

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**FRECUENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA ENTRE ADOLESCENTES CON
ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A LA CLINICA DE
P.A.I.N.A.V.A.S. EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL**

"DR. JUAN N. NAVARRO", S.S.A.

ESTUDIO COMPARATIVO

DRA. MIRNA ESTHELA BRENES PRATS

FEBRERO DE 2005

m-340667



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

FRECUENCIA DE ANOREXIA Y BULIMIA ENTRE ADOLESCENTES CON
ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL QUE ACUDEN A LA CLINICA DE
P.A.I.N.A.V.A.S. EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N.
NAVARRO", S.S.A.
ESTUDIO COMPARATIVO

ALUMNA: MIRNA ESTHELA BRENES PRATS

COMISION DE ESPECIALIZACION
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

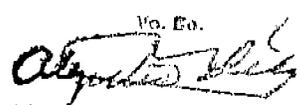

TUTOR TEORICO
DRA. ROSA ISELA MEZQUITA OROZCO


TUTOR METODOLOGICO
SILVIA ORTIZ LEON

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

AÑO 2003

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Vo. Eo.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Brenes Prats
Mirna Esthela
FECHA: 23 de Enero 2003
FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo agradecerle a Ignacio, mi esposo y compañero por su infinita paciencia, su decidido y real apoyo de manera importante su comprensión durante los años de formación y que en todo momento estuvo presente, en mi vida y en mi trabajo de formación y juntos continuamos nuestro matrimonio.

A mi hijo Luis Enrique, que atravesó durante mis años de formación su paso de niño a adolescente, quien especialmente me acompañó también en mi propio proceso de crecimiento y como hacen todos los hijos me enseñó más de lo que los padres les enseñamos.

También agradezco a mi familia, a mis tías a mis tíos a mis primos, a mi abuela Jovita por su apoyo y cariño y que permitieron lograr mi preparación.

De manera especial agradezco a mis tutores a quienes agradezco haber compartido conmigo sus conocimientos les agradezco su tiempo dedicación e infinita paciencia en todas las etapas de mi tesis.

Finalmente agradezco a todos los médicos que me apoyaron en todas las etapas de mi formación y en el logro de mi tesis; en especial a la Dra. Berta Vivanco, al Dr. Jesús Gutiérrez, al Dr. Jorge Peña, así como a todos los médicos que me acompañaron en el periodo de mi formación al Dr. Mercado y al Dr. Sandoval.

INDICE

Introducción-----	pág. 1
Definición y Antecedentes -----	pág. 5
Justificación-----	pág. 22
Objetivos-----	pág. 24
Hipótesis-----	pág. 25
Material y Métodos-----	pág. 25
Descripción del Estudio-----	pág. 26
Variables Operacionales-----	pág. 29
Instrumento estadístico-----	pág. 33
Consideraciones éticas-----	pág. 33
Resultados-----	pág. 33
Discusión-----	pág.45
Conclusiones-----	pág. 47
Bibliografía-----	pág. 48
Anexo KD SADS PL-----	pág. 51

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES HISTORICOS

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL PASADO

LA ANOREXIA NERVOSA

La investigación ha puesto de manifiesto que la Anorexia existe desde la antigüedad desconociéndose su prevalencia hasta hace relativamente poco tiempo, con distintas connotaciones entre las que destaca la religiosidad y el misticismo. Prueba de ello es la presencia en el santoral cristiano de representantes del espectro restrictivo y purgativo de este trastorno. En el siglo IX,¹ un monje de Monheim (Baviera), refiere la milagrosa curación de la joven Friderada, que tras un período de apetito voraz, deja de comer por completo, vomita los lácteos que ingiere y finalmente es curada por Santa Walpurgis tras ser llevada a ese santuario (Abermas, 1986). Santa Liberata (Santa Wilgefortis), hija del rey de Portugal, es considerada santa patrona de las mujeres que desean verse libres de las apetencias masculinas, tras haber renunciado a su cuerpo de mujer, afeándose, adelgazando en extremo y cubriéndose de vello, tras férrea y persistente restricción alimentaria como rechazo por haber sido obligada a contraer matrimonio con el rey moro de Sicilia. Ello la llevó a ser crucificada por su padre y después canonizada (Lacey, 1982). Probablemente Santa Catalina de Siena, nacida en 1347, es la descripción más clara en el santoral de alteraciones en la conducta alimentaria teniéndose un relato que la refiere ya a los siete años con su primera visión de Jesús y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia, al mundo en la adolescencia, ya sólo se alimenta de hierbas y algo de pan. Las hierbas constituyen con toda probabilidad sustancias laxantes para purgarse, al igual que la caña que utilizaba para producirse el vómito, precedido en ocasiones de atracones; llegó a ser consejera del Papa Gregorio XI en Avignon, y, tras el fracaso en sus intentos para impedir

que se consumase el Cisma de la Iglesia Católica, deja de alimentarse y muere al poco tiempo (Gullemot y Laxenaire, 1994). Sin embargo, desde la mitología griega también se hace alusión a este trastorno cuando Ecko se deja morir de hambre porque Narciso no la acepta.

El sentido fenomenológico de la enfermedad era, en estos casos, el mismo que después manejó de alguna manera el psicoanálisis: la renuncia al cuerpo con caracteres sexuales y en consecuencia fuente de placer y atracción libidinal, en aras de conseguir una absoluta espiritualidad; un sentido de la existencia marcado por la penitencia, el sacrificio y también la productividad intelectual y artística. Es decir, a través de la restricción y de la purga, se conseguía la pérdida de cualquier rastro de feminidad potencialmente pecaminosa, elevándose el espíritu hasta el misticismo. Se trataba de mujeres ascéticas, resistentes, alejadas del mundo material, con una fuerza interior que les permitía sobrevivir a las privaciones, aún desarrollando una gran actividad.

También en el mundo árabe existen referencias a esta enfermedad. Así, en el siglo XI, Avicena describe el caso del joven príncipe Hamadham, que está muriendo por negarse a comer, preso de una intensa melancolía (Sours, 1980). Sabemos de otras probables anoréxicas de estirpe similar, no condicionadas por cuestiones místicas o religiosas, más modernas, como Juliette Gréco, cantante francesa de los años 40-50, musa de toda una generación de existencialistas, o Simone Weil, sobreviviente del holocausto nazi y después ministra del gobierno francés. Otra anoréxica purgativa célebre, ésta más reciente fallecida en condiciones trágicas, fue la princesa Diana de Gales. Sin embargo, ésta podría considerarse más encuadrada en la concepción actual del trastorno, en el sentido de un excesivo culto al cuerpo perfecto. Un rasgo común a todas ellas es la presencia de antecedentes personales altamente conflictivos.

La Anorexia Nervosa (AN) está presente desde la antigüedad en la literatura médica. Ya en 1500, Simone Porta había observado algún caso que podríamos identificar con una Anorexia Nervosa (Acconero y Baraldi), sin olvidar la mencionada descripción de Avicena. Los primeros textos que describen cuadros similares datan del siglo XVII, siendo el médico inglés Richard Morton el primer autor que describe con gran detalle y admirable precisión un cuadro de Anorexia NERVOSA, en un texto titulado "A Treatise of Consumptions", en 1689, refiriéndose al caso de Miss Duke. El autor denomina a la enfermedad "consunción Nervosa", y en la descripción hace referencia a la Anorexia, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, sin encontrar alteraciones físicas que lo justifiquen, y atribuyéndolo a la tristeza y a las preocupaciones.² En 1873, casi simultáneamente, Gull en Londres y Lassegue en París, describen nuevamente con absoluta precisión y detalle (sus descripciones tienen plena actualidad) cuadros de A.N., atribuyendo su causalidad a la histeria, y denominándolos respectivamente "apepsia histérica" y "Anorexia histérica", descartando, tras dudas iniciales, la causalidad orgánica de la enfermedad. En 1914, Simmonds, establece una nueva hipótesis causal de la A.N: la disfunción hipofisaria, denominándola "caquexia hipofisaria", lo cual supone un drástico cambio en la perspectiva etiopatogénica del trastorno, que hasta 1938 pasa a ser considerado de causalidad orgánica. Sheehan, en 1938, establece claramente las diferencias entre A.N. y caquexia hipofisaria de origen isquémico, lo cual no impide que hasta los años 50 la A.N. sea considerada de origen endocrinológico.

Desde el punto de vista de la Psiquiatría, el psicoanálisis fue la primera escuela que estableció interpretaciones causales. Freud, Abraham, Fenichel o M.Klein consideraron la A.N. una neurosis, relacionándola primero con la histeria (Freud) y después con la melancolía. También la fenomenología, las escuelas de medicina psicosomática, el conductismo y la psiquiatría biológica más recientemente, han establecido hipótesis sobre un trastorno de cuya difícil ubicación nosológica y etiopatogénica puede suponer un ejemplo el caso de Ellen West, descrito por Binswanger, que fue diagnosticada de melancolía por

Kraepelin, de esquizofrenia simple por Bleuler y Binswanger, y de "trastorno endógeno psiquiátrico y endocrinológico" por Zuff. La A.N. ha sido considerada, pues, como enfermedad adscrita al espectro depresivo, al histérico, al obsesivo-compulsivo, al psicótico y a otros, hasta que tomó entidad propia, aún cuando frecuentemente curse comórbida con otros trastornos.

En el Simposio de Gottingen, en 1965, se elaboraron tres conclusiones básicas:

- La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.
- El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.
- La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.

Los trabajos de Hilde Bruch en 1973, haciendo hincapié en la distorsión de la imagen corporal; de Russell (1970, 1977), concertando las hipótesis más biologicistas con las sociales y psicológicas y últimamente de autores entre los que destacan Garfinkel y Gamer (1982), han contribuido a un establecimiento del modelo vigente de la A.N. como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social.

La Bulimia Nervosa

La Bulimia es un trastorno menos conocido desde el punto de vista histórico, tal vez por su evolución natural menos dramática, tal vez por la menor relevancia personal de sus afectadas y también porque su ocultación ha sido siempre más fácil. Las primeras referencias médicas datan de 1708 y en los últimos 50 años se han publicado trabajos sobre la cuestión, proliferando los mismos en los últimos 10 años. Sin embargo, las conductas de purga, y la ingesta alimentaria abusiva y descontrolada se conoce bien desde tiempos remotos.

Sabido es que en la civilización romana se utilizaba el vómito y otras formas de purga como forma de vaciar el contenido gástrico para continuar la ingesta masiva.

DEFINICIÓN:

Los trastornos de la alimentación son cuadros caracterizados por presentar preocupación por el control del peso y la constante autoevaluación respecto al peso y la silueta, estos son síntomas primarios en los trastornos de la alimentación y los comparten tanto la Anorexia como la Bulimia y aunque existen criterios específicos para determinar cada trastorno estos síntomas se pueden presentar mezclados entre sí o formando parte de un continuum entre los extremos de la Anorexia y la Bulimia. Hasta el 50% de los pacientes con Anorexia Nervosa desarrollan síntomas de Bulimia y algunos pacientes que inicialmente son bulímicos desarrollan síntomas anoréxicos.³

Otro grupo que también se incluye en los trastornos de la conducta alimentaria son los pacientes atípicos, que son aquellos que niegan tener alteración de percepción con respecto a su peso y su silueta sin embargo, con frecuencia también asocian un temor a la obesidad. Estos síntomas son más frecuentes entre jóvenes, quienes presentan combinaciones de síntomas que no pueden categorizarse específicamente como Anorexia Nervosa ni como Bulimia y se diagnostican como "Trastorno de la conducta alimentaria no especificado".⁴ En los últimos diez años los Trastornos Alimentarios han sido estudiados con mayor frecuencia, debido a que se menciona que la edad en que inician estos cuadros cada vez es menor y la frecuencia de presentación en la población general se ha incrementado, también se observa un incremento en las complicaciones severas que acompañan a estos cuadros así como la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas. Dependiendo del sitio de investigación la incidencia y prevalencia varían e incluso son controversiales ya que algunos autores mencionan que se ha

sobre-explotado el diagnóstico, aunque otros autores mencionan que se han alcanzado proporciones epidémicas.⁵

De los trastornos de la conducta alimentaria los más estudiados y los más comunes son Anorexia, Bulimia y los trastornos alimentarios inespecíficos. Para definir a los trastornos alimentarios se partió de concepciones generales, encontrando para estos trastornos los siguientes síntomas comunes.

- Patrones de alimentación que resultan aberrantes, estos patrones se relacionan con la ingestión de alimentos en cuanto a cantidad y frecuencia,
- La percepción de la imagen corporal se encuentra alterada, en cuanto a como se percibe el propio paciente y su entorno.
- La relación que establecen con el peso estos pacientes se afecta también volviéndose en algunos casos objetivo de vida. Dichos síntomas son el eje alrededor del cual se establece la patología.

ANOREXIA NERVOSA

Es un trastorno caracterizado por la preocupación por el peso corporal y la comida, en el que la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene miedo intenso a ganar peso y una significativa mala interpretación de su cuerpo y su forma. Se caracteriza también por una profunda distorsión de la imagen corporal y la búsqueda constante e irracional de lograr "la delgadez", que a menudo lleva a la inanición, con conductas dirigidas hacia la pérdida de peso, patrones peculiares de la manipulación de la comida y pérdida de peso.

La frecuencia de la Anorexia Nervosa ha aumentado en las últimas décadas, observándose aun en prepúberes y en hombres. Aunque los estudios hacen mención a múltiples cifras se menciona que se presenta en un 0.5% a 1 en adolescentes.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA ANOREXIA NERVOSA. (DSM IV)

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto-evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos).

El DSM IV divide los episodios de Anorexia en dos tipos:

El tipo restrictivo, en el cual las personas restringen la ingesta

El tipo compulsivo / purgativo, durante los cuales se producen atracones o purgas por medio del vómito autoinducido o el uso de laxantes o diuréticos.

