

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**PROYECTO DE TESIS:**

Título.

Estudio Descriptivo y Exploratorio de Conductas Alimentarias de Riesgo en Población Psiquiátrica Adolescente de un Hospital al Sur de la Ciudad de México.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Laura Izabelen Garza Gutiérrez

Tutor:

Dr. Humberto Nicolini

**CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2014**



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.

## **RESUMEN**

### **Antecedentes:**

La preocupación por la delgadez, la práctica de dietas, el uso de laxantes y la práctica de ejercicio excesivo, son ampliamente difundidas en la población femenina, y son consideradas Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). Diferentes estudios han reportado un incremento paulatino de dichas conductas en población general de 3.4% en 1997 a 9.6% en el año 2003.

**Justificación:** hasta el momento, no se ha realizado un estudio en México que describa la frecuencia de CAR en población psiquiátrica adolescente.

**Objetivo:** Describir qué tipo de CAR y con qué frecuencia se presentan en la población psiquiátrica adolescente.

**Material y Métodos:** El tamaño de la muestra fue a conveniencia de 147 pacientes del género femenino. Se otorgaron cartas de consentimiento y asentimiento informado, posteriormente se entregaron las escalas autoaplicables de conductas alimentarias de riesgo y el cuestionario de peso revisado. En una segunda entrevista, se realizó la aplicación del MINI KID versión computarizada.

**Resultados:** 39 (26.5%) calificaron por arriba del punto de corte para conductas alimentarias de riesgo. 66 pacientes (44.9%) del total, reportaron conductas restrictivas, 44 (29.9%) conductas purgativas y 13 (8.8%) medidas compensatorias con el fin de no ganar peso. Una tercera parte de la muestra, correspondiente a 45 pacientes (30.6%) refirió estar preocupada por aumentar de peso, 74 (50.3%) se encontraban insatisfechas con su imagen corporal.

**Conclusiones:** Las CAR se encuentran presente en más de una cuarta parte de la muestra (26.5%), dato superior al reportado en población general (10.3%).

Las pacientes que presentaron conductas alimentarias de riesgo, presentaron diferencias significativas en el grado de insatisfacción de imagen corporal ( $p=0.0001$ ) en comparación con aquellas adolescentes que no tuvieron dichas conductas.

**Palabras Clave:** Conductas Alimentarias de Riesgo, Anorexia, Bulimia, Adolescentes.

## INDICE DE CONTENIDO

I.- Introducción	6
1.1 Epidemiología	7
1.2 Etiología	10
1.2.1 Factores neurobiológicos	13
1.2.2 Conductas Alimentarias de Riesgo CAR	14
1.2.3 Abuso sexual y CAR	16
1.2.4 Uso de Sustancias y CAR	17
1.2.5 Conductas Auto lesivas y CAR	17
1.2.6 Suicidio y CAR	18
1.2.7 Imagen corporal	19
1.2.8 Comorbilidad Psiquiátrica	21
1.2.9 Influencias de la crianza	22
1.2.10 Medio social	23
II.- Justificación	24
III.- Planteamiento del Problema	24
IV.- Hipótesis	24
V.- Objetivo General	24
VI.- Objetivos Específicos	25
VII.- Material y Métodos	25
7.1.- Tipo de Estudio	25
7.2.- Población y Muestra	25
7.2.1.- Procedimientos	25
7.3.- Criterios de Inclusión	25
7.4.- Criterios de Exclusión	26
7.5.- Criterios de Eliminación	26
7.6.- Variables Independientes	26
7.6.1.- Antecedente de Abuso Sexual	26
7.6.2.- Uso de Sustancias	26
7.7.- Variables Dependientes	26
7.7.1.- Conductas Alimentarias de Riesgo	26
7.8.- Instrumentos de Medición	27
7.8.1.- Cuestionario de Datos Sociodemográficos	27
7.8.2.- CBCAR	27
7.8.3.- QEWP-R	29
7.8.4.- Test de Siluetas de Imagen Corporal	30
7.8.5.- M.I.N.I-KID	31
7.9.- Análisis Estadístico	32
7.10.- Consideraciones Éticas	32
VIII.- Resultados	33
8.1.- Características Sociodemográficas	33
8.2.- CBCAR	34
8.3.- QEWP-R	34
8.4.- Antecedentes Psiquiátricos	35
8.5.- Análisis Comparativo	38
IX.- Discusión	41
X.- Conclusiones	49
XI.- Limitaciones	50
XII.- Perspectivas del Estudio	50
XIII.- Anexos	50
Anexo 1 Consentimiento Informado	51
Anexo 2 Datos Sociodemográficos	58
Anexo 3 CBCAR	59
Anexo 4 QEWP-R	60
Anexo 5 Test de Insatisfacción Corporal	63
Anexo 6 Comité de Ética	64
XIV.- Referencias	65

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1	Edad de las Participantes	33
Tabla 2	Resultados de Escalas CBCAR y QEWP-R	35
Tabla 3	Características Clínicas Generales	36
Tabla 4	Peso y Talla de las Participantes	36
Tabla 5	Tipo de Conductas comparadas con punto de corte CAR	40
Gráfica 1	Escolaridad	33
Gráfica 2	Ocupación	33
Gráfica 3	Frecuencia de antecedentes clínicos y CAR	37

**Abreviaturas.**

- TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- CAR: Conductas Alimentarias de Riesgo.
- CBCAR: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo.
- QEWEPR: Cuestionario de Alimentación y Peso Revisado.
- M.I.N.I-Kid: International Neuropsychiatric Interview para Niños y Adolescentes.
- AN: Anorexia Nerviosa.
- BN: Bulimia Nerviosa.
- TANE: Trastorno de la Alimentación no Especificado.
- TCI: Trastorno de Control de los Impulsos.
- TDM: Trastorno Depresivo Mayor.
- TBP: Trastorno Bipolar.
- TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- TOD: Trastorno Opositorista Desafiante.
- TD: Trastorno Disocial.
- HPIJNN: Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.
- IC: Imagen Corporal.

**I.- INTRODUCCIÓN:** Los trastornos de la conducta alimentaria TCA, son un problema de salud mental pública, cuya importancia ha sido reconocida desde hace más de tres décadas en los países desarrollados, considerándose un fenómeno complejo de naturaleza multivariada y multideterminada <sup>1,5</sup>. En los primeros años de investigación acerca de los TCA, se consideraba que estos 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, ya que los reportes en países desarrollados, muestran frecuencias similares en distintos niveles sociales. Hasta hace poco tiempo, en México parecía existir el consenso no explícito de que los TCA eran un problema minoritario, y ocuparse de él resultaba de alguna manera frívolo frente a la importante presencia de otro tipo de problemas de salud; la principal justificación para lo anterior estaba en la escasa o nula demanda de atención por TCA. Respecto a esta escasa o nula demanda de atención, se deben considerar diversos factores: es posible que en efecto, hasta la década de los 80, los casos de TCA fueran casi inexistentes en México; 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; 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. Y cuarto y 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 <sup>1</sup>.

La preocupación por la delgadez, la práctica de dietas y otras conductas alimentarias de riesgo, como el uso de laxantes y la práctica de ejercicio excesivo, son conductas ampliamente difundidas en la población femenina, motivo por el cual es muy posible que representen un espectro de los TCA, y tengan importantes implicaciones en la prevención y detección temprana de los mismos <sup>11</sup>. Los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria pertenecen a una de las siguientes cuatro categorías:

biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Se tienen que distinguir entre los factores que son predisponentes, sin los que el trastorno sería poco probable que apareciera; los factores precipitantes, que los detonan y perpetuantes, aquellos que tienen la función de mantenerlos una vez que el trastorno ya se ha instalado <sup>4,7</sup>. Se han podido distinguir algunos factores de riesgo involucrados, sin los que prácticamente sería imposible un trastorno de la conducta alimentaria, estos son: la insatisfacción con la figura corporal, el afecto negativo (como depresión o ansiedad) y la baja autoestima. Otros elementos que se encuentran fuertemente implicados, incluyen los estresores ambientales (usualmente el factor desencadenante) y las distorsiones cognoscitivas tales como los pensamientos obsesivos. Finalmente, los rasgos de personalidad como la necesidad de control (sobre el propio cuerpo o la persona) y una formación inadecuada de la identidad, han sido sugeridos de manera plausible como importantes factores predisponentes <sup>7</sup>.

**1.1 Epidemiología:** La prevalencia de anorexia nervosa (AN) en población general de países occidentales se estima en 0.3% mientras que la prevalencia de bulimia nervosa alcanza el 1% en mujeres y el 0.1% en varones. Se estima que la incidencia de anorexia nervosa a nivel mundial es de 8 por cada 1,000,000 habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100,000 en el grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que para la bulimia nervosa la incidencia se ha estimado en 13 por cada 100,000 habitantes. La anorexia nervosa se presenta en 95% en mujeres, la mayoría entre los 10 y los 30 años; mientras que la bulimia nervosa ocurre más frecuentemente entre los 12 y 40 años. La proporción hombre/mujer es de 1:10 para ambos trastornos <sup>1</sup>.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en el año 2002 señaló una prevalencia nula de anorexia nervosa y una prevalencia de bulimia nervosa alguna vez en la vida de 0.6% para hombres y 1.8% para mujeres. Sin embargo esta encuesta incluyó población solamente a partir de los 18 años de edad, dejando fuera al grupo en que los TCA son más frecuentes: las mujeres adolescentes <sup>53</sup>. Por último, la encuesta de estudiantes del D.F. en 1997, mostró



que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres estudiantes entre 12 y 19 años presentaban actitudes y conductas alimentarias de riesgo<sup>6</sup>. Estas prevalencias se refieren a los TCA en sentido estricto, esto es, aquellos que cumplen con todos los criterios exigidos en los sistemas de diagnóstico y clasificación DSM-IV o la CIE-10. Sin embargo, las frecuencias de síndromes parciales reportados son generalmente mayores,<sup>6</sup>. Al tomar en consideración la posibilidad de que los sujetos que presentan estos síndromes parciales puedan posteriormente convertirse en casos de TCA y considerando que aún sin llegar a ser casos, estos sujetos experimentan manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impiden un funcionamiento adecuado, diversos autores han utilizado términos como: “síndrome subclínico”, “TCA parcial” o “conductas alimentarias de riesgo”. Aunque la falta de una definición constante de estas conductas hace difícil la comparación entre estudios, a manera de ejemplo podemos mencionar que, en otras poblaciones, se han observado frecuencias de 10% para la práctica de atracones, 18% para la práctica de ayunos, 1.7 % para el uso de diuréticos y laxantes y 6.7% para el vómito autoinducido<sup>6</sup>. En México, como en muchas partes del mundo, los TCA ocupan con mayor frecuencia, los servicios médicos y de salud mental de las instituciones públicas. Sin embargo, como también ocurre en otras latitudes, no se cuenta con un documento basado en la evidencia y en el consenso de los diversos grupos internacionales de expertos que oriente los esfuerzos terapéuticos,<sup>1</sup>. Los datos de mortalidad en la AN, se estiman entre 5.9% (178 muertes en 3006 pacientes), mientras que para la bulimia se estiman en 1.6%. Las tasas de mortalidad son 4 a 10 veces mayores para la población adolescente y joven en comparación con la población general<sup>1</sup>.

En el periodo de 1997-2003 se realizó un estudio para identificar las tendencias de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes del Distrito Federal y su relación con el sexo, edad y nivel de escolaridad del jefe de familia. Se reportan muestras representativas durante tres diferentes años en estudiantes de secundaria, preparatoria y nivel técnico, con una (N=9755) en 1997, (N=3286) en el año 2000 y (N=3062) en el año 2003. Los resultados reportan un incremento general en la proporción de estudiantes con tres o más conductas alimentarias de riesgo, de

3.4% en 1997 a 9.6% en el año 2003. En cuanto al tipo de conducta, los resultados reportan un incremento en la preocupación por engordar y el uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso junto con un incremento en la sobrestimación del peso corporal además de la práctica de atracones <sup>6</sup>.

Otro estudio que se realizó en estudiantes de ambos sexos de nivel de preparatoria y licenciatura de una escuela privada de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, reportó una muestra de 845 sujetos (381 hombres y 464 mujeres) a quienes se aplicó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo CBCAR donde se reporta una prevalencia de CAR en mujeres de 8.4% (9.0% en preparatoria y 7.9% en licenciatura). Los porcentajes de preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, la práctica del vómito auto-inducido, de ayunos, el uso de dietas, pastillas, diuréticos y laxantes fueron las conductas que más se presentaron en esta población. Se comprobó que la práctica de dietas y de ejercicio para bajar de peso, aunadas a la preocupación por engordar, se presentan en porcentajes importantes en estudiantes del Estado de Hidalgo, lo que confirma que esta problemática no es exclusiva de las grandes urbes <sup>9</sup>.

Se realizó un estudio aleatorio estratificado en una muestra compuesta por mujeres, las cuales estaban inscritas en los planteles escolares del sector público de nivel medio superior en el Estado de México, registradas por la Secretaría de Educación Pública durante el ciclo lectivo 2005–2006. Se seleccionaron 1,982 mujeres de 15 a 19 años de edad, a quienes se les aplicaron diversas escalas, entre ellas el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo CBCAR. En dicho estudio se reportó que el 83,6% de la muestra pertenecía al grupo sin riesgo (n = 1 478), 11,9% al grupo con riesgo moderado (n = 211) y 4,5% al grupo con riesgo alto (n = 79) <sup>10</sup>. En el estado de Morelos, México, un trabajo con estudiantes entre 11 y 24 años de edad reportó una prevalencia de conductas alimentarias de riesgo de 5% en las mujeres y de 1.1% en los varones. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, en una muestra representativa de adolescentes mexicanos, reportaron que la prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo es de 0.8% (1% en mujeres y 0.4% en

hombres). En el 11.2% de la muestra se reportó una conducta alimentaria anormal, en el 2.8% dos conductas, en el 0.6% tres conductas y sólo en el 0.1% cuatro conductas. La encuesta de estudiantes del Distrito Federal realizada en 1997, reporta que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres estudiantes entre 12 y 19 años presentan actitudes y conductas alimentarias de riesgo <sup>9</sup>.

Los registros epidemiológicos del HPIJNN, reportan en los últimos 11 años, la presencia de 164 casos, de los cuales 72 corresponden al diagnóstico de anorexia nerviosa, 33 a bulimia nerviosa, y el resto de los casos a Trastornos de la conducta alimentaria no especificados <sup>30</sup>.

