

**SÍNTOMAS DE ORDEN EMOCIONAL Y/O CONDUCTUAL EN
PACIENTES ADOLESCENTES QUE CONSULTAN A UN
PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

Lucia Carolina Osorio Acuña MD

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Psiquiatría Infantil y del Adolescente

2019

**SÍNTOMAS DE ORDEN EMOCIONAL Y/O CONDUCTUAL EN
PACIENTES ADOLESCENTES QUE CONSULTAN A UN
PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

Lucia Carolina Osorio Acuña

**Trabajo de investigación para optar al título de Especialista en Psiquiatría Infantil y
del Adolescente**

Asesores:

Dr. Álvaro Franco Zuluaga MD-PhD

Dr. Alberto Lineros Montañez MD

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Psiquiatría Infantil y del Adolescente

2019

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velara por el rigor científico, metodológico, y ético, del mismo, en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Quiero agradecer a mis profesores, que con sus enseñanzas diarias, contribuyeron en mi formación académica y personal.

A mis padres y hermano, por su amor, dedicación y escucha permanente.

A mi novio por su apoyo y amor incondicional, el cual hizo mas fácil el camino.

A los pacientes que participaron de este estudio y en general a todas las personas que de una u otra forma facilitaron este proceso.

Tabla de contenido

Introducción	13
Marco teórico	14
Planteamiento del problema.....	23
Justificación	24
Objetivos	25
Diseño de estudio	26
Aspectos metodológicos	26
Variables	28
Materiales y métodos	30
Aspectos estadísticos	30
Aspectos éticos.....	31
Cronograma de actividades.....	33
Presupuesto	34
Resultados	35
Discusión.....	49
Conclusiones	56
Referencias.....	59

Anexo 1: Consentimiento informado	63
Anexo 2: Asentimiento informado	64
Anexo 3: Cuestionario de evaluación	Error! Bookmark not defined.
Anexo 4: Escala de YSR.....	68
Anexo 5: Escala de ICG.....	69

Lista de Gráficos

<i>GRÁFICO 1. DIAGRAMA DE CAJAS Y BIGOTES PARA LA EDAD SEGÚN EL SEXO</i>	<i>35</i>
<i>GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN PERSONAS CON LAS QUE VIVE</i>	<i>36</i>
<i>GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN RENDIMIENTO ACADÉMICO</i>	<i>37</i>
<i>GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA</i>	
<i>ALIMENTARIA</i>	<i>38</i>
<i>GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.....</i>	<i>39</i>
<i>GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO.....</i>	<i>40</i>
<i>GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</i>	<i>41</i>
<i>GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LOS ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS</i>	<i>42</i>

Lista de tablas

<i>TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO Y PERSONAS CON LAS QUE VIVE</i>	<i>36</i>
<i>TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO</i>	<i>37</i>
<i>TABLA 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD</i>	<i>38</i>
<i>TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO.....</i>	<i>39</i>
<i>TABLA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</i>	<i>40</i>
<i>TABLA 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS.....</i>	<i>41</i>
<i>TABLA 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN Y PRESENCIA DE ANSIEDAD.....</i>	<i>42</i>
<i>TABLA 8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN Y PRESENCIA DE DEPRESIÓN/ RETRAIMIENTO ..</i>	<i>43</i>
<i>TABLA 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN Y PRESENCIA DE QUEJAS SOMÁTICAS</i>	<i>43</i>
<i>TABLA 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN Y PRESENCIA DE PROBLEMAS SOCIALES</i>	<i>44</i>
<i>TABLA 11. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN Y PROBLEMAS DEL PENSAMIENTO</i>	<i>44</i>
<i>TABLA 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN Y PROBLEMAS DE ATENCIÓN.....</i>	<i>45</i>
<i>TABLA 13. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN Y PROBLEMAS DE AGRESIVIDAD</i>	<i>45</i>
<i>TABLA 14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN Y CONDUCTA DELICTIVA.....</i>	<i>46</i>
<i>TABLA 15. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES</i>	<i>46</i>
<i>TABLA 16. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES...</i>	<i>47</i>
<i>TABLA 17. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN Y PUNTAJES DEL CUESTIONARIO YSR.....</i>	<i>47</i>
<i>TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE LA ESCALA CLÍNICA GLOBAL Y LOS PUNTAJES DEL CUESTIONARIO YSR</i>	<i>48</i>

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías complejas de origen multifactorial, que tienen como principal característica la preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo, causando gran malestar y afectación física, llevando a una disminución en la calidad de vida y alteración de la funcionalidad del paciente y su entorno social. El objetivo de este estudio es describir los síntomas de orden emocional y conductual que presentan los adolescentes que consultan a un programa especializado en trastornos de la conducta alimentaria. Metodología: estudio de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, en la cual se reclutaron pacientes entre los 11 y 19 años con diagnóstico de TCA, el análisis estadístico se realizó en el software IBM SPSS®. Resultados: fueron incluidos 40 pacientes con diagnóstico de TCA, el 92% correspondieron a sexo femenino y 8% a sexo masculino. El Promedio de edad de los pacientes fue de 16,6 años ($DE \pm 1,9$). El 57% de los pacientes viven en hogar biparental y el 30% en hogar monoparental. El 72% de la población tenían un rendimiento académico excelente. El 50% de la población se encontraba moderadamente enfermo. El 60% recibían manejo farmacológico con ISRS. El 65% de los pacientes cumplían criterios clínicos para trastorno de ansiedad, el 30% para trastorno depresivo; 22,5% para problemas de agresividad; 17,5 % para conducta delictiva. El 72,5 % de la muestra cumple criterios clínicos para síntomas internalizantes y el 42,5% para síntomas externalizantes, siendo la mayoría, pacientes con diagnóstico de bulimia nervosa. Conclusión: los pacientes con bulimia nervosa obtuvieron puntajes mas altos en las diferentes síntomas de orden emocional y conductual, que los demás trastornos alimentarios. Esta entidad ofrece mayor psicopatología, la cual debe ser examinada de forma rigurosa al

momento de la atención clínica, buscando disminuir el impacto funcional que estos síntomas generan en el individuo.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, bulimia nervosa, anorexia nervosa, trastorno por atracones, síntomas emocionales, síntomas comportamentales.

Eating disorders are complex pathologies of multifactorial causes, which have as main characteristic excessive concern for body weight and shape, causing great discomfort and physical affectation, leading to a decrease in quality of life and alteration of functionality of the patient and his social environment. The objective of this study is to describe the emotional and behavioral symptoms that adolescents have when they consult a specialized program in eating disorders. Methodology: observational, descriptive, cross-sectional study in which patients between 11 and 19 years of age with a diagnosis of eating disorders were enrolled, the statistical analysis was performed in the IBM SPSS® software. Results: Forty patients with a diagnosis of eating disorders were included, 92% were female and 8% were male. The average age of the patients was 16.6 years ($SD \pm 1.9$). 57% of patients live in a two-parent home and 30% in a single-parent home. 72% of the sample had excellent academic performance; 50% was moderately ill; 60% received pharmacological management with SSRIs. 65% of patients met clinical criteria for anxiety disorder, 30% for depressive disorder; 22.5% for aggression problems; 17.5% for criminal behavior. 72.5% of the sample met clinical criteria for internalizing symptoms and 42.5% for externalizing symptoms, the majority being patients with a diagnosis of bulimia nervosa. Conclusion: the patients with bulimia nervosa obtained higher scores in the different symptoms of emotional and behavioral order, than the other eating disorders. This entity offers greater psychopathology, which must be examined rigorously at the time of clinical care, seeking to reduce the functional impact that these symptoms generate on the individual.

Key words: eating disorders, bulimia nervosa, anorexia nervosa, binge eating disorder, affective symptoms, behavioral symptoms.

Listado de abreviaturas

AN: Anorexia nervosa

BN: Bulimia nervosa

CGI: Impresión clínica global

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales

IC: Intervalo de confianza

IMC: Índice de masa corporal

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

OR: Odds Ratio

TA: Trastorno por atracones

TAC: Trastorno de la conducta alimentaria

TCA- NOS: Trastorno de la conducta alimentaria no especificada

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

TME: Tasa de mortalidad estandarizada

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo

YSR: Youth Self Report

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías complejas de origen multifactorial, que tienen como principal característica la preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo, lo cual lleva a la aparición de la distorsión en la imagen corporal; se acompañan de restricción voluntaria de alimentos o presencia de atracones de comida, que causan gran malestar y afectación física, generando alteración en la funcionalidad del paciente y su entorno social (Herpertz-Dahlmann, 2015). Suelen aparecer durante la adolescencia y afectan predominantemente a las mujeres. Sin embargo, algunos estudios sugieren que estos síntomas aparecen con más frecuencia en la etapa prepuberal y en hombres (Herpertz-Dahlmann, 2015). En los últimos años, ha cobrado mas importancia la detección de la psicopatología asociada a estos trastornos; un estudio realizado por (Hudson, 2007), encontró que el 94.5% de los pacientes con bulimia nervosa, el 76.5% con trastorno por atracones y el 56.2% con anorexia nervosa, cumplían al menos 1 criterio para un diagnóstico en el eje I. Los TCA fueron relacionados positivamente con casi todos los síntomas Core del DSM IV para trastornos del afecto, ansiedad, trastorno por control de impulsos y abuso de sustancias.

El objetivo de este estudio es realizar una descripción de los diferentes síntomas afectivos y comportamentales que se presentan en la población de adolescentes con TCA, que consultan a un centro especializado para el manejo de esta patología.

MARCO TEÓRICO

Los TCA son patologías que se caracterizan por una perturbación persistente y voluntaria de la alimentación que tienen un impacto negativo sobre la salud y el funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, 2013), la última versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, clasifica los TCA en: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), trastorno por atracones (TA) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCA-NOS), esta clasificación divide los trastornos en categorías mutuamente excluyentes que se basan en síntomas observados y permiten especificar la gravedad de la enfermedad y el impacto sobre la calidad de vida.