BULIMIA NERVOSA

La Bulimia Nervosa es un trastorno de la conducta alimentaria que puede emerger posterior a un largo período de dieta estricta a lo cual puede o no añadirse pérdida de peso, se caracteriza por atracones, episodios repetidos de ingesta de una gran cantidad de comida de manera incontrolable y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, acompañado de la sensación de la pérdida de control. La mayoría de los pacientes con Bulimia

Nervosa (BN) tiene patrones irregulares de alimentación y la saciedad puede no estar relacionada en la misma proporción, es decir, comer determinada cantidad puede no llevar a la saciedad. Ocasionalmente algunas personas diagnosticadas con Bulimia Nervosa tienen el antecedente de haber cursado con Anorexia Nervosa(AN). Sin embargo todos, los pacientes con Bulimia Nervosa tienen alteraciones en el peso y con la figura. Aunque los criterios del DSMIV permiten diagnosticar cualquier trastorno de la conducta alimentaria, los síntomas con frecuencia se presentan como extremos de un mismo proceso. La prevalencia de la Bulimia Nervosa es mayor que la de la Anorexia Nervosa, se ha detectado entre el 1 al 3% de las mujeres jóvenes.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV PARA LA BULIMIA NERVOSA.

- A) Presencia de Atracones recurrentes. Un Atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, por ejemplo, en un período de 2 hrs. En cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento
- B) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos 2 veces por semana durante un período de 3 meses.
- D) La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
- E) La alteración no aparece en el transcurso de la Anorexia Nervosa
Especificar tipo purgativo y no purgativo.⁶

TRASTORNO ALIMENTARIO INESPECÍFICO.

Consta básicamente de cuadros subsindrómicos para Anorexia o Bulimia, por ejemplo en quienes no cumplen con el total de criterios para uno u otro trastorno. La relevancia de estos diagnósticos estriba en que los pacientes así diagnosticados desarrollaran posteriormente un trastorno alimentario. El trastorno de la conducta alimentaria inespecífica es un diagnóstico utilizado frecuentemente para definir a casi el 50% de los pacientes con este trastorno, que en mayor proporción se presenta entre adolescentes.⁷

EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Las estimaciones sobre incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria varían dependiendo de la muestra y los métodos de evaluación. La prevalencia a lo largo de la vida entre mujeres oscila entre 0.5-3.7% para la Anorexia y la Bulimia se encuentra entre 1.1 y 4.2%; la incidencia de Anorexia para mujeres entre 15 y 24 años es de 8 por 100,000 población por año, en tanto la bulimia en este mismo grupo de edad es de 13 por 100,000 población por año⁸. Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria el 50% corresponde a trastornos alimentarios inespecíficos; en realidad no se conoce entre adolescentes la incidencia o prevalencia de estos trastornos pero se menciona que la mayor parte de los trastornos de la conducta alimentaria se inician en la adolescencia. Estudios más recientes han encontrado cuadros de inicio precoz entre los 7 y los 12 años, sin embargo se encontró 0.48% más frecuente el trastorno alimentario entre los 15 y 19 años.⁹

La distribución de acuerdo a sexos de estos trastornos también es controversial, ya que existen estudios que expresan que son 20 veces más frecuentes en mujeres que en hombres mientras otros mencionan que las cifras son de 1.5 mujeres por 1 hombre sin embargo, aún cuando estas diferencias no

quedan claras si se reconoce que el cuadro es más frecuente en mujeres que en hombres, mencionando que los hombres representan una décima parte de los trastornos alimentarios, comparado con las mujeres.¹⁰

CURSO Y PRONOSTICO.

Se ha postulado que edades de inicio más tempranas se relacionan con mayores posibilidades de cronicidad, mencionando por diversos autores que algunos síntomas y no los cuadros completos permanecen a lo largo de toda la vida. En relación directa al tipo de complicaciones y a la duración del cuadro están las cargas financieras que implica tanto para las instituciones de salud que las atienden como para la familia, pero al paciente también le afectan estos costos; ya que por la edad de inicio del cuadro y por las edades en que más se presentan estos trastornos impactan sobre la vida social y el rendimiento académico o laboral de estos pacientes¹¹.

Estos cuadros evolucionan en forma fluctuante, pueden presentarse en una sola ocasión o con tendencia a la cronicidad y al deterioro. Con respecto a la cronicidad se realizaron estudios en adolescentes en quienes se cuantificó el tiempo de recuperación encontrando que el 44% se recuperaban en un tiempo de 57 a 79 meses. También se encontró que la larga duración de estos cuadros se asocia a una mayor morbilidad sobre todo en Anorexia Nervosa. Algunos autores mencionan que las tasas de mortalidad son del 20% de pacientes en 20 años de seguimiento siendo las causas más comunes muerte por infarto al miocardio y suicidio, la mortalidad por Anorexia Nervosa en mujeres jóvenes llega a ser 12 veces superior a las de mujeres con edades similares sin el trastorno; ésta tasa de mortalidad es 6 veces más alta en comparación con cualquier otro trastorno psiquiátrico y cuando la Anorexia se acompaña de cualquier otro trastorno psiquiátrico las tasas de mortalidad se pueden elevar al doble.^{12 *13}

VARIACIONES CULTURALES.

Se ha encontrado también la presencia de los trastornos en la conducta alimentaria en las diferentes culturas, mencionando que en las culturas occidentales se alcanzan mayores cifras que en culturas orientales, sin embargo, se menciona que en los países orientales expuestos a la industrialización y el capitalismo, estos trastornos se están empezando a presentar.¹⁴

Trastornos Alimentarios Y Su Relación Con La Profesión

Se han realizado múltiples estudios donde se ha demostrado que existen profesiones que con mayor frecuencia tienen dichos diagnósticos o tienen un mayor riesgo para padecerlos por ejemplo: entre atletas, en especial en gimnastas, jockyes, bailarinas, fisicoconstructivistas, modelos y actores; ocupaciones que tienen en común la exposición de sus cuerpos, mencionándose la existencia de factores mezclados. La clase social a la que pertenecen los atletas con mayor frecuencia ejerce más influencia sobre la apariencia externa y la práctica misma de los deportes ejerce su propia demanda.¹⁵

A pesar de las múltiples controversias en cuanto a todos los factores que rodean a los trastornos alimentarios en un metanálisis realizado durante 10 años de investigación se llegó a las siguientes conclusiones.

- No hay evidencia de que los trastornos alimentarios alcancen proporciones epidémicas
- Los trastornos alimentarios se han hecho más comunes en los últimos 10 años.
- La dieta, es decir la moda de realizar regímenes para perder peso. aumenta el riesgo de esta patología.

- La prevalencia de los trastornos alimentarios en otras culturas no occidentales ha ido en aumento sobre todo en países que inician la industrialización.
- A PESAR DE NO ALCANZAR PROPORCIONES EPIDÉMICAS EN LAS CULTURAS OCCIDENTALES LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS SON UNO DE LOS MÁS COMUNES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE AFECTA A MUJERES JÓVENES POR SU ALTA TASA DE MORBIMORTALIDAD.^{16 17}

ETIOLOGÍA

Como en muchos trastornos psiquiátricos, se menciona que los trastornos alimentarios son de carácter multifactorial, implicándose factores sociales, familiares, biológicos, genéticos y psicológicos que contribuyen al desarrollo de estos diagnósticos.

Factores Genéticos

En estudios realizados en cuanto a las causas genéticas y familiares se encontró que entre familiares de primer grado de pacientes con Anorexia y Bulimia existe mayor riesgo para desarrollo de Bulimia; entre familiares de pacientes con Bulimia se han encontrado mayores tasas de trastornos de la afectividad y obesidad; encontrándose también mayor concordancia entre gemelos monocigóticos que dicigóticos para Anorexia Nervosa.¹⁸

Factores Neurobioquímicos.

Dentro de las causas que explican estos trastornos está la causa bioquímica (los mecanismos neurobiológicos que median el hambre y la saciedad). Aunque no hay un acuerdo si los hallazgos biológicos son la causa o el efecto de la pérdida ponderal por ejemplo existen entre las anoréxicas

alteraciones del eje hipotálamo hipófisis-ovario, presentando niveles bajos de hormonas folículo estimulante y luteinizante aun antes de que se presente la Anorexia y estas alteraciones no se presentan ni en mujeres con ejercicio intenso ni con pérdida ponderal como resultado de otra causa distinta de Anorexia, lo cual podría indicar una alteración hipotalámica y un marcador primario. También se han encontrado niveles de catecoestrógenos aumentados en anoréxicas, lo cual explicaría otras alteraciones presentes como depresión, disminución de latencia de sueño MOR, niveles altos de cortisol plasmático y catabolismo de estrógenos. En cuanto a la alteración del eje hipotálamo hipófisis-suprarrenales, disminuye el metabolismo de ACTH y cortisol, lo cual lo hace circular por más tiempo en sangre pero también se piensa que una alteración en el factor liberador de corticotropina puede hacer que este factor esté alto y en forma directa el cortisol y ACTH. Por último, en cuanto al eje tiroideo, la respuesta de TSH ante el estímulo de TRH se retrasa en 70% de los casos, relacionando este funcionamiento con el estado de caquexia.

En cuanto a neurotransmisores, se menciona que el catabolito de la noradrenalina, el 3metoxi-4hidroxí feniletilenglicol (MHPG) disminuye pero se restablece de manera directa con la recuperación de las pacientes; otro neurotransmisor que también disminuye es la serotonina¹⁹

Teoría De Los Centros Hipotalámicos.

Se menciona la existencia de 2 centros hipotalámicos que participan en la regulación de la alimentación, uno es el centro hipotalámico facilitador de la ingesta y otro el centro hipotalámico inhibidor, a través de un amplio y complejo sistema de neurotransmisores que regulan la ingestión influncian al sistema periférico de la red de saciedad complementando al sistema de hormonas gastrointestinales y pancreáticas, en el cual se menciona que ante niveles bajos de glucosa el mensaje es directo a sistema nervioso central que responde

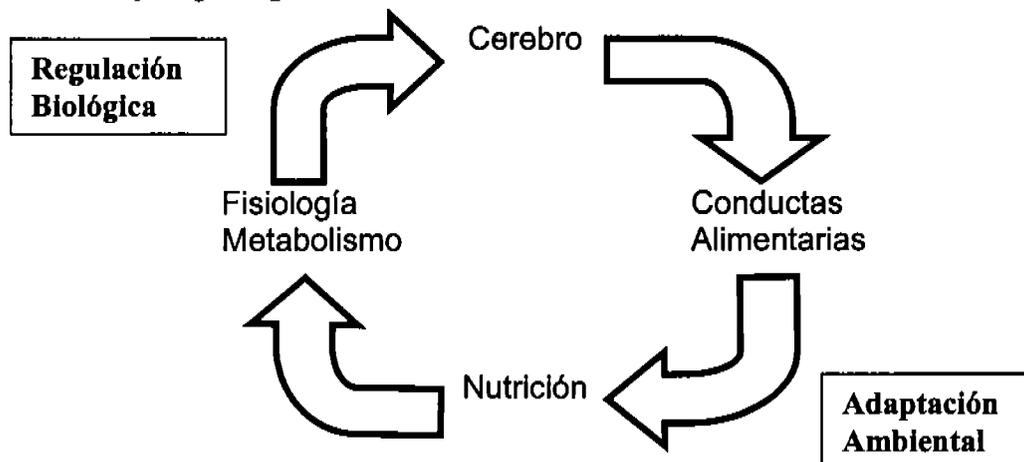
liberando mediadores químicos y llegando a la saciedad por vías locales, con plenitud gástrica y con respuestas del centro hipotalámico inhibitor.

Teorías Sobre Neurotrasmisores, Aminas Blógenas

Se ha demostrado que la serótonina facilita la saciedad controlando la ingestión de carbohidratos, la dopamina también tiene un papel en la ingestión mencionándose que dosis bajas de dopamina favorecen aumento del apetito y dosis altas lo Inhiben, estos mismos mecanismos se encuentran relacionados con las conductas de atracón en las que se menciona que existen 2 fenómenos que la controlan uno es un fenómeno de saciación que es una respuesta inmediata a la ingesta de alimentos y el otro es un fenómeno más tardío la saciedad y juntos permiten al cerebro enviar una orden para no seguir comiendo y así controlar la ingesta.²⁰

Péptidos Opiáceos Y Red Periférica de la Saciedad

Se ha mencionado al factor liberador de corticotropina (CFR) como mediador que actúa en el núcleo paraventricular inhibiendo la ingesta, también se menciona a la noradrenalina como antagonista del CRF. El inhibidor de los receptores opiáceos disminuye la ingestión en algunas especies, se cree que la ingestión inducida por estrés se encuentra mediada por este sistema. Como parte de los sistemas que interactúan se mencionan a la somatostatina, la hormona liberadora de tiotropina, la calcitonina y al glucagon.²¹



Teorías Psicológicas Y Comorbilidad Asociada.

En un estudio de trastorno de personalidad asociada a los trastornos de la conducta alimentaria, se encontró que del 42 al 75% de los pacientes con Bulimia cursaban también con trastorno de personalidad tipo Borderline y Trastorno de personalidad por Evitación en tanto que las pacientes anorécticas predominaba el trastorno de personalidad Obsesivo Compulsivo. Las publicaciones psicodinámicas describen a los pacientes con Anorexia como personas con dificultades para la separación de sus padres y dificultad para conseguir su autonomía, manifestándose no sólo en la dificultad para separarse de los padres sino también de otro tipo de relaciones y con dificultad para manejar a la ira, para controlar sus emociones y en algunos casos con incapacidad para controlar impulsos. Se considera que éstas personas son más vulnerables a las presiones culturales para conseguir una imagen corporal estereotipada,²²

Se ha descrito entre los pacientes con Bulimia dificultad para controlar sus impulsos, frecuentes enojos y ataques autodirigidos a su cuerpo debido a necesidades sádico masoquistas.

Se ha asociado a la Anorexia y la Bulimia con distimia en un 50 a 70%. En otro estudio se dice que el 13% de los trastornos alimentarios cursan con trastorno Bipolar y la prevalencia de por vida de trastorno obsesivo compulsivo tanto para Anorexia como para Bulimia es de 25%. Asociando consumo de sustancias con trastornos alimentarios se encontró 37% para Bulimia y 18% para Anorexia. En un estudio realizado por Braun en 1994 se encontró que hasta un 63% de todos los trastornos alimentarios cursaban con un trastorno afectivo de por vida. En especial los que tienen diagnóstico de Anorexia con rasgos compulsivo purgativos.

Sin embargo en esta etiología multifactorial se han descrito teorías psicológicas, como las mencionadas por Winnicot y por Melanie Klein donde Winnicot se refiere a la Anorexia relacionando al síntoma con una vivencia

catastrófica temprana que en el momento en que se dio no se pudo elaborar por falta de un yo auxiliar materno capaz de suplir funciones yoicas del menor carente de un yo estructurado.²³

FACTORES DE RIESGO.