**1.2 Etiología:** Los factores predisponentes se refieren a aquellos que, combinados con diferente fuerza, favorecen la aparición de la enfermedad. Se dividen en factores individuales, psicosociales y socioculturales. Los Factores precipitantes son los hechos desencadenantes del trastorno o aquellos factores que marcan el momento de su inicio que por lo general, se refieren a factores externos, es decir de carácter observable. Los factores perpetuantes son los que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, actúan como mantenedores del proceso, llevándolo a una calidad de cronicidad <sup>14</sup>. En estudios acerca de las causas de CAR y de TCA se han identificado factores de riesgo: a) biológicos (alteraciones genéticas y neurológicas, género [femenino] y etapa de la vida [adolescencia]) y; b) psicológicos y sociales (sensación de fracaso, estrés, ansiedad, depresión, abuso físico o sexual, problemas familiares, comparación social, burlas de pares y familiares, baja autoestima e insatisfacción corporal). Tal grado de multicausalidad en estos trastornos, obliga a considerar una perspectiva biopsicosocial para su estudio <sup>10</sup>. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, particularmente la bulimia nerviosa, incrementan su incidencia de forma importante después de los 25 años, lo que sugiere la implicación o influencia de factores socioculturales <sup>2</sup>. Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa parten de una etiología multicausal, resultado de una compleja interacción de factores; la afección es el resultado de una serie de influencias que varían con cada persona, pero que interaccionan mutuamente

de tal manera que la causa y el efecto se distinguen con dificultad <sup>14</sup>. De acuerdo con autores mexicanos, los factores de riesgo están constituidos por aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, incrementan la probabilidad de enfermarse y facilitan las condiciones para la manifestación de la enfermedad misma <sup>31</sup>. Los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria se dividen en: a) factores individuales, que incluyen las experiencias de abuso sexual, la insatisfacción con la figura y el peso corporal, la práctica crónica de dietas y algunos cambios traumáticos en la vida como son la pérdida de un ser querido, el rompimiento de una relación importante, el divorcio de los padres y el cambio geográfico. b) factores psicosociales, entre los que se mencionan la presencia de trastornos afectivos, -tanto en el individuo como en los familiares de primer grado-, la baja autoestima, los rasgos de personalidad -tales como la necesidad de aprobación, y la dificultad para expresar sentimientos, en especial la ira-, la evasión de conflictos, un patrón de pensamiento rígido con gran énfasis puesto en el deber ser, la sensación de ausencia de autocontrol que se traduce en la búsqueda de control sobre la conducta alimentaria, el perfeccionismo y el problema básico de identidad. c) factores socioculturales, entre los que se encuentran los ideales culturales de belleza, las actitudes de la familia hacia el peso corporal, la falta de definición de límites, la rigidez y la confusión de roles en la familia, así como la disfuncionalidad y el maltrato emocional; la influencia del grupo de pares, el involucramiento en algunas actividades que enfatizan el bajo peso, y las críticas con respecto al peso y la figura <sup>14</sup>. Entre los fenómenos ambientales determinantes se encuentran: medios de comunicación, modas, estereotipos y prototipos de belleza. Rasgos de carácter que dificultan el manejo de los estresores: baja autoestima, inestabilidad emocional, conductas obsesivas <sup>7</sup>. De todo lo antes descrito, el principal predictor de conductas alimentarias de riesgo es el deseo de estar más delgado, deseo que va acompañado de la percepción de un cuerpo actual más voluminoso. El resto de las variables ocupan lugares secundarios <sup>27</sup>. A lo largo de la historia, el ideal de belleza femenina ha cambiado con los estándares estéticos de un tiempo en particular y con la

exigencia social de cumplir dichos estándares; la evidencia sugiere que las mujeres han tratado de alterar sus cuerpos en función de las demandas sociales. Este proceso, tiene un impacto negativo en la satisfacción de las mujeres con su figura corporal, siendo una probable causa de la presencia de conductas alimentarias de riesgo <sup>6</sup>. Es evidente que una restricción alimentaria iniciada y mantenida por razones estéticas debe ir precedida en la mayoría de los casos por unos sentimientos de insatisfacción corporal, suficientes para compensar el malestar subjetivo del hambre <sup>27</sup>.

Las experiencias traumáticas sufridas en el ámbito familiar, pueden predisponer o precipitar la aparición de un TCA, al igual que ocurre en otros trastornos psiquiátricos; no siempre queda claro, si los estresores o acontecimientos vitales experimentados por algunos pacientes, habían tenido lugar en el ámbito familiar o fuera de él. Esto es lo que sucede, por ejemplo, en casos de abuso sexual o incluso de maltrato físico. Se ha descrito, que las familias de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, en comparación con los controles, presentan con frecuencia más acontecimientos vitales estresantes como: fallecimiento de un familiar de primer grado, padre viviendo con una nueva pareja, problemas familiares importantes, disciplina excesivamente estricta y desacuerdo entre los padres. Con frecuencia estas familias se asocian significativamente a niveles altos de indiferencia, antipatía, conflictos, abusos físicos y falta de cuidados. El ambiente familiar, puede intervenir en la aparición de sintomatología alimentaria o incluso de trastornos de la conducta alimentaria si coincide con la presencia de otros factores de riesgo. Por ejemplo, se ha comprobado que las mujeres jóvenes que han sufrido abuso sexual infantil y tienen un ambiente familiar adverso, presentan significativamente más síntomas de TCA en comparación con aquellas que también sufrieron abuso sexual pero que tienen un ambiente familiar satisfactorio. El riesgo de dependencia de etanol y drogas es mayor en las familias de pacientes bulímicas, en cambio, el riesgo de familiares con trastorno obsesivo de la personalidad sólo es elevado en las pacientes con anorexia nerviosa <sup>27</sup>.

**1.2.1 Factores Neurobiológicos:** En la actualidad, existen múltiples estudios que explican como se ven afectadas las diferentes vías neuronales ante diferentes estímulos modificando las conductas alimenticias, el temperamento, el ánimo y el control de los impulsos, todo lo cual es resultado de una interacción entre neurotransmisores, receptores y estructuras anatómicas. El sistema serotoninérgico está implicado en la regulación del apetito, la conducta sexual, la respuesta al estrés, la sintomatología obsesiva, el perfeccionismo, la rigidez, y las alteraciones del humor entre otros, los cuales se ven afectados en los trastornos de la conducta alimentaria. La noradrenalina, además de intervenir en el estado emocional, aumenta la ingestión de alimentos a través de los receptores alfa-2. El papel de la dopamina se ha explicado por medio de la farmacodinamia de las anfetaminas, que provocan hiporexia, incremento de la actividad física y en algunos casos sintomatología psicótica. La leptina es una hormona que se ha incorporado en los últimos años al repertorio de los agentes neurobioquímicos susceptibles de intervenir en la etiología de los TCA; ésta se sintetiza en las células grasas, pasa al torrente sanguíneo y actúa sobre el hipotálamo transmitiendo información sobre el nivel de lípidos e influyendo en la consiguiente regulación de la ingesta de alimentos. Tanto en varones como en mujeres, se observa una elevada correlación entre el Índice de masa Corporal IMC o el porcentaje de grasa corporal y el nivel plasmático de leptina. Sus funciones son múltiples como inhibir la ingestión de alimentos, estimula y mantiene el gasto energético, señala el sistema reproductor, interviene en procesos metabólicos, como secreción de insulina, lipólisis y transporte de glucosa. La síntesis de leptina se reduce rápidamente al ayunar, incluso antes de la pérdida de peso. Dadas estas características de inmediato se supuso que la leptina podía estar implicada en la génesis o en el mantenimiento de la anorexia nerviosa. El neuropéptido Y es un estimulante del apetito, probablemente el agente bioquímico de efecto mas potente específico y prologado. Su secreción en el hipotálamo aumenta con la restricción alimentaria y se reduce durante las comidas. Este efecto estimulante del apetito resulta inhibido por la hormona liberadora de corticotropina, hormona que se encuentra hipersecretada en pacientes con anorexia. La colecistoquinina

CCK es un neuropéptido inductor de la saciedad y se ha observado un aumento posprandial mas rápido e intenso en pacientes anoréxicos comparado con los controles <sup>44</sup>. En la anorexia nerviosa se produce una notable disfunción hipotalámica con consecuencias endócrinas que alteran el eje de la hormona del crecimiento, la secreción de gonadotropinas, el funcionamiento tiroideo y suprarrenal y el metabolismo del fosforo y el calcio <sup>44</sup>.

Las técnicas de neuroimagen han aportado información relevante sobre la implicación de las diferentes áreas del SNC en los TCA. Se ha descrito la presencia de ventrículos y surcos cerebrales dilatados en pacientes con pérdida de peso importante, como en la anorexia nerviosa, frecuentemente denominada falsa atrofia, puesto que se ha podido verificar su reversibilidad durante la recuperación nutricional. Estudios mediante SPECT, han descrito la presencia de hipometabolismo relativo en el núcleo caudado, así como en la corteza prefrontal, el giro cingulado anterior, el tálamo y el complejo amígdala-hipocampo. Dicho hipometabolismo ha sido descrito como consecuencia de la pérdida de peso, de alteraciones metabólicas o de estados crónicos de inanición <sup>44</sup>.

**1.2.2 Conductas Alimentarias de Riesgo CAR:** La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de ésta, ha dado origen a lo que se conoce como CAR y TCA, en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados <sup>9</sup>. Son manifestaciones similares a los TCA pero se dan con menor frecuencia e intensidad <sup>10</sup>. Se ha utilizado el término de “síndrome subclínico”, “TCA parcial” o “conductas alimentarias de riesgo” y se han investigado la frecuencia de estas manifestaciones, así como su asociación con factores de riesgo potenciales. Las conductas consideradas como de riesgo en este estudio, incluyen la práctica de dietas y ayunos, la práctica de ejercicio excesivo, el uso de diuréticos o laxantes y el vómito autoinducido, todo ello con el fin consistente de perder peso. Aunque la falta de una definición constante de estas conductas, hace difícil la comparación entre estudios, a manera de ejemplo podemos mencionar

que en otras poblaciones, se han observado frecuencias de 10% para la práctica de atracones, 18% para la práctica de ayunos, 1.7% para el uso de diuréticos y laxantes y 6.7% para el vómito autoinducido <sup>6</sup>.

Las personas con alimentación restringida o “dietantes crónicos”, presentan un menor grado de psicopatología comparados con los que padecen TCA; comienzan voluntariamente con conductas de riesgo en pequeña escala y evolucionan hasta llegar a la pérdida de control y el síndrome completo <sup>10</sup>.

En México, se conocen casos de TCA por lo menos desde la década de los 70's, no obstante, es hasta dos décadas después, que se ha observado un incremento notable en el número de casos. La mayor parte de los estudios epidemiológicos de TCA en México, se han llevado a cabo en población estudiantil, mediante la aplicación de cuestionarios de tamizaje. Un trabajo con mujeres estudiantes universitarias reportó una prevalencia de 8.3% de TCA, de acuerdo con el punto de corte de los cuestionarios empleados. En este estudio no se realizó confirmación clínica de los trastornos a través de una entrevista. Los datos proporcionados por este estudio muestran que en un periodo de seis años, se incrementó la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes escolarizados de la Ciudad de México <sup>6</sup>.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se presentan con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, como son: trastornos afectivos (50-75%), trastornos por ansiedad (60%), abuso de sustancias (35%), y trastornos de la personalidad (42-75%) <sup>7</sup>. No obstante, independientemente del tipo de rol que juegue cada factor en la aparición de las CAR, podríamos proponer que los malestares emocionales, los síntomas depresivos, la ideación suicida y el estrés cotidiano son elementos centrales a los que se debe poner atención, especialmente en miras a la prevención, dado que son factores que tienen un efecto sobre la vulnerabilidad del adolescente en cuanto que inducen o exacerban el sentido de fracaso que lesiona la autoestima, provocan la sensación de pérdida de control y la necesidad de recuperarlo a través del uso de prácticas alimentarias de riesgo que resultan exitosas, en cuanto que derivan en la baja de peso corporal, lo que trae como consecuencia una sensación de logro, y por lo tanto, la



necesidad de continuar con dichas prácticas, lo que finalmente desemboca en un espiral sin control o en la configuración del trastorno alimentario como tal <sup>36</sup>.

**1.2.3 Abuso Sexual y CAR:** Las víctimas de abuso sexual infantil se encuentran en riesgo de desarrollar diversas problemáticas físicas y mentales. Entre éstas últimas destacan las alteraciones en imagen corporal, identidad, autorregulación y funcionamiento interpersonal; así como consecuencias emocionales, médicas y psiquiátricas a largo plazo. El abuso sexual es un factor de riesgo en diversos trastornos comórbidos, entre los cuales destacan el estrés postraumático, episodios de depresión mayor, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, conducta antisocial y revictimizaciones sexuales. Asimismo, los estudios han encontrado relación entre la experiencia de abuso sexual con el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo (como son el seguimiento de dietas restrictivas, ayunos prolongados, uso de laxantes, diuréticos, vómito autoinducido o medicamentos para adelgazar), las cuales son la manifestación premórbida de los TCA. Los porcentajes de TCA en personas que han sufrido abuso sexual fluctúan desde 10 hasta 30% en los diferentes estudios <sup>37</sup>. De hecho, se ha encontrado que el riesgo de desarrollar un TCA se incrementa tres veces cuando ha habido una experiencia de abuso sexual. En muestras comunitarias se han encontrado asociaciones significativas entre antecedente de abuso sexual y las puntuaciones obtenidas en el Bulimia Test, así como un incremento de 50% en la probabilidad de reportar una historia de abuso sexual en aquellas personas que refieren síntomas purgativos. La relación entre el abuso sexual y los TCA fue planteada desde hace algunas décadas al observar que las víctimas/pacientes tenían síntomas similares, como sentimientos de vergüenza, sensación de minusvalía respecto a la apariencia corporal y baja autoestima. En términos generales, los estudios refieren que no existe evidencia suficiente para sostener que el abuso sexual es una variable necesaria o causal para desarrollar TCA, sino que se trata de un factor de riesgo para la psicopatología mental en general <sup>37</sup>.

**1.2.4 Uso de Sustancias y CAR:** Los trastornos por uso de sustancias, tienen una alta prevalencia entre las mujeres con diagnósticos de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Esta asociación es mayor en los subtipos de trastornos de la conducta alimentaria Bulimia nerviosa y Anorexia nerviosa compulsivo purgativa. El uso de drogas lícitas e ilícitas es común en esta población, secundario a la creencia que se tiene respecto a que disminuyen la ansiedad y ocasionan pérdida de peso. Al momento, no está del todo claro el por qué los trastornos de la conducta alimentaria coexisten frecuentemente con el uso de sustancias, pero se piensa que es secundario a factores biológicos y psicosociales. Diferentes investigaciones han relacionado la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria, con la severidad del uso de sustancias, indicando que a mayor gravedad del trastorno de alimentación, mayor es el número de sustancias consumidas. Independientemente de la categoría diagnóstica, se ha demostrado que la restricción calórica está fuertemente asociada con el uso de anfetaminas, la presencia de atracones con el uso de tranquilizantes, mientras que los comportamientos múltiples de purga se asocian fuertemente con el uso de múltiples sustancias como alcohol, nicotina, anfetaminas o cocaína <sup>26</sup>.