Según las definiciones del DSM 5, **la bulimia nervosa (BN)** se caracteriza por la presencia de una preocupación intensa por el peso y la forma del cuerpo, con episodios regulares de atracones (comer en exceso y sin control), asociados a medidas externas compensatorias ante la ingesta de alimentos. Los criterios para realizar el diagnóstico son:

Bulimia nervosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en circunstancias parecidas.*
- 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)*

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

Especificar si:

- *En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios, no se han cumplido durante un periodo continuado*
- *En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado*

La anorexia nervosa (AN): es un trastorno psiquiátrico grave con morbilidad sustancial y la mortalidad más elevada de todos los trastornos mentales, alcanzando tasas de mortalidad mayores a 6, incluso mas altas que el asma (Powers PS, 2013). Dentro de las características del trastorno, se encuentra la insatisfacción extrema con el tamaño o forma del cuerpo, que conduce a la fobia y aversión por los alimentos, llevando al bajo peso corporal, resultado de una dieta estricta y conductas compensatorias como actividad física excesiva o conductas purgativas. Los criterios para realizar el diagnóstico según el DSM 5 son:

Anorexia nervosa

- A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos, que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.*
- B. Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.*
- C. Alteración de la percepción del peso o imagen corporal, exageración de la importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro al bajo peso corporal actual.*

Subtipos: Restrictiva; Purgativa

El Trastorno por atracones (TA): se caracteriza por episodios de atracones asociados a sentimientos de pérdida del control por comer una gran cantidad de comida, en un período

corto de tiempo, sin que se acompañe de un comportamiento purgativo. Por lo general, el TA, comienza en la adolescencia, aunque cada vez es más prevalente en niños. Los pacientes que padecen de este trastorno, también presentan comorbilidad psiquiátrica elevada, especialmente del espectro afectivo y ansioso (Tanofsky-Kraff, 2008). Los criterios DSM 5 para realizar el diagnóstico se mencionan a continuación:

Trastorno por atracones

A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- 1. Ingestión, en un período determinado (p.ej. , de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.*
- 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej. , sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).*

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

- 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.*
- 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.*
- 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.*
- 4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.*
- 5. Sentirse luego mal con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.*

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.*
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.*
- Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones, puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.*
- Leve: 1-3 atracones a la semana.*
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.*
- Grave: 8-13 atracones a la semana.*
- Extremo: 14 o más atracones a la semana*

Trastornos de alimentación no especificados (TCA-NOS): son todos los trastornos de la conducta alimentaria, que causan un deterioro significativo en el individuo, pero que no cumplen los criterios enumerados en otra clase de trastornos alimentarios (Beate Herpertz-Dahlmann, 2015). Se incluyen en esta categoría:

- Anorexia atípica: no cumple criterios para peso
- Bulimia atípica: no cumple criterios de tiempo y los síntomas son de baja frecuencia y duración.
- Trastorno por atracones atípico: los criterios tienen baja frecuencia y duración limitada.
- Síndrome de alimentación nocturna.

Los trastornos de la alimentación son diagnosticados con mayor frecuencia en adultos jóvenes, siendo las mujeres las mas afectadas. Se estima que la edad de inicio de la Anorexia Nervosa es 12,3 años, de la Bulimia Nervosa de 12,4 años y de los trastornos por atracones de 12,6 años. Aproximadamente el 10% de la población general padece de un trastorno de la conducta alimentaria, pero muy pocos buscan ayuda medica (Hudson, 2007). Un estudio realizado por (Swanson SA, 2011) en 10.123 adolescentes entre los 13 y 18 años, encontró una prevalencia estimada de anorexia nervosa del 0,3%, de bulimia nervosa del 0,9% y de trastorno por atracones del 1.6%, siendo el mas común el de tipo no especificado o incompleto (Beate Herpertz-Dahlmann, 2015).

Estos trastornos, representan un problema de salud pública mundial que genera gran impacto en cuanto a morbilidad física y mental, además de tener uno de los mayores riesgos de mortalidad entre los trastornos psiquiátricos; según un estudio prospectivo realizado en

Alemania (Fichter, 2016), en 5.839 pacientes que asistían a un programa especializado de trastornos de la conducta alimentaria, entre los años 1.985 y 2.005, de los cuales 1,639 fueron tratados por Anorexia nervosa; 1,930 para bulimia nervosa; 363 por trastorno de atracones y 1,907 por trastorno de la conducta alimentaria no especificado, encontraron una tasa de mortalidad estandarizada (TME) de 5.35 (x 100,000) para AN, 1.49 (x 100.000) para BN, 1.50 (x 100.000) para TA y 2.39 (x 100.000) para TCA-NOS, siendo los pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa los que murieron antes que los otros con diagnóstico de TCA.

En un meta-análisis de 25 estudios realizados en pacientes con anorexia nervosa, se encontró que la tasa de mortalidad estandarizada (TME) era de 5.9 por 100.000 habitantes, durante el seguimiento a 12.8 años (Arcelus J, 2011); similar a otro estudio publicado que reporta una tasa de mortalidad de 6.2 durante 13,4 años de seguimiento (Papadopoulos FC, 2009). Un estudio prospectivo realizado por (Debra L. Franko, 2013) encontró una tasa de mortalidad de 2.33 para bulimia nervosa a lo largo de la vida. El riesgo de muerte prematura en mujeres jóvenes con TCA alcanza su punto máximo a los 10 años de seguimiento con una tasa de mortalidad estandarizada de 7.7 (Debra L. Franko, 2013)

Las estadísticas sobre el comportamiento de los TCA en Colombia son desconocidos y se cuenta solo con datos parciales de estudios realizados en población comunitaria en universidades y colegios del país, como el realizado por (Piñeros, 2010) para determinar la frecuencia de los TCA, los factores de inicio y mantenimiento, así como las comorbilidades, en una población de 937 estudiantes entre los 12 y 20 años de edad, escolarizados en Bogotá y la sabana centro de Cundinamarca, detectando 141 casos probables de TCA, de los cuales

el 53,7% cumplían criterios clínicos para TCA, con un OR de 3,91 (IC 95% 2,62-5,84) para comorbilidad con síntomas depresivos y OR de 4,87 (IC 95% 3,27- 7,29) para síntomas ansiosos. Otro estudio de corte transversal aplicó el cuestionario EDI-2 para determinar factores de riesgo para TCA, realizado a 481 estudiantes de 3 colegios privados femeninos de la ciudad de Manizales, encontrando que el 24,7% de los encuestados, presentaba factores de riesgo positivos para desarrollar TCA, entre los cuales están: consumo de alcohol, antecedentes familiares, percepción de sobrepeso, funcionalidad familiar y el IMC (índice de masa corporal), para desarrollar TCA (Castaño Castrillón, 2012).

En la encuesta Nacional de salud mental del año 2015, se describen los principales trastornos mentales de la población Colombiana, teniendo en cuenta el grupo etario, la prevalencia en los últimos 30 días y en el último año. En la adolescencia, la prevalencia de algún trastorno mental fue del 7.2% y los mas frecuentes fueron los trastornos de ansiedad con un 5% (Ministerio de salud y protección social , 2015), cifra que es concordante con las estadísticas mundiales.

Debido a la baja prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en el mundo, y dado los pocos estudios realizados en Colombia sobre este tema, la última encuesta nacional de salud mental, centro la investigación en las conductas de riesgo alimentario, las cuales se encuentran íntimamente relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria. En los resultados globales del grupo de adolescentes encuestados, se encontró que el 9.5% de los hombres y el 8.8% de las mujeres reportaron algún tipo de comportamiento de riesgo alimentario. Sin embargo, la proporción de adolescentes con dos o más conductas alimentarias de riesgo descende a 2,7 %, prevalencia cercana a las cifras mundiales de TCA (Ministerio de salud y protección social , 2015). Los adultos jóvenes de Bogotá reportan las

mayores prevalencias de conductas de riesgo para TCA del 11,4 % (IC 95 %: 9,0-14,4), seguidos por la región Atlántica (10,1 %; IC 95 %: 8,4- 12,2) (Ministerio de salud y protección social , 2015)

Los TCA frecuentemente están asociados a síntomas emocionales y comportamentales. Un estudio realizado por (Holm-Denoma, 2014) en 424 niños y adolescentes entre 7 y 14 años, de dos colegios en Norteamérica, revelo que los síntomas de ansiedad y trastorno alimentario no están relacionados, pero los síntomas depresivos aumentan a lo largo del desarrollo de los TCA; Esto coincide, con el estudio comunitario a 5 años de seguimiento realizado por (Measelle, 2006) en 493 mujeres de 12 a 19 años, donde se midieron la frecuencia de patologías como: abuso de sustancias, comportamiento antisocial, trastornos del afecto, trastornos de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, encontrando que los síntomas depresivos eran un predictor para la aparición de trastorno de la conducta alimentaria. Un estudio realizado en 549 mujeres universitarias entre los 18 y 25 años, concluyó que los pacientes con un trastorno depresivo tienen 4 veces más riesgo de presentar comorbilidad con TCA y la ansiedad generalizada representa 5 veces más riesgo (Vandana A, 2014).

Para realizar este estudio, se utilizaron dos escalas: la escala de impresión clínica global (ICG) y la escala de Youth Self Report (YSR). La escala YSR desarrollada por Achenbach en 1991, es útil para obtener información sistematizada directamente de niños y adolescentes (>11 años), sobre diversas competencias y problemas de conducta. El YSR consta de dos partes: la primera evalúa las habilidades y competencias deportivas, sociales y académicas; la segunda parte incluye 112 preguntas, de los cuales 16 exploran las conductas adaptativas o pro sociales y los restantes evalúan una amplia gama de conductas problema, todos los

ítems de la segunda parte deben ser contestados por el adolescente de acuerdo con su aplicabilidad y frecuencia, eligiendo 0 cuando su contenido no es verdad o no viene al caso, 1 cuando es algo verdad o le sucede a veces, y 2 cuando es muy cierto y le sucede frecuentemente.

Los síntomas psicopatológicos se dividen en 9 síndromes: depresión, agresividad verbal, conducta delictiva, trastorno de la conducta, problemas del pensamiento, problemas de relación, quejas somáticas, problemas de atención, conductas fóbicas/ansiosas. Estos síndromes son clasificados en dos categorías grandes: la categoría internalizante que implica la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, que están relacionados a síntomas de angustia, depresión y estados alterados del ánimo, y agruparía los síndromes de depresión/retraimiento, quejas somáticas y ansiedad. La categoría externalizante son aquellos que van dirigidos hacia los demás y causan molestia en otras personas, están relacionados con síntomas de agresividad, déficit de atención, hiperactividad, conducta desorganizada y agruparían los síndromes de conducta delictiva y trastorno de la conducta (Achenbach T. M., 1983; Mash, 2001)

Las respuestas de la escala son puntuadas sobre un perfil cuyos puntajes han sido estandarizados separadamente por sexo y rango de edad. Los puntos de corte permiten establecer la diferencia entre rangos normales de problemas y rangos con significación clínica. Los puntajes del YSR, fueron comparados en adolescentes de 23 países, los resultados indicaron una vasta consistencia en los problemas reportados (Ivanova, 2007)

La fiabilidad y validez del YSR ha sido ampliamente contrastada con escalas análogas de otros instrumentos (Abad J, 2000; Achenbach T. M., 2001; Doyle R, 2007), en estudios realizados en Latinoamérica (Betancourt, 2008; Valencia, 2005)

La Escala de impresión clínica global (CGI): Diseñada por (Guy W, 1976) consta de dos subescalas: 1) Gravedad del cuadro clínico, que utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores desde 0 (no evaluado), hasta 7 (extremadamente enfermo). 2) Mejoría debida a intervenciones terapéuticas, que utiliza un único ítem en una escala de Likert de 8 valores desde 0 (no evaluado) hasta 7 (mucho peor) o de 5 valores. La escala debe ser aplicada después de realizar una entrevista clínica, las puntuaciones deben basarse, no sólo en la información procedente de la entrevista clínica, sino también en toda otra información disponible a través del curso de la enfermedad. (Guy W, 1976; Busner, 2007)

La población de estudio son adolescentes entre 11 y 19 años de edad, que consultaron por diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria; la OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapa de transición, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, que viene condicionada por diversos procesos biológicos, es en esta etapa donde aparecen un numero significativo de trastornos mentales, incluyendo los de tipo alimentario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías complejas de origen multifactorial, que causan gran malestar y afectación física, llevando a una disminución en la calidad de vida y alteración de la funcionalidad del paciente y su entorno social (Herpertz-Dahlmann, 2015). Un estudio realizado por (Hudson, 2007) en una muestra de 2980 pacientes con diagnóstico de TCA, encontró que el 56.2% de los pacientes con anorexia nervosa, el 94.5% con bulimia nervosa y el 76.5% con diagnóstico de trastorno por atracones, cumplían al menos 1 criterio para un diagnóstico en el eje I. Los TCA fueron relacionados positivamente con casi todos los síntomas Core del DSM IV para trastornos del afecto, ansiedad, trastorno por control de impulsos y abuso de sustancias. (Hudson, 2007)

Durante la observación de pacientes adolescentes en un programa especializado en la atención de trastornos de la conducta alimentaria en la ciudad de Bogotá, surgió la inquietud de la gran cantidad de pacientes que consultaban por otros síntomas psiquiátricos que podrían o no relacionarse con la severidad de los TCA. A partir de esta observación, surge la pregunta que resolvimos en este proyecto de investigación:

¿Cuáles son los síntomas de orden emocional y/o conductual que se presentan en los adolescentes (11 a 19 años) que consultan a un programa especializado de trastornos de la conducta alimentaria, en la ciudad de Bogotá durante el año 2018?

