cursado con la pérdida ponderal.

Tabla 9. Antecedentes Patológicos

El antecedente de abuso sexual se encontró presente en 53.3 % de los pacientes con bulimia nerviosa, 26.7 % que consistió en penetración, por seguido por 26.7% por tocamientos. El 40 % de los pacientes reportó haber llevado a cabo conductas autolesivas, sin tener como finalidad el suicidio, sin embargo, 20 % de la muestra de TANE 6 sí contó con el antecedente de intento suicida con una media de 1.67 +/- 0.57 eventos al inicio del tratamiento.

En referencia al consumo de sustancias psicoactivas, 13.3 % contó con criterios del DSM-IV TR para abuso de alcohol y 6.7 % para dependencia; además, 40 % reportó el uso de sustancias psicoactivas ilícitas.

Tabla 10. Antecedentes Heredo Familiares

El 46.7 % de los pacientes reportó contar con al menos un familiar de primer grado con un trastorno de la conducta alimentaria y 26.7 % con al menos un familiar de segundo grado.

Tabla 11. Comorbilidad con Trastornos Psiquiátricos

Todos los grupos diagnósticos, excepto TANE 5 presentaron comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, del grupo de anorexia nerviosa el 25.71% de los pacientes lo reportó, del grupo de bulimia nerviosa el 48.03%, con diagnóstico de TANE 1, el

35.71%; del grupo de TANE 2, el 60% de los pacientes lo presentó, el 70% de los sujetos con TANE 3, con diagnóstico de TANE 4, el 45.45% y del grupo de TANE 6 el 53.33%. En referencia con el trastorno Distímico, el 2.9% de los pacientes con anorexia nerviosa lo presentó, así como el 5.5% de los pacientes con bulimia nerviosa, el 20% de los sujetos de TANE 2, el 5% con TANE 3, el 6.1% de pacientes con TANE 4 y el 6.7% de los integrantes del grupo de TANE 6.

De los trastornos de ansiedad los que con mayor frecuencia se presentaron fueron el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. En referencia al primero, se observó en el 8.6% de los pacientes con anorexia nerviosa, el 7.1 % de los pacientes con bulimia nerviosa, el 5 % de los integrantes de TANE 3, el 12.1% con TANE 4 y en el 20% de los pacientes con TANE 6. En lo concerniente al trastorno obsesivo compulsivo, 2.9% de los pacientes con anorexia nerviosa lo presentó, 0.8% de los de bulimia nerviosa, el 3% de la población con TANE 4, la paciente con diagnóstico alimentario de TANE 5 y el 20% de los sujetos con TANE 6.

El único diagnóstico del EJE II con el que se reportó comorbilidad fue con el trastorno límite de la personalidad, el cual lo cursaron 8.6 % de los pacientes con anorexia nerviosa, 10.2% de los sujetos con bulimia nerviosa, 7.1% con TANE 1, 15 % con TANE 3, 9.1% de los pacientes con TANE 4 y 6.7% del TANE 6.

Tabla 12. Comorbilidad con Patología Médica

En relación a la comorbilidad con patología médica, los diagnósticos que con mayor frecuencia se reportaron en los trastornos de la conducta alimentaria, fueron de tipo neurológico, en primer lugar las crisis parciales simples, seguidas de las crisis parciales complejas.

Pacientes Que Ingresaron A La Clínica De Trastornos De La Conducta Alimentaria Del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” Durante el Año 2006

Población total = 258 pacientes

Anorexia Nervosa n = 35		Bulimia Nervosa n = 127			TANE 1	TANE 2	TANE 3	TANE 4	TANE 5	TANE 6	Sin Dx T. Conducta Alimentaria
A. N. Restrictiva	A. N. Compulsivo Purgativa	B. N. Purgativa	B. N. No Purgativa	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
21	14 (5.4)	122 (47.3)	5 (1.9)	14 (5.4)	5 (1.9)	20 (7.8)	33 (12.8)	1 (0.4)	15 (5.8)	8 (3.1)	

Tabla 1. Población de Estudio. Tabla expresada en porcentajes.

Características Demográficas De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

250 pacientes

	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	TANE 1	TANE 2	TANE 3	TANE 4	TANE 5	TANE 6
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n %
SEXO								
Femenino	32 (91.4)	118 (92.9)	13 (92.9)	4 (80)	19 (95)	30 (90.9)	1 (100)	14 (93.3)
OCUPACIÓN								
Estudia	19 (54.3)	58 (45.7)	8 (57.1)	4 (80)	12 (60)	22 (66.7)	1 (100)	- -
Trabaja	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	7 (46.7)
ESTADO CIVIL								
Soltero	34 (97.1)	114 (89.8)	13 (92.9)	5 (100)	18 (90)	29 (87.9)	1 (100)	7 (46.7)
LOCALIDAD								
RESIDENCIA	16 (45.7)	90 (70.9)	11 (78.6)	4 (80)	16 (80)	23 (69.7)	1 (100)	13 (86.7)
Distrito Federal	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)
EDAD	15.43 (3.05)	16.17 (5.29)	17.36 (7.91)	15 (4.18)	16.8 (4.93)	15.55 (2.63)	13 (-)	17.27 (7.33)
AÑOS ESCOLARES	10.86 (2.77)	11.94 (2.71)	10.57 (2.40)	9 (1.41)	12 (3.41)	10.88 (2.61)	10 (-)	11.73 (3.43)

Tabla 2- Variables Demográficas de la muestra estudiada. Tabla expresada en porcentajes y medias.

Características Clínicas De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Pesos e Índice de Masa Corporal (IMC)

	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		TANE 1		TANE 2		TANE 3		TANE 4		TANE 5		TANE 6	
	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)
IMC INICIAL	15.99	(4.64)	24.23	(6.18)	18.81	(2.03)	19.31	(0.80)	22.82	(3.78)	21.86	(2.43)	22.23	(-)	31.09	(6.52)
PESO MÍNIMO																
DESDE EL INICIO DEL P. ACTUAL (Kg.)	36.65	(10.33)	51.16	(14.84)	43.00	(8.77)	47.68	(4.49)	44.23	(20.67)	46.12	(14.33)	0	(-)	55.27	(17.92)
PESO MÁXIMO A LO LARGO DE LA VIDA (Kg.)																
PESO IDEALIZADO (Kg.)	37.86	(17.93)	44.65	(20.66)	28.43	(22.37)	18.60	(25.53)	40.9	(21.99)	38.91	(21.53)	35	(-)	51.13	(21.29)

250 pacientes

Tabla 3. Variables Clínicas de Pesos e Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra estudiada. Tabla expresada en medias.