**1.2.5 Conductas Autolesivas y CAR:** Las conductas autolesivas se definen como actos intencionales y autodirigidos que ocasionan daños físicos, realizados con el fin de disminuir la ansiedad. Existen muchas formas de autolesiones, pero las más frecuentes corresponden a cortes, golpes y quemaduras. Diversas son las causas de dicha conducta, algunas de ellas tienen que ver con la búsqueda de regulación afectiva, secundaria a un pobre control de impulsos, o simplemente con fines manipulatorios. Numerosos factores se han asociado a esta conducta en los adolescentes, entre los que se cuentan la presencia de psicopatología en ellos o en sus familiares, la disfunción familiar, la presencia de adversidad social o la presencia de eventos estresantes <sup>38</sup>. En un estudio realizado en el HPIJNN, mediante revisión de expedientes de 556 pacientes con presencia de conductas autolesivas, se reportó que los trastornos afectivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar y

trastorno adaptativo con ánimo depresivo) fueron los más comúnmente diagnosticados (o detectados), seguidos por los trastornos de conducta (que incluían trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial) y el abuso de sustancias. Entre los datos sociodemográficos importantes, se señala que en tres cuartas partes de la muestra existe el antecedente de disfunción o violencia familiar (83.5%), y que el abuso sexual está presente en casi la mitad de la muestra (49.5%). En este estudio se refirió que los trastornos de alimentación se encontraban en un (6.7%) de la muestra de pacientes con conductas autolesivas,<sup>38</sup>. Aunque el comportamiento autolesivo es conceptualmente distinto del suicidio, múltiples estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos, siendo las conductas autolesivas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas, ya que tras una autolesión el riesgo de cometer suicidio oscila entre el 0,5 y el 2% en el año siguiente. Algunos investigadores plantean un *continuum* entre la conducta autolesiva y el suicidio, ya que ambos comparten un elemento esencial que es la autoinflcción de daño y únicamente se diferencian en la seriedad de la lesión causada. En distintas revisiones de estudios comunitarios con adolescentes de todo el mundo se estima en un 13% la prevalencia de comportamientos autolesivos y en un 26% la de los pensamientos suicidas<sup>39</sup>.

**1.2.6 Suicidio y CAR:** La revisión de la bibliografía en inglés sugiere que los individuos con anorexia tienen mayores tasas de suicidio consumado que los individuos con bulimia, pero para los intentos de suicidio los resultados son mixtos, aunque sugieren mayores tasas de intentos en individuos con bulimia que con anorexia. Los autores explican que posiblemente los resultados mixtos se deben al hecho de combinar anoréxicos purgativos y no purgativos, y que los primeros son más similares a los bulímicos quienes realizan intentos para regular las emociones mientras que los anoréxicos no purgativos tienen mayor deseo de morir y están en peores condiciones físicas y por ende tienen mayor probabilidad de morir. En el presente estudio observamos que todos aquellos individuos con trastornos alimentarios, independientemente del tipo de trastorno, muestran tasas de

ideación y planeación suicida más elevadas que aquellos sin dichos trastornos. Sin embargo, únicamente para la bulimia y el trastorno por atracones hay tasas más elevadas para un intento de suicidio. Posiblemente el rasgo de impulsividad asociado a la bulimia y al trastorno por atracones pueda explicar la tasa más elevada de intento de suicidio cuando las tasas de ideación son similares <sup>11</sup>. Por último, los datos sobre las conductas relacionadas con el suicidio son necesarios para la planificación de políticas nacionales y locales, así como para la evaluación de los esfuerzos llevados a cabo para reducir las tasas de suicidio consumado <sup>34</sup>.

**1.2.7 Imagen corporal:** La imagen corporal corresponde a la imagen mental de uno mismo hacia su cuerpo. Es definida como la actitud hacia el propio cuerpo y hacia la apariencia, y puede concebirse globalmente como un conjunto de percepciones, representaciones, sentimientos y actitudes que se elaboran del cuerpo propio y a través de diversas experiencias <sup>42</sup>. El constructo imagen corporal está constituido por tres componentes: un componente perceptual relacionado con la exactitud en la estimación del tamaño corporal y cuya alteración da lugar a la distorsión; un componente cognitivo-afectivo asociado a los sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo como objeto de percepción a cuya alteración denominan insatisfacción; y un componente conductual vinculado a las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados evocan, tanto de exhibición del propio cuerpo como de evitación <sup>45</sup>. Se ha señalado que para las adolescentes, la imagen corporal representa un componente significativo de la autoestima <sup>32</sup>. La imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales, por lo que espacios culturales diversos dan lugar a patrones estético corporales específicos para cada uno. Por su parte, los medios de comunicación influyen en la existencia de un modelo ideal de belleza establecido y compartido socialmente, lo que se traduce en una presión significativa para los miembros de una sociedad, por la importancia que se concede al atractivo para triunfar en todas las áreas <sup>43</sup>.

El IMC es el indicador del estado nutricional que con mayor frecuencia es utilizado por su facilidad de estimación, y que se calcula a partir del peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros, es uno de los indicadores más ampliamente estudiados como factor de riesgo asociado a los TCA, y de manera más específica con las conductas alimentarias, ya que se han encontrado importantes asociaciones. Diversos estudios han demostrado que al presentar los individuos un IMC alto (sobrepeso u obesidad), su imagen corporal se aleja de lo “ideal”; y gracias a la influencia de los factores socioculturales antes mencionados, los cuales han estigmatizado el sobrepeso y la obesidad no por cuestiones de salud sino por consideraciones psicológicas y estéticas, los individuos buscan disminuir su peso corporal o modificar su figura, practicando las CAR<sup>42</sup>. Por otra parte, los tipos de burlas y victimización parecen estar más centradas en la apariencia y el peso corporal que otras características de la juventud. Los jóvenes con sobrepeso también tienden a ser más influenciados por los comentarios y las atribuciones negativas de sus pares por su apariencia que los jóvenes sin exceso de peso. Los jóvenes con sobrepeso tienen más probabilidades de ser socialmente aislados y quedar al margen de las redes sociales en relación con sus pares sin exceso de peso<sup>32</sup>. Un aspecto fundamental del estereotipo femenino es la preocupación por la apariencia física y la realización de esfuerzos para alcanzar y preservar la belleza. Las mujeres físicamente atractivas son percibidas como más femeninas y dado que es el ideal estético actual, no es de sorprender que las mujeres delgadas sean catalogadas como tales. Se ha reportado que las mujeres adaptan su forma de comer para proyectar una imagen favorable de sí mismas y se estima que en la medida en que una mujer se define a sí misma más en función de su apariencia física y de sus relaciones con los otros, se encontrará más vulnerable de desarrollar un trastorno alimentario<sup>36</sup>.

Es evidente que la autoestima es un constructo multidimensional que está influido por una variedad de factores. En general, los datos sobre la relación entre la autoestima y la obesidad sigue siendo mixto. La variabilidad de estos resultados puede explicarse por variables moderadoras. Parece que hay un conjunto de

factores que ponen a los niños con sobrepeso en riesgo para el desarrollo de una baja autoestima incluyendo la adolescencia temprana, el género femenino, la identificación con las normas culturales de la mayoría de la forma del cuerpo, una alta incidencia de las burlas y mirar la victimización, una historia de un mayor control de los padres sobre las prácticas de alimentación y atribuciones internas sobre el estado del peso <sup>32</sup>. Asimismo, se ha encontrado que las personas que presentan CAR suelen tener dificultad en las relaciones interpersonales y tienden a aislarse o a establecer relaciones conflictivas, lo que dificulta establecer redes sociales y de apoyo <sup>36</sup>.

**1.2.8 Comorbilidad Psiquiátrica:** El sustento para estudiar la personalidad en los TCA se fundamenta en la observación de patrones específicos de comportamiento, como la baja tolerancia a la frustración y el deficiente control de impulsos de las pacientes con BN; o la inflexibilidad y la necesidad de control estricto en las pacientes con AN <sup>7</sup>. Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con TCA va de 53 a 93%. Por otro lado, se observa que la manifestación simultánea de más de un trastorno de la personalidad se da con una frecuencia superior a la de la población general, sobre todo en las pacientes bulímicas con historia previa de AN <sup>7</sup>. Se ha descrito que hasta 30% de las pacientes anoréxicas presentan características obsesivas en su personalidad; de hecho, existen similitudes clínicas entre la personalidad obsesiva y los trastornos alimentarios restrictivos <sup>7</sup>. Diversos estudios sobre la personalidad de pacientes con antecedentes de AN controlada, permitieron identificar patrones específicos de comportamiento, como una tendencia a la inhibición, una dificultad en la expresión emocional, una falta de iniciativa y un elevado grado de conformismo. Lo anterior sugiere que son inherentes a la AN y no una consecuencia de la inanición. Estudios clínicos y familiares coinciden en la observación de las siguientes características comunes de comportamiento premórbido en las pacientes con ANR (anorexia nerviosa restrictiva): obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia y tendencia a la evitación social. Las pacientes con AN mantuvieron, tras recuperar el peso, conductas obsesivas y

pensamiento inflexible, aislamiento social, sumisión y limitada espontaneidad. La persistencia de estos rasgos constituyó, de acuerdo a los autores del estudio, la base que permitiría el desarrollo ulterior de conductas alimentarias obsesivas durante la fase aguda de la enfermedad. Los autores mencionan que las pacientes que padecen ANR son más introvertidas, niegan las sensaciones de hambre y no manifiestan abiertamente su angustia <sup>7</sup>.

La comorbilidad psiquiátrica de las pacientes con BN es muy alta, con una prevalencia de los trastornos de personalidad en pacientes bulímicas entre 21 y 77%, siendo el limítrofe y el histriónico los más comunes <sup>7</sup>. Las pacientes con BN son personas impulsivas, con elevada sensibilidad hacia las relaciones interpersonales, baja autoestima, decisiones y actos impulsivos, además de conductas impredecibles, agresivas y descontroladas <sup>7</sup>. Debido a la vulnerabilidad que existe en la BN, en cuanto a estados de ánimo eufóricos y fluctuantes, similares a los del alcoholismo, puede darse el caso de que se adquieran conductas adictivas a fin de disminuir dichos síntomas <sup>7</sup>. La impulsividad como variable determinante de este trastorno alimentario se sustenta en la comorbilidad con el abuso de sustancias, la promiscuidad sexual, la cleptomanía y una diversidad de patologías relacionadas con personalidades encaminadas a la “búsqueda de la novedad” y una necesidad de reconocimiento y recompensa <sup>7</sup>.

**1.2.9 Influencias de la crianza:** Los comportamientos y las actitudes de crianza también afectan la autoestima en los niños con sobrepeso. Con respecto a la percepción de competencia física, los investigadores especulan que las madres de las chicas con sobrepeso, pueden tratar de promover la pérdida de peso mediante el uso coercitivo de estímulo para participar en la actividad física, y las chicas pueden ver esto como falta de aceptación. Tomados en conjunto, estos datos sugieren que el uso de estrategias de control por parte de los padres en un esfuerzo por controlar el peso de sus hijos puede tener un impacto negativo no intencional, en el desarrollo de la autoestima. Si bien existe una larga trayectoria en el estudio de la dinámica familiar en los trastornos alimentarios, más recientemente se ha estudiado la influencia de los comentarios críticos sobre la

aparición física; en particular, algunas prácticas de crianza como el control y la crítica del padre, o la exigencia de la madre, que se estima incrementan el riesgo de CAR, mientras que el afecto materno funge como un factor protector <sup>36</sup>.

Walker (2007), habla respecto a los diferentes programas que se han desarrollado recientemente por el problema de la obesidad pediátrica, refiriendo la gran asociación entre baja autoestima y exceso de peso, argumentando que los niños y adolescentes con sobrepeso, son víctimas de estigmatización social, burlas, y por consiguiente sufren depresión e insatisfacción con su imagen. Una probable explicación para este cambio pueden ser los efectos acumulativos de la victimización entre iguales y la presión social por la delgadez que se hace más pronunciada a medida que los niños llegan a la pubertad y se preocupan más por las interacciones entre compañeros <sup>32</sup>.

**1.2.10 Medio Social:** Desde la antigüedad cada cultura se ha caracterizado por mantener patrones estereotipados de belleza, donde al aspecto físico se le atribuyen el éxito personal, la seguridad, la aceptación social e inclusive el valor de la persona misma; a pesar del tiempo transcurrido las cosas no han cambiado, y las personas siguen siendo evaluadas por su aspecto físico. Actualmente el estereotipo de belleza corporal raya en la delgadez extrema en las mujeres y la corpulencia por musculatura en los varones, estereotipo promovido y vendido por la industria cosmética y los medios de comunicación. La figura corporal real, dista mucho de estos modelos estéticos dominantes, propiciando malestar con la imagen corporal, entendiendo dicho malestar como la incomodidad o inconformidad que se experimenta con respecto a la imagen corporal, y que es generada por los mensajes, imágenes y comentarios emitidos por los medios de comunicación. La influencia de la publicidad es inmensa, basta con mirar alrededor para encontrar algún anuncio en el que, no importando el producto promocionado, se explota el ideal de belleza al presentar personas “bellas”, principalmente mujeres, delgadas y jóvenes, buscando con ello que se asocie la posesión y disfrute del producto con el estado ideal estereotipado de bienestar y belleza. Lo anterior lleva a consecuencias negativas en la relación



entre el factor individual de sensibilidad (atención y reactividad) al mensaje y los factores sociales como son la influencia o crítica cultural, a través de los mensajes verbales, imágenes relacionadas con el peso, la figura y la belleza emitidos por los medios de comunicación <sup>42</sup>.

**II.- JUSTIFICACIÓN:** Debido a que hasta el momento, no se ha realizado un estudio en México que describa la frecuencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en población psiquiátrica adolescente, consideramos que es importante obtener dicha información con el fin de conocer la magnitud del problema y así poder implementar estrategias de prevención.

**III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

- El Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN) no cuenta con información estadística respecto a la frecuencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, motivo por el cual se desconoce cuál es el tipo de conductas alimentarias de riesgo que se presenta con mayor frecuencia y a su vez no se tiene información respecto a qué variables clínicas y demográficas tienen este tipo de pacientes.

**IV.- HIPÓTESIS:**

- Se encontrará una mayor frecuencia de (CAR) en población psiquiátrica adolescente comparada con la población general y las pacientes que cuenten con las variables clínicas de antecedente de abuso sexual, conductas autolesivas, intentos suicidas y consumo de sustancias tendrán resultados más altos en la escala de CBCAR comparado con las que no tengan dichos antecedentes.

**V.- OBJETIVO GENERAL:**

- Describir qué tipo de CAR y con qué frecuencia se presentan dichas conductas en la población del HPIJNN.

## **VI.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Identificar qué diagnósticos psiquiátricos se presentan con mayor frecuencia comórbidos con CAR de mayor gravedad.
- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes participantes con o sin CAR.
- Describir si las variables: edad, nivel de escolaridad, edad de inicio de primer padecimiento psiquiátrico, conductas autolesivas, intentos suicidas, antecedente de violencia sexual, predisponen a un mayor número y a mayor gravedad de CAR.

## **VII.- MATERIAL Y METODOS:**

**7.1 Tipo de Estudio:** De acuerdo con la clasificación de Feinstein, el estudio se clasifica como descriptivo por el propósito general, de encuesta por la asignación del agente, transversal por la dirección temporal de la observación de los sujetos y homodémico por la población incluida en el análisis.