En una revisión sobre factores de riesgo para Anorexia y Bulimia se encontró por edad a los siguientes, para la edad preescolar y escolar: la introducción temprana de alimentos sólidos y dificultad para adaptarse a los nuevos alimentos y a cambios en horarios, encontrando también que la inconsistencia en los cuidadores el cambio constante de estos y problemas físicos asociados por ejemplo los gástricos. Para la adolescencia los problemas con la autoridad, insatisfacción con su imagen corporal y el antecedente de alteraciones en la conducta alimentaria de sus padres. Sin embargo estas son sólo algunas de las teorías en las que se sustentó la etiología de los trastornos alimentarios²⁴.

ESTUDIOS RECIENTES SOBRE EL ABUSO SEXUAL Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

Recientemente ha habido un interés creciente para analizar el papel del abuso sexual en el desarrollo de trastornos alimentarios con múltiples controversias en sus resultados. A finales de la década de los 80s se empezó a hipotetizar que el antecedente de abuso sexual en la infancia contribuía de manera importante al desarrollo de los trastornos alimentarios incluida la Anorexia, la Bulimia y Las conductas de Atracon²⁵, Pope y Hudson en 1992 sugirieron que el abuso sexual no era un factor crítico para el desarrollo de estos trastornos; sin embargo; Fairbun, Wonderlich y otros autores encontraron al abuso sexual como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, en especial para la Anorexia .Sin embargo en estudios controlados realizados entre sobrevivientes al abuso sexual en Florida en 1998 en los que se busco la relación entre el abuso

sexual y el desarrollo de comportamientos purgativos no encontró ninguna relación.²⁶ Entre la década de los 80s y 90s empezaron a aparecer series de estudios que reportaban en sus hallazgos de manera frecuente tasas de hasta 30% de antecedente de abuso sexual entre pacientes con trastornos en la alimentación. Sin embargo estas cifras no contemplaban diferencias entre la población general y población psiquiátrica y entonces el dato no resultaba consistente. Los estudios continuaron pero las grandes diferencias metodológicas existentes entre ellos ocasionaban que no se pudieran extrapolar. Hacia la década de los 90s los cuadros de Anorexia y Bulimia impresionaban haber tenido crecimientos importantes pero también la falta de rigor en los criterios de inclusión parecían ser los responsables de dicho sobrediagnóstico.

A finales de los 90s se retomaron estos estudios, asociándolos a otro tipo de abusos. Se intentó medir el papel del abuso sexual en los trastornos de la alimentación. El papel del abuso sexual resulta controversial hasta este momento en que para múltiples autores el antecedente de abuso sexual puede encontrarse con una frecuencia de 20 a 50% entre pacientes que tienen Bulimia Nervosa.²⁷

Las historias de abuso sexual en la infancia son más frecuentes entre mujeres con trastornos de la conducta alimentaria que en mujeres de la población general y se ha encontrado que las mujeres que sufrieron abuso sexual en la infancia, suelen tener tasas más altas de enfermedades psiquiátricas comórbidas, que otras mujeres con trastornos de la conducta alimentaria.²⁸

Múltiples autores como Filkerhor sustentan que el abuso sexual es un antecedente consistente entre los pacientes con diagnósticos psiquiátricos distintos. El papel del abuso sexual sobre el desarrollo de alteraciones en la conducta alimentaria implica estudiar al abuso sexual en sí mismo, en sus orígenes, factores que lo acompañan y complicaciones que potencialmente se pueden presentar.

El abuso sexual es un tema poco conocido y que aún se encuentra oculto en los sistemas familiares, como un fenómeno difícil de entender y de abrir hacia el medio externo. A decir de Filkenhor a todos los factores que intervienen en este evento pueden potencialmente relacionarse con los efectos que en el paciente se generan posterior al abuso; estos factores son: características ligadas a la víctima, por ejemplo edad, sexo, conocimiento del sexo escolaridad, afectaciones psicológicas preexistentes y medio ambiente psicológico que el paciente vive, redes de apoyo psicosocial; características del propio evento como: Frecuencia con que ocurre, número de eventos, tipo de abuso sexual, tiempo durante el cual ocurre, la cantidad y tipo de violencia o no con que se agrede a la víctima, además de características del agresor como: relación con el paciente, lo cual puede determinar el daño por cercanía con el paciente y características psicológicas del agresor.²⁹

Analizando por grupos etarios al abuso sexual, algunos estudios mencionan que en edad preescolar son agredidos en igual número hombres y mujeres, entre prepúberes y adolescentes las mujeres resultan con mayor afectación; existen múltiples teorías que explican este fenómeno, una de ellas menciona que las condiciones de las víctimas es decir la sumisión y la debilidad por edad son variables que pueden definir el curso y el pronóstico de estos pacientes en cuanto a las variables que pueden predecir el desarrollo de mayor psicopatología y estos son los que a continuación mencionamos:³⁰

- La edad en que ocurre el abuso sexual, este punto está relacionado al tipo de pensamiento que se maneja en las diferentes edades, y la forma de enfrentarse a una experiencia traumática y la madurez psicológica del yo también depende de la edad y de los procesos de pensamiento.
- Las condiciones psicológicas de la víctima previas al abuso sexual: (las personas más susceptibles emocionalmente pueden experimentar mayores problemas al enfrentar una experiencia traumática.)

- El conocimiento que se tenga de la sexualidad. Quien tenga un menor conocimiento tendrá un mayor impacto.
- El tipo de agresión sufrida. Para algunos autores este punto es controvertido ya que la experiencia vivida es interpretada de manera subjetiva por cada persona
- La cantidad de violencia utilizada para transgredir al menor. De hecho algunos autores equiparan el efecto de una violación con el efecto de transgredir al cuerpo con un arma.³¹
- El grado en el que el menor se siente afectado por el abuso sexual
- La relación que guarde con el agresor. Para algunos autores, la cercanía tanto física como afectiva con el agresor y el contacto que se tenga posterior al abuso sexual pueden generar mayores complicaciones.
- La reacción de la familia ante el evento. Para muchos adultos es difícil enfrentarse al hecho además, cuando el agresor es un miembro de la familia, los familiares pueden sentir la necesidad de negar el hecho, o la dependencia que puede ser económica o emocional hacia el agresor obliga a los familiares a callar y todo esto no ayuda al menor a disminuir el efecto traumático
- Tiempo en que ocurrió el evento. Se menciona que un tiempo largo de exposición o el encuentro ocasional generan distintos tipos de síntomas en el menor.³²

SECUELAS PSICOLÓGICAS EN VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL.

Estas secuelas pueden dividirse en inmediatas y tardías:

Inmediatas:

Los síntomas inmediatos pueden presentarse desde que el evento ocurre hasta por 2 años después. Estos pueden ser: temor, ansiedad, problemas en el

sueño, quejas somáticas, conductas regresivas, agresivas, hostilidad, enuresis, baja autoestima, incapacidad para confiar en los demás, depresión, comportamientos sexuales impulsivos compulsivos o en edades y sitios donde no es esperado que se presenten, vergüenza, culpa y por ultimo alteraciones con las conductas alimentarias como aumento o descenso repentino en la ingesta de alimentos.

Tardías.

En esta categoría aún se están hipotetizando las complicaciones y el peso que el abuso ejerce en el desarrollo de psicopatologías, mencionándose a los trastornos de personalidad, trastornos afectivos en la capacidad de socialización y en la elección de parejas con la posibilidad de repetir la victimización inicial. Los estudios más recientes hablan de que el abuso sexual tiene como complicación tardía a los trastornos de la conciencia, de somatización, del control de los impulsos y a trastornos de la conducta alimentaria. Múltiples autores mencionan que la Bulimia se relaciona con mayor frecuencia al antecedente de abuso sexual. Para Wonderlich el abuso sexual en la infancia es un factor de riesgo para sufrir Bulimia con múltiples psicopatologías asociadas,³³ menciona que entre una sexta y hasta una tercera parte de los casos de Bulimia tiene como antecedente el abuso sexual³⁴. Stephen y Wonderlich son los autores que más estudios han realizado y recopilado en apoyo a sus teorías de que el abuso sexual es un factor de riesgo para el desarrollo de Bulimia Nervosa este autor realizó estudios en población abierta en población psiquiátrica y en distintas poblaciones y en sus datos siempre encontró al abuso sexual como un factor consistente, en otro estudio realizado por los mismos autores donde comparaba 12 estudios realizados para medir el papel del abuso sexual en el desarrollo de trastornos alimentarios encontró ocho estudios que apoyaban su hipótesis y 4 que referían que el abuso sexual por sí mismo no condiciona el desarrollo de ningún trastorno alimentario; si embargo para Harrison y otros autores los estudios realizados hasta el momento no apoyan la evidencia de que el abuso sexual pueda condicionar trastornos

alimentarios. A decir de múltiples autores la afectación en cuanto al género es mayor en las mujeres quienes parecen tener más complicaciones posterior a una historia de abuso sexual en comparación con hombres y el tipo de abuso sufrido parece ser más grave que el que presentan los hombres y la forma en que cada sexo lo afronta también es diferente, el género masculino con mayor frecuencia desplaza comportamientos de victimización y el sexo femenino hace síntomas conversivos, son diferencias de género que pueden ayudar en el manejo de las posibles secuelas.^{35,36}

Epidemiología en Abuso sexual

La frecuencia con que el abuso sexual se presenta en la población general se ignora, en datos aportados por Filfenhor y Stoll y Wagner se menciona que un 15% de mujeres y un 10% de hombres han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, aunque solo uno de cada cinco casos es notificado en EEUU. En nuestro país no lo tenemos cuantificado y sólo contamos con datos aislados de algunas agencias especializadas en este delito

En México, las investigaciones se encuentran rezagadas y los datos de la frecuencia con que el abuso ocurre proviene de la información que proporcionan las agencias especializadas en delitos sexuales entre el 60 y 70% de las víctimas que sufren una violación en la ciudad de México son mujeres entre los 13 y los 18 años, de ellas, el 30% de los casos son perpetrados por algún familiar cercano; La proporción de menores puede variar de acuerdo a la agencia que aporte los datos pero la coincidencia en cuanto a la cantidad de mujeres menores agredidas es constante y según las estadísticas las agencias especializadas en delitos sexuales de 1989 a 1991, las denuncias aumentaron de 1434 a 2595 casos por año, lo que da un promedio actual de 9 violaciones por día, de las cuales 6 corresponden a menores. Aún cuando este no es el total de delitos, sí nos ayuda a vislumbrar el problema de salud que para las menores representa, tanto en los factores que la originan como en sus complicaciones.

En una patología en que los factores psicológicos, biológicos y sociales se encuentran tan mezclados que definir donde inicia uno y donde comienza el otro es difícil, si correlacionamos a las teorías biológicas psicológicas sociales y los factores de riesgo, concluiríamos que cuando ocurrió un evento traumático en un individuo susceptible con un yo aún no estructurado ocurre una secuencia de eventos de descarga de neurotransmisores que pueden tener su expresión en las alteraciones de la conducta alimentaria, las experiencias traumáticas como el abuso sexual en si mismo pueden desencadenar eventos inmediatos y tardíos mediados por el estrés pero las secuelas a largo plazo deben ser motivo de estudio y representan un factor de riesgo para los trastornos alimentarios,³⁷ por lo cual en este estudio trataremos de determinar la frecuencia en que puedan ocurrir los trastornos alimentarios en una población con antecedente de abuso sexual en la infancia.

Aunque el interés en los trastornos alimentarios es reciente, éstos se tienen descritos en la historia, los síntomas llamaron la atención desde la antigüedad los primeros relatos con los que se cuentan hacen descripciones muy aproximadas a los criterios con los que hoy contamos para hacer diagnósticos de Anorexia o Bulimia. Estos primeros relatos los relacionan a santos y a una época donde se tenía incluso un desprecio por el cuerpo por lo cual la emancipación del mismo era la mejor forma de demostrar el amor a Dios. Nuestra sociedad actual también ha hecho del cuerpo un vehículo para llegar al éxito o a la aceptación

JUSTIFICACION

En los últimos años se ha reportado que la Anorexia y la Bulimia han tenido un aumento en cuanto a la frecuencia con que se presentan tanto en población general como en población psiquiátrica. Se menciona también que las edades de inicio han disminuido y con ello la posibilidad de desarrollar mayores complicaciones. Las investigaciones sobre trastornos alimentarios en niños y

En una patología en que los factores psicológicos, biológicos y sociales se encuentran tan mezclados que definir donde inicia uno y donde comienza el otro es difícil, si correlacionamos a las teorías biológicas psicológicas sociales y los factores de riesgo, concluiríamos que cuando ocurrió un evento traumático en un individuo susceptible con un yo aún no estructurado ocurre una secuencia de eventos de descarga de neurotransmisores que pueden tener su expresión en las alteraciones de la conducta alimentaria, las experiencias traumáticas como el abuso sexual en si mismo pueden desencadenar eventos inmediatos y tardíos mediados por el estrés pero las secuelas a largo plazo deben ser motivo de estudio y representan un factor de riesgo para los trastornos alimentarios,³⁷ por lo cual en este estudio trataremos de determinar la frecuencia en que puedan ocurrir los trastornos alimentarios en una población con antecedente de abuso sexual en la infancia.

Aunque el interés en los trastornos alimentarios es reciente, éstos se tienen descritos en la historia, los síntomas llamaron la atención desde la antigüedad los primeros relatos con los que se cuentan hacen descripciones muy aproximadas a los criterios con los que hoy contamos para hacer diagnósticos de Anorexia o Bulimia. Estos primeros relatos los relacionan a santos y a una época donde se tenía incluso un desprecio por el cuerpo por lo cual la emancipación del mismo era la mejor forma de demostrar el amor a Dios. Nuestra sociedad actual también ha hecho del cuerpo un vehículo para llegar al éxito o a la aceptación

JUSTIFICACION

En los últimos años se ha reportado que la Anorexia y la Bulimia han tenido un aumento en cuanto a la frecuencia con que se presentan tanto en población general como en población psiquiátrica. Se menciona también que las edades de inicio han disminuido y con ello la posibilidad de desarrollar mayores complicaciones. Las investigaciones sobre trastornos alimentarios en niños y

adolescentes aún son pocas; han seguido múltiples teorías, biológicas, psicológicas y sociales. Algunas de esas investigaciones han hipotetizado al abuso sexual como uno de los factores más frecuentemente asociados al desarrollo de trastornos alimentarios, sin embargo, este punto aún se mantiene en controversia, debido a los ya resultados contradictorios. Existen informes en los que se indica que se ha producido abuso sexual en 20% a 50% de los pacientes que tienen Anorexia y Bulimia Nervosa; otros informes mencionan que el abuso sexual puede ser más frecuente en pacientes con Bulimia Nervosa, que entre pacientes con Anorexia Nervosa del tipo restrictivo. Las historias de abuso sexual son más frecuentes en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria que en mujeres de la población general; entre mujeres que tienen trastornos alimentarios y además abuso sexual se encuentran tasas más altas de comorbilidad psiquiátrica. Sin embargo, cuando estas investigaciones empezaron a ser más frecuentes a finales de las décadas de los 80s hubo un sobrediagnóstico y muchos problemas para poder diferenciar la frecuencia de abuso sexual tanto en población psiquiátrica como en población con trastornos alimentarios; algunos autores mencionan que esta asociación no existe y para la mayor parte aún queda muy controvertido este punto.