Características De Los Atracones De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria
250 pacientes

	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	TANE 1	TANE 2	TANE 3	TANE 4	TANE 5	TANE 6
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
PRESENCIA DE ATRACONES	12 (34.3)	106 (83.5)	3 (21.4)	2 (40)	14 (70)	4 (12.1)	- -	15 (100)
ALIMENTOS CONSUMIDOS								
Carbohidratos	16 (66.66)	146 (65.47)	2 (66.66)	5 (100)	12 (48)	9 (60)	- -	20 (66.66)
DISFORIA PREVIA	12 (34.3)	109 (85.8)	3 (21)	1 (20)	17 (85)	5 (15.2)	- -	12 (80)
ATRACÓN POR AYUNO	8 (22.9)	84 (66.1)	1 (7.1)	2 (40)	10 (50)	1 (3)	- -	6 (40)
EMOCIONES EN EL ATRACÓN								
Positivas	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	14 (66.66)
Negativas	18 (78.26)	94 (59.87)	3 (100)	2 (66.66)	15 (75)	3 (60)	- -	- -
	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)	m (+/-)
FREC. SEM. MÁXIMA DE LOS ATRACONES	4.95 (9.95)	12.27 (11.62)	2.79 (9.3)	14 (21.57)	4.48 (9.55)	.88 (2.81)	- -	18.20 (13.35)

Tabla 4. Variables Clínicas de la muestra estudiada. Atracón. Tabla expresada en porcentajes y medias.

Conductas Compensatorias Inapropiadas De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

No Purgativas

250 pacientes

	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	TANE 1	TANE 2	TANE 3	TANE 4	TANE 5	TANE 6
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
DIETAS RESTRICTIVAS	17 (48.6)	81 (63.8)	5 (35.7)	2 (40)	6 (30)	12 (36.4)	1 (100)	6 (40)
ALIMENTOS RESTRINGIDOS								
Carbohidratos	144 (60.75)	353 (66.60)	54 (58.69)	18 (46.15)	37 (56.92)	82 (62.12)	2 (100)	14 (50)
Proteínas	- -	- -	- -	18 (46.15)	- -	- -	- -	- -
CONTEO CALÓRICO	8 (22.9)	36 (28.3)	3 (21.4)	3 (60)	3 (15)	4 (12.1)		1 (6.7)
AYUNO	26 (74.3)	95 (74.8)	12 (85.7)	4 (80)	15 (75)	29 (87.9)	1 (100)	6 (40)
EJERCICIO COMPULSIVO	11 (31.4)	23 (18.1)	3 (21.4)	2 (40)	4 (20)	3 (9.1)	- -	2 (13.3)
ANFETAMÍNICOS	1 (2.9)	17 (13.4)	1 (7.1)	- -	1 (5)	3 (9.1)	- -	2 (13.3)
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS	1 (2.9)	10 (7.9)	1 (7.1)	1 (20)	1 (5)	4 (12.1)	- -	1 (6.7)

Tabla 5. Variables Clínicas de la muestra estudiada. Conductas Compensatorias Inapropiadas No Purgativas. Tabla expresada porcentajes.

Conductas Compensatorias Inapropiadas De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Purgativas

250 pacientes

	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		TANE 1		TANE 2		TANE 3		TANE 4		TANE 5		TANE 6	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
VÓMITO	17	(48.6)	112	(88.2)	11	(78.6)	2	(40)	16	(80)	32	(97)	-	-	1	(6.7)
LAXANTES	15	(42.9)	71	(55.9)	7	(50)	-	-	7	(35)	14	(42.4)	-	-	4	(26.7)
ENEMAS	3	(8.6)	5	(3.9)	-	-	-	-	-	-	1	(3)	-	-	-	-
DIURÉTICOS	3	(8.6)	12	(9.4)	2	(14.3)	-	-	2	(10)	1	(3)	-	-	-	-
	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)
FREC. MÁX. SEMANAL EPISODIOS DE VÓMITO	22.21	(28.97)	22.79	(19.22)	14.10	(13.20)	38.50	(24.74)	14.44	(13.95)	22.20	(53.34)	-	-	12	(2.82)
FRECUENCIA SEMANAL DEL USO DE LAXANTES	6.31	(1.79)	4.71	(2.57)	4.67	(2.65)	-	-	6.14	(2.26)	3.93	(2.86)	-	-	3.5	(0.7)

Tabla 6. Variables Clínicas de la muestra estudiada. Conductas Compensatorias Inapropiadas Purgativas. Tabla expresada en porcentajes y medias.

Percepción de la Imagen Corporal De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

250 pacientes

	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	TANE 1	TANE 2	TANE 3	TANE 4	TANE 5	TANE 6
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
INSATISFACCIÓN CORPORAL	23 (65.7)	98 (77.2)	12 (85.7)	2 (40)	16 (80)	22 (66.7)	1 (100)	15 (100)
PRESENCIA DE T. IMAGEN CORPORAL	28 (80)	103 (81.1)	11 (78.6)	5 (100)	18 (90)	30 (90.9)	1 (100)	7 (46.7)
PARTES CORPORALES AFECTADAS								
Generalizado	3 (5.88)	18 (10.28)	2 (9.52)	- -	1 (3.03)	9 (18.75)	- -	1 (6.66)
Segmentado	48 (94.11)	157 (89.71)	19 (90.47)	7 (100)	32 (96.96)	39 (81.25)	- -	14 (93.33)
• Abdomen	20 (39.21)	66 (37.71)	7 (33.33)	4 (57.14)	14 (42.42)	20 (41.66)	- -	5 (33.33)

Tabla 7. Variables Clínicas de la muestra estudiada. Percepción de la Imagen Corporal. Tabla expresada en porcentajes.

Ciclo Menstrual De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria
250 pacientes

	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		TANE 1		TANE 2		TANE 3		TANE 4		TANE 5		TANE 6	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
RITMO MENSTRUAL REGULAR PREVIO AL T. ALIMENTARIO	18	(51.4)	82	(64.6)	8	(57.1)	2	(40)	12	(60)	21	(63.6)	-	-	10	(66.7)
PRESENTARON IRREGULARIDAD MENSTRUAL TRAS EL INICIO DEL P. ACTUAL	16	(45.71)	26	(20.47)	6	(42.85)	2	(40)	5	(25)	6	(18.18)	1	(100)	3	(20)
PERIODOS DE AMENORREA	28	(80)	37	(29.1)	4	(28.6)	4	(80)	7	(35)	8	(24.2)	-	-	2	(13.3)
AMENORREA TRAS LA PÉRDIDA PONDERAL	25	(71.4)	32	(25.2)	3	(21.4)	4	(80)	6	(30)	5	(15.2)	-	-	1	(6.7)
	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)	m	(+/-)
EDAD DE LA MENARCA	12.34	(1.43)	11.95	(1.89)	12	(1.71)	11.80	(1.30)	12.33	1.39	12.18	1.44	13	-	11	1.51
NÚMERO DE EPISODIOS DE AMENORREA	2.29	(3.83)	3.5	(3.85)	1	(0)	1.75	(1.5)	2.29	2.56	2	1.92	-	-	1	0

Tabla 8. Variables Clínicas de la muestra estudiada. Ciclo Menstrual. Tabla expresada en porcentajes y medias.