**7.2 Población y Muestra:** La muestra fue seleccionada a conveniencia cumpliendo los criterios de inclusión, captando 147 pacientes del género femenino.

**7.2.1 Procedimiento:** Posterior a mostrar y firmar el consentimiento y asentimiento informado, se realizó la descripción de datos sociodemográficos, se otorgaron las escalas autoaplicables de conductas alimentarias de riesgo y el cuestionario de peso revisado. En una segunda entrevista, se realizó la aplicación del MINI KID versión computarizada.

### **7.3 Criterios de Inclusión:**

- Adolescentes mujeres del servicio de Admisión Continua HPIJNN
- Entre 12 y 17 años
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepten participar en el protocolo junto con su familiar responsable.

#### **7.4 Criterios de Exclusión:**

- Dificultad para comunicarse y cooperar.

#### **7.5 Criterios de Eliminación:**

- Paciente con presencia de Discapacidad Intelectual.

#### **7.6 Variables Independientes:**

**7.6.1 Antecedente de abuso sexual.** El antecedente de abuso sexual se encuentra asociado con múltiples diagnósticos a lo largo de la vida como trastornos afectivos de tipo depresivo, ansiosos, trastornos del sueño, conducta suicida y trastornos de la conducta alimentaria <sup>25</sup>. Se ha reportado que la presencia de dicho antecedente confiere un riesgo especial para presentar CAR.

**7.6.2 Uso de sustancias.** El uso de drogas lícitas e ilícitas es común en la población de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, secundario a la creencia que se tiene respecto a que algunas sustancias ayudan a controlar el peso. Respecto a la edad de inicio de consumo, esta varía dependiendo del tipo de trastorno de conducta alimentaria que se presente, ya que los subtipos purgativos se presentan con frecuencia previos al inicio de consumo, con la finalidad de controlar el padecimiento, en cambio los trastornos de la conducta alimentaria de tipo restrictivo como la anorexia nerviosa, es común el inicio de sustancias antes del inicio del trastorno con el fin de ayudar a perpetuar los síntomas alimentarios <sup>26</sup>.

#### **7.7 Variable Dependiente:**

**7.7.1 Conductas alimentarias de riesgo.** Síndrome parcial que puede convertirse en un Trastorno de Conducta Alimentaria franco, y que incluye la práctica de dietas, ayunos, vómito auto inducido, ejercicio excesivo, uso de diuréticos o laxantes, todo ello con el fin consciente de perder peso <sup>6</sup>. El punto de corte de la escala es 10.

## **7.8 Instrumentos de Medición:**

**7.8.1 Cuestionario de Datos Socio Demográficos:** Este apartado obtuvimos los datos socio-demográficos así como las características de los sujetos que se encuentran en el estudio. Consta de los datos generales del paciente y antecedentes de importancia. Contiene nombre, un folio que sirve para todo el estudio, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, antecedentes de uso o abuso de sustancias y otro tipo de estresores como abuso sexual, conductas autolesivas e intentos suicidas. La información sobre el antecedente de abuso sexual fue evaluada con una pregunta: “¿Alguna vez alguien –sea o no de tu familia– te tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo que no querías que te tocara o acariciara? ¿O te forzó o presionó a tener contacto sexual?, es decir, ¿Te obligó a que tú lo/la tocaras sexualmente, o tuviste relaciones sexuales con esta persona en contra de tu voluntad, cuando tú no querías hacerlo?”

**7.8.2 Cuestionario Breve de Conductas alimentarias de Riesgo CBCAR:** instrumento de 10 reactivos para la detección de conductas alimentarias de riesgo. Dicho instrumento establece preguntas principalmente por conductas, y la frecuencia con la que éstas se manifiestan, con lo cual permite obtener datos sobre prácticas dañinas sin importar con qué elementos psicológicos se relacionen. El cuestionario fue elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 10 preguntas sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), en los seis meses previos a la aplicación del instrumento. La versión original contaba con tres opciones de respuesta; sin embargo, se agregó una opción más para incrementar la variabilidad en las respuestas de los sujetos: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), y la mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías

en la conducta alimentaria. En seguida se determinó el punto de corte de la escala, o el punto crítico que delimita la frontera entre el grupo funcional y el disfuncional. Se obtuvieron la sensibilidad y especificidad de siete diferentes puntuaciones del cuestionario. A partir de los análisis el punto de corte de 10 fue el que mostró los mejores resultados: arrojó una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.78, con un valor predictivo positivo de 0.38 y un valor predictivo negativo de 0.96. Los datos presentados muestran que el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo es capaz de diferenciar entre una población clínica y una comunitaria, y tiene valores de confiabilidad (0.83) y validez apropiados para las muestras estudiadas <sup>12</sup>. Considerando que los TCA son un padecimiento de baja prevalencia, y puesto que el principal objetivo de un instrumento de tamizaje es la detección de posibles casos clínicos y subclínicos, se buscó un punto de corte con alta sensibilidad. A medida que una enfermedad presenta una menor prevalencia, como es el caso de los TCA, es más probable que un resultado negativo muestre la presencia de normalidad, y menos probable que un resultado positivo realmente indique anormalidad; es decir, que de acuerdo con los resultados obtenidos, de cada 100 personas que obtengan una puntuación menor al punto de corte, 96 serán correctamente clasificadas como no casos y cuatro como falsos negativos, pero de cada 100 personas que puntúen por arriba del punto de corte, sólo 38 estarán correctamente clasificadas como verdaderos positivos, o 41 al utilizar la prevalencia obtenida de la muestra representativa de población estudiantil femenina <sup>12</sup>. Para medir las conductas alimentarias de riesgo se utilizó el Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), con 64.7% de la varianza total explicada y un Alfa de Cronbach de 0.83 en una muestra del Distrito Federal y con 62.9% de la varianza explicada y un Alfa de Cronbach 0.80 en una muestra de Nivel Medio Superior en el Estado de México. Una puntuación de 10 o mayor indica que una persona se encuentra en el grupo de riesgo (con una calificación máxima de 30) <sup>15</sup>. En otros estudios, se utilizó el CBCAR donde se

dividieron los resultados en torno a gravedad de dichas conductas en tres categorías: Sin riesgo (de 0 a 6 puntos), riesgo moderado (de 7 a 10 puntos), riesgo alto (más de 10 puntos) y se agruparon dependiendo a tipo de conducta diferentes preguntas del CBCAR por lo que se formaron tres factores: El número 1 el cual es el factor atracón purga constituido por las preguntas 2,3,4, y 5. El factor 2, denominado como factor de medidas compensatorias, está constituido por las preguntas 8, 9 y 10. El factor 3 (Conductas restrictivas) está integrado por las preguntas 1,6 y 7 <sup>10</sup>.

**7.8.3 Cuestionario de Alimentación y Peso Revisado:** (QEWP-R) Es un cuestionario que fue creado considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastorno por atracón (TPA) y Bulimia Nerviosa (BN, tipo purgativa y no purgativa), está compuesto por 13 preguntas. La pregunta número 13 investiga si de manera intencionada se está tratando de perder peso en ese momento. Adaptado para población mexicana por el proyecto de investigación en Nutrición UNAM-FES, Iztacala, México. Los reactivos se califican de acuerdo a la regla de decisión propuesta por Spitzer para tamizaje del TPA o BN.

Criterios para sintomatología de Trastorno por Atracón:

Número de pregunta	Respuesta
1 y 2	Seleccionar inciso A
3	Seleccionar los incisos: C,D ó E
4	Contestar con un sí a 3 o más incisos
5 y 6	Seleccionar los incisos C y D.

Criterios para sintomatología de Bulimia Nerviosa Purgativa:

Numero de pregunta	Respuesta
1 y 2	Seleccionar inciso A
3	Seleccionar los incisos: C,D, ó E
7	Seleccionar los incisos C ó D
8 y 9	Seleccionar el inciso A y los incisos: C, D ó E.

Criterios para sintomatología de Bulimia Nerviosa No Purgativa:

Número de Pregunta	Respuesta
1 y 2	Seleccionar inciso A.
3	Seleccionar los incisos: C, D ó E
7	Seleccionar los incisos c ó d.
10, 11 y 12	(Contestar Si) y frecuencia por lo menos 2 o 3 veces a la semana.

**7.8.4 Test de Siluetas de Imagen Corporal:** Para evaluar el grado de insatisfacción con la imagen corporal se utilizó la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner, que es un cuestionario auto y heteroaplicable con 11 siluetas, donde la silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a la derecha obtienen puntuaciones positivas (de 1 a 6). Las pacientes señalan con una "P" la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una "D" la silueta que desearían tener. Posteriormente, el entrevistador señala con una "R" su estimación de la imagen corporal real del paciente. La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el *Índice de*

*Insatisfacción* de la imagen corporal, y la diferencia entre la imagen percibida y la Real se considera el *Índice de Distorsión* de la imagen corporal. La distorsión parece ser un índice de alta prevalencia en las mujeres, así como advirtiéndose el deseo de estar más delgadas, eligiendo como figuras ideales siluetas con tamaños inferiores al de los sujetos, confirmando la insatisfacción con la imagen corporal. No se han establecido puntos de corte <sup>45</sup>. En el caso del presente estudio, se reporta la presencia o ausencia de insatisfacción corporal si existe una discrepancia entre las figuras percibidas, deseadas y reales.

**7.8.5 M.I.N.I-Kid:** El M.I.N.I-Kid es una entrevista estructurada corta desarrollada en 1990 por psiquiatras y clínicos de los Estados Unidos de Norte América (EUA) y Europa, para los trastornos psiquiátricos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10). De acuerdo a la validación realizada para trastornos externalizados, se encontró que el coeficiente de acuerdo Kappa fue de 0.64, considerado dentro de las definiciones establecidas previamente como de “buena confiabilidad” para el diagnóstico de TDAH. De forma similar, para el TND, presentó un mejor coeficiente de acuerdo Kappa con un valor de 0.81 “excelente confiabilidad”. Para el TD, el acuerdo fue total donde los dos casos fueron detectados por ambos instrumentos. Esta investigación demuestra la validez concurrente de los padecimientos externalizados y la posibilidad de su uso indistinto para el diagnóstico y seguimiento de padecimientos Externalizados en poblaciones clínicas y epidemiológicas <sup>55</sup>.

**7.9 Análisis Estadístico:** Se utilizó una base de datos en EXCEL y un paquete estadístico SPSS versión 15. La descripción de las características demográficas y clínicas incluyó frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Promedios y desviaciones estándar (DE) para las variables continuas.

Para búsqueda de asociaciones significativas se aplicó la prueba de Chi cuadrada y para la búsqueda de diferencias significativas al comparar las medias de las



variables numéricas, T de student.

**7.10 Consideraciones Éticas:** El protocolo fue aprobado por el comité de Ética del HPIJNN en Julio del año 2013 con clave IT2/0812/Ta2013 (anexo 6); De acuerdo al artículo 21, capítulo 1, título segundo, de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

El proyecto forma parte de la investigación “ESPECTRO HACIA LA DELGADEZ EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ASOCIACION CON EL POLIMORFISMO VAL66MET EN NIÑOS Y ADOLESCENTES” el cual fue aprobado previamente por el comité de investigación. A todos las pacientes y a sus familiares de primer grado se les informó verbalmente de los procedimientos a realizar y se obtuvo su consentimiento informado por escrito para su participación en el estudio, resguardando su confidencialidad y contando con su aprobación para reportar los resultados. Además, se obtuvo el consentimiento de dos testigos, para garantizar el entendimiento y comprensión de los procedimientos a seguir para la realización del estudio. Los apartados que constituyen el consentimiento informado son: a) la justificación y objetivos de la investigación; b) los procedimientos o consignas a seguir durante la investigación; c) la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente y; d) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento para dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento médico. En relación a la confidencialidad, cada uno de los expedientes de los pacientes que acepten participar, se les asignó un código numérico, por lo que el nombre y datos generales estarán bajo el resguardo del investigador principal y no aparecerán en ninguno de los reportes que surjan de la investigación.

## VIII.- RESULTADOS

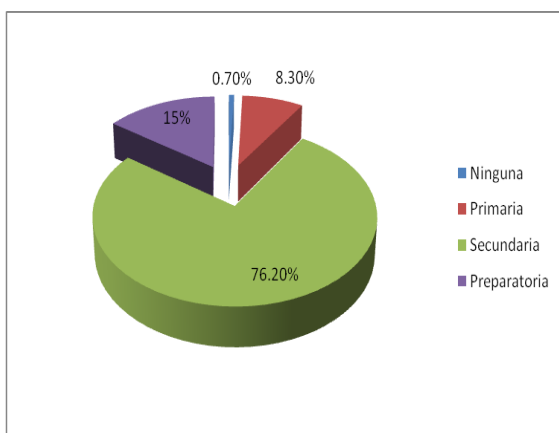
**8.1 Características Socio-demográficas:** En el estudio se incluyeron 147 pacientes de género femenino que solicitaron consulta por distintos motivos en el servicio de Admisión Continua del HPIJNN, en el periodo comprendido entre los meses de Agosto y Diciembre del 2013. La edad de las participantes tuvo una media de  $14.43 \pm 1.5$  años, Tabla 1.

**Tabla 1. Edad de las participantes**

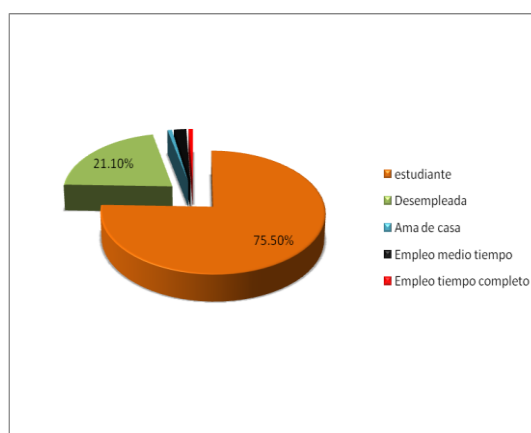
N=147	Rango	Media/ Desv. Típica	N	%
Edad	10-17	14.43±1.51	13 (10-12 años) 64 (13-14 años) 70 (15-17 años)	8.9 43.5 47.6

Del total de la muestra, 142 eran solteras (96.6%), 4 casadas (2.7%) y 1 estaba separada (0.7%). La mayoría reportó ser estudiante al momento de la valoración, con una frecuencia de 111 (75.5%), 31 pacientes (21.1%) no realizaban ninguna actividad, 3 (2%) refirieron tener un empleo de medio tiempo, 1 con empleo de tiempo completo (0.7%) y 1 se dedicaba al hogar (0.7%). En cuanto al número de años de escolaridad, éste fue de  $8.2 \pm 1.6$  años. Solo 1 participante (0.7%) reportó no haber acudido nunca a la escuela, 12 participantes con un nivel de escolaridad primaria (8.3%), 112 pacientes con nivel secundaria (76.2%) y 22 pacientes (15%) con preparatoria incompleta, Gráficas 1 y 2.

**Grafica 1. Escolaridad**



**Grafica 2. Ocupación**



En cuanto a los factores relacionados con la alteración en el patrón familiar de acuerdo con la CIE-10 se encontró disfunción familiar en 96 de las pacientes (65.3%) representada por los siguientes diagnósticos: Problemas relacionados con dificultades en el modo de vida, con el ambiente social, con hechos negativos en la niñez, con la crianza del niño, con el grupo primario de apoyo, con estilo de vida, historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento.

**8.2 Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR):** Para la calificación del CBCAR se tomó un punto de corte de 10. Del total de las examinadas, 39 (26.5%) calificaron por arriba del punto de corte para conductas alimentarias de riesgo. El análisis de los 3 factores de la escala; atracón/purga, medidas compensatorias y conductas restrictivas, arrojó los siguientes resultados: 66 pacientes (44.9%) del total de la muestra, reportaron conductas restrictivas, 44 (29.9%) conductas purgativas y 13 (8.8%) medidas compensatorias con el fin de no ganar peso. Una tercera parte de la muestra, correspondiente a 45 pacientes (30.6%) refirió estar preocupada por aumentar de peso, mientras que 74 (50.3%) se encontraban insatisfechas con su imagen corporal, Tabla 2.

**8.3 Cuestionario de Alimentación y Peso Revisado (QEWP-R):** Mediante la aplicación del Cuestionario de Alimentación y Peso Revisado para el diagnóstico de trastorno por atracón, Bulimia nerviosa Purgativa y no Purgativa, del total de la muestra solo 7 pacientes resultaron positivas para trastorno por atracón (4.8%), 3 (2%) cumplían con los criterios de acuerdo a la escala para diagnóstico de Bulimia Nerviosa Purgativa y ninguna paciente cumplió con los criterios para Bulimia Nerviosa No Purgativa. Tabla 2.

**Tabla 2. Frecuencias de Resultados de las escalas CBCAR Y QEWP-R.**

<b>Factores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Atracón/purga</i>		
• Si	44	29.9
• No	103	70.1
<i>Medidas Compensatorias:</i>		
• Si	13	8.8
• No	134	91.2
<i>Conductas Restrictivas:</i>		
• Si	66	44.9
• No	81	55.1
<i>Preocupación por Engordar</i>		
• Si	45	30.6
• no	102	69.4
QEWP-R. TPA		
• Si	7	4.8
• No	140	95.2
QEWP-R. Bulimia Purgativa		
• Si	3	2
• No	147	98
QEWP-R. Bulimia NoPurgativa		
• Si	0	0
• No	147	100

**8.4 Antecedentes Psiquiátricos:** En relación a las características clínicas generales, la edad de inicio del padecimiento psiquiátrico referido por las menores, estuvo en un rango entre 4 a 16 años, con una media de  $10.8 \pm 2.6$  años. Del total, 42 adolescentes (28.6%) reportaron nunca haber sido internadas en un hospital psiquiátrico, 81 (55.1%) habían sido hospitalizadas en una ocasión, 13 pacientes fueron hospitalizadas en 2 ocasiones (8.8%) y 11 (7.6%) reportaron haber estado hospitalizadas en más de 3 ocasiones, Tabla 3.

**Tabla 3. Características clínicas generales:**

Variable	Rango	Media/ Desv. Típica	N	%
Inicio de padecimiento	4-16	10.85±2.69		
Hospitalizaciones Psiquiátricas:	0-7	1.03±1.11		
• 0			42	28.6
• 1			81	55.1
• 2			13	8.8
• >3			11	7.6
Conductas autolesivas:	7-16 años	12.21±1.67	96	65.3
• Si			51	34.7
• no				
Antec. Intento Suicida:				
• Si			82	55.8
• no			65	44.2
Antec. Abuso Sexual:				
• Si			47	32
• No			100	68
Antec. Consumo Sustancias:				
• Si			58	38.9
• No			89	60.5

Al momento del estudio las pacientes fueron medidas y pesadas por personal del servicio de Admisión Continua obteniéndose la media de peso de  $58.6 \pm 15.7$  kg, talla de  $1.56 \pm 0.06$  mts y un Índice de Masa Corporal (IMC) de  $23.87 \pm 5.2$ .

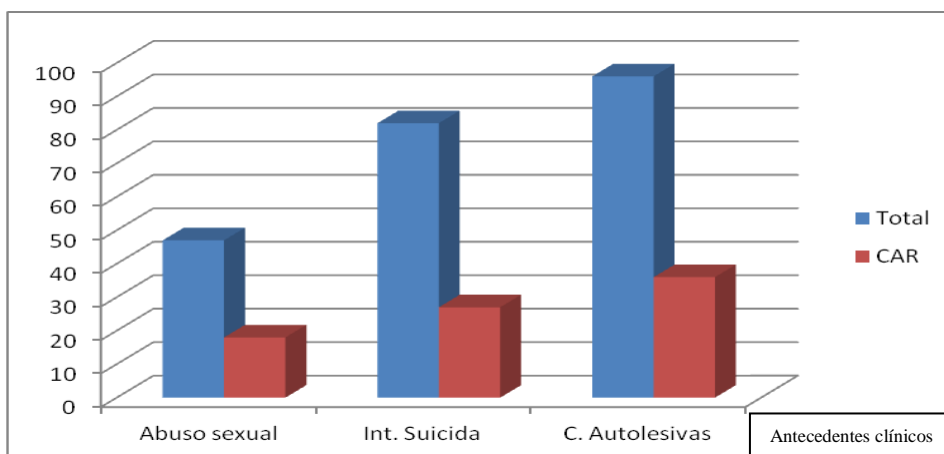
Tabla 4.

**Tabla 4. Peso y Talla de las participantes**

Variable	Rango	Media
Peso	26-160	58.6±15.7
Talla	1.24-1.74	1.56±.06
IMC	16-63	23.87±5.2

Además de las conductas alimentarias de riesgo, se detectaron otras conductas de riesgo asociadas con las CAR para la salud en la población de mujeres adolescentes encuestadas. Más de la mitad de las pacientes, correspondientes a 96 adolescentes (65.3%), con una media de 12.2 ±1.6 años, tenían antecedente de conductas auto-lesivas caracterizadas por cortes superficiales en extremidades y de éstas, una cuarta parte 36 participantes (24.4%) correspondían al grupo de conductas alimentarias de riesgo. El antecedente de intento suicida se encontró en más de la mitad de las pacientes, estando presente en 82 (55.8%) al momento del estudio, de las cuales 27 de ellas (36.6%) correspondían al grupo de pacientes con conductas alimentarias de riesgo. Llama la atención que en 47 participantes (32%), correspondientes a una tercera parte de la muestra se encontraba antecedente positivo de abuso sexual y 18 de ellas se encontraban en el grupo de conductas alimentarias de riesgo (12.2%), Gráfica 3.

**Gráfica 3. Antecedentes clínicos y Conductas Alimentarias de Riesgo que sobrepasaron punto de corte.**



El abuso de sustancias se encontró en una tercera parte de la muestra, donde 58 pacientes (39.5%) refirieron haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia. Dentro de las sustancias utilizadas, de acuerdo a su frecuencia, se encontró que 44 (29.9%) de las entrevistadas habían ingerido etanol, 37 (25.2%) de ellas, refirieron haber consumido tabaco, 35 (23.8%) de las participantes mencionaron haber consumido marihuana, 13 (8.8%) de las entrevistadas comentaron haber consumido cocaína, y 13 (8.8%) de las evaluadas mencionaron haber inhalado solventes.

En cuanto a los diagnósticos que conformaron el padecimiento actual como motivo de tratamiento psiquiátrico, para fines de obtención de frecuencias se agruparon de la siguiente manera; Trastorno por Déficit de Atención 17 pacientes (11.6%), trastornos de conducta 55 (37.4%), trastornos del espectro ansioso 24 pacientes (16.3%), trastornos depresivos 95 de las entrevistadas (64.6%), Trastorno bipolar 3 adolescentes (2%), trastornos psicóticos breves 6 (4.1%) y pacientes con patología del comportamiento de origen orgánico de acuerdo a la CIE-10 8 adolescentes (5.4%). Señalando que la mayoría de las pacientes presentaban trastornos comórbidos.

Al momento del presente estudio 102 (69.4%) de las pacientes se encontraban bajo prescripción de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS), 22 (15%) con benzodiazepinas, 26 (17.7%) con antipsicóticos típicos, 59 (40.1%) con antipsicóticos atípicos y 35 (23.8%) con anticonvulsivantes.

**8.5 Análisis Comparativo:** Para la búsqueda de relación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrada, donde se encontraron las siguientes asociaciones:

Las pacientes que presentaron conductas alimentarias de riesgo presentaron diferencias significativas en el grado de insatisfacción con imagen corporal ( $p=0.0001$ ) confiriéndole una mayor importancia al peso corporal ( $p=0.001$ ) en comparación con aquellas adolescentes que no tuvieron dichas conductas. Así mismo, se encontraron diferencias en la frecuencia con que se reportaron los siguientes antecedentes: Abuso sexual ( $p=0.044$ ), consumo de sustancias

( $p=0.002$ ), conductas autolesivas ( $p=0.0001$ ), uso de Cannabis previo al tratamiento psiquiátrico ( $p=0.01$ ), consumo de Tabaco previo y actual ( $p=0.0001$ ), consumo actual de alcohol ( $p=0.0001$ ), consumo de solventes previo a tratamiento psiquiátrico ( $p=0.04$ ) y consumo de Tabaco actual ( $p=0.0001$ ). Mientras que las pacientes con un diagnóstico claramente establecido de trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia y TANEs), no mostraron dichas conductas autodestructivas, observándose únicamente las alteraciones de la imagen corporal con insatisfacción corporal ( $p=0.01$ ) y en la importancia de peso ( $p=0.006$ ).

Las pacientes con conductas alimentarias de riesgo presentaron una mayor frecuencia de atracones ( $p=0.0001$ ), conductas compulsivas ( $p=0.0001$ ), vómito autoinducido ( $p=0.0001$ ), uso de laxantes ( $p=0.0001$ ), ayunos ( $p=0.0001$ ), ejercicio excesivo ( $p=0.0001$ ) y malestar ante los atracones ( $p=0.0001$ ).

El antecedente de abuso sexual también se encontró asociado con la presencia de conductas autolesivas ( $p=0.02$ ), que a su vez se encontraron asociadas con la presencia de atracones ( $p=0.009$ ), conductas compensatorias compulsivas ( $p=0.017$ ) y la insatisfacción corporal ( $p=0.003$ ), Tabla 5.

En cuanto a los diagnósticos que ameritaron la evaluación y manejo en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, al agruparlos por categorías de eje 1 no se encontró asociación significativa entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con trastornos de conducta ( $p=0.32$ ), trastornos por ansiedad ( $p=0.8$ ), trastornos depresivos ( $p=0.07$ ), trastorno Bipolar ( $0.79$ ) o trastornos psicóticos ( $p=0.34$ ). Aunque la restricción alimentaria como factor aislado fue mayor en el grupo de pacientes deprimidas que en aquellas que no contaban con un diagnóstico de dicho espectro ( $p=0.036$ ), así como la insatisfacción de la imagen corporal ( $p=0.006$ ).

Los intentos de suicidio también mostraron mayor frecuencia en el grupo de adolescentes deprimidas ( $p=0.028$ ), así como las conductas autolesivas ( $p=0.001$ ).

El consumo de sustancias por si solo, mostró significancia con psicopatología específica, reportándose una asociación entre el consumo de alcohol y los



trastornos por ansiedad ( $p=0.01$ ), ansiedad y consumo de cannabis ( $p=0.03$ ), y uso de nicotina y trastornos de conducta ( $p=0.04$ ).

Para la búsqueda de diferencias entre variables numéricas, se utilizó la prueba T de student para comparación de medias con respecto a la presencia de conductas alimentarias de riesgo, encontrando los siguientes resultados que mostraron significancia: la media de Índice de Masa Corporal, que fue mayor en las adolescentes con CAR por arriba del punto de corte establecido ( $p=0.012$ ) y con una media de edad de inicio del padecimiento más temprana que ameritó consulta psiquiátrica ( $p=0.018$ ).

**Tabla 5. Conductas Individuales comparadas con punto de corte de CAR.**

<b>Variables</b>	<b>Valores</b>	<b>Significancia. <math>P&lt;0.05</math></b>
<b>Insatisfacción Corporal</b>	9.03	0.003
<b>Uso de Laxantes</b>	7.6	0.007
<b>Atracones</b>	6.8	0.009
<b>Vómitos</b>	10.1	0.001
<b>Compulsión</b>	5.9	0.017
<b>Ayunos</b>	6.5	0.01
<b>Ejercicio Excesivo</b>	6.4	0.016
<b>Importancia del Peso</b>	6.08	0.02
<b>Malestar</b>	8.8	0.003

## IX DISCUSION

El presente estudio nos ha brindado muchos datos interesantes para discutir. El primero que tomaremos en cuenta es la presencia tan importante de disfunción familiar codificada de acuerdo a la CIE-10; descubrimos que el patrón familiar era disfuncional en más de la mitad de las participantes (65.3%), múltiples autores señalan que dicho antecedente es un factor importante de riesgo para psicopatología general. Así mismo, Benjet en el 2012 señala que las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen un mayor número de adversidades vividas y el tipo de adversidades vividas más frecuentes son el maltrato físico, el abuso sexual y la violencia intrafamiliar, los cuales han sido reportados como factores de riesgo para presencia de conductas alimentarias de riesgo. Por otro lado Villatoro en el 2011 narra que el desarrollo de habilidades sociales y los estilos de parentalidad positiva, son factores que protegen en forma importante para diferentes tipos de psicopatología. Otro estudio en niños obesos, evaluó el nivel de funcionamiento familiar, demostrando que según la puntuación de dinámica familiar existe 63% de mayor riesgo para obesidad en familias disfuncionales. Se ha descrito que niños que conviven en ambientes familiares desfavorables donde existe maltrato o relaciones problemáticas entre los hijos y los padres, generan alteraciones o francos trastornos de conducta alimentaria que pueden culminar en obesidad<sup>50</sup>. Siguiendo con éste punto, más de la mitad de la población estudiada, se encuentra en riesgo de tener o desarrollar conductas alimentarias de riesgo debido al inadecuado soporte familiar. Un estudio previo realizado en el mismo lugar donde llevamos a cabo nuestra investigación, señala que el nivel de gravedad de la patología alimentaria era proporcional al nivel de disfunción familiar, principalmente en los apartados de sintomatología bulímica y baja autoestima,<sup>4</sup>. Partiendo de los puntos antes abordados, en donde se refiere que la disfunción familiar es un antecedente de riesgo, tanto de presencia como de gravedad sintomática de CAR, ésta es una variable que se debe tomar en cuenta para poder determinar qué grupo de síntomas podrían mejorar inicialmente con una intervención familiar encaminada a tratar un trastorno alimentario.

Analizando uno de nuestros objetivos principales, el cual fue describir la presencia de conductas alimentarias de riesgo, encontramos que del total de las examinadas, poco más de una cuarta parte de la muestra (26.5%) calificaron por arriba del punto de corte para conductas alimentarias de riesgo. Haciendo la comparación con los estudios de población general, donde los resultados fueron de un (10.3%) de dichas conductas, notamos que existe un incremento del doble de CAR en población psiquiátrica <sup>36</sup>.

