



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**Detección de conductas alimentarias de riesgo en
usuarias de los servicios de salud de la Consulta
Externa del servicio de Medicina Interna**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A :
JUAN OMAR CRUZ CANO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ELSA ABURTO MEJÍA



CIUDAD DE MÉXICO, 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA. DIANA GRACIEL MENEZ DÍAZ
JEFA DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. MIGUEL GUILLERMO FLORES PADILLA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

DRA. ELSA ABURTO MEJIA
ASESOR CLÍNICO
MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque no entiendo ni sus caminos ni sus tiempos; e intento convencerme de que todo llega a su momento y con las personas correctas.

A mi mamá, ya que sin su apoyo, fortaleza y ejemplo; muchas cosas hubieran sido más difíciles de lo que fueron. No habrá manera de agradecer todo lo que me ayudas y quiero que sepas que este logro también es tuyo, muchas gracias.

A mi papá, que fue mi ejemplo a seguir en el pasado. De verdad deseo que todo mejore y no olvides que te quiero.

A mis hermanos, que siempre están allí en los momentos difíciles, en los momentos de angustia y de alegría. No duden que siempre están conmigo, en todo lo que hago, en todo lo que pienso. Sé que no convivimos tanto como antes, sin embargo no significa que no me encanta estar a su lado.

A Lynette, porque hoy es lo que quisiera para estar juntos por siempre. Se lo que ocurrió en el pasado y de verdad como quisiera regresar el tiempo para decirte cuanto me haces falta. Lo siento demasiado.

A la Dra. Aburto, por esa paciencia, su tiempo, la dedicación y asesoría durante la especialidad. Por mostrar ese lado humano y siempre escuchar a los pacientes; no solo en el malestar físico también en lo afectivo.

ÍNDICE

Resumen	5
Datos de los investigadores	7
Introducción	9
Marco teórico	10
Justificación	18
Planteamiento del problema	18
Objetivo	19
Hipótesis	19
Material y métodos	20
Implicaciones éticas	22
Recursos y financiamiento	23
Descripción del estudio	24
Resultados	25
Discusión	27
Conclusiones	29
Sugerencias	29
Literatura citada	30
Anexos	36

RESUMEN

Título: Detección de conductas alimentarias de riesgo en usuarias de los servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna.

Antecedentes: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de síndromes que tienen en común rasgos psicopatológicos fuertemente ligados a la apariencia física. Son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres, predominando en jóvenes menores de 25 años. Debido a la mejora del conocimiento y al uso de mejores instrumentos en búsqueda de síntomas y factores de riesgo; se ha incrementado la incidencia y el establecimiento de grupos susceptibles a estos trastornos. El cuestionario SCOFF para tamizaje de conductas alimentarias de riesgo se destaca por ser sencillo y fácil de aplicar.

Objetivo: Detección de conductas de riesgo alimentario mediante la aplicación de cuestionario SCOFF en usuarias de los servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna.

Métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Lugar: Consulta Externa del servicio de Medicina Interna. Población de estudio: Usuarias de los servicios de salud de la consulta externa del servicio de Medicina Interna, con edad mayor de 18 años y menor de 65 años. Se les solicitará su consentimiento informado para la aplicación del cuestionario de conductas de riesgo SCOFF. Procedimientos: Se recolectaron datos en la consulta externa de usuarias de los servicios de salud que incluyen: resultado del cuestionario SCOFF. Con los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central tanto de cuestionarios positivos y edad de las usuarias.

Resultados: Se aplicó el cuestionario SCOFF de conductas de riesgo alimentario a 56 pacientes, obteniéndose resultado positivo en 8 usuarias de los servicios de salud con edad menor de 30 años.

Conclusiones: Se demostraron conductas de riesgo en 14% de las usuarias de los servicios de salud encuestadas, siendo el 100% menores de 30 años y el 75% con índice de masa corporal fuera de rango de normalidad.

Identificación de los investigadores

Datos del alumno	
Apellido paterno	Cruz
Apellido materno	Cano
Nombre(s)	Juan Omar
Teléfono	58782841
Correo electrónico	juanito_banana888@hotmail.com
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Especialidad en Medicina Interna
Número de cuenta	303786199
Datos del asesor	
Apellido paterno	Aburto
Apellido materno	Mejía
Cargo	Elsa
Datos de la tesis	
Titulo	Detección de conductas alimentarias de riesgo en usuarias de los servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna
Número de páginas	
Año	2016
Número de registro	

INTRODUCCIÓN

Los TCA son de las enfermedades psiquiátricas crónicas más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes (1, 2, 5). Éstas se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control de peso, lo cual produce un deterioro físico y psicosocial. En consecuencia, aparece una malnutrición que afecta a todo el organismo y el funcionamiento cerebral (12,14). Por lo que se han relacionado con una seria morbilidad, así como una significativa mortalidad, constituyendo un problema de salud pública por su curso clínico y tendencia a la cronicidad. (3, 7, 9).

Frecuentemente estos trastornos no son reconocidos por los servicios de atención primaria, debido a que muchos de los pacientes son renuentes a discutir los cambios en el peso corporal o la presencia de conductas alimentarias de riesgo; aunado a la escasa investigación por parte de los médicos no psiquiatras y el poco reconocimiento como una afección médica. (4, 6, 8).

MARCO TEÓRICO

Capítulo I. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de los alimentos.