Antecedentes Patológicos De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

250 pacientes

	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		TANE 1		TANE 2		TANE 3		TANE 4		TANE 5		TANE 6	
	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%
ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL	32	91.4	96	75.6	11	78.6	2	40	13	65	27	81.8	1	100	7	46.7
CONDUCTAS AUTOLESIVAS	18	51.4	68	53.5	6	42.9	3	60	13	65	16	48.5	1	100	6	40
ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA	9	25.7	56	44.1	4	28.6	2	40	10	50	13	39.4	1	100	3	20
PATRÓN DE CONSUMO DE OH'																
Abuso	1	2.9	10	7.9	2	14.3	1	20	2	10	3	9.1	-	-	2	13.3
Dependencia			19	15			1	20	2	10	1	3	-	-	1	6.7
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2	5.7	32	25.2	2	14.3	2	40	6	30	8	24.2	-	-	6	40

Tabla 9. Variables Clínicas de la muestra estudiada. Antecedentes Patológicos. Tabla expresada en porcentajes.

Antecedentes Heredo Familiares De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

250 pacientes

	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		TANE 1		TANE 2		TANE 3		TANE 4		TANE 5		TANE 6	
	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%
FAMILIARES DE 1° CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS	9	25.7	26	20.5	1	7.1	2	40	7	35	3	9.1	-	-	7	46.7
FAMILIARES DE 2° CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS	8	22.9	39	30.7	5	35.7	1	20	5	25	7	21.2	1	100	4	26.7

Tabla 10. Variables Clínicas de la muestra estudiada. Heredo familiares. Tabla expresada en porcentajes.

Comorbilidad con Trastornos Psiquiátricos De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

250 pacientes

	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		TANE 1		TANE 2		TANE 3		TANE 4		TANE 5		TANE 6	
	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%
T. DEPRESIVO MAYOR	9	25.71	61	48.03	5	35.71	3	60	14	70	15	45.45	-	-	8	53.33
T. LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	3	8.6	13	10.2	1	7.1	-	-	3	15	3	9.1	-	-	1	6.7
T. ANSIEDAD GENERALIZADO	3	8.6	9	7.1	-	-	-	-	1	5	4	12.1	-	-	3	20
T. OBSESIVO COMPULSIVO	1	2.9	1	0.8	-	-	-	-	-	-	1	3	1	100	3	20
T. DISTÍMICO	1	2.9	7	5.5	-	-	1	20	1	5	2	6.1	-	-	1	6.7

Tabla 11 – Variables Clínicas. Comorbilidad con Trastornos Psiquiátricos. Tabla expresada en porcentajes.

Comorbilidad con Patología Médica De La Población con Trastornos de la Conducta Alimentaria

250 pacientes

	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		TANE 1		TANE 2		TANE 3		TANE 4	
	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%	n =	%
CRISIS PARCIALES SIMPLES	2	5.7	9	7.1	1	7.1	1	20	2	10	1	3
CRISIS PARCIALES COMPLEJAS	1	2.9	2	1.6	-	-	-	-	1	5	-	-

Tabla 12 - Variables Clínicas. Comorbilidad con Patología Médica. Tabla expresada en porcentajes.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio nos permiten precisar con relativa certeza como se comporta la población mexicana que cursa con trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, no se debe perder de vista que se trata de una muestra obtenida de una clínica de sub-especialidad perteneciente a un hospital psiquiátrico de tercer nivel, de concentración, que se localiza en la principal ciudad de nuestro país; una vez contemplado esto, podemos observar que las características clínicas y demográficas de los pacientes en estudio no difirieron de lo reportado en la literatura mundial. Se obtuvo información detallada de los criterios estudiados en los trastornos de la conducta alimentaria así como elementos que se han asociado a la prevalencia los mismos. En base a ello se podrán abrir nuevas líneas de investigación para cada uno de los grupos que integran a los trastornos de la conducta alimentaria, resultando de especial relevancia lo referente a los trastornos alimentarios no especificados (TANE), ya que no se cuenta con información específica sobre los mismos, esto no sólo a nivel nacional; aportando así información que enriquezca el acervo médico basado en evidencia, para poder ofrecer una mejor calidad de atención a la población afectada.

Aspectos Demográficos

En relación a lo obtenido en la población de estudio, se encontró que la conformaron en su mayoría pacientes del sexo femenino (92.4%), con una relación de 10.66: 1 para anorexia nerviosa, lo que concuerda por lo reportado en la literatura mundial (10: 1.) (Tratado de Psiquiatría, DSM IV, 2000). La edad promedio al inicio del tratamiento fue de 21.36 años +/- 7.56, similar a lo observado en el estudio epidemiológico de Albornoz Muñoz DP, Matos Retamozo L en el 2001. En un estudio realizado por Lázaro L, Toro J y cols. en el 2000, en Barcelona, España, en donde se estudiaron a 108 pacientes con anorexia nerviosa, la edad promedio de estas fue de 15 años, similar a lo encontrado en nuestra población en el grupo de anorexia nerviosa, cuya edad fue de 15.43 +/- 3.05; el grupo con menor promedio de edad, 15 años, lo obtuvieron los pacientes con diagnóstico de TANE 2 . 88.4% de los sujetos de estudio fueron solteros, ello quizá, directamente relacionado a la edad. El 50.8% refirió desempeñarse como estudiante, se obtuvo una escolaridad promedio de 11.5 años, es decir con estudios a nivel secundario inconclusos;

Rauch Herscovici C, Bay L en 1991 determinaron en su estudio realizado en 2,346 mujeres argentinas que el 58.4% tenían este grado de escolaridad.

La muestra se integró en su totalidad por pacientes de nacionalidad mexicana en su mayoría oriundos y residentes del Distrito Federal 78.4% y 69.6 % respectivamente, seguido en importancia por el Estado de México, siendo estas dos zonas geográficas, las áreas metropolitanas por excelencia en nuestro país, que suelen ser lugares de concentración de los trastornos de la conducta alimentaria, al parecer no sólo debido al mayor número de población sino también por la influencia social, actividad económica y la frecuente desintegración o disfunción familiar, mismos que se conocen como factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos. (Atkins D, Silber TJ, 1993; Nonbakhth DM, Dezhkam M, 2000; Rob AS, Dadson MJ, 2002; Silber TJ, 1986).