JUSTIFICACIÓN

En Latinoamérica y particularmente en Colombia, no existen estudios realizados en población de adolescentes con diagnóstico de TCA que describa los síntomas psiquiátricos que acompañan a estos trastornos. Por lo cual, conocerlos resulta de gran importancia no solo para entender los epifenómenos del trastorno, sino para implementar y desarrollar un tratamiento multidisciplinario mas efectivo a largo plazo, que incluya la detección temprana y el tratamiento de síntomas psiquiátricos asociados, los cuales generan gran morbilidad y representan un desafío a la hora de tratar estas patologías.

En la literatura actual se encuentran pocos estudios realizados en Colombia sobre población general o con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Al realizar una búsqueda acuciosa en las principales bases de datos de LILLACS, PUBMED y SciELO, se encontraron pocos estudios realizados en población clínica con TCA y no hay bibliografía disponible que describa los síntomas emocionales o comportamentales asociados a estas patologías en población colombiana, los pocos estudios que se encuentran, se enfocan mas en estudios de la comunidad con riesgo de desarrollar trastornos de alimentación y no en población que clínicamente ya tiene el diagnóstico y se encuentra en tratamiento en centros especializados.

OBJETIVOS

General

- Describir los síntomas de orden emocional y/o conductual que presentan los adolescentes que consultan a un programa especializado de trastornos de la conducta alimentaria.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de TCA (anorexia, bulimia, trastorno por atracones, Trastorno de la conducta alimentaria no especificado).
- Determinar los síntomas de orden emocional y/o comportamental por subgrupos de TCA.
- Caracterizar la severidad clínica de los subgrupos de los TCA (anorexia, bulimia, trastorno por atracones, Trastorno de la conducta alimentaria no especificado).

DISEÑO DE ESTUDIO

El presente trabajo constituye un estudio de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, la finalidad del estudio es realizar una descripción de los síntomas de orden emocional y/o conductual asociados a los TCA (Anorexia, Bulimia, T. por atracones y TCA NOS), de los adolescentes que consultan a un servicio especializado.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La población estudio son los pacientes adolescentes entre los 11 y 19 años con diagnóstico de TCA (anorexia, bulimia, T. Por atracón y TCA NOS), atendidos en un programa especializado de trastornos de la conducta alimentaria en una clínica pediátrica de medicina prepagada en Bogotá. El diagnóstico de TCA fue realizado por un especialista en psiquiatría (con entrenamiento en trastornos de la conducta alimentaria) y/o por el equipo terapéutico, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM 5.

La población de estudio incluyó a todos los pacientes que consultaron (por primera vez o control) al programa especializado en TCA en el periodo de tiempo entre agosto y diciembre del 2018, y que manifestaron el deseo de participar en esta investigación.

Los pacientes aptos para la realización del estudio, se seleccionaran de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres de edades mayor o igual a 11 y menor o igual a 19 años de edad que consultaron al programa de trastornos de la conducta alimentaria de la clínica Pediátrica de Colsanitas.
- Pacientes que cumplieran los criterios DSM 5 para un diagnóstico de TCA (anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracones, TCA NOS).
- Deseo manifiesto del paciente y de su representante legal de participar en el estudio a través del asentimiento y consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Incapacidad del paciente para comprender y responder el cuestionario.
- Individuos con antecedente por historia clínica de discapacidad intelectual (moderada- severa), o alguna condición que impida la realización de la entrevista (desnutrición proteico calórica severa).

VARIABLES

Variable	Tipo	Definición operacional	Definición conceptual
Edad	Cuantitativa discreta	Números	Tiempo transcurrido a partir de la fecha de nacimiento del individuo (en años)
Sexo	Cualitativa dicotómica	Femenino/masculino	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculino y femenino.
Escolaridad	Cuantitativa discreta	Año cursado	Año escolar que actualmente cursa
Rendimiento académico	Cualitativa ordinal	Excelente/bueno/regular /malo	Evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar, definido por el rendimiento general en el colegio del año en curso.
Personas con quien vive	Cualitativa nominal	Padres, hermanos, tíos, abuelos	Descripción de las personas con las que convive la mayor parte del tiempo.
Peso	Cuantitativa continua	Numero en KG	El peso actual (para el momento de la evaluación) en unidad de medida
Talla	Cuantitativa continua	Numero en MTS	La talla actual en unidad de medida en metros
Índice de masa corporal (IMC)	Cuantitativa continua	Numero	La medida calculada dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros
Diagnóstico del TCA	Cualitativa nominal	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracones, trastorno alimentario NOS	El diagnóstico clínico realizado bajo criterios DSM 5 de TCA en el momento de la evaluación.
Tiempo de evolución	Cuantitativa discreta	En meses	Meses cumplidos desde la realización del diagnóstico de TCA. (a partir del día 16 se considera mes cumplido)
Tratamiento farmacológico	Cualitativa nominal	ISRS, duales, antipsicóticos típicos, atípicos, estabilizadores, estimulantes, benzodiacepinas, otros	Manejo farmacológico con el que se encuentra hasta el momento de la evaluación.

Antecedentes de modalidad tratamiento	Cualitativa nominal	Ambulatorio, semi intensivo, internado, hospitalización.	Descripción del tipo de tratamiento que ha recibido para el TCA a lo largo de la evolución del trastorno.
Tiempo de tratamiento	Cuantitativa discreta	En meses	Meses cumplidos del tratamiento que recibe para el momento de la evaluación.
Escala YSR (puntaje total)	Cuantitativa discreta	En números	Puntaje final de la escala en números.
Dimensión internalizante	Cuantitativa discreta	En números	Problemas que causan malestar psicológico en el sujeto, se incluyen los síndromes de los ítems: depresión/retraimiento, quejas somáticas y depresión/ansiedad; puntaje en números.
Dimensión externalizante	Cuantitativa discreta	En números	Problemas que son dirigidos hacia los demás y causan molestias a otras personas, se incluyen los síndromes de los ítems: conducta delictiva y trastorno de la conducta; puntaje en números.
CGI (impresión clínica global)	Cuantitativa discreta	En números (1-7)	Resultado en números de la puntuación de la escala. Gravedad de la enfermedad y mejoría global.
Comorbilidad medica	Cualitativa nominal	En diagnósticos	Patologías no psiquiátricas que acompañen y guarden relación con el diagnóstico de TCA en los últimos 6 meses. (Diabetes mellitus, obesidad, bradicardia, amenorrea, síndrome de malabsorción, enfermedad tiroidea, osteopenia, desnutrición)
Comorbilidad psiquiátrica	Cualitativa nominal	En diagnósticos	El diagnóstico por criterios DSM 5 que haya sido realizado en los últimos 6 meses, diferente al TCA. Trastorno de ansiedad, trastornos del afecto, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de personalidad, trastorno del control de impulsos, otros.

MATERIALES Y MÉTODOS

En caso de cumplir los requisitos de inclusión, realizamos los siguientes pasos:

1. Confirmar el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, utilizando los criterios DSM 5.
2. Firma del consentimiento por parte de los padres o tutor legal y asentimiento por parte del adolescente. (anexo 1 y 2)
3. Aplicación del cuestionario estructurado con datos demográficos básicos y medidas antropométricas al paciente (anexo 3)
4. Diligenciar la escala del Youth Self Report por parte del paciente, duración aproximada de 30 minutos (anexo 4)
5. Aplicar la escala de impresión clínica global (CGI), basándose en los datos obtenidos a partir de la entrevista y examen mental (anexo 5)
6. Organizar y depurar los datos obtenidos, los cuales fueron tabulados en Excel, custodiados y almacenados bajo clave por el equipo investigador.

ASPECTOS ESTADÍSTICOS

La base de datos se realizó en EXCEL®, y el análisis estadístico se desarrolló en el software IBM SPSS®, se realizó estadísticas descriptivas mediante tablas de contingencia, para obtener medidas de tendencia central y dispersión, en el caso de las variables numéricas promedios, y para las variables categóricas se usaron porcentajes.

ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta que el objetivo investigativo es crear nuevo conocimiento sobre los síntomas psiquiátricos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, se tuvieron presentes los principios éticos básicos para la investigación: veracidad, fidelidad, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

A nivel normativo, este estudio se rige según la **RESOLUCION 8430 de 1993** por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y tiene un riesgo mínimo, donde los sujetos atendidos fueron intervenidos con las mismas herramientas que se usan en la atención clínica habitual. El estudio se realizó bajo condiciones que protegen la integridad ética y moral de cada individuo. La participación de los pacientes y la información que se obtuvo a partir de la entrevista, no tuvo influencia en el proceso terapéutico y no afectó de ninguna forma la relación o prestación de los servicios de salud. (Ministerio de salud , 1993)

Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio y firmaron el asentimiento (en caso de los menores de edad) y el consentimiento informado fue diligenciado por sus padres y/ o tutores, una vez fueron resueltas todas las inquietudes. Para el manejo de los datos se mantuvo en todo momento la reserva de la identidad del sujeto de investigación.