Aunque el abuso sexual como parte de las experiencias traumáticas en la infancia, se ha relacionado al desarrollo de diversas patologías psiquiátricas, en los trastornos alimentarios no se ha delimitado el papel que desempeñan; esto en parte motivado por los aspectos sociales y culturales que revisten al abuso sexual, lo que dificulta el contar con información confiable sobre la presencia de éste en pacientes con alteración alimentaria por lo que nuestro estudio parte de pacientes ya conocidos con abuso sexual, para evitar este sesgo, llevándonos de pacientes con el antecedente (abuso sexual), para buscar la probable relación (alteraciones alimentarias). En la atención de pacientes con abuso sexual que acuden al servicio de P.A.I.N.A.V.A.S (Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual). del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" se ha observado con cierta frecuencia la presencia de

alteraciones alimentarias, sin embargo la asociación de estas entidades como parte de la psicopatología de los adolescentes con el antecedente de abuso sexual aún no ha sido cuantificada en forma objetiva por lo que se considera relevante conocer si existe o no una asociación entre ambas entidades psiquiátricas, además de poder determinar si el antecedente de abuso sexual podría considerarse como un factor de riesgo para el posterior desarrollo de un Trastorno Alimentario.

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer la frecuencia de presentación de trastorno Alimentario del tipo Anorexia y Bulimia Nervosa entre adolescentes con antecedente de haber sido víctimas de abuso sexual que acuden al servicio de P.A.I.N.A.V.A.S.
- 2.- Conocer la frecuencia de presentación de Trastorno Alimentario del tipo Anorexia y Bulimia Nervosa entre adolescentes sin antecedente de haber sido víctimas de abuso sexual de los que acuden a Clínica de la Adolescencia del mismo hospital
- 3.- Evaluar si alguno de los tipos de abuso sexual se relaciona con mayor frecuencia a Anorexia y o Bulimia Nervosa en adolescentes con antecedente de haber sido víctima de abuso sexual en la población estudiada.
- 4.- Conocer la frecuencia con que se presenta la Anorexia entre pacientes adolescentes con antecedente de haber sido víctimas de abuso sexual en la población estudiada.
- 5.- Conocer la frecuencia con que se presente Bulimia entre pacientes adolescentes con antecedente de haber sido víctimas de abuso sexual en la población estudiada.

HIPOTESIS.

- 1.- La Anorexia y la Bulimia Nervosa se presentan con mayor frecuencia entre adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual en comparación con adolescentes que no tienen el antecedente.
- 2.- El tipo de abuso sexual vivido se correlaciona con los diferentes subtipos de Trastornos de la Alimentación del tipo Anorexia y o Bulimia Nervosa.
- 3.- La Bulimia se presenta con mayor frecuencia que Anorexia entre adolescentes con antecedente de haber sido víctimas de abuso sexual.

HIPÓTESIS NULA

La Anorexia y la Bulimia Nervosa no se correlacionan con el antecedente de haber sido víctima de abuso sexual.

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal Analítico Comparativo.

MATERIAL Y METODOS:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO DE CASOS

Pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas de 12 a 17 años de edad, con antecedente de haber sido víctimas de abuso sexual que acudieron a la clínica de P.A.I.N.A.V.A.S. del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" en quienes el abuso sexual tenía por lo menos 2 años de haberse presentado y que aceptaron participar en este estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL GRUPO DE CASOS

Pacientes con retraso mental y que no aceptaran participar en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO CONTROL

Pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 12 y 17 años de edad sin antecedente de haber sido víctimas de abuso sexual, que tenían por lo menos 2 años de acudir a la Clínica de Adolescencia del mismo hospital y que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL GRUPO CONTROL

Haber sido víctimas de Abuso sexual, retraso mental y que no aceptaran participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes que se negaron a participar en el estudio, pacientes con retraso mental y que no pudieron responder a la entrevista y a los cuestionarios.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes que acudieron a la clínica de abuso sexual (PAINAVAS) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y a la Clínica de Adolescencia del mismo hospital.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO:

Se incluyeron de manera secuencial a todos los pacientes que reunieron criterios de inclusión, cuando asistieron al servicio de PAINAVAS, se les aplicó

una entrevista clínica para tratar de establecer el diagnóstico de trastornos alimentarios, y la escala de "K D. SADS³⁸", las cual es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo con los criterios del DSMIII R y DSMIV esta se inicia con la entrevista diagnóstica donde se registran datos sociodemográficos y posteriormente una sección de tamizaje, que es la parte de la entrevista que investiga múltiples síntomas y evalúa la necesidad de suministrar una tercera sección llamada suplementaria, en este caso se aplicó el apartado para trastornos alimentarios, las cuales ya están validadas para nuestro medio y nos sirven para identificar Anorexia y Bulimia (anexo 1). Al inicio de la entrevista con el menor, el entrevistador lee y explica uno a uno los apartados de la entrevista, posteriormente se realiza el mismo proceso con el padre Aplicando inicialmente la parte de tamizaje y a los que califiquen como probables casos de alteración alimentaria, que son los pacientes que obtienen 3 de calificación en cada uno de los puntos que se interroga esta es una calificación que se llama umbral y que es la que define la necesidad de aplicar la parte suplementaria. Del expediente clínico se investigó antecedentes sobre el tipo de abuso sexual, tipo de agresor y fecha de la agresión, en todos los pacientes.

Se realizó un grupo control de 30 pacientes en el que los criterios de inclusión fueron adolescentes hombres y mujeres, con edades comprendidas entre 12 a 17 años; sin antecedente haber sido víctimas de abuso sexual, que asistían en el momento del estudio a la Clínica de la Adolescencia y que tenían por lo menos 2 años de asistir al Hospital Psiquiátrico por cualquier otro trastorno que no tuvieran retraso mental y que aceptaran los pacientes y los padres contestar esta entrevista; utilizando la misma entrevista que se aplico al grupo de casos, en los casos en que se detecto a través de la parte inicial de la entrevista abuso sexual se excluían del estudio y se completo la muestra en 30 pacientes.

VARIABLES:

INDEPENDIENTES

- A) Abuso sexual:
 - Variable cualitativa dicotómica (si/no)

- B) Tipo de Abuso:
 - Tipo de Variable: Cualitativa nominal, politómica
 - 1 violación
 - 2 tocamientos
 - 3 sexo oral
 - 4 exhibicionismo.

- C) Agresor:
 - Tipo de Variable: Cualitativa, nominal, politómica
 - Tío abuelo, padre padrastro, conocido con relación, desconocido
 - Edad al momento del abuso: años cumplidos.
 - Tipo de variable: Cuantitativa

DEPENDIENTE

Trastorno Alimentario:

Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica (presente o ausente)

Anorexia:

Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica (presente o ausente)

Bulimia:

Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica (presente o ausente)

DEMOGRÁFICA.

Edad: Edad en años en el momento de la entrevista.

Tipo de variable: Cuantitativa

Sexo:

Tipo de Variable: Cualitativa Dicotómica

VARIABLES OPERACIONALES

Abuso Sexual.

Se entiende por abuso sexual al involucramiento dependiente del desarrollo mental inmaduro de niños y adolescentes en actividades sexuales que ellos no comprenden completamente y que son incapaces de realizar bajo su consentimiento, contactos manuales orales o genitales u otro comportamiento explícitamente sexual impuesto al menor, ya que este no ha desarrollado la comprensión de la sexualidad que le permita dar una respuesta libre y plenamente consiente al comportamiento del adulto y con una diferencia mínima de 5 años de edad entre el agresor y la víctima.

Tipos de abuso

violación: acto en el que la víctima sufre penetración anal o vaginal con el pene por parte del agresor.

sexo oral: acto en el que la víctima sufre la penetración oral con el pene por parte del agresor.

tocamientos: acto en el que la víctima sufre tocamientos de sus genitales o mamas sin su consentimiento por parte del agresor.

exhibicionismo: acto en el que la víctima es forzada a presenciar conductas sexuales o al agresor desnudo.

Incesto: Relación sexual forzada en el que el agresor es algún miembro de la familia consanguínea.

ANOREXIA NERVOSA

- A Trastorno en el que la persona se niega a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla y durante el período de crecimiento se define como fracaso para conseguirlo, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable
- B miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.
- C Alteración en la percepción del peso o siluetas corporales
- D En mujeres pospuberales presencia de amenorrea de al menos tres ciclos consecutivos.
- Especificar tipo restrictivo si el paciente no recurre a atracones o purgas como por ejemplo vómito o uso excesivo de laxantes o diuréticos.
- Tipo compulsivo / purgativo
- Durante el período de Anorexia el individuo recurre a atracones o purgas.

BULIMIA NERVOSA

Es un trastorno que se caracteriza por conductas de atracones y métodos de compensación anómalos para no ganar peso.

- A Presencia de atracones un atracón se caracteriza por:

- 1 Ingesta de alimento en un período de 2 horas en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en las mismas circunstancias.
- 2 Sensación de pérdida de control sobre las conductas alimentarias.
- B Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de no ganar peso, como provocación del vómito uso excesivo de laxantes, diuréticos enemas u otros fármacos ayuno y ejercicio excesivo.
- C Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana un período de 3 meses.
- D La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia NERVOSA.
- Especificar tipo purgativo: Durante el episodio de Bulimia el individuo regularmente se provoca el vómito o usa laxantes diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: el individuo durante el episodio de Bulimia emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente al vómito, diuréticos enemas en exceso.

TRASTORNO ALIMENTARIO INESPECÍFICO.

Este trastorno consta de cuadros subsindromáticos de Anorexia o Bulimia es decir aquellos que no cumplen con todos los criterios requeridos para un diagnóstico estrictamente definido tipo Anorexia o Bullmia Nervosa.

"K D SADS PL"

Para evaluar todos estos trastornos se utilizó la entrevista semiestructurada KD SADS

Esta es una entrevista semiestructurada que presenta 3 secciones la primera de datos sociodemográficos y una breve descripción del padecimiento actual con espacios para que el entrevistador llene los reactivos, la 2ª parte llamada de tamizaje que agrupa preguntas organizadas de acuerdo a los criterios del DSMIII-R y DSMIV en cada uno de los diagnósticos que se están buscando esta sección se llama tamizaje y las puntuaciones son una integración de la respuesta del niño del padre y el criterio diagnóstico del entrevistados, con puntuaciones que van de 0 cuando no se cuenta con información, 1 una calificación que es negativa después una calificación de 2 que es subumbral y posteriormente de 3 cuando la calificación es umbral que de acuerdo a los criterios de aplicación indica el probable diagnóstico y la necesidad de confirmarlo pasando a la siguiente sección que se llama suplementaria que consta nuevamente de los puntos que comprende el DSM III-R y DSM IV que además hace una integración de la presencia de síntomas en el pasado y el estado actual, para otorgar el diagnóstico de Trastorno Alimentario. La duración de la entrevista varía de 60 a 90 minutos y se puede administrar en niños en edades comprendidas entre 6 y 17 años se hace la aclaración que cuando la entrevista es con adolescentes siempre inicia primero con el paciente, después con el padre y al último con ambos. El entrevistador debe estar formado en el campo de la psiquiatría y tener conocimiento de la psiquiatría infantil.³⁸

INSTRUMENTO ESTADÍSTICO:

Estadística Descriptiva:

Se calculo el promedio y la desviación estandar para la edad de los pacientes, así como el porcentaje para el sexo, escolaridad, presencia de divorcio, trastornos alimentarios y conductas alimentarias.

Estadística Analítica.

Se aplico prueba de U de Mann Withney para comparar la edad entre ambos grupos, se realizaron tablas de contingencia con calculo de la X^2 para comparar el sexo, trastornos alimentarios, conductas alimentarias, características de la familia; se calculo el factor de riesgo por medio de la razón de momios, con un intervalo de confianza del 95%, se realizó un análisis multivariado por medio de regresión logística tomando como factores el sexo, trastornos alimentarios, conductas alimentarias, características de la familia.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio no inflige consideraciones éticas ya que no se aplica una maniobra que pueda poner en peligro la vida o salud de los participantes, se pidió consentimiento informado a cada uno de los pacientes y los padres de los mismos que participaron en el estudio.

RESULTADOS:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se incluyeron al estudio un total de 60 pacientes, 30 con abuso sexual y 30 sin el; La edad promedio de los pacientes fue de 14.19 ± 1.6 años en los pacientes con

INSTRUMENTO ESTADÍSTICO:

Estadística Descriptiva:

Se calculo el promedio y la desviación estandar para la edad de los pacientes, así como el porcentaje para el sexo, escolaridad, presencia de divorcio, trastornos alimentarios y conductas alimentarias.

Estadística Analítica.

Se aplico prueba de U de Mann Withney para comparar la edad entre ambos grupos, se realizaron tablas de contingencia con calculo de la X^2 para comparar el sexo, trastornos alimentarios, conductas alimentarias, características de la familia; se calculo el factor de riesgo por medio de la razón de momios, con un intervalo de confianza del 95%, se realizó un análisis multivariado por medio de regresión logística tomando como factores el sexo, trastornos alimentarios, conductas alimentarias, características de la familia.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio no inflige consideraciones éticas ya que no se aplica una maniobra que pueda poner en peligro la vida o salud de los participantes, se pidió consentimiento informado a cada uno de los pacientes y los padres de los mismos que participaron en el estudio.