Los TCA son comunes en las personas jóvenes. La probabilidad a lo largo de la vida de un adulto de presentar un trastorno de la conducta alimentaria es del 0.6% para anorexia nerviosa, 1% para bulimia nerviosa y 3% para trastorno por atracones. Las mujeres son más afectadas que los hombres. (12,14, 15, 18, 20, 22)

Ningún grupo está protegido exento de padecer un trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo a determinada edad el riesgo es mayor (10,15, 17) Específicamente las mujeres jóvenes son más frecuentes a presentar un trastorno de la conducta alimentaria, con un inicio durante la adolescencia y la edad adulta temprana. (32, 38, 42). Algunas actividades que enfatizan la pérdida de peso como el baile, el modelaje y algunos deportes son factores de riesgo para presentar un trastorno de la conducta alimentaria. (19, 28, 33, 38)

La anorexia nerviosa se ha relacionado con trastornos del desarrollo, en especial los del espectro autista y trastorno por hiperactividad y déficit de atención (28, 39, 42, 43, 46). Actualmente, se han ligado a desórdenes obsesivo-compulsivo, de ansiedad y de la personalidad. Mientras que la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones se han relacionado con trastornos afectivos y abuso de sustancias. (40, 48, 49)

La evidencia acerca de su patogénesis muestra que estas enfermedades tienen un sustrato biológico que perpetua e incrementa el trastorno mental (11, 16, 21). Algunas de las áreas de énfasis son:

- **Factores genéticos:** El factor más potente es el género femenino. Sin embargo, se desconoce cuánto de esta asociación puede ser atribuida a factores sociales. Estudios en gemelos y en familias con trastornos de la conducta alimentaria

sugieren que los rangos de heredabilidad oscilan entre el 50% y el 83%. (24,25,35)

- **Factores biológicos:** Muchos de los hallazgos pueden ser entendidos por el ayuno y la inanición. El cerebro es en especial vulnerable a la disminución del aporte de energía, ya que éste utiliza el 20% del total corporal en forma de glucosa (13,27). Una nutrición pobre tiene un efecto negativo sobre el cerebro y en el sistema del apetito. La mayoría de los TCA tienen su inicio en la adolescencia, etapa donde el cerebro es vulnerable por un periodo de reorganización; debido a los cambios experimentados por la secreción hormonal, eventos estresantes y retos sociales (29, 36, 47). Se ha demostrado la disminución de factores neurotróficos cerebrales en los episodios de anorexia nerviosa. (26)
- **Centro del apetito:** Es en el tronco cerebral e hipotálamo, donde se integra información de señales periféricas aferentes del sistema gastrointestinal, que tienen injerencia en la sensación de hambre, saciedad y funcionamiento visceral. Posteriormente, se encuentra el centro de la conducción conformado por la corteza mesolímbica y el cuerpo estriado; implicados en el aprendizaje y la memoria (4, 9, 31). Este sistema regula la recompensa asociada a la comida y la motivación para búsqueda de alimento y agua. Por último, se encuentra la autorregulación, que contextualiza al apetito de acuerdo a las metas, valores y significados del individuo. Una alteración en cualquiera de los circuitos neuroconductuales, promueve y perpetúa los trastornos de la conducta alimentaria. (34,37)
- **Factores sociales:** La falta de acceso a servicios de calidad en salud, con presencia de complicaciones relacionados al embarazo y el parto; tales como trauma obstétrico, hipoxia y prematurez se han relacionado con desarrollo de trastorno de la conducta alimentaria. (6, 9, 35) En países desarrollados, el

excesivo valor colocado a una figura delgada, motiva la presencia de dietas y prácticas para el control de peso. Las comparaciones negativas entre los individuos, la crítica y el bullying escolar incrementan el riesgo. Cabe destacar que se ha encontrado relación entre el abuso físico y sexual en la aparición de conductas alimentarias inadecuadas. (34,44)

Clasificación.

La versión actual del manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales en su 5º edición (DSM-5) hace mención de los criterios diagnósticos para el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de atracones. (2)

La clasificación internacional estadística de las enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) los cataloga en 3 divisiones: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los trastornos no especificados o atípicos. Estas son las entidades abordadas en este trabajo. (23,26)

La clasificación del DSM-5 es mutuamente excluyente, de tal modo que durante un episodio único solamente puede asignarse uno de estos diagnósticos. La razón de este abordaje es, que a pesar de las características psicológicas y de comportamientos comunes, los trastornos difieren sustancialmente en el curso clínico, los resultados y las necesidades de tratamiento. (2)

Tratamiento.

Se centra en cambios de comportamiento y metas para normalizar el peso y las complicaciones ayuno e inanición. Este tipo de tratamiento puede ser otorgado en pacientes ambulatorios, hospitalizados o en lugares asistenciales. (34, 37, 44, 45)

La terapia cognitivo-conductual se mantiene como el pilar de la atención en los trastornos de la conducta alimentaria. El objetivo es interrumpir las conductas perjudiciales, disminuir la frecuencia de las conductas restrictivas así como la percepción distorsionada de la imagen corporal. La remisión con la terapia cognitivo-conductual es de 30-50%. (23, 26, 30)