Al mismo tiempo se tuvieron en cuenta los diferentes principios éticos para la investigación médica en seres humanos, bajo los dictámenes de la declaración de Helsinki, en su última revisión llevada a cabo en Fortaleza, Brasil en Octubre del 2013. (Asociación médica mundial, 2013)

Este trabajo hace parte del requisito de grado para otorgar el título de especialista en psiquiatría infantil y del adolescente para el investigador principal, con fecha de finalización en enero del 2019.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	INICIO	FINAL	may-17	jun-17	jul-17	ago-17	sept-17	oct-17	nov-17	dic-17	ene-18	feb-18	mar-18	abr-18	may-18	jun-18	jul-18	ago-18	sept-18	oct-18	nov-18	dic-18	ene-19
Busqueda de la literatura	may-17	jul-17																					
Planteamiento del problema y pregunta de investigación	ago-18	oct-17																					
Elaboración del protocolo	oct-18	mar-18																					
Asignación de asesor metodológico	abr-18	may-18																					
Comisión de investigación	jun-18	julio-18																					
Comité de ética	jul-18	ago-18																					
Recolección de la muestra	ago-18	dic-18																					
Análisis de resultados	dic-18	ene-19																					
Entrega de proyecto de investigación final	ene-19																						

PRESUPUESTO

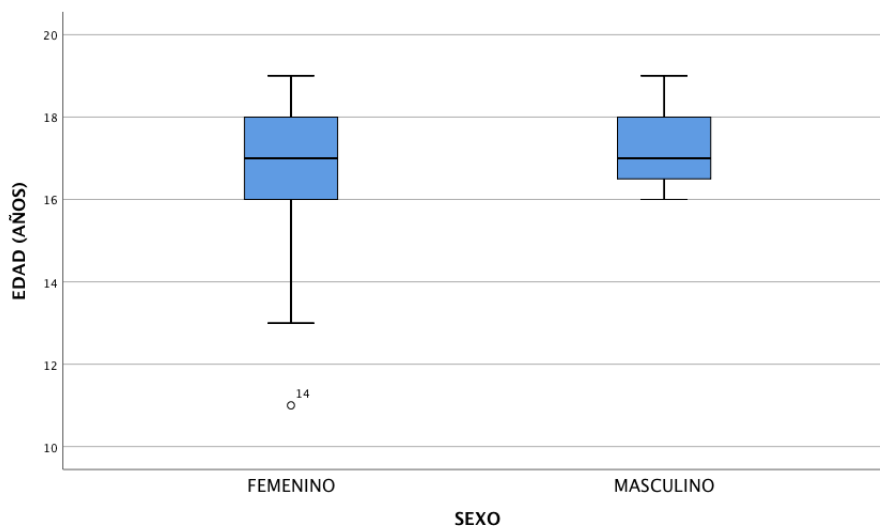
Rubros / fuentes	Cantidad	Valor individual	Valor total
Personal			
Investigador Principal	1	8 000.000	8'000.000
Co investigador 1	1	6'200.000	6'200.000
Asesor metodológico	10	400.000 hora	4.000.000
Bioestadístico	5	400.000 hora	2.000.000
Total personal			20.200.000
Comité de Ética			
Aprobación por comité	1	1'200.000	1'200.000
Materiales			
<i>Papelería</i>			
Papel carta	1 resma	30.000	30.000
Lapiceros	5	8.100	40.500
Tinta impresora	2	130.000	260.000
Carpetas	3	30.000	90.000
Fotocopias	100	100	10.000
CD	5	5.000	25.000
Memoria flash	1	50.000	50.000
Total Materiales			505.500
Documentos			
Escalas	100	3.500	350.000
Total Documentos			
Imprevistos			3.338.325
15%			
Total Imprevistos			
TOTAL			25.593.825

RESULTADOS

Se recolectaron un total de 40 pacientes, la población de este estudio fue obtenida gracias a la colaboración de los adolescentes entre los 11 y 19 años con diagnóstico de TCA (anorexia, bulimia, T. Por atracón y TCA NOS), atendidos en un programa especializado de trastornos de la conducta alimentaria, en la clínica pediátrica Colsanitas en la ciudad de Bogotá, durante el periodo de agosto a diciembre del 2018. El diagnóstico de TCA fue realizado teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), por lo cual toda la población incluida en este estudio es exclusivamente clínica.

Del total de pacientes incluidos (n=40), 37 (92%) correspondieron a sexo femenino y 3 (8%) a sexo masculino, para una proporción 8:1. El Promedio de edad de los pacientes es de 16,6 años ($DE \pm 1,9$).

Gráfico 1. Diagrama de cajas y bigotes para la edad según el sexo

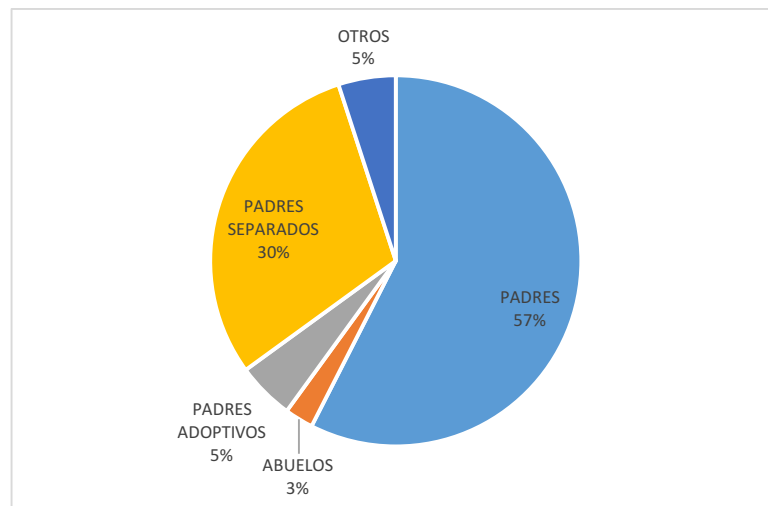


En cuanto a la estructura familiar, encontramos que el 57% (n=23) de los pacientes viven con sus padres, el 30% (n=12) con uno de los padres (padres separados), el 5% (n=2) con padres adoptivos.

Tabla 1. Distribución de la población según diagnóstico y personas con las que vive

		PERSONAS CON QUIEN VIVE					Total
		ABUELOS	OTROS	PADRES	PADRES ADOPTIVOS	PADRES SEPARADOS	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	1	1	12	1	5	20
	BULIMIA NERVOSA	0	1	9	1	4	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	0	0	1	0	2	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	0	1	0	1	2
Total		1	2	23	2	12	40

Gráfico 2. Distribución porcentual según personas con las que vive



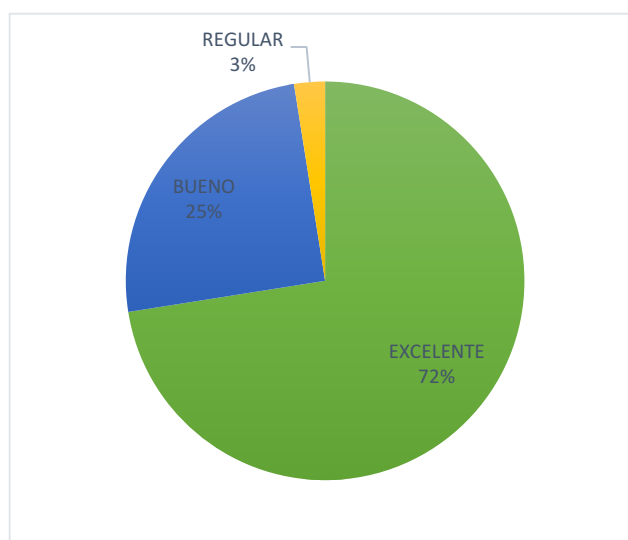
Al evaluar el grado de escolaridad para el momento del estudio, se encontró que el 58% (n=23) de la población se encuentra cursando bachillerato, el 40% (n=16) estudia en la universidad y el 2% (n=1) en primaria.

En cuanto al rendimiento académico, el 72% (n=29) de la población tenía un rendimiento académico excelente, el 25% (n=10) bueno y el 3% (n=1) regular. Encontrando que el 85% (n=17) de los pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa tienen un rendimiento académico excelente.

Tabla 2. Distribución de la población según diagnóstico y rendimiento académico

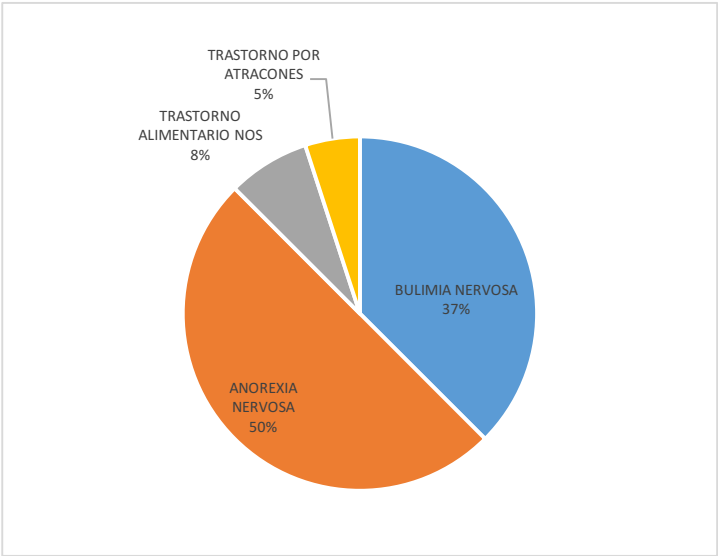
		RENDIMIENTO ACADÉMICO			Total
		BUENO	EXCELENTE	REGULAR	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	3	17	0	20
	BULIMIA NERVOSA	5	9	1	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	1	2	0	3
	TRASTORNO POR ATRAQUES	1	1	0	2
Total		10	29	1	40

Gráfico 3. Distribución porcentual de la población según rendimiento académico



Según el tipo de trastorno de alimentación, el 50% (n=20) de la población tenía diagnóstico de anorexia nervosa, el 37% (n=15) de bulimia nervosa, el 8% (n=3) trastorno de la conducta alimentaria no especificada y el 5% (n=2) trastorno por atracones.

Gráfico 4. Distribución porcentual según el diagnóstico clínico de trastorno de la conducta alimentaria



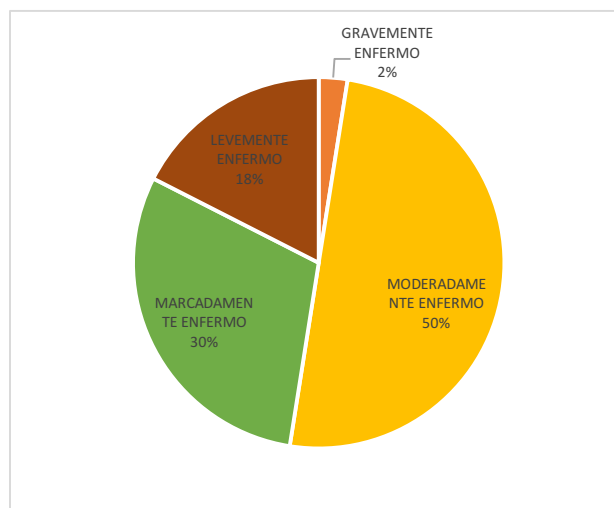
Respecto al tiempo de evolución del trastorno de alimentación, encontramos una media de 21 meses, con un valor máximo de 63 meses y un mínimo de 6 meses.