RESULTADOS:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se incluyeron al estudio un total de 60 pacientes, 30 con abuso sexual y 30 sin el; La edad promedio de los pacientes fue de 14.19 ± 1.6 años en los pacientes con

abuso y de 13.7 ± 1.9 años en los pacientes sin abuso, de los cuales el 30% corresponde al sexo masculino y el 70% femenino para el grupo de abuso y 33% al sexo masculino y 67% al femenino para los controles (tabla 1); con relación a las características del núcleo familiar de los pacientes que presentaron abuso sexual, el 36.7% provenían de familias divorciadas, en tanto en los controles se observó un 40% de divorcios; la familia estaba compuesta por ambos padres en el 40% del grupo de casos y en el 56.7% de los controles, por la madre únicamente en el 40% y el 23% respectivamente y por madre y padrastro en el 3.3% y el 6.7% respectivamente; en los casos el 16.7% vive con extraños vs 10% de los controles; el 93.3% de los casos y el 90% de los controles tenían al menos un hermano (tabla 2); los entrevistados aceptaron la existencia de abuso físico intra familiar en el 26.7% del grupo de abuso y en el 30% de los controles, en tanto que el abuso psicológico intra familiar se reconoció en el 63.3% de los casos y en el 50% de los controles; encontrándose disfunción familiar en el 70% del grupo de abuso y en el 76.7% de los controles (tabla 3); respecto al nivel de estudios entre ambos grupos, se encontró educación primaria en el 13.3% vs 10% de los casos comparados con controles, secundaria en el 76.7% vs 60% y bachillerato en el 10% vs 30%; no se encontró diferencia estadísticamente significativa para ninguna de estas variables.

Tabla 1. COMPARACIÓN DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

VARIABLE DEMOGRÁFICA		Con Abuso	Sin Abuso	"p"
Edad		14.6 \pm 1.4 años	13.7 \pm 1.8 años	NS
Sexo	Masculino	30%	36.7%	NS
	Femenino	70%	63.3%	
Escolaridad	Primaria	13.3%	10%	NS
	Secundaria	76.7%	60%	
	Bachillerato	10%	30%	

Se aplicó U de Mann Withney para el cálculo de "p" para edad y prueba de X^2 para el sexo y la edad. Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$

Tabla 2. COMPARACIÓN DEL AMBIENTE FAMILIAR ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

AMBIENTE FAMILIAR		Con Abuso	Sin Abuso	"p"
Hermanos		93.3%	90%	NS
Núcleo Familiar	Ambos Padres	40%	56.7%	NS
	Madre	40%	23%	
	Madre y Padrastro	3.3%	6.7%	
Vive con no familiares		16.7%	10%	NS

Se aplico una prueba de X^2 para el calculo de "p". Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$

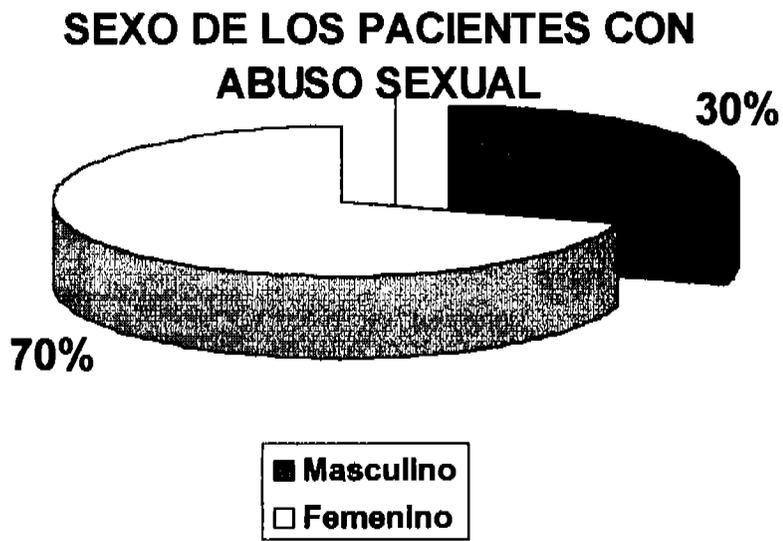
Tabla 3. COMPARACIÓN DE LA DINAMICA FAMILIAR ENTRE AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

DINÁMICA FAMILIAR	Con Abuso	Sin Abuso	"p"
Divorcio	36.7%	40%	NS
Disfunción Familiar	70%	76.7%	NS
Abuso Físico Intra familiar	26.7%	30%	NS
Abuso Psicológico Intra familiar	63.3%	50%	NS

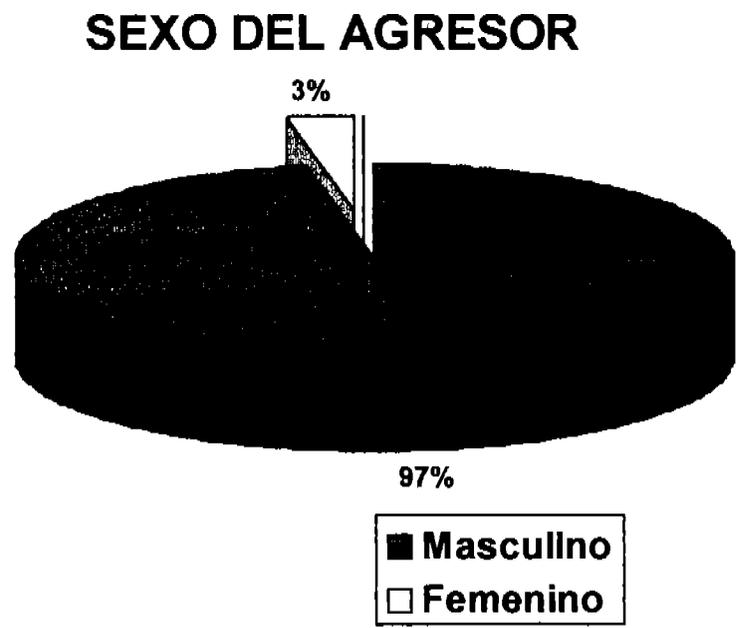
Se aplico una prueba de X^2 para el calculo de "p". Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$

Con respecto al grupo de abuso, la edad en el que este ocurrió fue de 8.8 ± 3 años. El tipo de abuso sufrido por los pacientes fue violación 43.3%, sexo oral 10%, tocamientos 43.3%, exhibicionismo 3.3%(grafica 3); en cuanto a la relación con el agresor, el 23.3% fue el tío, otro 23.3% conocidos sin parentesco, 16.7% primos, 10% el padre, 10% desconocidos, 6.7% el abuelo, 6.7% hermano y el 3.3% padrastro (tabla 4). Se levanto acta legal en el 30% de los casos; en el 70% de estos casos la demanda no tuvo seguimiento legal. El tiempo promedio en que ocurrió el abuso hasta el momento de la entrevista fue de 5 ± 3 años con un rango de 1 a 11 años. El número de eventos de abuso ocurridos fue de 5 con rangos de 1 a 60 eventos (tabla 5).

Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3

TIPO DE ABUSO SEXUAL

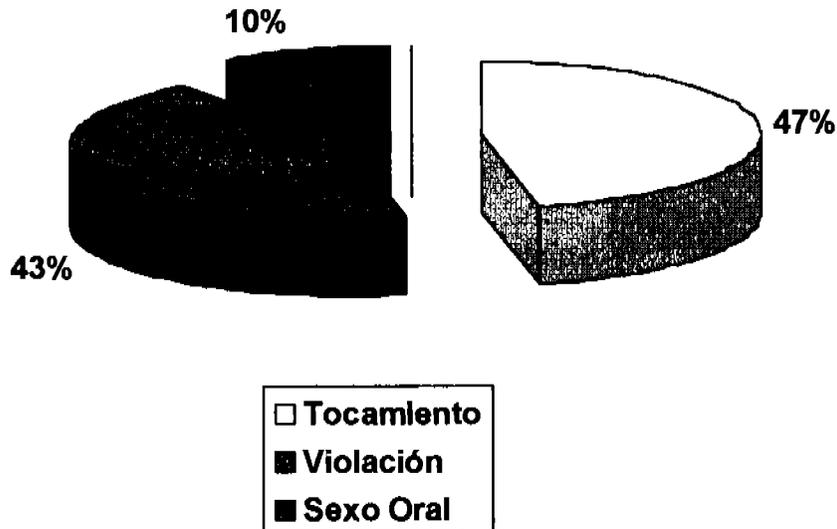


Tabla 4

PARENTESCO CON EL AGRESOR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
PADRE	3	10,0	10,0
ABUELO	1	3,3	13,3
TIO	7	23,3	36,7
PADRASTRO	1	3,3	40,0
PRIMO	6	20,0	60,0
DESCONOCIDO	3	10,0	70,0
SIN PARENTESCO	7	23,3	93,3
HERMANO	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	

Tabla 5 VARIABLES EN RELACION AL EVENTO DE ABUSO SEXUAL

	Rango	Promedio	D.S.
Edad al momento del abuso	4-15 años	8.8 años	3.0 años
Tiempo desde el abuso	1-8 años	5 años	3.0 años
Nº de eventos de abuso	1-60	9.9	15.4

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al realizar un análisis bivariado, en este estudio se encontró aparentemente una relación para la presencia de bulimia entre los pacientes que presentaron abuso sexual 26.7% vs. 3.3% en los controles ($p=0.013$, OR 2, IC₉₅ 1.4-3.0); ninguno de los pacientes en ninguno de los 2 grupos presentó anorexia; por otro lado los trastornos alimentarios inespecíficos también se encontraron con una frecuencia mayor entre el grupo de pacientes con abuso sexual 46.7% vs 3.3% ($p=0.000$, OR 2.6, IC₉₅ 1.7-3.9); En relación con cada uno de los ítem evaluados por el K-SADS-PL, se encontró en relación con atracones al menos 2 veces por semana durante 3 meses o más en un 60% de los niños con abuso vs. 6.7% ($p=0.000$ OR 3, IC₉₅ 1.8-4.9); pérdida de control sobre las conductas alimentarias 56.7% vs 3.3% ($p=0.000$ OR 3.05, IC₉₅ 1.9-4.8); se involucra fácilmente en conductas como purgarse o métodos rápidos para control de peso 36.7% vs 6.7% ($p=0.005$ OR 2, IC₉₅ 1.3-3.1); preocupación excesiva por imagen corporal 66.7% vs 6.7% ($p=0.000$ OR 3.4, IC₉₅ 1.99-5.9); distorsión de la imagen corporal 43.3% vs 3.3% ($p=0.000$ OR 2.5, IC₉₅ 1.6-3.7); temor intenso a ser obeso 73.3% vs 10% ($p=0.000$ OR 3.85, IC₉₅ 2-7.1) (tabla 6, 7 graficas 4-5).

Tabla 6. DIFERENCIAS ENTRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS COMPARADOS CON LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

TRASTORNO ALIMENTARIO	Con Abuso	Sin Abuso	OR, IC₉₅	"p"
Bulimia	26.7%	3.3%	2, 1.39-3.0	0.013
Anorexia	0%	0%		NS
Trastorno Alimentario Inespecífico	46.7%	3.3%	2.6, 1.7-3.9	<0.001

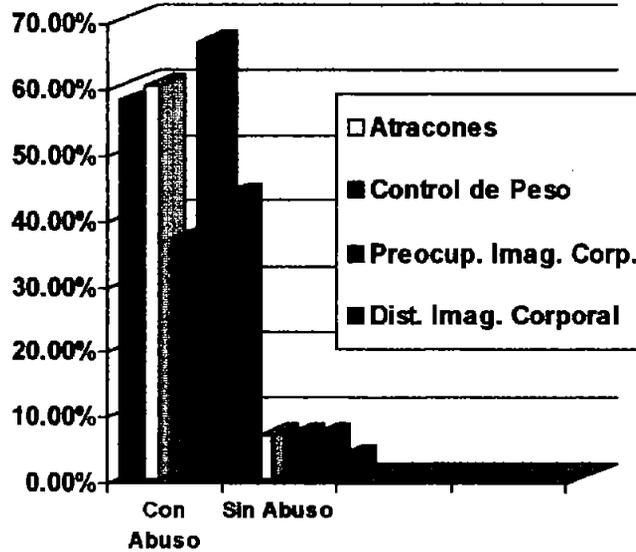
Se aplicó una prueba de X^2 para el cálculo de "p". Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$. Se calculó el factor de riesgo de acuerdo a la Razón de Momios, llevando a un Intervalo de Confianza del 95%.

Tabla 7. DIFERENCIAS ENTRE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS COMPARADOS CON LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

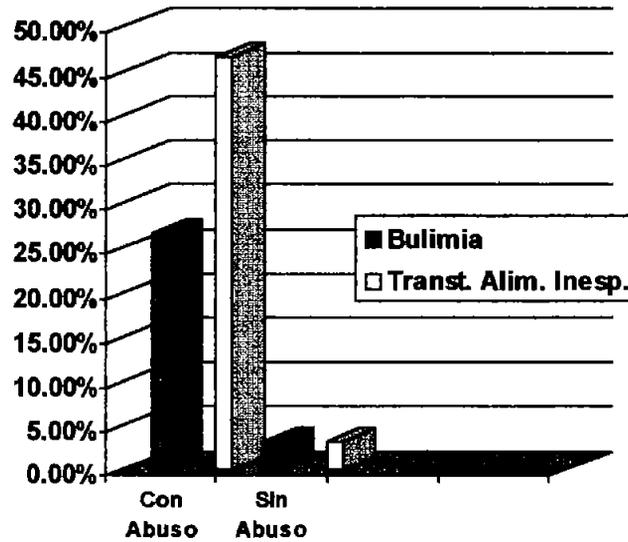
CONDUCTAS ALIMENTARIAS	Con Abuso	Sin Abuso	OR, IC₉₅	"p"
Perdida Control Cond. Alim.	57.7%	3.3%	3, 1.9-4.8	<0.001
Atracones	60%	6.7%	3, 1.8-4.9	<0.001
Conductas para Control Peso	36.7%	6.7%	2, 1.3-3.1	0.005
Distorsión de Imagen Corporal	43.3%	3.3%	2.5, 1.6-3.7	<0.001
Preocupación por Imagen Corporal	66.7%	6.7%	3.4, 1.9-5.9	<0.001

Se aplicó una prueba de X^2 para el cálculo de "p". Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$. Se calculó el factor de riesgo de acuerdo a la Razón de Momios, llevando a un Intervalo de Confianza del 95%.