En cuanto al tratamiento farmacológico algunos antidepresivos han mostrado mejoría de la sintomatología en pacientes con bulimia nerviosa y trastorno por atracones. Para la bulimia nerviosa, solamente la fluoxetina tiene indicación de la FDA. Bupropión en el contexto de la bulimia nerviosa ha mostrado alivio de la sintomatología, sin embargo, ha incrementado el riesgo de crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, por lo que su uso no está indicado. (3,18,19,23,29,39). Actualmente el uso de un anticonvulsivo con actividad moduladora del estado del ánimo como topiramato, ha mostrado discretos beneficios contra placebo en el control de la bulimia nerviosa, sin embargo se debe tener precaución por el riesgo de pérdida de peso (5,11,21,44,49). En la anorexia nerviosa se ha utilizado un antipsicótico atípico como la olanzapina, con resultados a favor en el incremento de peso y el estado general. La utilización de estrógenos orales ha sido inefectiva al intentar mejorar la densidad mineral ósea así como el uso de los bifosfonatos. (41, 46, 47)

Capítulo II. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta de alimentos persistente, el miedo intenso a ganar peso o engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y constitución propios. El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física. El peso corporal de los individuos a menudo cumple este criterio después de una pérdida de peso significativa, pero en los niños y adolescentes se puede observar retardo en el crecimiento o peso para la edad. (2, 6, 19, 23, 33, 45)

La bulimia nerviosa presenta: episodios recurrentes de atracones, los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal. Para realizar el diagnóstico, los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses. (2, 6, 17, 27, 36, 45, 49)

Un “episodio de atracón” se define como la ingestión, en un periodo determinado de tiempo de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en circunstancias parecidas. El contexto actual en el cual se produce la ingesta puede condicionar la valoración por el clínico acerca de si esta es excesiva. La expresión “periodo determinado” se refiere a un periodo delimitado, generalmente inferior a 2 horas. Un único episodio de atracón no se limita necesariamente a un único entorno. (2, 6, 17, 27, 36, 45, 49)

Capítulo III. Tamizaje de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de los alimentos.

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de los alimentos han sido diagnosticados primariamente en los llamados países desarrollados, sin embargo hay evidencia de su incremento alrededor del mundo. (7, 8, 17, 25, 27)

Como en la mayoría de las condiciones mentales, el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria es clínico. Para mayor validez del diagnóstico, éste debe realizarlo un experto sobre la base de los criterios formulados en las clasificaciones actuales. En todo caso, este método es complicado, por lo que se recomienda que el personal de salud de atención primaria utilice encuestas cortas y comprensibles para orientar el diagnóstico precoz. (10, 31, 43, 48)

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. (3, 5, 6, 18, 27,37). Por ejemplo: entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan

el noveno lugar y la esquizofrenia el décimo en cuanto a carga de la enfermedad. (3, 5, 6, 18)

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud mental pública, cuya importancia ha sido reconocida desde hace ya más de tres décadas en los países desarrollados. Se consideraba que eran un problema de mujeres jóvenes de clase alta, y casi exclusivo de los países altamente desarrollados. Ambas nociones han sido puestas en duda ante el reporte de un gran número de casos, y de porcentajes importantes de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en diversas partes del mundo. (3, 5, 18, 27, 31, 32, 34, 36)

Hasta hace poco tiempo en México parecía existir el consenso no explícito de que los trastornos de la conducta alimentaria eran un problema minoritario, y ocuparse de él resultaba de alguna manera frívolo frente a la importante presencia de problemas como la tuberculosis, la desnutrición, o la esquizofrenia. La principal justificación estaba en la escasa o nula demanda de atención por trastornos de la conducta alimentaria. (3, 5, 6, 16, 32, 36, 37, 43, 44, 45)

Este fenómeno pudo haber obedecido a alguna de cuatro causas, o a una combinación de ellas. En primer lugar, es posible que, efectivamente, hasta la década de los 80, los casos de trastornos de la conducta alimentaria fueran casi inexistentes en México. En segundo, al no haber conocimiento por parte de la población de que se trataba de un padecimiento psiquiátrico, la búsqueda de atención podría haber sido menor a la que hay en la actualidad, cuando el tema de los trastornos de la conducta alimentaria es ampliamente discutido en los medios de comunicación masiva. En tercer lugar, la cobertura de servicios médicos en México no alcanza a gran parte de la población, y menos aún en el caso de los servicios psiquiátricos especializados. Por último, aún si los pacientes acudían a un servicio médico, es posible que hubieran sido mal diagnosticados, por una falta de conocimiento general al respecto. (3, 5, 18, 27, 31, 32, 34, 36)

En la última década, sin embargo, aumentó el número de pacientes atendidos por trastornos de la conducta alimentaria y con ello el número de centros de atención, públicos y privados. Hasta 1992 existía una sola clínica a nivel público, la clínica de Anorexia Nerviosa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, fundada en 1985 y coordinada por el departamento de Medicina Psicológica, que atendía básicamente casos graves de anorexia. En 1990 se crea en el mismo Instituto la Clínica de la Familia, que complementaba el trabajo de la de Anorexia Nerviosa. Esta se transformó en 1995 en Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y en Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad en 2003. En 1996 se creó la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. (3, 5, 18, 27, 31, 32, 34, 36, 37, 40, 43, 44, 45, 47)

Muchas de las pruebas disponibles para la detección de los trastornos de la conducta alimentaria no se usan en atención primaria por ser largas y requerir la interpretación de un especialista, por lo que una prueba de tamizaje simple podría ayudar a determinar los casos en los que se requiere de una evaluación adicional. (18, 27, 29, 31, 32, 40)