Al evaluar la severidad de la enfermedad medida por la escala ICG (Impresión clínica global), el 50% (n=20) de la población se encontraba moderadamente enfermo, el 30% (n=12) marcadamente enfermo, el 18% (n=7) levemente enfermo y el 2% (n=1) gravemente enfermo. Los pacientes con anorexia nervosa se encontraban en el rango de marcadamente y moderadamente enfermos con un porcentaje del 58,3% (n=7) y 50% (n=10) respectivamente.

Tabla 3. Distribución según la severidad de la enfermedad

		ESCALA ICG				Total
		3- LEVEMENTE ENFERMO	4- MODERADA MENTE ENFERMO	5- MARCADAME NTE ENFERMO	6- GRAVEMENT E ENFERMO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	2	10	7	1	20
	BULIMIA NERVOSA	3	8	4	0	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	2	0	1	0	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	2	0	0	2
Total		7	20	12	1	40

Gráfico 5. Distribución porcentual según la severidad de la enfermedad



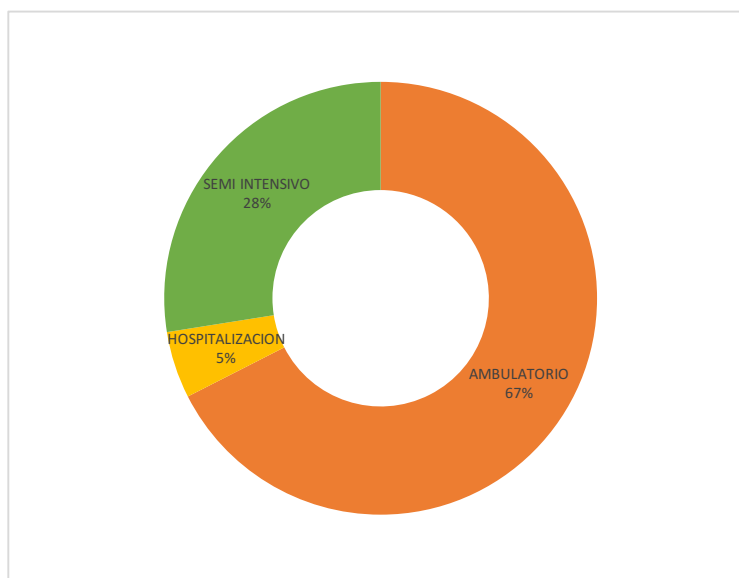
Al realizar la medición del índice de masa corporal (IMC), encontramos que la media fue de 21,2, el valor con mayor frecuencia fue de 19,2 con un valor máximo de 40 y mínimo de 14,5. La media en anorexia nervosa fue de 18,7 con un valor máximo de 21,3 y un valor mínimo de 14,5. en el caso de bulimia nervosa la media fue de 22,9 con un valor máximo de 33,7 y un valor mínimo de 19,2.

Respecto a la modalidad de tratamiento al momento de la entrevista, el 67% (n= 27) se encontraba en manejo ambulatorio, 28% (n=11) en modalidad semi intensiva y el 5% (n=2) se encontraba hospitalizado en unidad de salud mental.

Tabla 4. Distribución de la población según el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y la modalidad de tratamiento

		MODALIDAD DE TRATAMIENTO			Total
		AMBULATORIO	HOSPITALIZACIÓN	SEMI INTENSIVO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	11	2	7	20
	BULIMIA NERVOSA	11	0	4	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	3	0	0	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	2	0	0	2
Total		27	2	11	40

Gráfico 6. Distribución porcentual según la modalidad de tratamiento

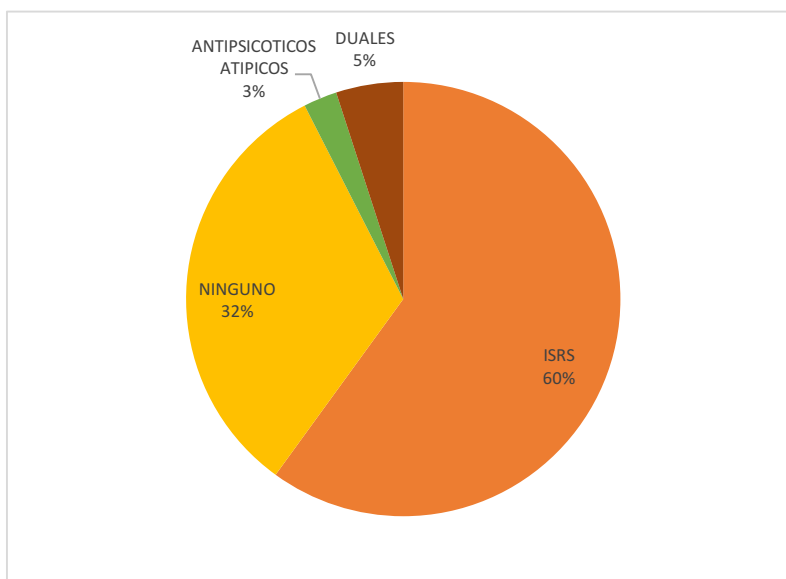


El tratamiento farmacológico que recibían los pacientes para el momento del estudio, fue del 60% (n=25) para ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), 32% (n=12) no recibía manejo farmacológico, 5% (n=2) se encontraba con antidepresivos duales y el 3% (n=1) con antipsicóticos atípicos.

Tabla 5. Distribución según el tipo de tratamiento farmacológico

		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				Total
		ANTIPSICOTICOS ATÍPICOS	DUALES	ISRS	NINGUNO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	1	1	13	5	20
	BULIMIA NERVOSA	0	1	10	4	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	0	0	1	2	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	0	1	1	2
Total		1	2	25	12	40

Gráfico 7. Distribución porcentual según el tipo de tratamiento farmacológico

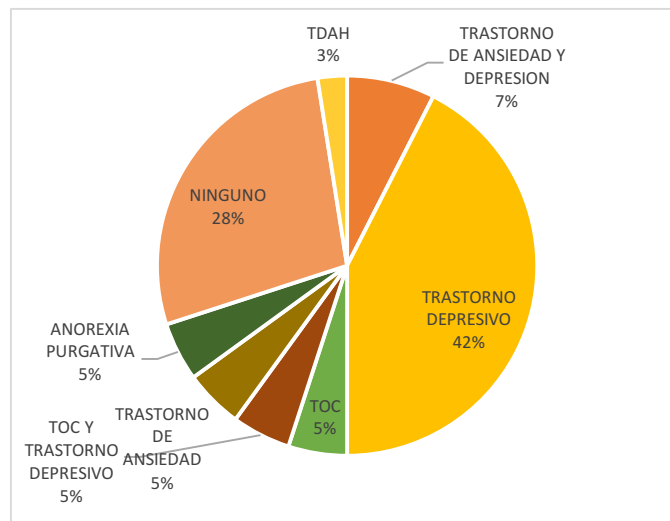


En los antecedentes psiquiátricos que al momento de la entrevista no hacen parte de la comorbilidad, el 42% (n=17) tenía un antecedente de trastorno depresivo, el 28% (n=11) ningún antecedente, el 7% (n=3) trastorno de ansiedad y depresión, el 5% (n=2) trastorno de ansiedad, anorexia purgativa, trastorno obsesivo compulsivo, TOC y trastorno depresivo.

Tabla 6. Distribución según antecedentes psiquiátricos

		ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS								Total
		ANOREXIA PURGATIVA	NINGUNO	TDAH	TOC	TOC Y TRASTORNO DEPRESIVO	TRASTORNO DE ANSIEDAD	TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	TRASTORNO DEPRESIVO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	1	4	1	2	2	0	0	10	20
	BULIMIA NERVOSA	1	4	0	0	0	1	3	6	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	0	2	0	0	0	0	0	1	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Total		2	11	1	2	2	2	3	17	40

Gráfico 8. Distribución porcentual según los antecedentes psiquiátricos



Al realizar el análisis de los datos obtenidos a partir del cuestionario del YSR (Youth Self Report) (anexo 3) comparando con los diferentes tipos de trastornos de la conducta alimentaria, encontramos los siguientes resultados:

Para la dimensión de ansiedad, el 65% (n=26) de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos, el 13% (n=5) de los pacientes se encontraban en riesgo clínico y el 22% (n=9) en rango normal. De los pacientes que cumplían criterios para ansiedad, el 65% (n=13) tenían diagnóstico de anorexia y el 73,3% (n=11) de bulimia nervosa.

Tabla 7. Distribución según trastorno de alimentación y presencia de ansiedad

		ANSIEDAD			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	13	5	2	20
	BULIMIA NERVOSA	11	2	2	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	1	1	1	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	1	1	0	2
Total		26	9	5	40

Para la dimensión de depresión/retraimiento, el 30% (n=12) pacientes con TCA cumplían criterios clínicos para depresión, el 25% (n=10) estaban en riesgo clínico y el 45% (n=18) en rango normal. De los que cumplían criterios clínicos para depresión, el 53,3% (n= 8) tenían diagnóstico de bulimia y el 20% (n=4) anorexia.

Tabla 8. Distribución según trastorno de la alimentación y presencia de depresión/retraimiento

		DEPRESION/ RETRAIMIENTO			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	4	9	7	20
	BULIMIA NERVOSA	8	4	3	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	0	3	0	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	2	0	2
Total		12	18	10	40

En la dimensión de quejas somáticas (cansancio, pesadillas, náuseas, cefalea, problemas de piel, dolor abdominal, dolores en general), 9 (22,5%) pacientes con TCA se encontraban en rango clínico, 16 (40%) en riesgo clínico y 15 (37,5%) en rango normal. El 33,3% (n=5) de los pacientes que cumplían criterios clínicos tenían bulimia nervosa.

Tabla 9. Distribución según trastorno de alimentación y presencia de quejas somáticas

		QUEJAS SOMATICAS			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	4	7	9	20
	BULIMIA NERVOSA	5	4	6	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	0	2	1	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	2	0	2
Total		9	15	16	40

En la dimensión de problemas sociales, 7 (17,5%) pacientes con TCA tenían problemas sociales y 26 (65%) no los presentaban. El 20% (n=4) que presentaban problemas tenían diagnóstico de anorexia y el 20% (n=3) bulimia.

Tabla 10. Distribución según trastorno de alimentación y presencia de problemas sociales

		PROBLEMAS SOCIALES			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	4	12	4	20
	BULIMIA NERVOSA	3	9	3	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	0	3	0	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	2	0	2
Total		7	26	7	40

En la dimensión de problemas de pensamiento (donde se evalúan pensamientos autolíticos, suicidas, ideas repetitivas o extrañas, alucinaciones auditivas y visuales, alteraciones del sueño, entre otros) el 32,5% (n=13) de los pacientes con TCA se encuentran en rango clínico y el 55% (n=22) en rango normal. De estos, el 40% (n=8) tienen diagnóstico de anorexia nervosa.