Hasta el momento, no se ha realizado un estudio similar al presente en población psiquiátrica adolescente, por lo que consideramos que estos datos son de suma importancia, ya que ponen en evidencia la presencia de sintomatología subclínica, misma que la mayor parte de las ocasiones pasa desapercibida y como hemos descrito, es un factor de riesgo para Trastornos de la Conducta Alimentaria francos.

Posterior a describir la presencia de CAR, encontramos otro dato interesante. Una tercera parte de la muestra (30.6%) reportó sentirse preocupada por aumentar de peso y la mitad de las entrevistadas (50.3%), refirió estar insatisfecha con su imagen corporal. Las pacientes que presentaron conductas alimentarias de riesgo presentaron diferencias significativas en el grado de insatisfacción con imagen corporal ( $p=0.0001$ ) confiriéndole una mayor importancia al peso corporal ( $p=0.001$ ) en comparación con aquellas adolescentes que no tuvieron dichas conductas. Estos datos tienen que ser analizados cuidadosamente, en primer lugar porque estudios de seguimiento han referido que las adolescentes que tenían la intención de estar más delgadas (insatisfechas con su imagen corporal) eran cuatro veces más propensas a desarrollar actitudes alimentarias negativas en comparación con sus compañeras que no tenían ese deseo <sup>46</sup>. Otros autores señalaron que una baja satisfacción corporal en las adolescentes, es un fuerte factor de motivación para la realización de dieta, así como de riesgo para realizar conductas alimentarias no saludables de control del peso, que a su vez, pueden dar lugar a episodios de ingesta compulsiva de alimentos y ganancia de peso, con el consecuente sentimiento de fracaso por no alcanzar la reducción ponderal, repercutiendo en su autoestima y perpetuando o agravando éste tipo de conductas

<sup>48, 47</sup>. La insatisfacción de la imagen corporal, es la variable común que tienen todos los trastornos de la conducta alimentaria, recordando que poco más de la mitad de nuestras examinadas cuenta con éste antecedente y además de un pobre soporte familiar, nuestras participantes se encuentran con un mayor riesgo de desarrollar un Trastorno de la conducta alimentaria franco.

Analizando los tres factores que ofrece la escala CBCAR, el factor purga tiene una presencia de 8% en la población general, comparado con el 29.9% de nuestras entrevistadas, datos que nos muestran un incremento importante de esa conducta comparado con el resto de la población. El uso de métodos restrictivos, se reportó en un 14.7% en población general y nuestros resultados nos indican que poco menos de la mitad de las entrevistadas (44.9%) realizan métodos restrictivos con el fin de no ganar peso. La conducta restrictiva ha sido descrita como uno de los factores de riesgo de mayor importancia que precede el desarrollo de los Trastornos de la conducta alimentaria. De acuerdo con algunos autores, el riesgo relativo de convertirse en casos clínicos es ocho veces mayor que el de las no restrictivas, <sup>31</sup>. Por éstos argumentos, casi la mitad de nuestras entrevistadas se encuentran en riesgo de desarrollar un TCA, debido a que realizan de manera repetitiva conductas restrictivas con el fin de perder peso o de no ganar peso, aunque no tengan una puntuación de riesgo global en la escala.

El único dato que permaneció casi constante fue el porcentaje de las participantes con preocupación por engordar; en este punto no se reporta diferencia importante entre grupos de adolescentes sin patología psiquiátrica (29.8%) y nuestro grupo de estudio (30.6%). Lo cual nos hace pensar que dicho dato es independiente de la presencia de psicopatología y más dependiente del entorno social, lo cual explicaremos a continuación <sup>6</sup>.

En países de primer mundo, el seguimiento de dietas restrictivas ha alcanzado el nivel de prácticas normativas. Así, el realizar dietas con propósitos de control de peso se ha convertido en un fenómeno promovido, aceptado y reforzado por la sociedad. La Insatisfacción Corporal conduce a CAR como medio para alcanzar el ideal de delgadez promovido socialmente <sup>10</sup>. Cada vez más gente se involucra en el inicio de estas prácticas, pasando por alto los riesgos para la salud a los que se

exponen. En países en desarrollo, como en el caso de México, el seguimiento de dichas prácticas es cada vez más popular, y se observa que los patrones alimentarios restrictivos también se han convertido en una conducta “normal” ampliamente aceptada <sup>31</sup>. Otro punto importante por discutir son los programas sociales que se han implementado por el problema de obesidad que sufre nuestra población, en particular la población de menores de edad. Algunos estudios han expresado preocupación sobre las consecuencias que tienen las diferentes intervenciones sociales, sobre todo en población vulnerable como lo son los niños y adolescentes; así como las consecuencias que dichos programas tienen, en el desarrollo de la autoestima al no encontrarse los adolescentes dentro de la norma médica establecida <sup>32</sup>.

En cuanto al consumo de sustancias, encontramos que poco más de la tercera parte de la muestra (39.5%) refirieron haber consumido cualquier tipo de sustancias en algún momento de su vida. Dato que es superior al reportado en población general adolescente, donde se dice que el consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, es de 20.5%. Datos que son esperados considerando que la población examinada, es una muestra de sujetos con alguna patología psiquiátrica y disfunción familiar, razón por la cual se encuentran en riesgo para uso y abuso de sustancias <sup>33,35</sup>. Dentro de las sustancias consumidas, de acuerdo a su frecuencia de uso, los resultados del presente estudio señalan que el etanol era la sustancia mayormente utilizada (29.9%), seguida por el tabaco (25.2%), posteriormente se encontró en la lista el uso de la marihuana (23.8%) la cocaína y los solventes tenían la misma frecuencia de uso (8.8%), lo cual no es similar a la población general, donde los solventes tienen una frecuencia de uso mucho más elevada que la cocaína <sup>33</sup>. El consumo de sustancias per se, si mostró significancia con psicopatología específica, reportándose una asociación significativa entre el consumo de alcohol y los trastornos por ansiedad ( $p=0.01$ ), ansiedad y consumo de cannabis ( $p=0.03$ ), uso de nicotina y trastornos de conducta ( $p=0.04$ ). Sustancias como la cafeína, el tabaco, estimulantes o medicamentos de venta libre (laxantes, diuréticos) pueden ser utilizados para ayudar a la pérdida de peso y / o proporcionar energía. El uso de otro tipo de

sustancias psicoactivas como el alcohol, son utilizados con frecuencia por éste tipo de pacientes para regulación emocional o como parte de un patrón de comportamiento impulsivo <sup>49</sup>. Bisseto en el 2012 señala que las adolescentes con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, también tienen riesgo de consumo de sustancias secundario a los efectos ansiolíticos o estimulantes con el fin de suprimir o mitigar las sensaciones presentes por la ausencia de alimentos <sup>35</sup>.

Siguiendo con los objetivos de la presente investigación, no se encontró asociación de las conductas alimentarias de riesgo con trastornos depresivos, ansiosos, de conducta o psicóticos, lo que orientaría a pensar que las conductas de riesgo podrían relacionarse más que con patología de eje 1, con problemática de eje 2, que en el presente estudio no fue delimitada por las características de las examinadas.

Cabe señalar que la restricción alimentaria como factor aislado fue mayor en el grupo de pacientes deprimidas que en aquellas que no contaban con un diagnóstico de dicho espectro ( $p=0.036$ ), así como la insatisfacción de la imagen corporal ( $p=0.006$ ). Lo cual tiene que ser mejor documentado ya que una característica de los trastornos afectivos es que la mayoría cursan con hiporexia e ideas de minusvalía que pudieron ser confundidas por las pacientes.

En un estudio clínico de adolescentes, 90% de los examinados tenían trastornos psiquiátricos comórbidos. Datos similares se obtuvieron de nuestra muestra, en donde casi el 100% del total de las examinadas tenían más de un diagnóstico psiquiátrico, incluyendo los casos de disfunción familiar. Benjet en el 2004 argumentó que los padecimientos psiquiátricos, (en especial refiriéndose a los trastornos depresivos) de inicio en la infancia, tienen mayor posibilidad de complicarse o estar comorbidos con otro tipo de padecimientos. Algunos autores han referido que los pacientes depresivos desde la infancia o adolescencia tienen mayores repercusiones en la vida adulta, argumentando que desarrollan menos habilidades sociales y por consiguiente tienen menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico <sup>40</sup>. De este modo,

otros autores refieren que el déficit de habilidades sociales, constituye un factor de riesgo para conductas alimentarias de tipo restrictivo <sup>31</sup>.

La depresión y el afecto negativo deben ser considerados como una influencia negativa sobre el peso y aumentan el riesgo de insatisfacción corporal y de preocupaciones sobre la alimentación y se asocian con altos niveles de percepción de las influencias socioculturales, influyendo negativamente en la salud mental de las adolescentes <sup>47</sup>.

De todas las pacientes incluidas en el estudio, más de la mitad refirieron tener el antecedente de conductas autolesivas con fines ansiolíticos (65.3%), y de todas las que tenían ese antecedente, una cuarta parte tuvo Conductas Alimentarias de Riesgo (24.4%). Existe la posibilidad de un sesgo en los datos obtenidos en el presente estudio, debido a que las pacientes se obtuvieron de un servicio de urgencias psiquiátricas. Según los datos registrados en una población general de adolescentes en Australia, la frecuencia de conducta autolesiva es del 8%, la cual va disminuyendo conforme va incrementándose la edad. El siguiente punto de interés, es que una cuarta parte de las pacientes que refirieron tener el antecedente de conductas autolesivas se encontraban además en el grupo de pacientes con conductas alimentarias de riesgo. Múltiples investigaciones han descrito esta importante comorbilidad de síntomas, un estudio realizado a 134 mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, describió que el 44% de ellas realizaban conductas autolesivas. Otro estudio realizado en familias con trastornos de la conducta alimentaria, comparó la dinámica familiar entre las que se autolesionaban y las que no, encontrando que el grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que se lesionaban eran familias mucho más desorganizadas, poco unidas y conflictivas comparado con el grupo que no se autolesionaba <sup>51, 52</sup>.

Los resultados del presente estudio señalan que la mitad de las participantes (55.8%) tuvieron el antecedente de intento suicida en algún momento de su vida, lo cual tiene importante relevancia ya que en México, se ha presentado un incremento significativo de dicha conducta entre 1990 y 2000. En este contexto de incremento de la mortalidad por suicidio, cobra especial relevancia el estudio de

las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio, (34). Benjet (2012) refirió que la ideación suicida se presenta en casi una tercera parte de quienes sufren de anorexia, hasta 40% de los que presentan bulimia, en comparación con 11% de aquellos sin trastornos alimentarios. El intento de suicidio es más elevado en aquellos con bulimia (16.8%) y el trastorno por atracón (20.2%) comparado con los que no presentan un trastorno alimentario (3.0%)<sup>11</sup>.

En el presente estudio, encontramos que una tercera parte de las pacientes con el antecedente de intento suicida, tenían conductas alimentarias de riesgo, como se señaló anteriormente, existe un riesgo elevado de conducta suicida en personas con anorexia, bulimia y trastorno por atracón, así mismo señalan que la presencia de conductas alimentarias riesgosas ponen en riesgo dos veces más de realizar un intento de suicidio<sup>11</sup>.

En nuestro estudio se encontró que la media total de peso de las participantes fue  $58.6 \pm 15.7$  kg, talla de  $1.56 \pm 0.06$  mts y un IMC de  $23.87 \pm 5.2$ . La media de IMC, fue mayor en las adolescentes con CAR por arriba del punto de corte establecido ( $p=0.012$ ). Esto nos indica que a pesar de estar realizando medidas compensatorias con el fin de perder o no ganar peso, no las hacen tener un peso menor comparado con las participantes que no tuvieron conductas alimentarias de riesgo. Según estudios previos, el tener un mayor IMC favorece la presencia de CAR. Molina en el 2010, realizó un estudio descriptivo en estudiantes universitarios y refiere que los sujetos con sobrepeso (83.5%) y obesidad (89.4%) fueron los más insatisfechos con su imagen corporal, en el sentido de querer estar más delgados,<sup>42</sup>. Y si recordamos que, el antecedente de insatisfacción de la imagen corporal, es el principal factor de motivación para realizar CAR, nuestras pacientes son catalogados como sujetos de alto riesgo, secundario a la suma de factores predisponentes y la ausencia en mas de la mitad de la muestra del factor protector familiar. Por otro lado, también cabe la posibilidad de que secundario a este tipo de conductas, se presenten episodios de sobre ingesta calórica, que fomente la ganancia de peso, lo que perpetúa dicha conducta.

Nuestros resultados indican que una tercera parte de la muestra obtenida tenía el



antecedente de abuso sexual (32%), datos superiores a los conseguidos en investigaciones nacionales, donde dicho antecedente se encuentra entre 4 y 7%. Debido a la naturaleza de la población estudiada, es frecuente que el abuso sexual sea motivo de consulta o un agravante del padecimiento actual, razón por la cual éstos resultados son esperados. Posteriormente se investigó cuantas participantes con el antecedente de abuso sexual tenían Conductas Alimentarias de Riesgo, y descubrimos que una cuarta parte de todas ellas tenían conductas alimentarias de riesgo por encima del punto de corte (26.4%). Datos similares a los encontrados por Unikel en el 2011 en población adolescente de nivel medio superior; ellos reportan que las adolescentes con antecedente de abuso sexual tuvieron mayor presencia de CAR (28%) al compararlas con las adolescentes que no tuvieron el antecedente de abuso sexual (14.4%). Dichos datos nos indican, que el antecedente de abuso sexual por si solo, confiere un riesgo para presentar conductas alimentarias de riesgo, ya que los resultados son similares en poblaciones con y sin patología psiquiátrica <sup>37</sup>. Posteriormente analizamos la relación entre el antecedente de abuso sexual con la presencia de conductas autolesivas y encontramos una asociación entre ambas de ( $p=0.02$ ). El abuso sexual, es un antecedente que se encuentra con mucha frecuencia en trastornos de personalidad limítrofe, motivo por el cual ha sido considerado uno de los factores etiológicos. La conducta autolesiva, se encuentra como parte de los criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad, y se encuentra en más del 80% de las diagnosticadas, motivo por el cual tal asociación es esperada <sup>54</sup>. Y a su vez, las conductas autolesivas se encontraron asociadas con la presencia de atracones ( $p=0.009$ ), conductas compensatorias compulsivas ( $p=0.017$ ) y la insatisfacción corporal ( $p=0.003$ ).

El presente estudio, encontró diferencias estadísticamente significativas, en la frecuencia de algunos antecedentes clínicos en el grupo de pacientes con Conductas alimentarias de riesgo como : Abuso sexual, consumo de sustancias, conductas autolesivas, uso de Cannabis previo al tratamiento psiquiátrico, consumo de tabaco previo a tratamiento psiquiátrico y uso actual, consumo actual de alcohol, consumo de solventes previo a tratamiento psiquiátrico y consumo de

tabaco actual. Esto orienta a que las pacientes que presentaban conductas alimentarias de riesgo, presentan asociación con otras conductas nocivas para la salud, con tendencia a la auto-agresión franca o simbólica en diversas manifestaciones.

Motz en el 2001 nos menciona que para las mujeres el cuerpo es el medio más poderoso de comunicación y puede también ser el vehículo de su propia violencia. Los ataques de las mujeres hacia sus propios cuerpos incluyen los diagnósticos de anorexia, bulimia y automutilación <sup>41</sup>.

## **X CONCLUSIONES:**

1. La presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo se encuentra presente en más de una cuarta parte de la muestra (26.5%), dato superior al reportado en población general (10.3%).
2. No se encontró asociación significativa por categorías de eje 1 con la presencia de conductas alimentarias de riesgo.
3. Los métodos purgativos son utilizados en el 29.9% de nuestras entrevistadas comparado con el 8% de la población general.
4. Poco menos de la mitad de las entrevistadas (44.9%), realiza métodos restrictivos con el fin de no ganar peso, comparado con el 14.7% en población general.
5. El 65.3% refirió tener el antecedente de conductas autolesivas y de todas las que tenían ese antecedente, una cuarta parte tuvo Conductas Alimentarias de Riesgo (24.4%).
6. Se encontraron diferencias significativas en los siguientes antecedentes, comparando los grupos con y sin presencia de conductas alimentarias de riesgo: Abuso sexual, consumo de sustancias, conductas autolesivas, uso de cannabis previo al tratamiento psiquiátrico, consumo de tabaco previo y actual, consumo actual de alcohol, consumo de solventes previo a tratamiento psiquiátrico y consumo de tabaco actual.

## **XI LIMITACIONES:**

El diseño de estudio de tipo transversal no permitió la elaboración de inferencias con respecto a la causalidad de las variables estudiadas. El uso de cuestionarios de autoreporte influye en la veracidad de la información recopilada. La valoración del antecedente de abuso sexual, se realizó de manera superficial mediante preguntas clave, el cual es un acercamiento muy limitado dada la complejidad de dicho fenómeno. No se pudo aportar información sobre esta problemática en los varones que permitiera hacer un análisis relacionado con el género, lo cual es una limitación del presente trabajo y queda como una línea de investigación para ser estudiada en el futuro.

## **XII PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO:**

Proponemos que se tiene que investigar y documentar de manera rutinaria la presencia de CAR en todas las adolescentes mujeres, para así poder implementar estrategias de prevención y tratamiento.

### Anexo 1

# **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## **Estudio descriptivo y exploratorio de conductas alimentarias de riesgo en población psiquiátrica adolescente del HPIJNN.**

### **Propósito:**

Los estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro; este estudio requiere de su consentimiento voluntario como familiar responsable o tutor, así como la libre participación del paciente. En este estudio se aplicarán entrevistas clínicas y escalas para detectar la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, si su familiar presenta o presentó algún Trastorno de la Conducta Alimentaria de tipo anorexia o bulimia se le solicitará una muestra de sangre para saber si este padecimiento tiene asociación genética. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

### **Objetivo del Estudio**

El objetivo es conocer por medio de entrevistas y escalas, la presencia de conductas alimentarias de riesgo en nuestra población psiquiátrica adolescente. Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad de información.

### **Procedimientos y duración del estudio**

Para el diagnóstico y evaluación de los participantes, se realizarán entrevistas médicas psiquiátricas breves y se otorgará una escala que su hijo deberá contestar para valorar presencia de conductas alimentarias de riesgo.

Los pacientes que obtengan resultados de riesgo en esta escala, se les otorgarán escalas de confirmación para verificar la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria y se le solicitará una muestra de sangre.

La evaluación no tendrá costo alguno y no interferirá con la dinámica hospitalaria ni con sus médicos tratantes.

1. Se le hará una entrevista (de 30 a 60 minutos) durante la cual se le realizarán preguntas acerca de los problemas médicos y de salud mental. También obtendremos información demográfica que incluye su edad, estado civil y los años de escolaridad. Esta información personal de salud, será protegida mediante carpetas adecuadamente archivadas. Si decide participar en esta investigación, estará dando permiso o consintiendo que los investigadores y el personal de la investigación (las personas a cargo de realizar la investigación) recolecten y utilicen su información personal de salud.
2. En caso de que su familiar cuente con el diagnóstico de Anorexia nerviosa o Bulimia nerviosa, se le pedirá que done una muestra de sangre de aproximadamente 5 ml, que puede ser obtenida por punción en el brazo, y ésta será tomada por personal técnico entrenado en el procedimiento. El equipo que se utilizará para la toma de muestras vendrá empacado, cerrado y cumplirá con las normas sanitarias requeridas. La muestra de sangre será utilizada para extraer el ADN para un análisis genético.

## **Riesgos y Molestias:**

La extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción, es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en el brazo. La sangre será extraída por personal técnico calificado.

Deseamos asegurarle que las entrevistas serán realizadas de manera privada y que la información que nos brinde no será compartida con otros miembros de su familia. Las entrevistas serán realizadas por médicos psiquiatras con entrenamiento en salud mental infantil, los cuales protegerán la confidencialidad y prevendrán cualquier molestia o desagrado.

## **Ventajas Posibles hacia su Familiar**

1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio, permitirán conocer la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo, así como su detección temprana, realizando medidas de prevención y tratamiento en el caso de que su familiar las presente.

2.- Usted como familiar encargado, podrá discutir con el médico evaluador sobre los hallazgos de las entrevistas.

## **Confidencialidad**

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

## **Disposiciones Generales:**

En caso de confirmarse el diagnóstico de anorexia, trastorno por atracón o bulimia nerviosa (DSM-V), se le invitará a participar en un estudio genético para valorar la presencia de polimorfismos del gen VAL66MET como posible factor de riesgo en este tipo de trastornos. La participación en este estudio es totalmente voluntaria pudiendo negarse a este último **y participando sin mayor problema en todas las valoraciones psiquiátricas antes descritas.**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el investigador principal Dr. Humberto Nicolini, Tel. 53501900 ext. 1196 o 1197 o con la Médica Residente del HPIJNN Izabelen Garza al teléfono 5559954056.

## **Beneficios:**

Se corroborará clínicamente el diagnóstico de su familiar brindándose amplia información acerca de los resultados que se obtengan al momento de finalizar la entrevista y se reportará en el expediente para que su médico tratante lo sepa.

## **Derecho a Retirarse Del Estudio:**

La participación en este estudio es voluntaria. Si decide participar en el estudio, estará autorizando el uso y divulgación de la información recolectada (no los datos personales que puedan identificarlo a usted o a su hijo).

Puede cancelar de manera verbal su participación en cualquier momento de la evaluación, si cancela su autorización, se dará por finalizado el estudio y el personal del proyecto dejará de recolectar información médica acerca de usted y destruirá las muestras de sangre y la información que se haya recabado hasta ese momento.

### **En Caso de Lesión:**

Como se mencionó anteriormente, la extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en el brazo. Si resultará lesionado como parte del procedimiento de investigación enlistado en el párrafo "PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO", se te proporcionará tratamiento en este centro sin costo alguno.

### **Su Participación es Voluntaria:**

No tiene obligación de participar en este estudio si no lo desea. En el caso de que no quiera participar en este estudio, no perderá ningún beneficio ni acceso a tratamientos hospitalarios.

### **Contactos:**

Si tiene alguna pregunta ahora, por favor hágala con confianza. Si tuviera preguntas adicionales después o deseará reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este estudio, la Dra Izabelen Garza Gutiérrez puede ser localizada las 24 hrs al mandar un mensaje de texto, deje su nombre y teléfono para que ella se comunique con usted al número 55 59954056.

El Comité de ética quien supervisa las investigaciones en sujetos humanos contestará cualquier pregunta acerca de tus derechos como sujeto de investigación y que todo se encuentre en norma.

Le daremos una copia firmada de este formulario para que la conserve.

### **FIRME ESTA FORMA SÓLO SI TODO LO SIGUIENTE ES VERDADERO:**

- HA DECIDIDO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACION.
- AUTORIZA LA RECOLECCIÓN, USOS Y REVELACIÓN DE TU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD, TAL COMO SE DESCRIBE EN ESTA FORMA.
- HA LEIDO LA INFORMACIÓN MENCIONADA EN ESTE FORMULARIO.
- TU PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE Y CREEES HABER ENTENDIDO TODA LA INFORMACIÓN QUE SE TE DIÓ ACERCA DEL ESTUDIO Y ACERCA DE LOS USOS DE TU INFORMACIÓN PRIVADA.

\*Nombre del **Participante**: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del **Testigo 1**: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

Nombre del **Testigo 2**: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

Nombre del **Investigador**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (o personal asignado por el Investigador Principal)

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## HOJA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

### Estudio Descriptivo y Exploratorio de Conductas alimentarias de riesgo en población psiquiátrica adolescente del HPIJNN.

**Propósito:** Se te ha solicitado participar en un proyecto de investigación para determinar la existencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en población psiquiátrica adolescente, ya que existen ocasiones que la extrema delgadez u obesidad es causante de enfermedad y a esto se le llama Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estas enfermedades, donde se desea no querer subir de peso ocasiona que las personas ya no quieran ingerir alimentos de manera adecuada y en otros casos sucede que las personas comen en exceso y se sienten muy culpables después de ingerirlos.

#### **Procedimientos y Duración:**

Este es el único centro médico participante en el estudio. Los procedimientos mencionados a continuación, se realizarán únicamente con propósitos de investigación. Si aceptas participar, se te pedirá que completes los siguientes procedimientos de la investigación en una sola visita:

##### **VISITA 1:**

- a. Se te hará una entrevista (de 30 a 60 minutos) durante la cual se te harán preguntas acerca de tus problemas médicos y de salud mental y sobre problemas de salud en los miembros de tu familia. También obtendremos información demográfica que incluye tu edad, estado civil y los años de escolaridad. Esta información es tu información personal de salud, también llamada “información protegida de salud (IPS)”. Si decides participar en esta investigación, estarás permitiendo a los investigadores y al personal de la investigación (las personas a cargo de realizar la investigación) para que recolecten y utilicen tu información personal de salud.
- b. En caso de que cuentes con el diagnóstico de Anorexia nerviosa o Bulimia nerviosa te pediremos que dones una muestra de sangre de aproximadamente 5 ml, que puede ser tomada por punción en el brazo, esta será tomada por personal técnico entrenado en el procedimiento. El equipo que se utilizará para la toma de muestras vendrá empacado, cerrado y cumplirá con las normas sanitarias requeridas. La muestra de sangre será utilizada para extraer el ADN para un análisis genético.

#### **Riesgos y Molestias:**

La extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción, es decir un pinchazo y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en el brazo. La sangre será extraída por personal técnico calificado.

Deseamos asegurarte que las entrevistas serán realizadas de manera privada y que la información que nos brindes no será compartida con otros miembros de su familia. Las entrevistas serán realizadas por médicos psiquiatras con entrenamiento en salud mental infantil, los cuales están preparados para proteger la confidencialidad y prevenir cualquier molestia o desagrado.

#### **Beneficios:**

Se corroborará clínicamente tu diagnóstico brindándote amplia información acerca de los resultados que se obtengan al momento de finalizar la entrevista y se reportará en el expediente para que tu médico tratante lo sepa



### **Derecho a Retirarte del Estudio:**

La participación en este estudio es voluntaria. Si decides participar en el estudio, estarás autorizando el uso y divulgación de la información recolectada (no los datos personales que puedan identificarte).

Puedes cancelar de manera verbal tu participación en cualquier momento de la evaluación y si decides dejar de participar, en ese momento se finalizará la valoración y el personal del proyecto dejará de recolectar información médica acerca de ti y destruirá las muestras de sangre y toda la información que se haya recabado hasta ese momento.

### **En Caso de Lesión:**

Como se mencionó anteriormente, la extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en el brazo. Si resultaras lesionado como resultado de los procedimientos de investigación enlistado en el párrafo “PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO”, se te proporcionará tratamiento en este centro sin costo alguno.

### **Confidencialidad:**

Tu identidad y cualquier otra información que nosotros obtengamos acerca de ti, se mantendrán en carpetas adecuadamente archivadas. Esta información no se le dará a nadie más. Tu identidad se mantendrá confidencial en las publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto.

### **Tu Participación es Voluntaria:**

No tienes obligación de participar en este estudio si no lo deseas. En el caso de que no quieras participar en este estudio, no perderás ningún beneficio ni acceso a tratamientos.

### **Contactos:**

Si tienes alguna pregunta ahora, por favor hazla con confianza. Si tuvieras preguntas adicionales después o desearas reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este estudio, la Dra Izabelen Garza Gutiérrez puede ser localizada las 24 hrs al mandar un mensaje de texto deja tu nombre y teléfono para que ella se comuniquen contigo al 55 59954056.

El Comité de ética quien supervisa las investigaciones en sujetos humanos contestará cualquier pregunta acerca de tus derechos como sujeto de investigación y que todo se encuentre en norma.

Te daremos una copia firmada de este formulario para que la conserves.

### **FIRMA ESTA FORMA SÓLO SI TODO LO SIGUIENTE ES VERDADERO:**

- HAS DECIDIDO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACION.
- AUTORIZAS LA RECOLECCIÓN, USOS Y REVELACIÓN DE TU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD, TAL COMO SE DESCRIBE EN ESTA FORMA.
- HAS LEIDO LA INFORMACIÓN MENCIONADA EN ESTE FORMULARIO.
- TUS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE Y CREES HABER ENTENDIDO TODA LA INFORMACIÓN QUE SE TE DIÓ ACERCA DEL ESTUDIO Y ACERCA DE LOS USOS DE TU INFORMACIÓN PRIVADA.

\*Nombre del **Participante menor de edad:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

Nombre del **Representante Legal del menor (padre, madre o tutor):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

Nombre del **Testigo 1:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*

Nombre del **Testigo 2:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del **Investigador:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (o personal asignado por el Investigador Principal)

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

# Estudio Descriptivo y Exploratorio de Conductas alimentarias de riesgo en población psiquiátrica adolescente del HPIJNN.

## Datos Sociodemográficos

Número de Folio: \_\_\_\_\_

1.- Nombre (sujeto índice): \_\_\_\_\_

2.- Edad al momento del estudio: \_\_\_\_\_

3.- Estado Civil:

( 1 ) Soltero

( 2 ) Casado / Unión Libre

( 3 ) Divorciado / Separado

( 4 ) viudo

4.- Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5.- Escolaridad (en años): \_\_\_\_\_

6.- Teléfono:

7.- Ocupación:

( 1 ) Desempleado

( 2 ) Hogar

( 3 ) Estudiante

( 4 ) Empleo medio tiempo / Subempleo

( 5 ) Empleo tiempo completo

8.- Edad de inicio de primer padecimiento psiquiátrico: \_\_\_\_\_

9.- Numero de Hospitalizaciones psiquiátricas: \_\_\_\_\_

10.- Conductas autolesivas: no (0) si (1). En caso de si, edad de inicio. \_\_\_\_

11.- Antecedente de intento suicida: (1) si, (0) no. EN CASO DE NO PASAR A PREGUNTA 16.