Una barrera para la detección en México es la falta de herramientas de tamizaje breves. Las pruebas de diagnóstico son muy largas, requieren mucho tiempo y costo. Unikel y cols. desarrollaron un instrumento breve de tamizaje, para evaluar conductas alimentarias de riesgo en población mexicana. El ítem de 10 instrumentos tiene elevada seguridad y validez; sin embargo, solo ha sido utilizado en México y Colombia, limitando las comparaciones internacionales. (43, 44, 45)

El cuestionario de tamizaje de conductas de riesgo SCOFF es un instrumento simple, práctico, memorizable, fácil de aplicar y de evaluar; y ha sido catalogado para sugerir la presencia de trastornos de la conducta alimentaria más que diagnosticar. (1, 3, 5, 6, 18, 27, 37, 43, 44, 45)

Consta de 5 preguntas con un buen valor predictivo. Ha sido traducido y adaptado a múltiples regiones, incluyendo Finlandia, Francia, Italia, España, China, Japón, Corea, Colombia e Israel. Los estudios muestran que el cuestionario SCOFF es una herramienta útil de búsqueda. (1, 3, 5, 6, 18, 43, 44, 45)

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud pública poco reconocido y estudiado en México. Esto se debe a la dificultad de los pacientes de reconocer conductas de riesgo alimentario, así como al bajo índice de sospecha y conocimiento por parte del personal de salud de las características clínicas e instrumentos de tamizaje.

Es indispensable que los centros de atención primaria en salud tengan conocimiento para la búsqueda y reconocimiento de conductas alimentarias de riesgo con cuestionarios de tamizajes útiles, sencillos y validados en la población mexicana. Está por demás mencionar que la evaluación de las conductas de riesgo alimentarios deben ser buscadas continuamente, por la compleja interacción de los ámbitos psicológico, biológico y social en personas de riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de TCA es una entidad poco reconocida y diagnosticada por los servicios de salud no especializados en salud mental, promoviendo implicaciones médicas, sociales y psicológicas. En nuestro medio no se ha realizado una búsqueda de conductas de riesgo en población con factores de riesgo, que indiquen la referencia a servicios especializados.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Detección de conductas de riesgo en usuarias de los servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna.

Objetivos específicos

- Conocer conductas de riesgo en usuarias de servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna.
- Estudio demográfico de la distribución de conductas de riesgo alimentario en usuarias de servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna.
- Relacionar datos de la literatura internacional y nacional.
- Concientizar a otras especialidades médicas y profesionales de la salud acerca de la importancia y el tamizaje de conductas de riesgo alimentario.

HIPÓTESIS

Las conductas de riesgo alimentario en usuarias de los servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna es similar a estudios publicados internacionalmente, siendo mayor en mujeres menores de 25 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

a. UNIVERSO DE TRABAJO:

Usuarías de servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna.

b. ÁMBITO GEOGRÁFICO:

Consulta Externa del servicio de Medicina Interna.

c. LÍMITES EN EL TIEMPO:

Se incluirá a usuarias de los servicios de salud que reciban atención médica en la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna en el periodo comprendido del 1 al 29 de febrero de 2016.

d. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

- Tipo de estudio: Clínico.
- Diseño del estudio: Transversal analítico observacional.

e. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- Criterios de inclusión:
 - Usuarías de servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. Escolaridad mínima primaria completa.
 - Aceptación en la participación del estudio.
 - Edad mayor a 18 años y menor de 65 años.
- Criterios de no inclusión:
 - Hoja de recolección de datos incompleta.

- Criterios de exclusión:
 - Usuaris de los servicios de salud que no deseen participar en el estudio.
 - Usuaris de los servicios de salud con diagnóstico previo de trastorno de la conducta alimentaria.
 - Edad menor o mayor a la requerida.

f. TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Se estudiará a las usuarias de los servicios de salud que acudan a la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna.

g. VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO:

- a. DEFINICIÓN CONCEPTUAL: 2 ítems positivos del cuestionario de tamizaje validado para la detección de conductas alimentarias de riesgo. SCOFF (anexo 2).
- b. DEFINICIÓN OPERACIONAL: el mismo.
- c. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: Cuestionario SCOFF.
- d. TIPO DE VARIABLE: Nominal dicotómica.
- e. ESCALA DE MEDICIÓN: (1) POSITIVA, (2) NEGATIVA
CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO POSITIVA
CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO NEGATIVA

VARIABLES INDEPENDIENTES.

1. EDAD

- a. DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo que ha vivido una persona desde que nació hasta el momento del estudio.
- b. DEFINICIÓN OPERACIONAL: Edad consignada en el expediente y en la hoja de recolección de datos.
- c. TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa discreta.

d. ESCALA DE MEDICIÓN: Años.

2. ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

a. DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Medida de asociación entre la masa y la talla al cuadrado de un individuo.

b. DEFINICIÓN OPERACIONAL: CLASIFICACIÓN DEL PESO DEL PACIENTE SEGÚN LOS DATOS REGISTRADOS EN EL EXPDIENTE AL MOMENTO. DE LA CONSULTA. Bajo <18.5 kg/m², normal 18.5-24.99 kg/m², sobrepeso 25-29.99 kg/m², obesidad >30 kg/m².

c. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: PESO Y TALLA REGISTRADA EN EL EXPEDIENTE ELECTRONICO.

d. TIPO DE VARIABLE: ORDINAL.

e. ESCALA DE MEDICIÓN: (1) Bajo. (2) Normal, (3) sobrepeso y (4) obesidad.

IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se conducirá bajo estricto apego a lo establecido en la legislación sanitaria mexicana vigente en materia de investigación clínica, la Declaración de Helsinki, así como a lo establecido en los acuerdos de las buenas prácticas clínicas y de fármaco-epidemiología vigentes al nivel mundial. Todos los participantes serán incluidos previa firma del consentimiento informado (Anexo 1). Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos humanos

1 residente de Medicina Interna de cuarto año.

1 director de tesis del IMSS con especialidad en Medicina Interna

Recursos materiales

1. Cartas de consentimiento informado (Anexo 1).
2. Copias del cuestionario SCOFF (anexo 2)
3. Copias de la hoja de datos de recolección (anexo 3)
4. Plumas, lápices.
5. Libreta de registro.
6. Una computadora con Office (Word y Excel)
7. Hojas blancas.
8. Paquete estadístico SPSS versión 12.

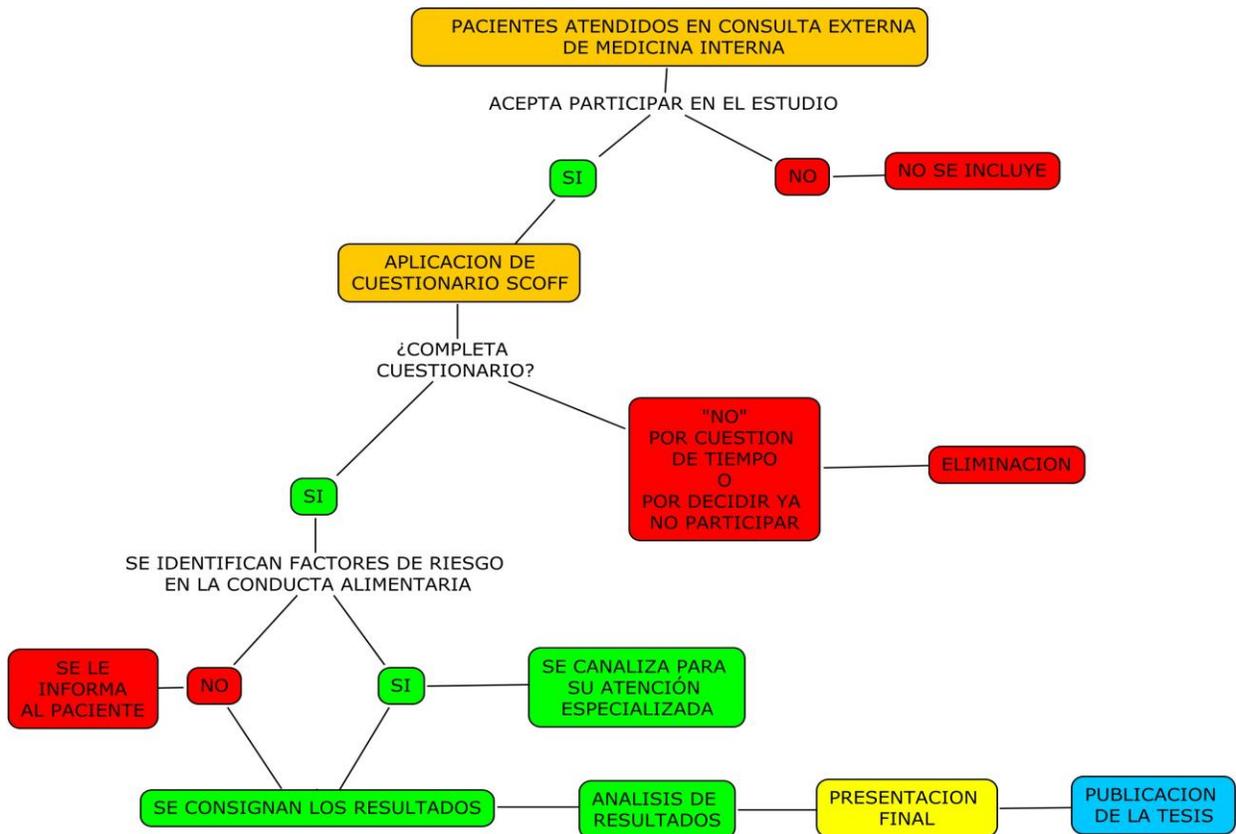
Un consultorio con mesa de trabajo y luz suficiente

Recursos económicos/financieros

Los gastos derivados de la investigación serán subsidiados por UMAE Siglo XXI, entendiéndose que los consumibles serán costeados por el alumno.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

A todos los pacientes que acudan al servicio de medicina interna en el periodo comprendido entre 01 de febrero al 29 se les solicitara su autorización para participar en el estudio (Anexo 1) una vez que hayan aceptado se procederá a la aplicación del cuestionario SCOFF (anexo 2) para valorar riesgo en la conducta alimentaria aquellos pacientes en los cuales se identifique riesgo de trastornos de la conducta alimentaria se le informara para su canalización especializada. Una vez obtenidos los datos de vaciará en la hoja de recolección de datos (anexo 3) y posteriormente en programa estadístico SPSS de Windows para su análisis con estadística descriptiva y posterior publicación de resultados.