Tabla 11. Distribución según trastorno de alimentación y problemas del pensamiento

		PROBLEMAS DEL PENSAMIENTO			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	8	10	2	20
	BULIMIA NERVOSA	5	8	2	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	0	3	0	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	1	1	2
Total		13	22	5	40

Para la dimensión de problemas de atención, en total 5 (12,5%) pacientes con TCA cumplían criterios clínicos, 2 (5%) pacientes se encontraban en riesgo clínico y 33 (82,5%) en rango normal. De los pacientes que cumplían criterios, el 20% (n=3) tenían diagnóstico de bulimia nervosa.

Tabla 12. Distribución según trastorno de la alimentación y problemas de atención

		PROBLEMAS DE ATENCION			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	2	18	0	20
	BULIMIA NERVOSA	3	11	1	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	0	2	1	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	2	0	2
Total		5	33	2	40

Para la dimensión de problemas de agresividad (discusiones frecuentes, hostilidad, desobediencia, cambios de humor frecuentes, irritabilidad, problemas en el colegio y en casa, destrucción de objetos, entre otros), 9 (22,5%) pacientes con TCA presentaban criterios clínicos y 26 (65%) se encontraban en rango normal. De los pacientes que cumplían criterios clínicos para agresividad el 25% (n=5) tenían diagnóstico de anorexia.

Tabla 13. Distribución según trastorno de alimentación y problemas de agresividad

		PROBLEMAS DE AGRESIVIDAD			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	5	13	2	20
	BULIMIA NERVOSA	3	10	2	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	1	1	1	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	2	0	2
Total		9	26	5	40

En la dimensión de conducta delictiva (consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol y tabaco, mentiras frecuentes, hace trampa, roba en propiedades, se fuga de casa o colegio, prende incendios, entre otros), 7 (17,5%) pacientes con diagnóstico de TCA cumplían criterios clínicos, 26 (45%) pacientes se encontraban en rango normal y 7 (17,5%) estaban en riesgo. El 20% (n=3) de los pacientes que cumplían criterios clínicos para conducta delictiva tenían diagnóstico de bulimia.

Tabla 14. Distribución según trastorno de alimentación y conducta delictiva

		CONDUCTA DELICTIVA			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	3	14	3	20
	BULIMIA NERVOSA	3	9	3	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	1	1	1	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	2	0	2
Total		7	26	7	40

Al evaluar los síntomas internalizantes, encontramos que 29 (72,5%) pacientes con TCA cumplían criterios clínicos y 8 (20%) se encontraban en rango normal. El 80% (n=12) de los pacientes que cumplían criterios para síntomas internalizantes tenían diagnóstico de bulimia nervosa y el 75% (n=15) de anorexia nervosa.

Tabla 15. Distribución según trastorno de alimentación y presencia de síntomas internalizantes

		SINTOMAS INTERNALIZANTES			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	15	4	1	20
	BULIMIA NERVOSA	12	2	1	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	1	1	1	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	1	1	0	2
Total		29	8	3	40

Respeto a la presencia de síntomas externalizantes, encontramos que 17 (42,5%) pacientes con TCA se encontraban en rango clínico, 9 (22,5%) en riesgo clínico y 14 (35%) en rango normal. De los pacientes que cumplían criterios clínicos, el 46,6% (n=7) tenían diagnóstico de bulimia nervosa y el 40% (n=8) de anorexia nervosa.

Tabla 16. Distribución según trastorno de alimentación y presencia de síntomas externalizantes

		SINTOMAS EXTERNALIZANTES			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	8	7	5	20
	BULIMIA NERVOSA	7	4	4	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	2	1	0	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	0	2	0	2
Total		17	14	9	40

Para el puntaje total del cuestionario de YSR, encontramos que la media de puntaje estaba en 82,5 puntos, los cuales corresponden a rango clínico, el puntaje máximo fue de 143 y el mínimo de 15 puntos. El 62,5% (n=25) de los pacientes con TCA tenían puntajes en rango clínico, el cual se relacionó a la severidad de los síntomas alimentarios. De los pacientes que obtuvieron puntajes para rango clínico el 73,3% (n=11) tenían diagnóstico de bulimia nervosa y el 60% (n=11) de anorexia nervosa.

Tabla 17. Distribución según trastornos de alimentación y puntajes del cuestionario YSR

		RANGO CLINICO YSR			Total
		RANGO CLINICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLINICO	
DIAGNÓSTICO DEL TCA	ANOREXIA NERVOSA	12	3	5	20
	BULIMIA NERVOSA	11	3	1	15
	TRASTORNO ALIMENTARIO NOS	1	1	1	3
	TRASTORNO POR ATRACONES	1	1	0	2
Total		25	8	7	40

El 83,3% (n=10) de los pacientes que puntuaron en rango clínico para el cuestionario de YSR se encontraban marcadamente enfermos y el 65% (n=13) moderadamente enfermos del trastorno de alimentación según la escala clínica global, al momento de responder el cuestionario.

Tabla 18. Distribución de la escala clínica global y los puntajes del cuestionario ysr

		RANGO CLINICO YSR			Total
		RANGO CLÍNICO	RANGO NORMAL	RIESGO CLÍNICO	
ESCALA ICG	3- LEVEMENTE ENFERMO	1	4	2	7
	4- MODERADAMENTE ENFERMO	13	3	4	20
	5- MARCADAMENTE ENFERMO	10	1	1	12
	6- GRAVEMENTE ENFERMO	1	0	0	1
Total		25	8	7	40

DISCUSIÓN

Con los datos obtenidos se realiza un análisis descriptivo sobre las características de una población clínica (n=40), con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria, que consulta para el manejo interdisciplinario (nutrición, psicología y psiquiatría).

La distribución por sexo de los pacientes se encuentra en una proporción de 9:1 mujeres y hombres, lo cual es concordante con estudios realizados en otros países, donde las mujeres son mayormente afectadas por trastornos de alimentación que los hombres (Swanson SA, 2011; Hudson, 2007). Respecto a la composición familiar, encontramos que el 57% de los pacientes viven en hogar biparental, el 30% en hogar monoparental y el 5% con padres adoptivos, lo cual coincide con el promedio nacional. Según la Encuesta de Demografía y Salud (Ministerio de salud , 2015) un tercio del total de los hogares del país (33.2%) está ocupado por familias nucleares biparentales, un 12.6 % por nucleares monoparentales.

Al evaluar el grado de escolaridad, el total de los encuestados estaban escolarizadas para el momento de la entrevista, el 58% cursaba bachillerato, el 40% estudiaba en la universidad y el 2% en primaria, cursos que corresponden a la edad de los pacientes. Según las tasas nacionales de acceso a la educación (Ministerio de salud , 2015) en Bogotá el 20.9% de las mujeres completan la educación secundaria y el 31,9% acceden a la educación superior, siendo la proporción de acceso mucho mayor según las características socioeconómicas de los hogares, lo cual se ajusta con los hallazgos, dado que la población de estudio tiene acceso a medicina pre pagada y corresponden en general a un nivel socioeconómico medio- alto y alto.

Respecto al rendimiento académico, el 85% de la población de estudio con diagnóstico de anorexia nervosa, tiene un rendimiento académico excelente, lo que puede estar relacionado a las actitudes de perfeccionismo y auto exigencia, características propias de las pacientes con estos trastornos (Buzzichelli S, 2018). Varios estudios han descrito una función intelectual generalmente alta en pacientes con AN (Connan, 2006; Blanz, 1997). Otros autores han informado una función intelectual promedio en pacientes con AN, medidos tanto en grupos clínicos (Galderisi, 2003 ; Ranseen, 1992), como en estudios de base poblacional (Gillberg, 1996) . Sin embargo, (Koyama, 2012) encontraron que los pacientes con AN restrictiva y con un índice de masa corporal muy bajo (IMC; 12.8) mostraron una reducción significativa de las puntuaciones de inteligencia a gran escala; Estudios clínicos y meta-análisis recientes sobre funciones neurocognitivas en trastornos de la alimentación, específicamente en anorexia nervosa, evidencian una alteración de leve a moderada de las funciones ejecutivas respecto a la población general, involucrando alteraciones en áreas como la velocidad del procesamiento, memoria de trabajo, funciones viso espaciales, dificultades en la inhibición y el cambio de tareas (Rayna B, 2017 ; Holliday, 2005 ; Lopez, 2009 ; Tchanturia, 2011).

En relación a la distribución por diagnóstico, el 50% corresponden a anorexia nervosa, 37% a bulimia nervosa, 8% a trastorno de alimentación no especificado y el 5% a trastorno por atracones, lo cual no se asemeja con lo descrito en la literatura, donde las tasas mas altas de prevalencia, son para trastorno por atracones 1.6- 3.5%, seguido por bulimia nervosa 0.9- 1.5% y anorexia 0.3- 0.9%, (Hudson, 2007) (Swanson SA, 2011); Respecto a nuestros resultados, podemos inferir que la alta proporción de anorexia nervosa y la baja para trastorno por atracones, puede ser debido a la institución pediátrica especializada, de referencia para

trastornos de la conducta alimentaria, donde son atendidos casos de alta complejidad y con mayor morbilidad, que en este caso corresponden a patologías mas graves como anorexia y bulimia nervosa.

Al evaluar la severidad de la enfermedad medida por la escala ICG (Impresión clínica global), la mayoría de los pacientes consultantes se encuentran dentro del rango de moderadamente enfermos y marcadamente enfermos, con las tasas mas altas para el diagnóstico de anorexia nervosa; el 58,3% se encontraban marcadamente enfermos y el 50% moderadamente enfermos, lo cual concuerda con el grado de compromiso funcional y la modalidad de tratamiento ambulatorio y semi- intensivo, ya que son pacientes atendidos en una consulta altamente especializada para trastornos alimentarios y por lo tanto padecen de una patología alimentaria grave.

Al indagar sobre el tratamiento farmacológico que recibían al momento de la entrevista, el 60% estaba recibiendo ISRS, siendo el mas común fluoxetina. Actualmente, es el manejo farmacológico mas utilizado con evidencia científica moderada para prevención de recaídas y manejo de síntomas asociados a comorbilidad psiquiátrica (trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad), en pacientes con estado nutricional recuperado (American Psychiatric Association, 2010)

Los antecedentes psiquiátricos que no hacen parte de la comorbilidad actual, encontramos la presencia de trastorno depresivo en el 42% de los pacientes y ningún trastorno previo en el 28%. Lo anterior, ha sido descrito en varios estudios, donde la presencia de síntomas depresivos representa un predictor para el desarrollo posterior de trastornos de la conducta alimentaria y aumenta su incidencia a lo largo del trastorno (Hudson, 2007; Holm-Denoma, 2014; Measelle, 2006)

Al realizar el análisis de los datos obtenidos a partir del cuestionario del YSR (Youth Self Report), en la dimensión de ansiedad encontramos que en total el 65% de los pacientes con TCA, cumplían criterios clínicos para diagnóstico de ansiedad, de estos, el 73,3% tenían diagnóstico de bulimia nervosa y el 65% de anorexia. Este hallazgo concuerda con los resultados del estudio realizado por (Hudson, 2007) a partir de la muestra de la encuesta de comorbilidad nacional de estados unidos realizada a 2980 pacientes con TCA, encontrando mayor riesgo (OR: 8,6; IC 95%:3,4-21,6) para trastorno de ansiedad en pacientes con bulimia nervosa y sin asociación para anorexia nervosa (OR: 1,9; IC 95%:0,9-4,1). Sin embargo, existen estudios en población clínica, que reportan mayor comorbilidad de trastornos de ansiedad en anorexia nervosa que en bulimia (Braun D, 1994) y estudios en población comunitaria (Holm-Denoma, 2014) que revelan que los síntomas de ansiedad y trastorno alimentario no están relacionados.