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE ACUERDO A LOS GRUPOS DE ESTUDIO



TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE ACUERDO A LOS GRUPOS DE ESTUDIO



No se encontró amenorrea, pérdida de peso de más del 15% ni conductas purgativas en ninguno de los dos grupos. Con relación al IMC en el grupo con abuso se encontró 22.1 ± 3.8 comparado con 21 ± 2.9 para el grupo control (p NS). Se analizó el tiempo transcurrido desde el abuso para el desarrollo de alteraciones, encontrando que en los pacientes con más de 4 años desde el abuso presentan con mayor frecuencia ataques de comer en relación con los que tenían menos de 4 años (76.5% vs. 38.5% $p=0.042$ OR 2.1, IC₉₅ 0.9-5); las conductas para control de peso se manifestaron en el 52.9% vs 15.4% ($p=0.04$ OR 1.9, IC₉₅ 1.07-3.5); la preocupación por la imagen corporal se encontró en el 88.2% vs 38.5 ($p=0.006$ OR 3.7, IC₉₅ 1.05-13.2) no se encontraron diferencias significativas entre el tiempo transcurrido desde el abuso y la presencia de bulimia o alteraciones alimentarias (tablas 8,9).

Tabla 8. PROPORCION DE TRASTORNO ALIMENTARIO DE ACUERDO AL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ABUSO SEXUAL.

TRASTORNO ALIMENTARIO	<4 a. Abuso	>4a Abuso	“p”
Bulimia	15.4%	35.3%	NS
Trastorno Alimentario Inespecífico	38.5%	52.9%	NS

Se aplicó una prueba de X^2 para el cálculo de “p”. Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$.

Tabla 9. PROPORCION DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE ACUERDO AL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ABUSO SEXUAL.

CONDUCTA ALIMENTARIA	<4 a. Abuso	>4a Abuso	OR, IC ₉₅	"p"
Perdida Control Cond. Alim.	38.5%	70.6%		NS
Atracones	38.5%	76.5%	2.1, 0.9-5.0	0.04
Conductas para Control Peso	15.4%	52.9%	1.9, 1.1-3.5	0.04
Distorsión de Imagen Corporal	30.8%	52.9%		NS
Preocupación por Imagen Corporal	38.5%	88.2%	3.7, 1.1-13.2	0.006

Se aplicó una prueba de X^2 para el cálculo de "p". Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$. Se calculó el factor de riesgo de acuerdo a la Razón de Momios, llevando a un Intervalo de Confianza del 95%.

Por otro lado se revisó si el tipo de abuso sufrido influyó en el desarrollo de bulimia o de trastorno alimentario inespecífico, dividiéndolo como abuso con penetración (violación o coito simulado), comparado con abuso sin penetración (tocamientos o exhibicionismo), no encontrando diferencias significativas ni para bulimia (25% vs 28.6% p NS) como para trastorno alimentario inespecífico (50% vs 42.9% p NS) (tabla 10); se investigó si otros factores como divorcio de los padres, presencia de disfunción familiar, abuso físico o psicológico intra familiar, sexo y edad de los pacientes, podrían relacionarse con el desarrollo de alteraciones alimentarias y/o bulimia, no encontrándose una diferencia clínica o estadística que pudiera sugerir esta relación; respecto al sexo de los pacientes, se pudo observar una ligera relación entre el temor de ser obeso, el cual es más frecuente en el sexo femenino 52.5% vs masculino 20% ($p=0.015$ OR 1.5 IC₉₅ 1.09-2.1) y con la preocupación excesiva por la imagen corporal, 45% de mujeres vs 20% de los hombres ($p=0.051$ NS); con relación al sexo de los pacientes con abuso sexual y presencia de bulimia, se encontró una mayor frecuencia entre mujeres 20% vs. 5% en hombres con una proporción de 4:1 (p NS) (tabla 11; De acuerdo a las conductas alimentarias, los atracones al menos 2 veces por semana

o más se presentó en 40% de las mujeres y 20% de los hombres (p NS) (tabla 12), no observándose esta proporción en los controles.

Tabla 10. PROPORCION DE PACIENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIO DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE PENETRACIÓN DURANTE EL ABUSO SEXUAL.

TRANSTORNO ALIMENTARIO	Abuso Con Penetración	Abuso sin Penetración	“p”
Bulimia	25%	28.6%	NS
Alteración Alimentaria Inespecífica	50%	42.9%	NS

Se aplicó una prueba de X^2 para el cálculo de “p”. Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$.

Tabla 11. PROPORCION DE TRASTORNO ALIMENTARIO DE ACUERDO AL SEXO DE LOS PACIENTES.

TRANSTORNO ALIMENTARIO	Masculino	Femenino	OR, IC₉₅	“p”
Bulimia	5%	20%	1.4, 1.1-1.9	NS
Transtorno Alimentario Inespecífico	15%	30%		NS

Se aplicó una prueba de X^2 para el cálculo de “p”. Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$. Se calculó el factor de riesgo de acuerdo a la Razón de Momios, llevando a un Intervalo de Confianza del 95%.

Tabla 12. PROPORCION DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE ACUERDO AL SEXO DE LOS PACIENTES.

TRANSTORNO ALIMENTARIO	Masculino	Femenino	OR, IC₉₅	“p”
Perdida Control Cond. Alim.	20%	35%		NS
Atracones	20%	40%		NS
Conductas para Control Peso	10%	27.5%		NS
Distorsión de Imagen Corporal	10%	30%	1.4, 1.1-1.9	NS
Preocupación por Imagen Corporal	20%	45%	1.4, 1.1-1.9	NS
Temor a ser Obeso	20%	52.5%	1.5, 1.1-2.1	0.015

Se aplicó una prueba de X^2 para el cálculo de “p”. Se consideró un factor de significancia de $p < 0.005$. Se calculó el factor de riesgo de acuerdo a la Razón de Momios, llevando a un Intervalo de Confianza del 95%.

Se realizó también un análisis de regresión logística, incluyendo en el modelo factores potencialmente estresantes, características de la familia y el sexo de los pacientes que pudieran influir para la aparición de bulimia, alteraciones alimentarias o alteraciones en cada uno de los ítems de la escala K-SADS-PL. Estas variables incluidas fueron: antecedente de abuso físico intra familiar, antecedente de abuso psicológico intra familiar, antecedente de disfunción familiar, presencia de divorcio en la familia, composición del ambiente familiar, tener hermanos, vivir con extraños y sexo de los pacientes, además de la presencia de abuso sexual; se encontró en forma consistente la presencia de abuso sexual como el principal factor asociado con alteraciones alimentarias (R^2 0.25, $p=0.000$); bulimia (R^2 0.107, $p=0.011$); temor intenso a ser obeso (R^2 0.413, $p=0.000$); preocupación por la imagen corporal (R^2 0.388, $p=0.000$); pérdida de control sobre las conductas alimentarias (R^2 0.0.339, $p=0.000$); distorsión de la imagen corporal (R^2 0.224, $p=0.000$); conductas para control de peso (R^2 0.004); ataques de comer (R^2 0.320, $p=0.000$). De las otras variables incluidas en el modelo, el sexo resultó ligeramente relacionado para el temor intenso a ser obeso (R^2 0.097, $p=0.016$) y para la preocupación por la imagen corporal (R^2 0.06, $p=0.06$), así también el ambiente familiar tuvo una ligera relación con el temor

intenso a ser obeso (R^2 0.098, $p=0.015$). No se encontró una relación con las demás variables.

DISCUSIÓN:

En nuestro estudio en cuanto a la hipótesis de encontrar Anorexia y Bulimia entre adolescentes que fueron víctimas de abuso sexual en comparación con adolescentes sin el antecedente, no se encontró ningún caso de Anorexia Nervosa, pero se observa una asociación entre abuso sexual y el desarrollo de Bulimia y como un hallazgo se encontró Trastorno Alimentario Inespecífico, la cual fue posible encontrar tanto al realizar un análisis bivariado, como al desarrollar un modelo de regresión logística, con una fuerza de asociación suficiente como para considerar la probable participación de este factor en la génesis de los trastornos alimentarios en este estudio. A este respecto otros autores concluyen que el abuso sexual es un factor de riesgo para el desarrollo de bulimia, dando cifras de entre un sexto hasta un tercio de bulimia que se puede atribuir al abuso sexual Stephen A. Wonderlich en un estudio que realizó en una muestra representativa de 1099 personas su estudio fue en población abierta³⁴ lo cual se encuentra de acuerdo con nuestros resultados, sin embargo otros autores como Harrison quien realizó estudios de comparación entre mujeres americanas austriacas y brasileñas. Sin embargo en estos estudios partieron de poblaciones donde aplicaron ambas se preguntó en población sana por el antecedente de abuso sexual y todas las personas incluidas fueron entrevistadas y evaluadas con los criterios del DSM III-R para detectar la presencia de trastornos alimentarios y aún los estudios de Harrison²⁹ no han podido demostrar en forma concluyente esta asociación.

Con respecto a la segunda hipótesis no se encontró ninguna correlación entre el tipo de abuso sexual vivido y la presentación de algún trastorno alimentario similar a los resultados de Kimberly en su estudio de Marzo del 2000 en los que no encontró que las características del abuso en si se relacionaran con

intenso a ser obeso (R^2 0.098, $p=0.015$). No se encontró una relación con las demás variables.

DISCUSIÓN:

En nuestro estudio en cuanto a la hipótesis de encontrar Anorexia y Bulimia entre adolescentes que fueron víctimas de abuso sexual en comparación con adolescentes sin el antecedente, no se encontró ningún caso de Anorexia Nervosa, pero se observa una asociación entre abuso sexual y el desarrollo de Bulimia y como un hallazgo se encontró Trastorno Alimentario Inespecífico, la cual fue posible encontrar tanto al realizar un análisis bivariado, como al desarrollar un modelo de regresión logística, con una fuerza de asociación suficiente como para considerar la probable participación de este factor en la génesis de los trastornos alimentarios en este estudio. A este respecto otros autores concluyen que el abuso sexual es un factor de riesgo para el desarrollo de bulimia, dando cifras de entre un sexto hasta un tercio de bulimia que se puede atribuir al abuso sexual Stephen A. Wonderlich en un estudio que realizó en una muestra representativa de 1099 personas su estudio fue en población abierta³⁴ lo cual se encuentra de acuerdo con nuestros resultados, sin embargo otros autores como Harrison quien realizó estudios de comparación entre mujeres americanas austriacas y brasileñas. Sin embargo en estos estudios partieron de poblaciones donde aplicaron ambas se preguntó en población sana por el antecedente de abuso sexual y todas las personas incluidas fueron entrevistadas y evaluadas con los criterios del DSM III-R para detectar la presencia de trastornos alimentarios y aún los estudios de Harrison²⁹ no han podido demostrar en forma concluyente esta asociación.

Con respecto a la segunda hipótesis no se encontró ninguna correlación entre el tipo de abuso sexual vivido y la presentación de algún trastorno alimentario similar a los resultados de Kimberly en su estudio de Marzo del 2000 en los que no encontró que las características del abuso en sí se relacionaran con

algún trastorno alimentario en ese estudio al igual que el nuestro la población, en población psiquiátrica. Con base en los resultados otro hallazgo presentado fue que a mayor tiempo transcurrido desde el evento de abuso sexual, existe una sintomatología más florida de la Bulimia o de los Trastornos Alimentarios Inespecíficos y aunque no se pudo demostrar que esto influyera en una mayor incidencia de estas alteraciones, es posible que en un estudio longitudinal se pueda encontrar en forma concluyente la participación del tiempo transcurrido para una mayor proporción de pacientes enfermos, ya que la literatura reporta que la conducta de atracón puede preceder con un año a las conductas de vómito o compensatorias¹⁰ eso nos explicaría la alta frecuencia de trastornos alimentarios inespecíficos encontrados en este estudio; es decir trastornos donde solo faltan las conductas compensatorias para completar el diagnóstico de bulimia y que pudieran eventualmente evolucionar en el tiempo.

Como ya se mencionó, aunque nuestros resultados son similares a los ya encontrados por otros autores, es necesario recalcar que no todos los estudios realizados al respecto han encontrado en forma concluyente una asociación entre abuso sexual y trastornos alimentarios, un factor que podría influir para esta variabilidad, es por un lado el sesgo que se origina al tratar de investigar la presencia de abuso sexual en una población abierta, ya que por los prejuicios que giran en relación a esta situación muchos pacientes pueden llegar a negar este hecho en las encuestas realizadas, lo que lleva a una subvaloración de la importancia de esta relación; en nuestro estudio este sesgo se encuentra parcialmente controlado, ya que partimos de la causa (presencia de abuso), para buscar el efecto en la población de estudio, aunque se cuenta con el problema de no tener la certeza en la población control de la ausencia de abuso sexual.

Sin embargo existen dos situaciones que pueden llevarnos a cometer un error en la interpretación de los resultados; por un lado al tratarse de un estudio transversal, no podemos estar totalmente seguros que en los pacientes con abuso, no existía previamente una alteración alimentaria, sin embargo tomando en

cuenta que la población estudiada corresponde a pacientes adolescentes y la edad promedio en que se presentó el evento de abuso fue a los 8 años, resulta poco probable que se presente esta situación. La otra fuente de error proviene del hecho de partir de una población con abuso sexual que se encuentra en manejo psiquiátrico, por lo que resulta probable que el evento resulte más traumático que entre aquellos pacientes con abuso que no buscan ayuda ó más aun que la estructura de personalidad de estos pacientes los haga más sensibles y por lo tanto más propensos a desarrollar alteraciones alimentarias.

CONCLUSIONES:

En conclusión los resultados encontrados parecen apoyar la existencia de una correlación entre presencia de abuso y desarrollo de trastornos alimentarios, sin embargo es necesario el desarrollo de más estudios, principalmente longitudinales para poder confirmar esta situación. Nosotros proponemos para investigaciones posteriores, el partir de poblaciones conocidas de haber sufrido un evento de abuso y captadas en forma temprana posterior al evento para poder establecer una relación de causa-efecto y seguidas por lo menos durante un periodo de 4 años o más, ya que fue el tiempo encontrado en nuestra serie en que se presenta un cuadro más florido.

cuenta que la población estudiada corresponde a pacientes adolescentes y la edad promedio en que se presentó el evento de abuso fue a los 8 años, resulta poco probable que se presente esta situación. La otra fuente de error proviene del hecho de partir de una población con abuso sexual que se encuentra en manejo psiquiátrico, por lo que resulta probable que el evento resulte más traumático que entre aquellos pacientes con abuso que no buscan ayuda ó más aun que la estructura de personalidad de estos pacientes los haga más sensibles y por lo tanto más propensos a desarrollar alteraciones alimentarias.

CONCLUSIONES:

En conclusión los resultados encontrados parecen apoyar la existencia de una correlación entre presencia de abuso y desarrollo de trastornos alimentarios, sin embargo es necesario el desarrollo de más estudios, principalmente longitudinales para poder confirmar esta situación. Nosotros proponemos para investigaciones posteriores, el partir de poblaciones conocidas de haber sufrido un evento de abuso y captadas en forma temprana posterior al evento para poder establecer una relación de causa-efecto y seguidas por lo menos durante un periodo de 4 años o más, ya que fue el tiempo encontrado en nuestra serie en que se presenta un cuadro más florido.

BIBLIOGRAFÍA.

- ¹Turón Gil, V. "Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación". En *Trastornos de la alimentación. Anorexia Bulimia y obesidad*. Pags 3- 16. Ed Masson. Barcelona, 1997.
- ² Chinchilla Moreno, A. "Revisión histórica de la Anorexia y Bulimia Nervosa". En: *Anorexia y Bulimia Nervosa* .Ed Ergon S.A.. Madrid, 1994 págs. 13-29
- ³ Bulik c, Sullivan PF, Fear J, Predictors on the development of bulimia Nervosa in women with Anorexia Nervosa. *Int J Ment Dis* 1997; 185:704-707
- ⁴ Bunell DW, Shenker IR Subclinical versus formal eating disorders; differentiating psychological features *Int J Eat Disord* 1990; 9:357-362
- ⁵Sullivan PF: Mortality in Anorexia Nervosa *Am. J. Psychiatry* 1995; 152:1073-1074.
- ⁶ DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales *Trastornos de la Alimentación* ed. Masson, S.A. Edición Española. 1995.
- ⁷ Stein D, Menged S, Partial eating disorders in a community sample of female adolescents *J Am. Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1116-1123
- ⁸ Nielsen S. Epidemiology and Mortality of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 201-213
- ⁹ Szuts R Epidemiología de los trastornos alimentarios. *Am Psychiatric Asociation P SA-R* 6 24-25.
- ¹⁰ Kaplan H. Sadock B. (eds.) ,*Trastornos de la Conducta Alimentaria* cap 23, En: *Sinopsis de Psiquiatria* 8a Edición Madrid 1999 816-835.
- ¹¹ Steinhausen HC Raus. Follow up studies of Anorexia Nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychol Med* 1991; 21: 447-454
- ¹² Nielsen S. Epidemiology and Mortality of Eating disorders. *Eat Disord* 2001; 24: 201-213
- ¹³ Harris EC C B. Excess mortality of mental disorder *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53
- ¹⁴ Mumford DB: Eating disorders in different cultures. *Int Rev Psychiatry* 1993; 5: 109-114
- ¹⁵ Smolak L, Murnen SK, Ruble AE: Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 371-380
- ¹⁶ Steiner H. MD Lock J, Ph *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 years*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1998; 37: 352-359.
- ¹⁷ Georges L, Epidemiology of the eating disorders *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19:
- ¹⁸ Kelly L, Klump PhD, The evolving genetic foundations of eating disorders, *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 215-225

-
- ¹⁹ Salin P,J Disorexias capítulo 15, En: Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la NEUROPSIQUIATRIA México 1997 pp. 205-208
- ²⁰ Blundell J. E, Pharmacological approaches to appetite suppression. *Clinical Neuropharmacology* 1990;13: 361-391
- ²¹ Blundell J.E. Hill AJ. Serotonin, eating disorders and the satiety cascade En G.B. Cassano & Akisal (Eds.),Serotonin-system-related syndromes (SRS)-Psychopathological and therapeutic links pp 125-129 Royal Society of Medicine Services. Internacional Congress and Symposium Series No. 165. 1990.
- ²² Hisato M Walter.:Pscopathological Characteristics of Recovered Bulimics who have a History of Physical or Sexual Abuse. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187 472-477
- ²³ Wensten D,Harnden J,Personality Profiles in Eating Disorders:Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II. *Am J Psychiatry* 2001;158: 547-562
- ²⁴ Waller G, Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 664-671
- ²⁵Rorty M . Yanger J, Histories Of Childhood Trauma and Complex Postraumatic sequelae in womwn with eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 773-791
- ²⁶Perkins D, Luster T. The relationship between sexual abuse and purging: Findings from Community-Wide surveys of female Adolescent. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23: 371-382
- ²⁷ Bulik CM, Sullivan Chilhood sexual abuse in women with bulimia. *J Clin Psychiatry* 1989; 50: 460-464
- ²⁸Wonderlich sa, Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1107-1115
- ²⁹ Harrison G. pope Is Childhood Sexual Abuse a Risk Factor for Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry* 1992; 4: 455-463
- ³⁰ Finkelhord, D. Abuso sexual al menor. Tercera reimpression 1980 35-43 Impreso en Colombia.
- ³¹ Anzieu D.Descubrimiento En: El yo. Piel Tercera Edición 1998 Impreso Madrid pp 16-46
- ³² Sullivan D. Everstine L.El niño victima capítulo 6 primera reimpression El Sexo que se calla 85-218 1997.Impreso en Colombia.
- ³³ Sthephen A. Wonderlich Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1107-1115
- ³⁴ Stephen A, Wonderlich. Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample, *A J Pub Health* 1996; 8:1082-1086
- ³⁵Mccleallan, J. Mccurry C. Relationship between sexual abuse,gender, and sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill youths, *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 36: 959-965

³⁶ Zlotnick C, Hohlstein A. The relationship between sexual abuse and eating pathology . Int J Eat Disord 1996; 20: 129-134

³⁷ Casper R, Lyubomirsky Individual Psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic eating pattern. Int J Eat Disord 1997; 21: 229-236

³⁸Kaufman J, Birmaher B, Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children- present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 980-988

Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children (K-SADS-PL)

Versión México

(Versión traducida y adaptada, por Ana Fresan, Claudia Blas, Rogelio Apiquián, Rosa Elena Ulloa, Francisco de la Peña y Silvia Ortiz del Instituto Mexicano de Psiquiatría y de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Comunicación: adolesc@imp.edu.mx)

Antecedentes

Entrevista Introductoria

Nombre del niño o adolescente: _____

Nombre del clínico que entrevista: _____

Nombre del adulto entrevistado: _____ Parentesco con el niño: _____

¿Existe alguna persona más cercana al niño que pueda ser entrevistado? Si No

Nombre: _____ Parentesco con el niño: _____

Teléfono: _____

Fecha de la entrevista: _____

Lugar de la entrevista: _____

Expediente: _____

Datos Demográficos:

1.-Fecha de nacimiento:

_____ Mes _____ Día _____ Año

2.-Edad: _____

3.-Sexo: _____

4.-Raza (Observar)

- | | |
|-------------|----------------------------|
| 1=Caucásica | 4=Oriental |
| 2=Indígena | 5=Mestiza |
| 3=Negra | 6=Otra (especificar) _____ |

5.- Ambiente familiar del niño

(marque los que viven con el paciente)

NO SI

Mamá biológica	1	2
Padre biológico	1	2
Madrastra	1	2
Padrastra	1	2
Padres Adoptivos	1	2
Hermanos	1	2
Abuelos	1	2
Otros parientes	1	2
Otros no parientes	1	2
Residencia institucional	1	2
Otra	1	2

Nombre y dosis de medicamentos pasado que ha recibido: _____

Medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

¿Hipersensibilidad o alergias a algún medicamento o sustancia? Si _____ No

Nombre del medicamento o sustancia _____ Reacción _____

Nombre del medicamento o sustancia _____ Reacción _____

Inmunización: ___ Completa Incompleta ___ Sin información ___ No

sabe el entrevistado ___ Se provee información y se anexa.

Otra inmunización v.gr. vs hepatitis B: _____

Historia del desarrollo

Complicaciones durante el embarazo, labor y/o parto: ___ Si ___ No

Si hubo, explique _____

¿Uso de drogas o alcohol durante el embarazo? ___ Si ___ No

Explique _____

¿Relaciones sociales con iguales o adultos durante la infancia temprana? _____

Explique _____

¿El desarrollo (hablar, caminar, control esfínteres) fue dentro de los límites normales ___ Si ___ No

Explique _____

Abuso o negligencia

Historia de Abuso ___ Si ___ No

Si, qué clase de abuso ___ Físico ___ Descuido ___ Sexual Psicológico _____

Si el abuso fue identificado antes de la evaluación ___ durante esta evaluación

La edad del paciente en el tiempo del abuso 5 años

¿Se levantó acta legal?: Si ___ No No esta seguro ___ Fecha aprox.: _____

El reporte fue: Fundamentado ___ No fundamentado ___ No esta seguro

Acción tomada de ser fundamentado, número de acta : _____

Relación del perpetrador con el paciente : - Su hermano adulto 12 años

¿El niño tiene algún contacto actual con el perpetrador? No Si No esta seguro

¿Se mantiene el contacto entre la autoridad y la familia? No Si

Comentarios : _____

Riesgo actual de abuso

Precocidad sexual Posible abuso físico Posible abuso/riesgo sexual

Interés de los padres/ miedo al abuso

Historia de tratamientos psiquiátricos:

Edad	Fecha de Tratamiento	Síntomas o Condición	Tratamiento/ Lugar
12	_____ a _____	- timidez	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____
_____	_____ a _____	_____	_____

Edad del primer tratamiento siendo paciente de consulta externa : - 12 años

Edad de la primera hospitalización psiquiátrica : _____

Número de hospitalizaciones psiquiátricas : - 12 años

Medicación psicotrópica :

Sedantes o tranquilizantes: _____

Antipsicóticos: _____

Antidepresivos _____

Estimulantes _____

Estabilizadores del ánimo: _____

Otro (especificar) _____

Historia familiar de enfermedades medicas y psiquiátricas:

Adaptación escolar y relaciones sociales

(Obtenga información de las siguientes áreas. Parte de la información pudo haber sido obtenida con anterioridad).

1.- Escuela

Preguntar acerca de: a. grado actual (o último grado realizado); b. ciclo(s) repetidos y/o reprobados; c. servicios especiales (especificar); d. promedio; e. funcionamiento (funcionamiento diario y resultados de los exámenes); f. quejas de la maestra acerca de la conducta del niño; g. suspensiones (temporales) y expulsiones (definitivas); y h. lo que le agrada o desagrada.

Con un repertorio actualizado de los servicios especiales
ya se repitió - actualizado de los servicios
mucho mejor con los servicios de apoyo

2.- Relaciones con los compañeros

Preguntar acerca: a. mejores amigos; b. relaciones con los compañeros en la escuela; c. relaciones con los vecinos; d. actividades con amigos; y e. problemas (p. ej. molestar, peleas).

Los niños se relacionan bien con los compañeros

3.- Relaciones familiares

Investigar acerca de: a. relación madre-hijo; b. relación padre-hijo; c. relación de pareja; d. relación con los hermanos; e. familia extensa apoyos sociales; y f. participación actual o del pasado con servicios de atención a la infancia.

La familia tiene un buen apoyo social

4.- Otras actividades

Investigar acerca de: a. pasatiempos; b. tiempo dedicado a actividades de esparcimiento; c. deportes; d. organizaciones; etc.

El niño participa en actividades de esparcimiento

Trastornos Depresivos

Afecto depresivo

P N S

Se refiere a los sentimientos subjetivos de depresión basados en quejas verbales o por sentimientos depresivos, tristeza, infelicidad, vacío, malos sentimientos, ganas de llorar. No incluye componentes cognoscitivos (como desánimo, pesimismo, desprecio), intentos suicidas o apariencia depresiva. Algunos niños negarán sentirse tristes y sólo mencionan que se sienten mal por lo que es importante investigar acerca de cada afecto disfórico. No se toman en cuenta los sentimientos de ansiedad o tensión. La irritabilidad sin algún otro afecto disfórico persistente no debe ser cuantificada (rasgo). En la entrevista con los padres, el "sentido intuitivo" de la mamá de que el niño con frecuencia se siente triste puede ser considerado como evidencia positiva del afecto deprimido del niño siempre y cuando el padre no se encuentre deprimido en la actualidad.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 No del todo o menos de una vez por semana.

2 2 2 Subumbral: Con frecuencia experimenta ánimo disfórico al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión.

3 3 3 Umbral: Se siente "deprimido" casi todo el día.

Duración del síntoma:

¿Te has sentido triste, vacío, melancólico o desanimado? ¿Tenías ganas de llorar? ¿Cuándo fue esto? ¿Te sientes _____ ahora? ¿Hubo algún otro momento en que te sintieras _____? ¿Tuviste algún otro sentimiento malo? ¿Tuviste algún mal sentimiento todo el tiempo del cual no podías deshacerte? ¿Lloraste o tenías ganas de llorar? ¿Te sentías _____ todo el tiempo o solo parte del tiempo? (¿Que porcentaje del día pasó el niño manifestando estos síntomas?)

Pasado:

Duración del síntoma:

¿Este sentimiento iba y venía? ¿Con qué frecuencia? ¿Diario? ¿Cuánto duraba? ¿Qué crees que lo ocasionaba?

(Evalúe la relación entre el afecto depresivo y la separación con el responsable del niño) ¿Te sentías triste cuando tu mamá no estaba? Si la separación de la mamá es dada como una causa: ¿Te sentías _____ cuando tu mamá estaba contigo? ¿Te sentías un poco mejor o el sentimiento estaba ausente? ¿Otras personas podían decir cuando estabas triste? ¿Cómo podían decirlo? ¿Te veías diferente?

Nota: En ocasiones, al inicio de la entrevista el niño dará una respuesta negativa a lo que se le pregunta pero en el transcurso de la entrevista llegará a estar triste. Por lo tanto, las preguntas iniciales se repetirán empleando el estado de ánimo actual y usándolo como ejemplo para determinar la frecuencia. De forma similar, si el reporte de la mamá indica que el niño se encuentra triste casi todo el tiempo y el niño lo niega, éste debe ser confrontado con la opinión de la mamá para posteriormente preguntarle el porqué cree que su mamá piensa que él se siente triste con tanta frecuencia.