12.- Edad del primer intento suicida: \_\_\_\_\_

13.- Edad del último intento suicida: \_\_\_\_\_

14.- Número total de intentos suicidas: \_\_\_\_\_

15.- Tipo del último intento suicida:

(1) Arma punzocortante

(5) otras formas

(2) Ingesta de medicamentos

(3) Ahorcamiento

(4) Lanzamiento al vacío

16.- Antecedente de abuso sexual: no (0) si (1).

17.- Consumo de sustancias: no (0), si (1).

Medicamentos utilizados:

### Anexo 3

## Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Contesta las siguientes preguntas en relación a los últimos 3 meses (marca una opción para cada inciso). No dejes ninguna pregunta sin contestar y trata de ser lo más verás posible. Recuerda que esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Edad:

Grado de escolaridad:

¿Te sientes satisfecha con tu imagen corporal? SI/NO

	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia, 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia, más de 2 veces en una semana
1.- Me ha preocupado engordar.				
2.- En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
3.- He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
4.- He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.				
5.- He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso.				
6.- he hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
7.- He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
8.- he usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especificar cual: _____				
9.- He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cual: _____				
10.- He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cual o cuales: _____				

## Anexo 4

### CUESTIONARIO DE ALIMENTACION Y PESO REVISADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

#### Selecciona con una X la opción que más se acerque a tu modo de actuar y/o pensar:

1. Durante los pasados 6 meses, alguna vez comiste más que la mayoría de la gente, (por ejemplo: más que tus amigos), y pensarías que ¿fue realmente una gran cantidad de alimento?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- ¿Alguna vez comiste una cantidad realmente grande de alimento en un periodo de tiempo (más o menos 2hrs)?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. Cuando comiste una cantidad realmente grande de alimento ¿alguna vez sentiste que no podías parar de comer? o ¿Sentiste que no podías controlar que o cuanto estabas comiendo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. Durante los pasados 6 meses ¿Qué tan a menudo comiste una cantidad realmente grande de alimento con la sensación de que estabas fuera de control? (pudo haber unas semanas en las que no comiste de esta manera)

a). Menos de un día a la semana \_\_\_\_\_

b). Un día a la semana \_\_\_\_\_

c). 2 ó 3 días a la semana \_\_\_\_\_

d). 4 ó 5 días a la semana \_\_\_\_\_

e). Más de 5 días a la semana \_\_\_\_\_

4. Cuando comiste una gran cantidad de comida y no pudiste controlar tu alimentación, tú:

Comiste muy rápido SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Comiste hasta que te dolió el estómago o te sentiste enfermo del estómago SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Comiste cantidades realmente grandes de alimento, aun cuando no sentías hambre SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Comiste realmente grandes cantidades de alimento durante el día, fuera de las comidas regulares, como el desayuno, comida y cena SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Comiste a solas porque no querías que nadie te viera cuanto comías SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Te sentiste realmente mal contigo mismo(a) después de comer una gran cantidad de alimento

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. Durante los pasados 6 meses, ¿qué tan mal te sentiste cuando comiste demasiado o más alimento del que crees que sería optimo para tí?

De ninguna manera mal \_\_\_\_\_

Sólo un poco mal \_\_\_\_\_

Moderadamente mal \_\_\_\_\_

Muy mal \_\_\_\_\_

Totalmente mal \_\_\_\_\_

No comí demasiado \_\_\_\_\_

6. ¿Qué tan mal te sentiste al no poder parar de comer o no poder controlar que o cuando estabas comiendo?

De ninguna manera mal \_\_\_\_\_

Sólo un poco mal \_\_\_\_\_

Moderadamente mal \_\_\_\_\_

Muy mal \_\_\_\_\_

Totalmente mal \_\_\_\_\_

No comí demasiado \_\_\_\_\_

7. Durante los pasados 6 meses ¿ha importado tu peso o la forma de tu cuerpo en como te sientes contigo mismo (a)?

No fueron en absoluto importantes en cómo me sentía conmigo mismo (a) \_\_\_\_\_

Fueron algo importantes en cómo me sentía conmigo mismo (a) \_\_\_\_\_

Fueron moderadamente importantes en cómo me sentía conmigo mismo (a) \_\_\_\_\_

Fueron totalmente importantes en cómo me sentía conmigo mismo (a) \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez te has provocado el vómito para impedir la ganancia de peso después de comer una cantidad realmente grande de alimento?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ **(En caso de que tu respuesta sea "NO", pasa a la pregunta número 9)**

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

a). Menos de una vez a la semana \_\_\_\_\_

b). Una vez a la semana \_\_\_\_\_

c). 2-3 veces a la semana \_\_\_\_\_

d). 4-5 veces a la semana \_\_\_\_\_

e). Más de 5 veces a la semana \_\_\_\_\_

9. ¿Alguna vez has tomado medicamentos (pastillas, té u otros productos) que te hacían ir al baño con el fin de no ganar peso después de comer mucho?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ **(En caso de que tu respuesta sea "NO", pasa a la pregunta número 10)**

¿Fueron laxantes (hacen que tengas movimiento intestinal) o diuréticos (hacen que orines frecuentemente)?

Laxantes \_\_\_\_\_ Diuréticos \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ingeriste más del doble de la cantidad que está indicada en la caja o envase?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

a). Menos de una vez a la semana \_\_\_\_\_

b). Una vez a la semana \_\_\_\_\_

c). 2-3 veces a la semana \_\_\_\_\_

d). 4-5 veces a la semana \_\_\_\_\_

e). Más de 5 veces a la semana \_\_\_\_\_

10. ¿Alguna vez no comiste nada en todo un día para impedir la ganancia de peso después de comer una gran cantidad de alimento?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ **(En caso de que tu respuesta sea "NO", pasa a la pregunta número 11)**

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

a). Menos de una vez a la semana \_\_\_\_\_

b). Una vez a la semana \_\_\_\_\_

c). 2-3 veces a la semana \_\_\_\_\_

d). 4-5 veces a la semana \_\_\_\_\_

e). Más de 5 veces a la semana \_\_\_\_\_

11. ¿Alguna vez hiciste ejercicio de una hora seguida únicamente para impedir la ganancia de peso después de comer mucho?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (En caso de que tu respuesta sea "NO", pasa a la pregunta número 12)

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a). Menos de una vez a la semana \_\_\_\_\_
- b). Una vez a la semana \_\_\_\_\_
- c). 2-3 veces a la semana \_\_\_\_\_
- d). 4-5 veces a la semana \_\_\_\_\_
- e). Más de 5 veces a la semana \_\_\_\_\_

12. Durante los pasados, ¿alguna vez tomaste pastillas para impedir la ganancia de peso después de comer mucho? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

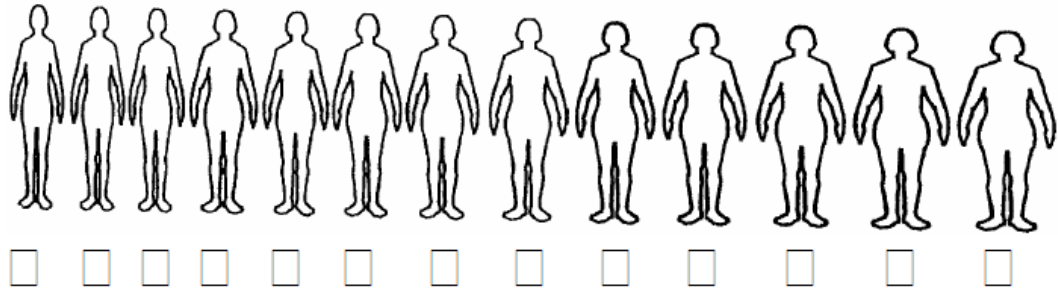
- a). Menos de una vez a la semana \_\_\_\_\_
- b). Una vez a la semana \_\_\_\_\_
- c). 2-3 veces a la semana \_\_\_\_\_
- d). 4-5 veces a la semana \_\_\_\_\_
- e). Más de 5 veces a la semana \_\_\_\_\_

13. Estoy tratando intencionadamente de perder peso, comiendo menos:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## Anexo 5

### Escala de figuras para detectar insatisfacción corporal.





## Anexo 6



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud  
Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



29 de Julio del 2013

### COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

**DRA. LAURA IZABELÉN GARZA GUTIÉRREZ**

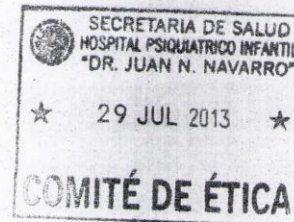
**PRESENTE**

A través de la presente, comunico a usted que el comité de ética en investigación ha evaluado el protocolo titulado "Estudio descriptivo, exploratorio y genético de conductas alimentarias de riesgo en población psiquiátrica adolescente del HPIJNN. Sensibilidad de la escala CBCRA", con clave IT2/0812/Ta2013 en donde usted aparece como investigador principal ha sido aprobado sin modificaciones.

Tengo bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio y la finalización del estudio, así como de entregar por escrito un informe final.

Atentamente

Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández  
Secretario del Comité de Ética en Investigación



C.c.p.

Comité de Investigación.

Ay. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF  
5573-2855 5573-4866 5573-4844

## **XV.-REFERENCIAS:**

1. Unikel, C. Guía Clínica para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Serie de Guías Clínicas para la Atención de los trastornos mentales. Secretaría de Salud. 2010
2. Keel, P. A 20-Year Longitudinal Study of Body Weight, Dieting, and Eating Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007; 2 (116): 422–432.
3. Casillas-Estrella, M. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Rev Biomed*. 2006; 17:243-249.
4. Leija, M. Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud Mental*. 2011; 34:203-210.
5. Gutiérrez, R. El Consumo de Drogas En Una Muestra De Mujeres Estudiantes Que Presentan Conductas Alimentarias de Riesgo. *Salud Mental*. 2001; 16 (24).
6. Unikel-Santoncini, C. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*. 2006; 1 (58).
7. González, L. Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Salud Mental*. 2003; 3(26).
8. Vaquero-Cristóbal, R. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp*. 2013; 28(1):27-35.
9. Saucedo-Molina, T. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*. 2010; 1 (33).
10. Altamirano, M. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30 (5).
11. Benjet, C. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*. 2012; 6 (35).
12. Unikel-Santoncini, C. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*. 2004; 6(46).
13. Unikel, C. Validez de Constructo de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Mujeres Mexicanas. *Salud Mental*. 2004; 1 (27).
14. Rodríguez, B. Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*. 2010; 4(33).
15. Orozco-Cabal, F. Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008; 37(2).
16. Stanley, B. Nonsuicidal Self-Injurious Behavior, Endogenous Opioids and Monoamine Neurotransmitters. *J Affect Disord*. 2010; 124(1-2)
17. Peebles, R. Self-Injury in Adolescents With Eating Disorders: Correlates and Provider Bias. *J Adolesc Health*. 2011; 48 (3).
18. Smith, B. Self-Mutilation and Pharmacotherapy. *Psychiatry*. 2005.

19. Muehlenkamp, J. Emotional States Preceding and Following Acts of Non-Suicidal Self-Injury in Bulimia Nervosa Patients. *Behav Res Ther.* 2009; 47(1): 83–87.
20. Páez, F. Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental.* 1996; 19.
21. Sheehan D, L. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59(20).
22. Marsh, R. An fMRI Study of Self-Regulatory Control and Conflict Resolution in Adolescents With Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry.* 2011; 168 (11).
23. Brooks, S. Differential Neural Responses to Food Images in Women with Bulimia versus Anorexia Nervosa. *Plos One.* 2011; 7 (6).
24. Bello, N. Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacol Biochem Behav.* 2010; 97 (1).
25. P. Chen, B. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010; 85(7).
26. Baker, J. Eating Disorder Symptomatology and Substance Use Disorders: Prevalence and Shared Risk in a Population Based Twin Sample. *International Journal of Eating Disorders.* 2010; 43(7): 648–658.
27. Toro, J. Riesgo y Causas de la Anorexia Nerviosa. Barcelona: Editorial Ariel; 2004.
28. Franco, K. Reliability and Validity of Bulimic Investigatory Test Edinburgh in Mexican Women. *Journal of Behavior, Health & Social Issues.* 2009; 1 (2).
29. Unikel, C. Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con Trastorno de la Conducta alimentaria. *Salud Mental.* 2006; 2 (29).
30. Servicio de epidemiología HPIJNN.
31. León, R. Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental.* 2008; 31:447-452.
32. Walker, K. The Effects of Weight Management Programs on Self-Esteem in Pediatric Overweight Populations. *Journal of Pediatric Psychology.* 2007; 10 (32).
33. Villatoro, J. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental.* 2011; 34:81-94.
34. Borges, G. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental.* 2009; 32:413-425.
35. Bisseto, D. Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones.* 2012; 1(24): 9-16.
36. Nuño-Gutiérrez, B. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica.* 2009; 61(4).
37. Unikel-Santoncini, C. Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista de Investigación Clínica.* 2011; 5(63).
38. Ulloa, R. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil *Salud Mental.* 2013; 36:417-420.

39. Kirchner, T. Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatria*. 2011; 39(4):226-35.
40. Benjet, C. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública Méx*. 2004; 5(46).
41. Motz A. *The psychology of female violence. Crimes against the body*. Hove, East Sussex. 2001
42. Molina, T. Identification of risk factors associated to eating disorders and their relationship with Body Mass Index in university students of Health Science Institute. *Rev Med UV*. 2010;
43. Moreno, M. Eating Disorder and its Relationship with Body Image and Self-Esteem in Adolescents. *Terapia Psicológica*. 2009;2(27): 181-190.
44. Kaye, W. Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa Purdue Ingestive Behavior Research Center Symposium Influences on Eating and Body Weight over the Lifespan: Children and Adolescents. *Physiol Behav*. 2008; 94(1): 121–135.
45. Cruz, S. El Test de Siluetas: Un Estudio Exploratorio de la Distorsión e Insatisfacción con la Imagen Corporal en Adolescentes. Facultad de Psicología Universidad del País Vasco.
46. Westerberg-Jacobson J. A 5-year longitudinal study of the relationship between the wish to be thinner, lifestyle behaviours and disturbed eating in 9-20-year old girls. *Eur Eat Disord Rev*. 2010; 18 (3): 207-19.
47. Paxton S. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Dev Psychol*. 2006; 42 (5): 888-99.
48. Neumark-Sztainer D. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007; 33 (5): 359-69.
49. Gregorowski, C. A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:289.
50. González-Rico, J. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 50 (2): 127-134.
51. Claes, L. Self-injurious behaviors in eating disordered patients. *Eat Behav*. 2001;2(3):263-72.
52. Claes, L. Family environment of eating disordered patients with and without self-injurious behaviors. *Eur Psychiatry*. 2004; 19(8):494-8.
53. Medina-Mora, M. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003; 4(26).
54. Villarreal, J. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2013; 51 (1): 38-45.
55. De la Peña, F. Validación concurrente para trastornos externalizados del MINI-Kid y la entrevista semiestructurada para adolescentes. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc*. 2009; 1(20).