Aspectos Clínicos

Atracones

Como era de esperarse dadas las características clínicas del trastorno (APA, DSM IV-TR, 2000), el menor índice de masa corporal, con 15.99 ± 4.64 , lo obtuvieron los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa, seguido por las pacientes con TANE 1 y 2, trastornos que comparten características con anorexia nerviosa. Sin embargo los pacientes con TANE 2 representaron al tercer lugar de pacientes con más alto peso, en la variable de peso máximo a lo largo de la vida. Con una media de 31.09 ± 6.52 de IMC, se reportaron las pacientes con TANE 6, quienes por definición se caracterizan por cursar únicamente con atracones (Brewerton T, 2002).

En referencia al peso idealizado por los sujetos, el promedio más bajo lo obtuvieron los pacientes con diagnóstico de TANE 2 con 18.60 ± 25.53 Kg.; El promedio más alto de peso idealizado fue el de los pacientes con TANE 6 con 51.13 ± 21.29 Kg. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Schneider y Agras, en donde se observó que en referencia al peso idealizado, las mujeres, siempre aspiran a un peso por debajo del considerado normal.

Fue de llamar la atención la dispersión de la muestra en referencia al peso mínimo desde el inicio del padecimiento actual, específicamente en lo reportado por los pacientes pertenecientes a los grupos de bulimia nerviosa, TANE 3, 4 y 6.

Bajo el precepto de que los atracones se definen como la ingestión sin control de gran cantidad de comida de forma episódica en un breve periodo de tiempo, el grupo diagnóstico que reporto la mayor frecuencia de presentación obviando al TANE 6, fue el de bulimia nerviosa con 83.5% y la menor frecuencia la obtuvo del grupo de TANE 4 con 12.1%.

El tipo de alimentos que con mayor frecuencia fueron consumidos en el atracón es el grupo de carbohidratos lo que coincide por lo reportado por Halmi K.A., en Hales R.E. y cols en el 2003, quienes determinaron que la comida que se consume en el atracón generalmente posee un alto contenido calórico y una textura que facilita su ingestión en breves periodos de tiempo. Y reforzado a nivel bioquímico por la acción de GABA, norepinefrina, neuropéptido "Y" y corticoesterona en hipotálamo y núcleo paraventricular, lo que estimula la conducta alimentaria, preferentemente por la ingesta de carbohidratos (Fairburn C. 2002).

Existen teorías que relacionan atracones y obesidad con factores externos y regulación emocional, se ha observado que la presencia de emociones negativas precede a los atracones (Fisher, S; Chen, E y cols 2007); en referencia a ello, el mayor porcentaje de pacientes de la muestra de estudio reportó haber cursado con disforia previa al atracón, los grupos que con mayor frecuencia lo asociaron fueron el de bulimia nerviosa 85.8%, seguido por TANE 3 con 85% y TANE 6 con 80%. Las emociones experimentadas en todos los grupos durante el atracón fueron en su mayoría negativas (tristeza 14.3%, seguida por la experimentación de enojo en el 11.4 %), con excepción de lo referido por los pacientes del TANE 6 quienes en su mayoría, 66.66%, experimentaron emociones positivas (satisfacción en el 20.5%); sin embargo, una vez terminado el atracón, la mayor parte de los pacientes, independientemente del grupo diagnóstico, experimentó emociones negativas, principalmente, culpa. Los grupos que cursaron frecuentemente con atracones secundarios a la realización de ayunos fueron principalmente los de bulimia nerviosa, TANE 3 y 6. (Halmi K.A., en Hales R.E. y cols en el 2003).

Conductas Compensatorias Inapropiadas

Debido a que la pubertad es un período del desarrollo en donde característicamente hay un aumento de la grasa corporal, las adolescentes son particularmente susceptibles a comprometerse en conductas no saludables para controlar el peso. La insatisfacción con la forma o el tamaño corporal es el desencadenante psicológico para comenzar una dieta. Un alto porcentaje de las mujeres jóvenes realizan dietas. (Neinstein L, 2002). En nuestra población de estudio el grupo que contó con el mayor porcentaje de individuos que realizan dietas fue el de bulimia nerviosa y en relación a tiempo de realización de las mismas, el 37.6% se encuentra bajo en forma constante, poco más del doble de población de lo observado en muestras europeas en quienes se reporta una frecuencia del 15%.(Fairburn, C., 2002). El grupo de alimentos que reportaron restringir con mayor frecuencia independiente todos los grupos de trastornos alimentarios, fue el grupo de los carbohidratos, sin embargo, en las pacientes con TANE 2, se registró la misma proporción de restricción en carbohidratos y proteínas (46.15 %) de igual forma, en este grupo se observó el mayor porcentaje de pacientes que dijeron realizar conteo calórico con un 60%. que representa al 5.17% de la muestra total.

El 75.2% de la población descrita, realiza ayunos por periodos mayores a 12 horas. El 87.9% de las pacientes con TANE 3 lo realiza, seguido por el TANE 1 con 85,7% de frecuencia, se observó el menor porcentaje de realización en los pacientes con TANE 6 (40%).

Otra de las conductas compensatorias que suelen realizar algunos sujetos con trastornos alimentarios consiste en someter a su organismo a extenuantes rutinas de trabajo físico con la finalidad de incrementar la pérdida ponderal. El 53.6% de la muestra realiza ejercicio, el 80% de la población que integra al TANE 2 realiza esta actividad y en donde el 31.4 % lo realiza de manera compulsiva, en comparación con el TANE 6 en el que el 33.3% lo lleva a cabo y sólo el 13.3% en forma compulsiva.

El 10% de la población en estudio mencionó utilizar medicamentos de tipo anfetamínico, la población que con mayor frecuencia las reportó fueron los pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa (13.4%) seguida por las pacientes con diagnóstico de TANE 6 (13.3%). Otros sujetos de la población en estudio refirieron tomar medicamentos de tipo no anfetamínico con el mismo fin, obtener una pérdida ponderal; el grupo que los

utilizó más frecuentemente de el grupo de bulimia nerviosa, el 18.9% de esta población no especificó el tipo de medicamentos que utiliza, el 10.2% utiliza medicamentos de origen homeopático, seguido con un 8.7% de pacientes que optan por los termogénicos.

El consumo diario promedio de líquidos al inicio del tratamiento de mayor a menor promedio fue: TANE 3 con 3.43 litros, anorexia nerviosa con 2.72 litros, bulimia nerviosa con 2.53 litros al día, TANE 4 con 2.46 litros, TANE 1 con 2.39 litros y por último TANE 2 con 2.15 litros al día. El riesgo de una ingesta excesiva de líquidos es la intoxicación hídrica, que puede dar como resultado una hiponatremia dilucional que a su vez puede inducir crisis convulsivas e incluso la muerte.(Rome ES, Ammerman S, Piper DS, et al, 2003)

Existen conductas compensatorias distintas a las ya mencionadas, las conductas purgativas, estas se caracterizan, como lo menciona en su definición la real academia española, en la eliminación de residuos que se acumulan. Para ello las pacientes recurren a diversas técnicas, como lo son la inducción al vómito, el uso de laxantes, diuréticos y/o enemas.

En el caso de los pacientes que integraron la muestra, el 76.4 % reportó inducirse el vómito tras haber incurrido en atracones y fueron los sujetos del grupo de bulimia nerviosa quienes reportaron la mayor frecuencia con un 88.2%. Sin embargo al investigar la frecuencia con la cual llevaban a cabo estas conductas, al inicio de su padecimiento, los pacientes del grupo de TANE 2 refirieron un promedio de 11.5 +/- 13.43 episodios semanales, llegando a presentarlos hasta 38.5 +/- 24.74 veces por semana. El 47.2 % de los sujetos con trastornos de la conducta alimentaria reportó el uso de laxantes, quienes los utilizan mas comúnmente son los pacientes con bulimia nerviosa y son los medicamentos de tipo homeopático los mas usados en todos los grupos con excepción del TANE 1 en donde el 66.66% de la población utiliza medicamentos alopáticos. Con menos asiduidad en su uso, encontramos a los diuréticos, sólo el 8% de la población de estudio reportó su uso con fines de reducción ponderal., el 14.3% de la población con TANE 1 los utilizan, dando como resultado ser la población de mayor consumo, a ellos le siguen los pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa quines representan al 9.4% de los usuarios. Con aún menos reiteración en el uso, encontramos a los enemas, el 3.6% de la población total refirió

utilizarlos como medida purgativa, obteniendo el mayor número de usuarios el grupo de anorexia nerviosa con un 8.6%.

Percepción de la Imagen Corporal

Como lo describió en 1960 Hilde Bruch, existe además de una carencia en la autoestima en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, una distorsión de la imagen corporal, alteración en la percepción del peso o de la silueta corporal acompañada de exageración en la importancia de la autoevaluación, perdiendo la capacidad para aceptar el peligro que conlleva el tener un bajo peso. En el 80.8% de los pacientes, se diagnosticó Alteración de la imagen corporal; el 75.6 % de los pacientes con trastornos alimentarios reportó cursar con insatisfacción corporal, siendo los más inconformes los integrantes del TANE 6 con un 100% seguidos por el 85.7% de los pacientes con TANE 1. La principal región corporal afectada en todos los grupos fue el abdomen, en el 54.4% de la población total.

Ciclo Menstrual

El estudio de las características del ciclo menstrual en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resulta de vital importancia, ya que éste nos permite no solo realizar el diagnóstico diferencial entre los trastornos que integran al “espectro” anorexia (ANR, ANCP, TANE 1 y TANE2), en pacientes que ya cursaron con la menarca; además la aparición de la menarca a una edad temprana es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (Waller D, 1990; Fairburn, 1997). En referencia a la edad de presentación de la menarca, las pacientes con diagnóstico de TANE 6 reportaron haber tenido en promedio la menarca a una edad menor que el resto de los grupos, 11 +/-1.51 años; y el promedio de mayor edad de presentación lo obtuvieron las pacientes con anorexia nerviosa 12.34 +/- 1.43 años. El 26% de las pacientes refirieron haber tenido irregularidad en sus ciclos menstruales tras haber iniciado el padecimiento alimentario. El 36% de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria reportaron haber cursado con al menos un episodio de amenorrea a lo largo del padecimiento. Contrario a lo que se esperaba, las pacientes con bulimia nerviosa fueron quienes reportaron el mayor número de episodios, con 3.5 episodios de amenorrea en promedio,

seguidas por las pacientes con anorexia nerviosa y TANE 3 con 2.9 episodios. La amenorrea, en algunas ocasiones, se establece desde el comienzo cuando la pérdida de peso aún pasa desapercibida, en otras ocasiones, tiene lugar en estadios más avanzados (Steiger, 2004; Muñoz MT 2002), el 30.4% de las pacientes que refirieron haber experimentado periodos de amenorrea, mencionaron que éste se presentó después de haber cursado con la pérdida ponderal.

Factores de Riesgo

Existen factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los predisponentes pueden incluir los factores genéticos (Brewerton T, 1993); biológicos como lo son el entorno familiar, los afectos adversos del medio ambiente, las alteraciones psiquiátricas premórbidas y la presión sociocultural. En torno a ellos se pueden identificar los grupos de alto riesgo.

El 47.2% de los pacientes estudiados, pertenece al grupo de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria

Hasta el 46.7 % de los pacientes con TANE 6, contaron con al menos un familiar de primer grado con algún tipo de trastorno alimentario, y hasta el 35.7% de los pacientes con TANE 1 con un familiar de segundo grado.

Como ya se mencionó, varios factores de riesgo se han relacionado con los trastornos de la alimentación, entre ellos, el abuso físico o sexual en la infancia (Bullik C, 2002). El 24.4% de la población estudiada contó con el antecedente de abuso sexual, el 53.3% de los pacientes con TANE 6 lo reportaron seguidas por los pacientes con bulimia nerviosa en un 42.4%. El tipo de abuso sexual que con mayor frecuencia se mencionó fue por tocamiento, seguido por el que consistió en penetración, en relación a éste último, los pacientes con TANE 6 fueron víctimas de él con mayor frecuencia que el resto de los grupos.

52.4% de los pacientes dijo haber realizado en alguna ocasión conductas autolesivas sin la intención de llevar a cabo un intento suicida, el 53.3% de los pacientes con bulimia nerviosa y el 51.4% de los pacientes con anorexia nerviosa las presentan. El 39.2% de los paciente cuenta con e antecedente de intento suicida y fueron los pacientes de

TANE 4 quienes contaron con el mayor número de intentos realizados con un promedio de 3.29 +/- 3.70 episodios.

Comorbilidad Psiquiátrica y Médica

Se han asociado la presencia de síntomas depresivos, aplanamiento afectivo, sentimientos de culpa y desesperanza, irritabilidad, baja autoestima así como ideación e intentos suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn C., Brownell K.; 2002) en relación a ello, todos los grupos diagnósticos, excepto TANE 5 presentaron comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, del grupo de TANE 3, el 70% de los pacientes lo presentó, el 60% de los sujetos con TANE 2, En referencia con el trastorno Distímico, 5.2% de los sujetos, lo reportó, y su mayor representación, con el 20% fue el grupo de TANE 2.

A diferencia de lo descrito en la literatura, los mayores porcentajes en trastornos de ansiedad no los obtuvieron las pacientes con anorexia nerviosa (Fairburn C., Brownell K.; 2002)ellos menciona que mas de la mitad de los pacientes con anorexia nerviosa reportan trastornos de ansiedad, siendo los mas frecuentes el trastorno de ansiedad generalidad, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social; en relación a los dos primeros, sólo el 8.6% y 2.9% respectivamente, sin embargo el único caso de fobia social, sí se reporto por un paciente con anorexia nerviosa. De los trastornos de ansiedad los que con mayor frecuencia se presentaron fueron el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. En referencia al primero, se observó en 20% de los pacientes con TANE 6. En lo concerniente al trastorno obsesivo compulsivo, la paciente con diagnóstico alimentario de TANE 5 y el 20% de los sujetos con TANE 6.

González, L; Unikel, C; Cruz, C; Caballero A. en el año 2003, realizaron una revisión bibliográfica en donde se relacionaron los trastornos de la conducta alimentaria con la personalidad, se observó que en relación a la anorexia nervosa, ésta se asocia con conductas obsesivo compulsivas y con un exceso de control, mientras que la bulimia nerviosa se asocia con conductas histéricas vinculadas con la impulsividad. Entre los factores que intervienen en el desarrollo de los trastornos alimentarios, se encuentran determinados rasgos de personalidad que hacen que algunos sujetos sean más propensos a

desarrollarlos. En la anorexia nerviosa restrictiva prevalecen los patrones de conducta temerosa y ansiosa que se relacionan con trastornos de personalidad por evitación y dependencia, los pacientes con anorexia nerviosa compulsivo purgativa, comparten con las bulímicas formas de conducta impulsiva, expresivo-emotiva e inestable que se observan en los trastornos de la personalidad limítrofe e histriónica, lo que a su vez da lugar a comportamientos restrictivos y purgativos. En la muestra de estudio el único diagnóstico del EJE II con el que se reportó comorbilidad fue con el trastorno límite de la personalidad, el cual lo cursaron 8.6 % de los pacientes con anorexia nerviosa, 10.2% de los sujetos con bulimia nerviosa, 7.1% con TANE 1, 15 % con TANE 3, 9.1% de los pacientes con TANE 4 y 6.7% del TANE 6.

Los atracones son el componente principal de muchos trastornos de la conducta alimentaria y comparten a su vez muchas similitudes con el consumo de sustancias. Ambos grupos experimentan la sensación de pérdida de control y reportan el uso de sustancias o de comida para controlar su estado emocional y poder manejar el estrés. Siguiendo esta línea, efectivamente, los trastornos de la conducta alimentaria que reportaron el uso de sustancias psicoactivas ilícitas fueron aquellos que se caracterizan por cursar atracones, sin embargo se obtuvo el mismo porcentaje de usuarios en pacientes con TANE 2 y TANE 6, mas no debemos perder de vista que la muestra es muy pequeña al subdividirla por grupos.

En relación al patrón de consumo de alcohol, el mayor porcentaje de pacientes con abuso, lo registraron los pacientes con TANE 1 (14.3 %) y TANE 6 (13.3 %), mientras que en referencia a la dependencia de alcohol, obtuvieron el mayor porcentaje los pacientes con bulimia nerviosa (15 %) y TANE 3 (10%).

En relación a la comorbilidad con patología médica, los diagnósticos que con mayor frecuencia se reportaron en los trastornos de la conducta alimentaria, fueron de tipo neurológico, en primer lugar las crisis parciales simples, seguidas de las crisis parciales complejas. No se observaron en los pacientes de la muestra, comorbilidad médica asociada con la presencia de complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria, esto con excepción de la paciente con desnutrición de tercer grado, detectado en una paciente con anorexia nerviosa.

CONCLUSIONES

Se observó que en referencia a las características demográficas existe una homogeneidad en todos los grupos subclínicos y esto corresponde a lo descrito en la literatura internacional. La mayor parte de la muestra se conformó por pacientes del sexo femenino, en su mayoría solteras, esto quizá a consecuencia de la edad de la muestra. La mayor parte de esta población es originaria y residente del Distrito Federal y Estado de México, esto puede estar influenciado por el hecho de que la institución a la que pertenece la muestra se encuentra localizada y rodeada por estas zonas geográficas. El nivel de escolaridad de muestra es superior a lo reportado por el INEGI para el año 2006 en la población general en donde sólo el 37.24 % de la población lo posee.

En relación a las características clínicas, la principal variación que se dio fue consecuente con las diferencias propias de las características clínicas que distinguen cada trastorno. Los resultados reportados por los grupos de anorexia y bulimia nerviosas, son muy semejantes a lo descrito por otros autores. Al no existir estudios descriptivos de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, en los cuales su psicopatología se ha evaluado, no fue posible comparar y evaluar la conducta que observaron los sujetos que pertenecen a estos grupos diagnósticos en nuestra muestra. Lo que deja ver la necesidad de llevar a cabo investigación sistemática de las características clínicas de los TANE.

Por lo anterior, resulta de gran importancia conocer las características demográficas y clínicas de la población a la que nos enfrentamos día con día, ya sea en la práctica institucional o privada; ya que de este conocimiento se derivará una atención integral y de calidad a estos pacientes que a últimas fechas han incrementado en número, demandando una mayor atención a los servicios de salud, tanto en el área psiquiátrica como en el de otras especialidades médicas.

El estudio, no resultó representativo para la población abierta, debido a que la muestra fue extraída de una clínica de subespecialidad de una institución de salud de tercer nivel.

Debido a que sólo se incluyó a la población que ingresó a la Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante el año 2006, la muestra resultante para los grupos diagnósticos, en algunos casos resultó insuficiente para determinar su comportamiento clínico con objetividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdel-Rahman EM, Moorthy AV. "End-stage renal disease (ESRD) in patients with anorexia nervosa". *Clin Nephrol*; 47:106-111. 1997.
2. American Psychiatric Association "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition Text Revision". American Psychiatric Association, 2000.
3. American Psychiatric Association "Handbook of Psychiatric Measures" Edit. American Psychiatric Publishing Group, 2000.
4. Albornoz Muñoz DP, Matos Retamozo L. "Perfil clínico epidemiológico de la anorexia nerviosa: pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideoy Noguchi entre 1982 y 1988". *Rev Neuropsiquiatr*;64(2):134-146. 2001.
5. Anderluh M. B., Tchanturia K. y cols. "Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype". *Am J Psychiatry*; 160(2):242- 247, 2003.
6. Braun, D.L., y cols. "Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders". *Psychological Medicine*; 24: 859-867. 1994.
7. Brewerton T. "Bulimia in children and adolescents". *Child Adol Psych Clin N Am*; 11:237-256. 2002.
8. Brewerton T, Hand L, Bishop E. "The tridimensional personality questionnaire in eating disordered patients". *Int J Eating Disord*; 14(2):213-218. 1993.
9. Bulik C. "Eating disorders in adolescents and young adults". *Child Adol Psych Clin N Am*; 11:201-218. 2002.
10. Carlat D, Camargo C. "Review of bulimia nervosa in males". *Am J Psych*; 148:831-843.1991.