Nota: Cuando el niño o el padre reportan frecuentes períodos de tristeza a lo largo del día, es probable que el niño siempre se encuentre triste y que sólo se reporten las exacerbaciones, para lo cual la evaluación del afecto depresivo será de 3. Además, es esencial preguntar acerca del tiempo restante: "¿Además de estos momentos en el que te sientes _____ el resto del día te sientes feliz o estabas más triste que tus amigos?"

Anorexia Nervosa

Nota: comience esta sección con una breve entrevista (2-3 minutos) semi-estructurada para obtener información de hábitos alimenticios:

¿Piensas que eres obeso? ¿En algún momento has deseado ser más delgado? ¿Alguna vez has hecho dieta? ¿Cuánto te gustaría pesar? ¿Si tuvieras el peso que deseas, qué diferencias crees que habría en tu vida?

P N S

I. Temor a ser obeso:

- ¿Alguna vez has tenido/miedo de engordar?* 0 0 0 Sin información
- ¿Pensabas que eras obeso? ¿Has tenido sobrepeso?* 1 1 1 Ausente
- ¿Vigilabas lo que comías y pensabas acerca de lo que ibas a comer? ¿Tenías miedo de comer ciertas cosas porque ibas a engordar? ¿Qué comida? ¿Cuánto tiempo inviertes pensando sobre de la comida y te preocupándote por engordar? ¿Si subes un kilo o 2, cambias tus hábitos alimenticios? ¿Dejas de comer por un día o haces algo más?* 2 2 2 Subumbral: Temor intenso y persistente a engordar, lo cual no está relacionado con la historia previa o actual de peso, confirmándolo continuamente, etc. El temor tiene un impacto moderado sobre el comportamiento y/o funcionamiento (ejem., los métodos para perder peso son utilizados al menos una vez al mes pero menos de una vez por semana).

~~3 XX Umbral: Temor intenso y persistente a engordar, lo cual tiene un impacto severo sobre el comportamiento y/o funcionamiento (ejem., preocupación constante en aspectos referentes al peso o uso de métodos para perder peso una vez por semana o más.)~~

Duración del síntoma:
 - 140

Pasado: P () N () S ()

Duración del síntoma:

2. Emaciación

- P N S

- El peso es proporcionalmente más bajo que el peso ideal para la altura (ver tabla). Si, por observación, existe alguna sospecha de deterioro físico, debe pesarse al niño, y observar la tabla. Si persiste la duda, solo pese al niño.
- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------------------|
| 0 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 | Sin información. |
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | Ausente. |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | Subumbral: Peso por debajo del 90% del ideal. |

Nota: No califica positivo si la pérdida de peso es debido a alguna condición médica

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S(___)

Duración del síntoma:

Si recibió una calificación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de anorexia nerviosa del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

~~Si recibió una calificación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado de anorexia nerviosa del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.~~

Sin evidencia de anorexia nerviosa.

Notas: (Registre las fechas de posible anorexia nerviosa actual y del pasado).

Bulimia Nervosa

1. Métodos para perder peso

¿Alguna vez has usado pastillas para controlar tu peso? ¿Laxantes o pastillas para perder peso? ¿Te has provocado vómito? ¿Haces mucho ejercicio, más de lo usual, para perder peso? ¿Qué tanto? ¿Cuántas horas al día? ¿Has tenido periodos de al menos 1 semana durante los cuales no comías nada más que líquidos sin calorías (té, refrescos dietéticos, café, agua)?

Código

- 0 Sin información
- 1 Ausente
- 2 Menos de una vez por semana
- 3 Una o más veces por semana

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
a.- Utiliza pastillas de dieta	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b.- Toma laxantes	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c.- Toma pastillas (fibra, agua, etc.)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d.- Vomita.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e.- Hace mucho ejercicio.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f.- Sólo consume líquidos no calóricos por una semana o más	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g.- Con frecuencia combina diversos métodos para bajar de peso	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

2. Atracónes de Comida o Ataques P N S

Episodios recurrentes y específicos en los que come de forma excesiva, rápida e incontrolable, comida de nivel calórico elevado, el cual tiene una duración de pocas horas durante el cual el paciente usualmente se esconde, y finaliza con dolores estomacales, vómito o quedándose dormido y que puede ser seguido de ánimo depresivo y baja autoestima. Un atracón implica el consumo de 3000 calorías o más.	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Los atracones se presentan menos de una vez por semana.
	3	3	3	Umbral: Los atracones se presentan una vez por semana o más.

Duración del síntoma:

¿Alguna vez has tenido "ataques de comida" o atracones? ¿Cuánto es lo más que has comido? ¿Alguna vez has comido tanto que te sentiste enfermo? ¿Con qué frecuencia ocurrió? (Observe todos los detalles de la definición) ¿Qué provocó el atracón? ¿Qué comes usualmente en el atracón? ¿Cuánta comida has ingerido durante un atracón? ¿Cómo te sentías después del atracón?

NAI

¿Tienes el atracón estando solo o con otras personas? ¿Otras personas saben de tus atracones?

NAI

Nota: Solo califique aquellos atracones que son patológicos (ejem., esconderse de la familia y los compañeros, seguido de un afecto depresivo, y /o vómito). No evalúe la forma de alimentación típica del adolescente (ejem. salir con los amigos por pizza o tacos).

Pasado: P () N (X) S ()

Duración del síntoma:

 Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los métodos para perder peso o en el reactivo de atracones, complete la sección actual de bulimia del suplemento #5, otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

 Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los métodos para perder peso o en el reactivo de atracones, complete la sección del pasado de bulimia del suplemento #5, otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

 Sin evidencia de Bulimia.

Notas: (Registre las fechas de posible bulimia nerviosa actual y del pasado).

18. Evidencia de dependencia a sustancias

a. Criterios del DSM-III-R

Tres o más de los siguientes síntomas: 1) Usar más droga de lo planeado; 2) Uso continuo a pesar de los recurrentes problemas físicos, psicológicos o sociales, o comportamiento peligroso; 3) Intoxicación frecuente o presencia de síntomas de abstinencia cuando se esperaba que cumpliera con sus obligaciones; 4) Abandono o disminución de actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al abuso de drogas; 5) Tiempo invertido; 6) Tolerancia (50% de incremento en el uso de sustancias para estar intoxicado u obtener los efectos deseados); 7) Esfuerzos fallidos por dejar o controlar el uso de drogas; 8) Experimentación de síntomas de abstinencia; 9) Uso de drogas para evitar síntomas de abstinencia. Algunos síntomas del trastorno han persistido durante al menos un mes o han ocurrido repetidamente por un extenso periodo.

	Sumario EA	Sumario EMSP
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Estimulantes	0 1 2	0 1 2
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2	0 1 2
d. Cocaína	0 1 2	0 1 2
e. Opioides	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Alucinógenos	0 1 2	0 1 2
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2	0 1 2
i. Otros	0 1 2	0 1 2
j. Polisustancias	0 1 2	0 1 2

b. Criterios del DSM-IV

Tres o más de los siguiente síntomas presentes en cualquier momento en el mismo periodo del año: 1) Usar más de lo planeado; 2) Uso continuo a pesar de los recurrentes problemas físicos o psicológicos causados o exacerbados por el uso de drogas; 3) Abandono o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al abuso; 4) Tiempo invertido; 5) Tolerancia (50% de incremento en las sustancias para estar intoxicado u obtener los efectos deseados); 6) Esfuerzos fallidos por dejar o controlar el uso de drogas; 7) Experimentación de síntomas de abstinencia o uso de drogas para evitar síntomas de abstinencia.

	Sumario EA	Sumario EMSP
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Estimulantes	0 1 2	0 1 2
c. Sedantes/ Hipnóticos/ Ansiolíticos	0 1 2	0 1 2
d. Cocaína	0 1 2	0 1 2
e. Opioides	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Alucinógenos	0 1 2	0 1 2
h. Solventes / Inhalantes	0 1 2	0 1 2
i. Otros	0 1 2	0 1 2
j. Polisustancias	0 1 2	0 1 2

Nota: El Abuso de sustancias o Dependencia a sustancias debe estar asociado a alguno de los siguientes patrones de consumo: 1) Consumo regular diario de grandes cantidades de alcohol; 2) Consumo excesivo de alcohol limitado a fines de semana; 3) Extensos periodos de sobriedad junto con periodos de consumo excesivo que pueden tener una duración de varias semanas o más.

Suplemento de anorexia nerviosa

Hace un momento, mencionaste tu temor a engordar, aunque en la actualidad te encuentres delgado.....

1.- Distorsión de la Imagen Corporal

- ¿Te sientes obeso aún cuando los demás te dicen que no es así? ¿Te gustaría ser más delgado? ¿Algunas partes de tu cuerpo te parecen especialmente obesas? ¿Te molesta haber perdido demasiado peso y aún así sentirte obeso? ¿Piensas que actualmente has perdido peso o solo que otras personas lo piensan, pero que están equivocadas? ¿Cómo están equivocadas?
- | | | | |
|---|---|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | 0 | 0 | Sin información. |
| 1 | 1 | 1 | Ausente |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Reporta que se siente obeso, y que continuamente se preocupa por estos pensamientos, aunque está consciente de que no es obeso de acuerdo a los estándares. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Las percepciones que tiene con respecto a su obesidad no pueden ser alteradas por evidencia objetiva de lo contrario. |

Duración del síntoma:

Pasado: P () C () S ()

Duración del síntoma:

2.- Amenorrea

¿Qué edad tenías cuando comenzaste tus períodos menstruales (regla)? ¿Con qué frecuencia tienes tu período? ¿Cuántas semanas han pasado desde tu último período?

- | | | | | |
|--|---|---|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | P | C | S | |
| | 0 | 0 | 0 | Sin información |
| | 1 | 1 | 1 | Ausente |
| | 2 | 2 | 2 | Subumbral: Anormalidades ocasionales (ejem. en ocasiones a perdido períodos o su ciclo menstrual es corto) |
| | 3 | 3 | 3 | Umbral: Ha perdido 3 o más períodos menstruales de forma consecutiva. |

Duración del síntoma:

Pasado: P () C () S ()

Duración del síntoma:

- 14
 - 20
 - 30
 - 1 mes

	Sumario EC			Sumario EMSP		
<p>3.- Evidencia de Anorexia (DSM-III-R y DSM-IV) Cumple los siguientes criterios:</p> <p>1. Demacrado, pérdida de peso por debajo del 15% del peso esperado. 2. Temor intenso de ser obeso. 3.- Distorsión de la imagen corporal. 4. En mujeres, ausencia de 3 periodos menstruales consecutivos.</p> <p>Tipo Restrictivo La persona no tiene periodos regulares de conductas como comer demasiado o purgarse durante el episodio.</p> <p>Tipo con Episodios de Comer Demasiado / Purgarse Durante el episodio la persona tiene periodos regulares de conductas y no comer demasiado o purgarse (ejem... se provoca vómito o consume diuréticos, laxantes o enemas).</p>	X	1	2	0	1	2
	0	X	2	0	1	2
	0	1	2	0	1	2

Suplemento de bulimia nerviosa

Hace un momento, mencionó que tiene ataques o períodos en los que come demasiado, cuando tiene estos ataques.....

1.- Pérdida de Control

P C S

¿Sientes que no tienes control sobre estos ataques?
¿Puedes dejar de comer una vez que has iniciado?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Con frecuencia puede controlar su urgencia por comer (ejem.. al menos el 50% del tiempo).

3 3 3 Umbral: Algunas veces puede controlar sus urgencias, usualmente no puede.

Duración del síntoma:

Pasado: P () C () S ()

Duración del síntoma:

2.- Preocupación excesiva por el peso

P C S

¿Con qué frecuencia piensas acerca de tu peso o de ser obeso? ¿Estos pensamientos vienen a tu mente cuando estás en la escuela, con amigos o cuando estás ocupado haciendo otras cosas?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Preocupación excesiva por su peso, el valor que adjudica a ser delgado excede los valores culturales, pero no interfiere con su funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Pensamientos continuos acerca de su peso. Los pensamientos tienen un impacto moderado en sus actividades cotidianas (ejem.. falta de concentración por los pensamientos intrusivos acerca de su peso).

Duración del síntoma:

Pasado: P () C () S ()

Duración del síntoma:

3.- Duración

¿Por cuanto tiempo has tenido estos ataques por comer?

Criterios	Padre EC			Padre EMSP			Niño EC			Niño EC			Sumario EC			Sumario EMSP			
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	
Tres meses o más																			

4.- Evidencia de Bulimia Nerviosa

a. Criterios del DSM-III-R

1. Tiene ataques por comer al menos dos veces por semana durante 3 meses o más.

2. Pérdida de control sobre sus conductas alimenticias.

3. Se involucra regularmente en conductas tales como purgarse o en métodos fáciles para el control de peso.

4. Preocupación excesiva por su imagen corporal.

b. Criterios del DSM-IV

Igual a los criterios del DSM-III-R, excepto que la Bulimia Nerviosa no puede ser diagnosticada si ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa

Sumario EC			Sumario EMSP		
0	1	2	0	1	2

Suplemento de trastornos por tics

Nota: Los síntomas evaluados como positivos de esta sección deben presentarse en diversos momentos durante el día o casi todo el día o deben presentarse de forma intermitente durante un año o más.

	Padre EC	Padre EMSP	Niño EC	Niño EMSP	Sumario EC	Sumario EMSP
Criterios:						
0 = Sin información						
1 = No						
2 = Si						
Motor Simple (Evalúe de acuerdo a lo reportado u observado)						
1. Parpadeo						
¿Tus ojos parpadean así por una razón no especial (demuestre cómo)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
2. Otros Tics faciales						
¿En ocasiones otras partes de tu cara se mueven inesperadamente (demostrar como) muecas faciales, movimientos de nariz o abrir la boca como si se fuera a bostezar)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3. Sacudir la cabeza						
¿En ocasiones mueves, sacudes o volteas tu cabeza por una razón no especial (demostrar)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
4. Sacudir los hombros						
¿Qué pasa con tus hombros, en ocasiones se mueven inesperadamente? (mueva sus hombros o gírelos)	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
5. Movimientos de brazos						
¿En ocasiones aleteas tus brazos o arrojas tus brazos hacia afuera como si fueras a golpear algo que no existe (demostrar)?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
6. Tirones en el estómago						
¿En ocasiones tu estómago se mueve sin razón aparente?	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2