RESULTADOS

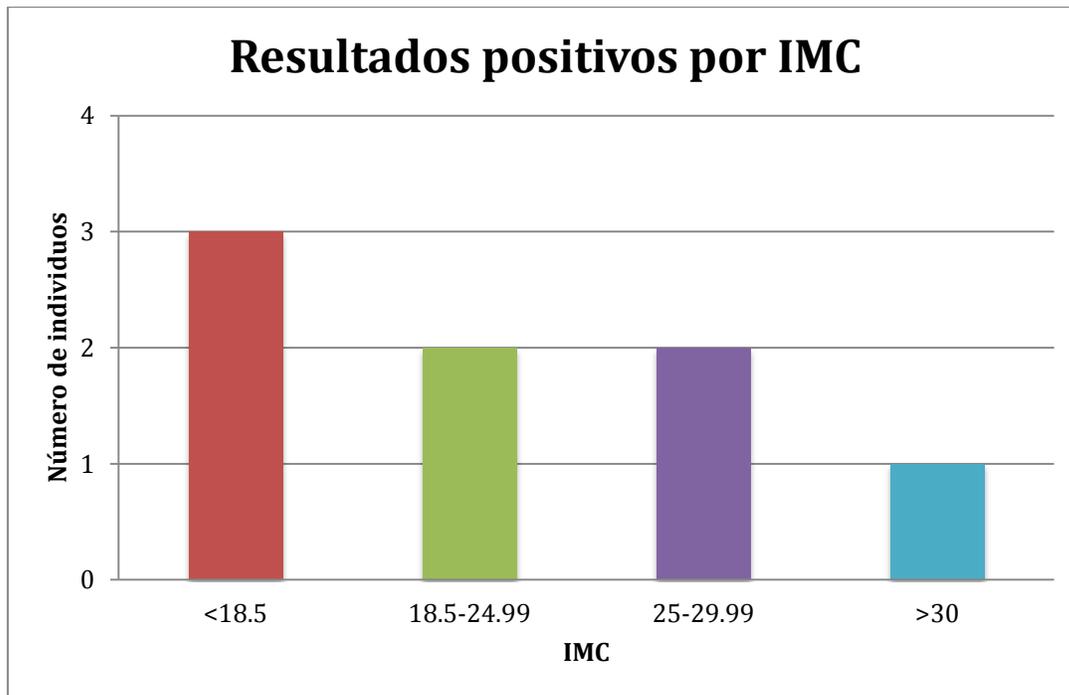
Se aplicó el cuestionario de SCOFF para el tamizaje de la conducta alimentaria a 56 usuarias con resultado igual o mayor a 2 puntos.



Gráfica 1. Número de cuestionarios positivos en población estudiada.



Gráfica 2. Resultados por edad.



Gráfica 3. Resultados por índice de masa corporal.

DISCUSIÓN

El cuestionario SCOFF ha sido utilizado como tamizaje en las conductas alimentarias de riesgo por ser práctico y sencillo de aplicar (3, 5, 6, 18, 27, 37,47). Se ha utilizado en población mexicana (37), con diversas condiciones sociodemográficas; tales como la edad, género, nivel de estudios, estado afectivo, índice de masa corporal y dinámica familiar; donde el grupo de riesgo para la presencia de conductas alimentarias es el género femenino y edad menor de 25 años, con edad promedio de 18.1 años. (8, 11, 12, 16, 22, 26, 28, 31, 32, 34, 36, 40).

En este trabajo se obtuvieron datos similares a los estudios previos, con un resultado del 100% en el grupo de edad menor de 30 años y con edad promedio de las usuarias encuestadas de 25.6 años; excluyéndose al género masculino. La variación de la edad promedio se justifica por la selección de la población universitaria con edades promedio de 18 años. (18,32)

El índice de masa corporal fuera de la normalidad ha sido relacionado con la predisposición a trastornos de la conducta alimentaria; un peso bajo con anorexia nerviosa y el sobrepeso u obesidad con la bulimia y el trastorno por atracones (1, 2, 4, 7, 9,10). Se demostró que el 75% de las pacientes con un cuestionario de SCOFF positivo presentan un índice de masa corporal fuera del rango de la normalidad, de las cuales 37.5% mostró un peso bajo, 25% sobrepeso y 12.5% obesidad. El estudio realizado en Oaxaca (34), concuerda que las personas con índice de masa corporal fuera del rango de normalidad, presenta mayor incidencia de conductas de riesgo alimentario.

Las zonas urbanas clásicamente han mostrado un incremento en la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria, los cuales se han intentado relacionar con la presencia de servicios básicos, uso de tecnología, escolaridad y acceso a la atención médica (3, 4, 7, 13, 14, 20, 23). A pesar de esta evidencia, la investigación reciente

demuestra que las conductas de riesgo en población rural puede ser de la misma magnitud que en las urbanas. (35, 39, 42, 43, 44, 45, 48)

La presencia de un número similar de cuestionarios coincidentes con la literatura internacional y nacional; pudiera explicarse por el lugar de realización del estudio, que es un centro de tercer nivel con subespecialidades, labores de detección por los servicios de salud y conocimiento en ámbito urbano de la patología por la población en general.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de conductas de riesgo al utilizar el cuestionario de tamizaje SCOFF fue del 14% en un periodo de 2 meses.
- Se observa una tendencia similar a los estudios realizados en población urbana coincidentes en el ámbito internacional y nacional.
- La edad de presentación en el 100% de los casos fue menor de 30 años, coincidiendo con los estudios a nivel nacional e internacional.
- El índice de masa corporal fuera de rango de la normalidad se relacionó con 75% de los casos positivos en el cuestionario SCOFF.
- El cuestionario de SCOFF es una herramienta práctica y sencilla para el tamizaje de conductas alimentarias de riesgo.