11. Coovert, D.L., y cols. "The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature". *Clinical Psychology Review*; 9, 169-180. 1989.
12. DeCaprio C, Pasanisi F, Contaldo F. "Gastrointestinal complications in patients with eating disorders". *Eat Weight Disord* 2000; 5:228-230.
13. Fairburn, C., Welch, S. L. y cols. "Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case control study". *Arch Gen Psychiatry*; 54: 509-517, 1997.
14. Fairburn C., Cooper Z. y cols. "Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons". *Arch Gen Psychiatry*; 56:468-476, 1999.
15. Fairburn C. G. y Brownell K. D. "Eating Disorders and Obesity". 2ª Edición. The Guilford Press, 2002.
16. Fassino S., Amianto F., y cols. "Bulimic family dynamics: Role of parents' personality- A controlled study with the temperament and character inventory". *Comprehensive Psychiatry*; 44(1):70-77, 2003.
17. Favaro, A. y Santonastaso, P. "Impulsive and Compulsive Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa: Prevalence and Psychological Correlates". *Journal of Nervous and Mental Disease*; 186: 157-165. 1988.
18. Fernández Rostello EA, Valdés Quintana E, Escotelup JC, et al. "Evaluación mediante eco-Doppler cardíaco del síndrome de anorexia nerviosa". *Rev Asoc Med Argent*; 112(3):22-25. 1999.
19. Fisher S, Chen E, Katterman S, Roerhig M, Bochierri-Ricardi L, Muñoz D, et al. "Emotional Eating in a Morbidly Obese Bariatric Surgery-Seeking Population". *Obesity Surgery*; Vol. 17 : 782-88. 2007.
20. Fligewicz D, Schartz M, Seeley R, Chavez M, Baskin D, Woods S, Porte D. "Endocrine regulation of food intake and body weight". *J Lab Clin Med*; 127:328-332. 1996.

21. Garfinkel, P.E., y cols. "Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups". *American Journal of Psychiatry*; 148: 831-843. 1995.
22. Geraciotti T, Liddle R. "Impaired cholecystokinin secretion in bulimia nervosa." *N Engl J Med*; 319:683-688. 1988.
23. Grilo, C.M., y cols. "Comorbidity of DSM-111-R Axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders". *Psychiatric Services*; 47: 426-429. 1996.
24. Grilo, C.M., Levy, K.N., Becker, D.F, Edell. W.S. y McGlashan, T.H. "Comorbidity of DSM-111-R Axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders". *Psychiatric Services*; 47: 426-429. 1996.
25. González, L; Unikel, C; Cruz, C; Caballero A: *Personalidad y Trastornos de la conducta alimentaria. Salud Ment*; 26 (3), 2003.
26. Gutiérrez R, Mora J, Unikel C, et al. "El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo". *Salud Ment*; 24(6):55-61. 2001.
27. Hales R. E. y Yudofsky S. C. "Textbook of Clinical Psychiatry". 4ª Edición. American Psychiatric Publishing, 2003.
28. Halmi K., Sunday S. y cols. "Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior". *Am J Psychiatry*; 157(11): 1799-1805, 2000.
29. Hedges D. W. y cols. "Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 2: improvement in psychiatric measures". *J Clin Psychiatry*; 64(12):1449-54, 2003.

30. Heinberg, L. J. y Thompson, J. K. "Body image and television images of thinness and attractiveness" *Journal of Social and Clinical Psychology*; 14: 325- 338. 1995.
31. Hoopes S. P. y cols. "Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 1: improvement in binge and purge measures". *J Clin Psychiatry*; 64(11):1335-41, 2003.
32. Hsu L. K. "Epidemiology of eating disorders". *Psychiatric Clinics of North America*; 19:681-700, 1996.
33. Humphrey L. "Family relations in bulimic-anorexic and non-distressed families". *Int J Eating Disord*; 5(2):223-232. 1986.
34. Jacquin P, Ouvry O, Alvin P. "Fatal water intoxication in a young patient with anorexia nervosa". *J Adolesc Health*; 13:631-633. 1992.
35. Jimerson D, Wolfe B, Metzger E, Finkelstein D, Cooper T, Levine J. "Decreased serotonin function in bulimia nervosa". *Arch Gen Psychiatry*; 54:529-534. 1997.
36. Jimerson D, Lesem M, Kaye M, Brewerton T. "Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes". *Arch Gen Psychiatry*; 49:132-138. 1992.
37. Joiner T, Katz J, Heatherton T. "Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms". *Int J Eating Disord*; 27:191-192. 2000
38. Katzman D, Golden N, Neumark-Sztainer D, Yage J, Strober M. "From prevention to prognosis: clinical research update on adolescent eating disorders". *Pediatric Res*; 47(6):709-712. 2000.
39. Kaye W, Ballenger J, Lydiard B. "CSF monoamine levels in normal weight bulimia: Evidence for abnormal noradrenergic activity". *Am J Psychiatry*; 147:225-229. 1990.

40. Killen J, Hayward C, Litt I, Hammer L, Wilson D, Miner B, Taylor B, Varady A, Schisslak C. "Is puberty a risk factor for eating disorders?" *Am J Dis Child*; 146:323-325.1992.
41. Kreipe RD. "Eating disorders among children and adolescents". *Pediatr Rev*; 16:370-379. 1995
42. Lázaro L, Toro J, Canalda G, et al. "Clinical, psychological and biological variables in a group of 108 adolescent patients with anorexia nervosa". *Med Clin (Barc)*; 107(5):169-174. 1996.
43. Lemberg R. "Controlling eating disorders with facts, advice and resources". Phoenix: Orix Press: 15-20. 1992.
44. Leonard S. y cols. "Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalence and psychological correlates". *Int J Eat Disord*; 33(4): 397-405, 2003.
45. Lilenfeld, L. R. y cols. "A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Psychiatric Disorders in First-Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity" *Archives of General Psychiatry*; 55: 603-610. 1998.
46. Lilenfeld, L. R. y cols. "Personality Traits Among Currently Eating Disorders, Recovered, and Never-ill First Degree Female Relatives of Bulimic and Control Women" *Psychological Medicine*; 30: 1399-1410. 2000.
47. Livesley, W. J. "Practical Management of Personality Disorders" Editorial The Guilford Press. 2003.
48. Matsunaga, H., Kiriike, N., Nagata, T. y Yamagami, S. "Personality disorders in patients with eating disorders in Japan". *International Journal of Eating Disorders*; 23: 399-408. 1998.

49. Matsunaga H., Kaye W. y cols. "Personality disorders among subjects recovered from eating disorders". *Int J Eat Disord*; 27:353-357, 2000.
50. Modestin, J., Oberson, B. y Erni, T. "Possible correlates of DSM-III-R personality disorders". *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 96: 424-430.1997.
51. Molinari E. "Eating disorders and sexual abuse". *Eat Weight Disord*; 6(2):68-80, 2001.
52. Neinstein L. "Adolescent health care. A practical Guide". 4th ed. USA: Lippincott: Williams and Wilkins, 2002.
53. Nonbakhth DM, Dezhkam M. "An epidemiological study of eating disorders in Iran". *Int J Eat Disord*; 28:265-271. 2000.
54. O`Dea, J. A, y Abraham, S. "Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem" *International Journal of Eating Disorders*; 28: 43-57. 2000
55. Páez, F. y cols. "Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad. Resultados de un estudio piloto" *Salud Mental*; 20 (3): 19-23. 1997.
56. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estevez J, et al. "Prevalence of eating disorders in a representative sample of female adolescents from Navarra (Spain)". *Med Clin (Barc)*; 115(7):278-279. 2000.
57. Picot A. K, Lilienfeld L. R. "The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index". *Int J Eat Disord*; 34:98-107, 2003.
58. Quintero-Parraga E, Pérez-Montiel AC, Montiel-Nava C, et al. "Eating behavior disorders: Prevalence and clinical features in adolescents in the city of Maracaibo, Zulia State, Venezuela". *Invest Clin*; 44(3):179-193. 2005.

59. Rauch Herscovici C, Bay L. "Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía. Terapia familiar"; Argentina: Paidós: 21-136. 1991.
60. Rayworth B. B., y cols. "Childhood abuse and risk of eating disorders in women". *Epidemiology*; 15(3):271-8, 2004.
61. Riggs S, Havel D, Bisor P, et al. "Cardiac impairment in adolescent girls with anorexia nervosa". *J Adolesc Health*; 22:239-243. 1998.
62. Robb A, Dadson M. "Eating disorders in males". *Child Adol Psych Clin N Am*; 11:399-418. 2002.
63. Rome ES, Ammermann S. "Medical complications of eating disorders: An update". *J Adolesc Health*; 33:418-426. 2003.
64. Rome ES, Ammerman S, Piper DS, et al. "Children and adolescents with eating disorders: The state of the art". *Pediatrics*; 111:98-108. 2003.
65. Rorty M, Yager J, Rasotto E, Buckwalter G. "Parental intrusiveness in adolescent recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women". *Int J Eating Disord*; 28:202-208. 2000.
66. Rosen D. "Eating disorders in children and young adolescents: Etiology, classification, clinical features and treatment". *Adolesc Med State Art Rev* ; 14:49-59.2003.
67. Schmidt U, Tiller J, Treasure J. "Setting the scene for eating disorders: childhood care, classifications and course of illness". *Psychol Med*; 23:663-672. 1993.
68. Schneider J, Agras S. "Bulimia in males: A matched comparison with females". *Int J Eating Disord*; 6(2):235-242. 1987.
69. Silber TJ: "Anorexia nervosa in blacks and Hispanics". *Int J Eat Disord*; 5:121-128. 1986.

70. Silber TJ. "Seizures water intoxication in anorexia nervosa". *Psychosomatics*; 74:904-905. 1984.
71. Steiger, H. y Stotland, S. "Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and Psychiatric symptoms". *International Journal of Eating Disorders*; 20: 149-161. 1996.
72. Steiger H., Jablpurwala S. y cols. "A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa". *Int J Eat Disord*; 22:173-178, 1997.
73. Steiger, H. y cols. "Hypersensibility to Social Interactions in Bulimic Syndromes" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 67: 765-775. 1999.
74. Stein D., Kaye W. H. y cols. "Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study". *Int J Eat Disord*; 32:225-229, 2002.
75. Steiner H, Lock J. "Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: A review of the past 10 years". *J Am Acad Child Adolesc Psych*; 37(4):352-359. 1998.
76. Stern S, Dixon K, Jones D, Lake M, Nemzer E, Sansone R. "Family environment in anorexia nervosa and bulimia". *Int J Eating Disord*; 8(1):25-31. 1989.
77. Striegel-Moore, R.H., y cols. "Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: detection rates and psychiatric comorbidity". *International Journal of Eating Disorders*; 25: 405-414. 1999.
78. Sullivan PF. "Mortality in anorexia nervosa". *Am J Psychiatry*; 152:1073-1074. 1995
79. Sutandar-Pinnock K, Woodside B. y cols. "Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-Month Follow-Up Study". *Int J Eat Disord*; 33:225-229. 2003.
80. Tapia Iibaca P, Ornstein Letelier C. "Trastornos de la alimentación en estudiantes universitarios". *Rev Psiquiatr Clin (Santiago de Chile)*; 36(1):7-10. 1999.

81. Vásquez R, Angel L, Moreno N, et al. "Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa". *Actual Pediatr*; 8(1):7-14. 1998.
82. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti F, et al. "Trastornos alimentares em escolares. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*"; 80(1):49-54. 2004.
83. Vitousek K., Manke F. "Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa". *Journal of Abnormal Psychology*; 103(1):137-147, 1994.
84. Waller D, Newton P, Hardy B, Svetlik D. "Correlate of laxative abuse in bulimia". *Hosp Comm Psych*; 41(7):797-799. 1990.
85. Western D., Harden-Fischer J. "Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II". *Am J Psychiatry*; 158(4): 547-562, 2001.
86. Wonderlich, S.A., y cols. "DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes". *International Journal of Eating Disorders*; 9: 607-616. 1990.
87. Wonderlich S. A., Brewerton T. D., y cols. "Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36(8): 1107-15, 1997.
88. Wonderlich, S. A. y Mitchel, J. E. "Eating Disorders and Comorbidity: Empirical, conceptual and clinical implications". *Psychopharmacology Bulletin*; 33: 381-390. 1997.
89. Wonderlinch S., Mitchell J. E. "The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications". *Psychiatric Clinics of North America*;24(2), 2001.
90. Zanarini M., Frankenburg F. y cols. "Axis I comorbidity of borderline personality disorder". *Am J Psychiatry*; 155(12): 1733-1739, 1998.