Para la dimensión de depresión/retraimiento encontramos que el 30% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos para depresión. Siendo el 53,3% pacientes con diagnóstico de bulimia y el 20% con anorexia, lo cual concuerda con el estudio realizado por (Hudson, 2007) donde establece un riesgo mayor (OR:4.3; IC 95%: 1,7-10,8) para trastorno depresivo en pacientes con bulimia nervosa y menor para anorexia nervosa (OR: 2,7; IC 95%:1,3- 5,7)

En la dimensión de quejas somáticas (cansancio, pesadillas, náuseas, cefalea, problemas de piel, dolor abdominal, dolores en general), el 22,5% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos, de los cuales el 33,3% tenían bulimia nervosa. Estos datos son concordantes con los descritos por (Weigel A, 2018) que reporta que los pacientes ambulatorios con bulimia nervosa informaron niveles significativamente mas altos de síntomas somáticos que los pacientes con anorexia, siendo la severidad de síntomas somáticos alta para ambos

trastornos. Además, existe evidencia de una asociación estrecha entre la gravedad de los síntomas somáticos y presencia de ansiedad y depresión. (Kohlmann, 2016 ; Tagay, 2010)

Al evaluar la categoría general de síntomas internalizantes, el 72,5% de los pacientes con TCA cumplían criterios clínicos; de estos, el 80% de los pacientes tenían diagnóstico de bulimia nervosa y el 75% de anorexia nervosa, lo cual comprueba que la comorbilidad con trastornos afectivos y ansiosos es mas la norma que la excepción en pacientes con TCA.

En la dimensión de problemas de pensamiento (donde se evalúan pensamientos autolíticos, suicidas, ideas repetitivas o extrañas, alucinaciones auditivas y visuales, alteraciones del sueño, entre otros) el 32,5% de los pacientes con TCA se encuentran en rango clínico, de los cuales el 40% corresponden al diagnóstico de anorexia nervosa. A partir de estos hallazgos, podemos inferir que los problemas del pensamiento están presentes como síntomas que acompañan los trastornos de ansiedad y del afecto, los cuales son comunes en estos pacientes.

Para la dimensión de problemas de atención encontramos que en total 12,5% pacientes con TCA, cumplían criterios clínicos para problemas atencionales, 3 pacientes tenían diagnóstico de bulimia nervosa, la presencia tan baja de síntomas atencionales concuerda con el hallazgo de rendimiento académico excelente. Numerosos estudios han encontrado que el TDAH esta mas asociado con los trastornos alimentarios que presentan atracones compulsivos, como la bulimia nervosa y el trastorno por atracones. (Biederman, 2010; Bleck, 2015; Hudson, 2007). Un meta análisis encontró que entre las personas con TDAH, había un nivel similar de riesgo de anorexia nervosa (OR: 4,28; IC del 95%: 2,24-8,16) y trastorno por atracones (OR: 4,13; IC del 95%: 3,00 5.67), y un mayor riesgo en pacientes con bulimia nervosa (OR: 5.71; IC 95%: 3.56-9.16) (Nazar, 2016). Un estudio llevado a cabo por (Ziobrowski, 2018) halló que

el TDAH está fuertemente asociado con BN y que la asociación a lo largo de la vida con AN no es estadísticamente significativo.

En la dimensión de problemas de agresividad (discusiones frecuentes, hostilidad, desobediencia, cambios de humor frecuentes, irritabilidad, problemas en el colegio y en casa, destrucción de objetos, entre otros), el 22,5% pacientes con TCA presentaban criterios clínicos, de los cuales, el 25% tenían diagnóstico de anorexia. Algunos estudios reportan niveles mas altos de agresividad, hostilidad e ira en pacientes con trastornos de la alimentación (Truglia E, 2006; Fava M, 1995) La presencia de la agresividad puede estar mediada por múltiples factores, como los rasgos de personalidad, el pobre control de impulsos, que son característicos de estos trastornos, especialmente del espectro bulímico (Wonderlich SA, 2004). Además, la agresividad observada en pacientes con anorexia y bulimia pueden ser secundario a los síntomas alimentarios, es decir, como consecuencia del ciclo constante de atracones y conductas restrictivas que lleva a niveles anormales de serotonina. (Steiger H, 2001; Anderson IM, 1990) La depresión, que es bastante frecuente en los trastornos de la alimentación, puede llevar a conductas hostiles y mayor propensión a la agresión. (Truglia E, 2006)

En la dimensión de conducta delictiva (consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol y tabaco, mentiras frecuentes, hace trampa, roba en propiedades, se fuga de casa o colegio, prende incendios, entre otros), el 17,5% de pacientes con diagnóstico de TCA cumplían criterios clínicos, de los cuales el 20% tenían un diagnóstico de bulimia nervosa. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados por (Hudson, 2007), que describe un mayor riesgo de trastorno de conducta en pacientes con bulimia nerviosa (OR: 4,7; IC 95%: 2,0-

10.8). Esta asociación aumenta si se asocia al consumo de sustancias psicoactivas (OR: 5,3; IC 95%: 1,6-17,6).

Al evaluar la categoría de síntomas externalizantes encontramos que el 42,5% de los pacientes con TCA estaban en rango clínico. De los pacientes que cumplían criterios, el 46,6% tenían diagnóstico de bulimia nervosa y el 40% de anorexia nervosa, por lo que podemos inferir que los pacientes con bulimia nervosa, son los que presentan mayores problemas de conducta.

Para el puntaje total del cuestionario de YSR, encontramos que la media estaba en 82,5 puntos, el cual corresponde a rango clínico, el puntaje máximo fue de 143 y el mínimo de 15 puntos. El 62,5% de los pacientes con TCA tenían puntajes en rango clínico, el cual se relacionó a la severidad de los síntomas alimentarios. De estos pacientes, el 73,3% tenían diagnóstico de bulimia nervosa, lo cual hace pensar que esta patología presenta mayor comorbilidad con síntomas en el eje I que los demás trastornos de alimentación.

Las altas tasas de prevalencia de síntomas internalizantes y externalizantes encontradas en la población de estudio, especialmente en pacientes con diagnóstico de bulimia nervosa, crean la necesidad de plantear estrategias dirigidas a la detección temprana de trastornos afectivos y de conducta a la hora de abordar los trastornos de la alimentación, con el fin, no solo de disminuir el impacto sobre los síntomas alimentarios si no de mejorar el funcionamiento global de los pacientes y su entorno familiar.

CONCLUSIONES

- En la prevalencia de los trastornos alimentarios es mayor en el sexo femenino, generando gran impacto sobre la calidad de vida de los individuos y sus familiares.
- La población atendida en una consulta especializada para trastornos de alimentación, convive en un hogar biparental y asiste de forma regular a un programa escolar acorde a la edad, lo cual esta relacionado a las características propias de los pacientes que padecen esta enfermedad.
- Los pacientes con trastornos de la alimentación tienen un desempeño académico entre bueno y excelente, encontrándose que el 85% de los pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa tienen un desempeño excelente. Sin embargo, esta cualidad puede dificultar la detección temprana de la patología, ya que no genera disfunción académica evidente, incluido en estadios avanzados de la enfermedad.
- La mitad de los pacientes reclutados en este estudio tienen diagnóstico de anorexia nervosa, contrario a las tasas de prevalencia mundial, lo cual hace pensar que esta entidad genera psicopatología y morbilidad mas visible, que se traduce en mayor numero de consultas y atención mas especializada

- La mayoría de los pacientes con trastornos alimentarios, reciben manejo farmacológico con ISRS asociado a psicoterapia, principalmente en anorexia y bulimia nervosa.
- En adolescentes con trastornos alimentarios, el antecedente psiquiátrico mas prevalente fue el trastorno depresivo mayor.
- El 65% y el 30% de los pacientes que participaron en el estudio, mostraron puntuaciones en rango clínico para trastorno de ansiedad y trastorno depresivo respectivamente, siendo mas frecuente la presentación de estos trastornos en bulimia nervosa.
- Al evaluar los puntajes generales para la presencia de síntomas internalizantes, encontramos que el 80% de los pacientes con bulimia y el 75% de anorexia nervosa, se hallaban en rango clínico. La comorbilidad con trastornos del espectro afectivo y ansioso son la norma al hablar de pacientes con trastornos alimentarios, lo cual hace necesario la búsqueda activa de estas patologías, para garantizar una detección temprana y oportuna durante el tratamiento.
- Los síntomas externalizantes (problemas de agresividad, conducta delictiva) son bastante frecuentes entre los pacientes con diagnóstico de TCA, siendo mas evidente en pacientes con bulimia nervosa.

- Los pacientes con bulimia nervosa obtuvieron puntajes mas altos en los síntomas de orden emocional y conductual, que los demás trastornos alimentarios. Lo anterior, hace pensar que esta entidad presenta mayor psicopatología, la cual debe ser examinada de forma rigurosa al momento de la atención clínica, buscando disminuir el impacto funcional que estos síntomas generan en el individuo.
- En el manejo de trastornos de la alimentación, es necesario implementar estrategias que conduzcan a la detección temprana de psicopatología asociada, con el fin de dar un tratamiento oportuno y disminuir el impacto negativo sobre el paciente y su familia, lo cual contribuye a una menor severidad de los síntomas alimentarios.
- En Colombia, es necesario realizar estudios clínicos en pacientes jóvenes con trastornos alimentarios de todos los niveles socioeconómicos, con el fin de obtener un conocimiento mas amplio del comportamiento de estas patologías.