SUGERENCIAS

- Se deberá de ampliar la muestra para contar con resultados más confiables y estadísticamente significativos.
- Divulgación de los trastornos de la conducta alimentaria en personal paramédico, médico no psiquiatra y población general.
- Seguimiento de las pacientes con un cuestionario positivo y realización de estudio médico completo.

LITERATURA CITADA

1. Aigner, M; Treasure, J; Kaye, W; Kasper. 2011. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 12:400-443.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5^a). 5^a Ed. Arlington. México. 947 p.
3. Attia, E. 2012. Eating Disorders. American College of Physicians.
4. Benjet, C; Méndez, E; Borges, G; Medina-Mora, M. 2012. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*. 35:483-490.
5. Campo-Arias, A; Cogollo, Z; Díaz, C. Cuestionario SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria: Consistencia interna en estudiantes de un colegio de Cartagena, Colombia. *Duazary*. 4(1).
6. Campo-Arias, A; Díaz-Martínez, L; Martínez-Mantilla, J; Amaya-Naranjo, W; Campillo, H. 2006. Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. *Univ Psychol. Bogotá*. 5(2):295-304.
7. Dodd, D; Smith, A; Bodell, L. 2014. Restraint feeds stress: The relationship between eating disorder symptoms, stress generation, and the interpersonal theory of suicide. *Eating Behaviors*. 567-573.
8. García-García, E; Vázquez-Velázquez, V; López-Alvarenga, J; Arcila-Martínez, D. 2003. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex*. 45:206-210.

9. Goldberg, S; Werbeloff, N; Shelef, L; Fruchter, E; Weiser, M. 2015. Risk of suicide among female adolescents with eating disorders: a longitudinal population-based study. *Eat Weight Disord.* 20:295-300.
10. Gorgulho, A; Pereira, J; Krahl, S; Lemaire, J; De Salles, A. 2014. Neuromodulation for Eating Disorders: Obesity and Anorexia. *Neurosurg Clin N Am.* 147-157
11. Grilo, C; Crosby, R; White, M. 2012. Spanish-language Eating Disorder Examination interview: Factor structure in Latino/as. *Eating Behaviors.* 410-413.
12. Hernández, R; Aizpuru, A. 2010. Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 119-124
13. Hilbert, A; Pike, K; Goldschmidt, A; Wilfley, D; Fairburn, C; Dohm, F; Walsh, T; Weissman, R. 2014. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research.* 500-506.
14. Horesh, N; Sommerfeld, E; Wolf, M; Zubery, E; Zalsman, G. 2014. Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry.*
15. Howell, M. 2014. Restless Eating, Restless Legs, and Sleep Related Eating Disorder. *Curr Obes Rep.* 3:108-113
16. IMSS. 2012. Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención. Consejo de Salubridad General.
17. INEGI. Censo de Población y Vivienda. 2010. Panorama sociodemográfico de Michoacán de Ocampo. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. INEGI. 248p.
18. Jaimes, G; Martínez, L; Barajas, D; Plata, C; Martínez, J; Afanador, L. 2005. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del

comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten Primaria*. 35(2):89-94.

19. Kostro, K; Lerman, J; Attia, E. 2014. The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *Eating Disorders*. 2:19.
20. Lojewski, A; Abraham, S. 2014. Personality factors and eating disorders: Self-uncertainty. *Eating Behaviors*. 106-109.
21. Madowirz, J; Matheson, B; Liang, J. 2015. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eat Weight Disord*. 20:281-293.
22. Makowski, A; Mnich, E; Angermeyer, M; Löwe, B; Knesebeck, O. 2015. Sex differences in attitudes towards females with eating disorders. *Eating Behaviors*. 78-83.
23. Mehler, P; Brown, C. 2015. Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*. 3:11
24. Mehler, P; Krantz, M; Sachs, K. 2015. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 3:15.
25. Mehler, P; Rylander M. 2015. Bulimia Nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*. 3:12
26. Monterrosa-Castro, A; Boneu-Yépez, D; Muñoz-Méndez, J; Almanza-Obredor, P. 2012. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de
27. Morgan, J; Reid, F; Lacey, J. 1999. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 319:1467-1468.
28. Mustapic, J; Marcinko, D; Vargek, P. 2015. Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eat Weight Disord*. 20:329-335

29. Nagl, M; Jacobi, C; Paul, M; Beesdo-Baum, K; Höfler, M; Lieb, R; Wittchen, H. 2016. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
30. Nowakowski, M; McFarlane, T; Cassin, S. 2013. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*. 1:21
31. Núñez-Hernández, V; Vargas-Cerero, E; Sánchez-Madrigal, J; Jaramillo, E; Martínez-Navarro, J; Nava, A. 2014. Nociones sobre fisiología del apetito - Apetito y hambre. *El Residente*. (9) 15-19.
32. Ochoa, N; Ramos, E; Méndez, A; Alamilla, E. 2013. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Med Quir*. 18:51-55.
33. Olstad, S; Solem, S; Hjemdal, O; Hagen, R. 2015. Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating Behaviors*. 17-22.
34. Pérez-Gil, S; Romero, G. 2010. Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública Mex*. 52:111-118.
35. Pritts, S; Susman, J. 2003. Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. *American Family Physician*. 67(2).
36. Próspero-García, O; Díaz, M; Capuleño, I; Morales, M; Juárez, J; Contreras, A. 2013. Inteligencia para la alimentación, alimentación para la inteligencia. *Salud Mental*. 36:101-107.
37. Sánchez-Armass, O; Drumond-Andrade, F; Wiley, A; Raffaelli, M; Aradillas-García, C. 2012. Evaluation of the psychometric performance of the SCOFF questionnaire in a Mexican young adult sample. *Salud Pública de Mex*. 54:375-382.
38. Saterley, R; Howard, R; Higss, S. 2015. Disordered eating practices in gastrointestinal disorders. *Appetite*. 240-250.

39. Solmi, F; Hotopg, M; Hatch, S; Treasure, J; Micali, N. 2015. Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Soc Psychiatry Epidemiol*.
40. Stein, K; Chen, D; Corte, C; Keller, C; Trabold, N. 2013. Disordered eating behaviors in Young adult Mexican American women: Prevalence and associations with health risks. *Eating Behaviours*. 476-483
41. Suokas, J; Suvisaari, J, Gissler, M; Löfman, R; Linna, M; Raevuori, A; Haukka, J. 2013. Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995–2010. *Psychiatry Research*. 1101-1106.
42. Trasure, J; Claudino, A; Zucker, Nancy. 2010. Eating disorders. *Lancet*. 375:583-93.
43. Unikel-Santocini, C; Bojórquez-Chapela, I; Carreño-García, S. 2004. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Mex*. 46:508-515.
44. Unikel-Santocini, C; Romo, A. 2010. Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
45. Unikel-Santocini, C; Nuño-Gutiérrez, B; Celis-de la Rosa, A; Saucedo-Molina, T; Vacuán, E; García-Castro, F; Trejo-Franco, J. 2010. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*. 62(5) pp- 424-432.
46. Vargas-Mendoza, J. 2012. Prevalencia de la anorexia nerviosa en mujeres jóvenes estudiantes de la ciudad de Oaxaca. *Centro Regional de Investigación Psicológica*. 6(1) 19-24.
47. Vela, B; Alarcón, S; Rodríguez, A. 2014. Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del comportamiento alimentario en adultos. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 20(3):109-117.

48. Winkler, L; Christiansen, E; Lichtenstein, M; Hansen, N; Bilenberg, N; Stoving, R. 2014. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*. 1-9.
49. Yager, J; Delin, M; Halmi, K; Herzog, D; Mitchell, J; Powers, P; Zerbe, K. 2012. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. American Psychiatric Association.

ANEXO 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



TÍTULO: Detección de conductas alimentarias de riesgo en usuarias de los servicios de salud de la Consulta Externa del servicio de Medicina Interna

LUGAR Y FECHA: México Distrito Federal a ___ de _____ de 2016.

NÚMERO DE REGISTRO: _____

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO: Los trastornos de la conducta alimentaria (TAC) son un problema de salud pública poco reconocido y estudiado en México. Esto se debe a la dificultad de los pacientes de reconocer conductas de riesgo, así como al bajo índice de sospecha y conocimiento por parte del personal de salud de las características clínicas e instrumentos de tamizaje. Estos trastornos pueden favorecer cambios de peso, con implicaciones en la salud integral, desnutrición, trastornos hormonales, enfermedades metabólicas etc. Por lo que identificarlos es una necesidad para mantener adecuadas condiciones de salud.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Si usted acepta participar en el estudio se le solicitará que responda el cuestionario SCOFF para identificar conductas de riesgo alimentario al final de su consulta en el servicio de medicina interna. El cuestionario consta de 5 preguntas, de respuesta concreta.

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS: NO se realizará ningún procedimiento invasivo que pudiera ponerlo en riesgo y la molestia que puede implicarle es 5 minutos más de

su tiempo en la consulta para responder el cuestionario.

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO: En caso de identificar factores de riesgo para trastorno alimentario se le canalizará para su evaluación completa y especializada para su seguimiento e inicio de manejo en caso de ser necesario. No se tiene contemplado ningún tipo de beneficio económico.

INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: Los datos que se obtengan en la investigación podrán ser del conocimiento de los participantes del estudio y también se proporcionará la información actualizada sobre tratamientos alternativos actuales o que surjan y que pudieran ser ventajosas para el paciente.

PARTICIPACIÓN O RETIRO: Se garantiza recibir respuesta ante cualquier duda y la libertad de retirar su consentimiento e incluso abandonar el estudio sin que se afecte la atención médica en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: Entiendo que los datos que se obtengan en la investigación serán confidenciales y que la identidad del participante no será revelada en presentaciones o publicaciones que se deriven del estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a la Dra. Elsa Aburto Mejía, investigador principal comunicándose a la extensión 21544 del conmutador 5627-6900 o con su colaborador el Dr. Juan Omar Cruz Cano en el mismo conmutador y extensión.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre completo y firma del sujeto que participará en el protocolo.

Testigo 1: Nombre completo, dirección, relación y firma.

Testigo 2: Nombre completo, dirección, relación y firma.

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento. Matrícula.

ANEXO 2

Instrumento

Escala SCOFF

Traducción al español del cuestionario SCOFF	
Pregunta 1	¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena?
Pregunta 2	¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
Pregunta 3	¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un período de 3 meses?
Pregunta 4	¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?
Pregunta 5	¿Usted diría que la comida domina su vida?