REFERENCIAS

1. Abad J, F. M. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema* , 12 (1), 49-54.
2. Achenbach, T. M. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT.
3. Achenbach, T. M. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont.
4. American Psychiatric Association. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. (third edition).
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM 5*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
6. Anderson IM, et. al (1990). Dieting reduces plasma tryptophan and alters brain 5-HT function in women. *Psychol Med* , 20, 785-91.
7. Arcelus J, M. A. (2011). Is there an elevated mortality rate in anorexia nervosa and other eating disorders?: A meta-analysis of 36 studies. . *Arch Gen Psychiatry*. (68), 724–731.
8. Asociación médica mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
9. Beate Herpertz-Dahlmann, M. (2015). Adolescent Eating Disorders Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity . *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* (24), 177–196.
10. Betancourt, D. (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. . *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* , 10 (1), 29-48.
11. Biederman, et. al (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. . *Am. J. Psychiatry* , 167 (4), 409-417.
12. Blanz, B. J. (1997). The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. . *European Child and Adolescent Psychiatry* , 6, 129–135.
13. Bleck, et. al (2015). The comorbidity of ADHD and eating disorders in a nationally representative sample. . *J. Behav. Health Serv. Res* , 42 (4), 437-451

14. Braun, D. et. al (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* , 24 (4), 859-67.
15. Busner, J. (2007). The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. . *Psychiatry (Edgmont)* , 4 (7), 28-37.
16. Buzzichelli S, et. al. (2018). Perfectionism and cognitive rigidity in anorexia nervosa: Is there an association? . *Eur Eat Disord Rev* , 26 (4), 360-366.
17. Castaño Castrillón, J. (2012). Prevalencia de riesgo de trastornos de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* , 63 (1), 46-56.
18. Connan, F. et. al (2006). Hippocampal volume and cognitive func- tion in anorexia nervosa. *Psychiatry Research* , 146, 117–125.
19. Debra L. Franko, A. K. (2013). Do Mortality Rates in Eating Disorders Change over Time? A Longitudinal Look at Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry* . , 170 (8), 917–925.
20. Doyle R, et. al (2007). Convergence Between the Achenbach Youth Self-Report and Structured Diagnostic Interview Diagnoses in ADHD and Non-ADHD Youth. *The Journal of nervous and mental disease* , 195, 350-2.
21. Fava M, et. al (1995). Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Res* , 56, 205-12.
22. Fichter, M. et. al (2016). Mortality in Eating Disorders - Results of a Large Prospective Clinical Longitudinal Study. 49, 391–401.
23. Galderisi, S. et. al (2003). Neurocognitive functioning in subjects with eating disorders: The influence of neuroactive steroids. . *Biological Psychiatry* , 53, 921–927.
24. Gillberg, I. C. (1996). The cognitive profile of anorexia nervosa: A comparative study in- cluding a community-based sample. . *Comprehensive Psychiatry* , 37, 23–30.
25. Guy W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD, U.S.: Department of Health, Education, and Welfare.
26. Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity . *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* , 24, 177–196.
27. Holliday, J. et. al (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? . *American Journal of Psychiatry* , 162, 2269–227

28. Holm-Denoma, J. B. (2014). Developmental Trends of Eating Disorder Symptoms and Comorbid Internalizing Symptoms in Children and Adolescents. *Eat Behav* , 15 (2), 275–279.
29. Hudson J, et. al (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *BIOL PSYCHIATRY* (61), 348–358.
30. Ivanova, M. Y. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. . *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 75 (5), 729-738.
31. Kohlmann, S. et. al (2016). The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. . *Journal of Psychosomatic Research* , 90 , 51–56.
32. Koyama, K. I. (2012). Intelligence quotient and cognitive functions in severe restricting-type anorexia nervosa before and after weight gain. . *Nutrition* , 28, 1132–1136.
33. Lopez, C. et. al (2009). Weak central coherence in eating disorders: A step towards looking for an endophenotype of eating disorders. . *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* , 31, 117–125.
34. Mash, E. J (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil . En V. C. Simón, *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales* (págs. 29-58). Madrid : Pirámide.
35. Measelle, J. et. al (2006). Developmental Trajectories of Co-Occurring Depressive, Eating, Antisocial, and Substance Abuse Problems in Adolescent Girls. *J Abnorm Psychol* , 3 (115), 524–538.
36. Ministerio de salud (1993). Resolución 8430 de 1993.
37. Ministerio de salud (2015). *Encuesta nacional de demografía y salud*. Bogota : EDM comunicaciones.
38. Ministerio de salud y protección social (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Javegraf.
39. Nazar, B. et. al (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Eat. Disord.* , 49 (12), 1045-1057.
40. Papadopoulos FC, et. al (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. . *Br J Psychiatry*. (194), 10–17.
41. Piñeros, S. et. al (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia)*. *Rev. Colombiana de Psiquiatría* , 39 (2), 313-328.
42. Powers PS, C. N (2013). Failure to feed patients with anorexia nervosa and other perils and perplexities in the medical care of eating disorder patients. *Eat Disord* , 21 (1), 81-89.
43. Ranseen, et. al (1992). The intellectual functioning of eating disorder patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 31, 844–846.

44. Rayna B, et. al. (2017). Anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis of executive functioning. *Neurosci Biobehav Rev.* , 83, 678-690.
45. Steiger H, et. al (2001). Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. . *Psychol Med* , 31, 85-95.
46. Swanson SA, et. al (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 68 (7), 714-23.
47. Tagay, et. al (2010). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. . *European Eating Disorders Review* , 18 (2), 124–132. .
48. Tanofsky-Kraff, M. (2008). *Binge eating among children and adolescents*. (S. R. In: Jelalian E, Ed.) New York: Handbook of Childhood and Adolescent Obesity.
49. Tchanturia, K. et. al (2011). Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *Plos One*, 6.
50. Truglia E, et. al (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. . *Psychopathology* , 39, 55-68.
51. Valencia, M (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ,5 (3), 499-520.
52. Vandana A, et. al (2014). Psychiatric co-morbidity in women presenting across the continuum of disordered eating. *Eating Behaviors*,15, 686–693.
53. Weigel A, et. al (2018). Severity of somatic symptoms in outpatients with anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*, 1-10.
54. Wonderlich SA, et. al (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: assessment implications with adolescents. *Int J Eat Disord* , 36, 172-82.
55. Ziobrowski, et. al (2018). Associations between ADHD and eating disorders in relation to comorbid psychiatric disorders in a nationally representative sample. . *Psychiatry Res.* , 250, 53-59.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Padres- pacientes)

SÍNTOMAS ORDEN EMOCIONAL Y/O CONDUCTUAL EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE CONSULTAN A UN PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL AÑO 2018.

Su hijo está siendo invitado a participar en una investigación que evaluará los síntomas de orden emocional y comportamental asociados al diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, TCA NOS). Para cumplir con este objetivo se le hará una entrevista con una serie de preguntas que evalúan síntomas que pueden estar o no presentes a lo largo de su vida. La duración de la entrevista es de aproximadamente 1 hora, no se realizará ninguna intervención adicional que ponga en riesgo su salud. La entrevista será conducida por una médica graduada, especializada en psiquiatría y salud mental, que se encuentra en el proceso de formación de segunda especialidad en psiquiatría infantil y del adolescente.

La participación de su hijo es completamente voluntaria, en caso que usted no quiera que el o ella continúe en el presente estudio puede solicitar su retiro voluntario. Tenga en cuenta que en caso de retiro, su hijo no tendrá repercusiones sobre la atención en salud recibida a la fecha. Por la participación no recibirá ningún tipo de compensación, podrá tener acceso a la información y los reportes a partir de la entrevista realizada.

BENEFICIOS Y RIESGOS: El riesgo del estudio es mínimo, con el cuestionario podemos explorar otros síntomas y comportamientos asociados a los trastornos de alimentación, lo que facilitará la detección temprana y el tratamiento oportuno de las comorbilidades.

La información obtenida durante la entrevista es confidencial y los datos serán analizados en conjunto con la de los demás participantes

Para mayor información puede comunicarse con la Dra. Lucia Osorio Acuña, investigadora principal al número telefónico 3045818143, con el Dr. Álvaro Franco tel. 6269501 o al comité de ética de investigación de la fundación universitaria Sanitas al teléfono 5895377 Ext: 5719901.

Constato que he recibido y comprendido la información relacionada al estudio, y que me han sido resueltas todas las dudas, para lo cual certifico al pie de mi firma. Recibí copia del consentimiento.

Nombre del paciente

Nombre del investigador

Firma del padre o acudiente legal

Fecha

ANEXO 2

ASENTIMIENTO INFORMADO (Pacientes < 18 años)

SÍNTOMAS ORDEN EMOCIONAL Y/O CONDUCTUAL EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE CONSULTAN A UN PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL AÑO 2018.

Usted está siendo invitado a participar en una investigación que evaluará los síntomas de orden emocional y comportamental asociados al diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones, TCA NOS). Para cumplir con este objetivo se le hará una entrevista con una serie de preguntas que evalúan síntomas que pueden estar o no presentes a lo largo de su vida. La duración de la entrevista es de aproximadamente 1 hora, no se realizará ninguna intervención adicional que ponga en riesgo su salud. La entrevista será conducida por una médica graduada, especializada en psiquiatría y salud mental, que se encuentra en el proceso de formación de segunda especialidad en psiquiatría infantil y del adolescente.

Su participación es completamente voluntaria, en caso que usted no quiera continuar en el presente estudio, puede solicitar su retiro voluntario. Tenga en cuenta que en caso de retiro, usted no tendrá repercusiones sobre la atención en salud recibida a la fecha. Por la participación no recibirá ningún tipo de compensación, podrá tener acceso a la información y los reportes a partir de la entrevista realizada.

BENEFICIOS Y RIESGOS: El riesgo del estudio es mínimo, con el cuestionario podemos explorar otros síntomas y comportamientos asociados a los trastornos de alimentación, lo que facilitará la detección temprana y el tratamiento oportuno de las comorbilidades.

La información obtenida durante la entrevista es confidencial y los datos serán analizados en conjunto con la de los demás participantes

Para mayor información puede comunicarse con la Dra. Lucia Osorio Acuña, investigadora principal al número telefónico 3045818143, con el Dr. Álvaro Franco tel. 6269501 o al comité de ética de investigación de la Fundación Universitaria Sanitas al teléfono 5895377 Ext: 5719901.

Constato que he recibido y comprendido la información relacionada al estudio, y que me han sido resueltas todas las dudas, para lo cual certifico al pie de mi firma. Recibí copia del consentimiento.

Nombre del paciente

Nombre del investigador

Firma del padre o acudiente legal

Fecha

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

SÍNTOMAS ORDEN EMOCIONAL Y/O CONDUCTUAL EN PACIENTES ADOLESCENTES QUE CONSULTAN A UN PROGRAMA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN EL AÑO 2018.

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PSIQUIATRA/ EVALUADOR

Documento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo

H	M
---	---

1^{er} apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Edad:

2º apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Escolaridad

PRIMARIA	BACHILLERATO	UNIVERSITARIO	OTRO

Rendimiento académico

EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO

Personas con quien vive

PADRES	ABUELOS	PADRES ADOPTIVOS	OTROS

Diagnóstico

ANOREXIA NERVIOSA (AN)	BULIMIA NERVIOSA (BN)	TRASTORNO POR ATRACONES (TA)

PESO	
TALLA	
IMC	

Tiempo de evolución (TCA)

> 1 MES	
> 6 MESES	
> 12 MESES	
> 1 AÑO	

Diagnósticos psiquiátricos previos

Comorbilidad medica

SI	
NO	

Cual? _____

PUNTAJE ESCALAS

YSR (Youth self-report)	
Dimensión síntomas externalizantes	
Dimensión síntomas internalizantes	
CGI (Impresión clínica global).	
Comentarios:	

FIRMA PACIENTE:

DOCUMENTO

FIRMA EVALUADOR:

ANEXO 4

ANEXO 5

Escala de Impresión Clínica Global (ICG)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor