

TRASTORNOS CONDUCTUALES ALIMENTARIOS

Condiciones relacionadas con la perturbación de la imagen corporal y el comportamiento anormal de comer.

ANOREXIA

Aversión al alimento que ocasiona **debilidad extrema por falta de alimento e incapacidad para mantener peso corporal** mínimo para edad y estatura.

1% nivel mundial

BULIMIA

Atracones de comida acompañados por una sensación de **pérdida de control en un periodo corto < 2 hrs, seguida** de conductas compensatorias como **vómito inducido, laxantes, ejercicio** para mantener peso corporal

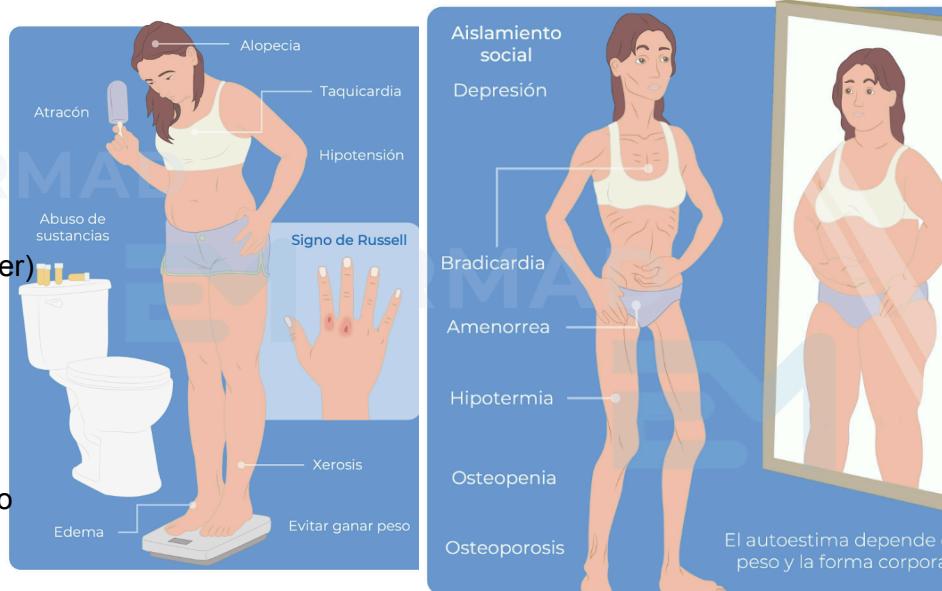
3% a nivel mundial

EPIDEMIOLOGÍA

1. Zona urbana
2. Sexo femenino 1:10 14 - 20 años
3. Profesión de riesgo
(perfeccionismo, modelo, influencer)

CLÍNICA

- Debilidad letargia
- Problemas gastrointestinales
- Intolerancia al frío
- Bajo peso / retraso del crecimiento
- Alteraciones dentales
- Alteración menstrual



Presenta síntomas >> realizar CAR (cuestionario de conductas alimentarias de riesgo)

> 10 riesgo y referir al psiquiatra

DIAGNOSTICO ANOREXIA

- | |
|---|
| 1.- RECHAZO A MANTENER PESO NORMAL (< 85% DEL ESPERADO) RESTRICCIÓN* |
| 2.- MIEDO A GANAR PESO |
| 3.- PERCEPCIÓN DE PESO Y SILUETA CORPORAL ALTERADA |
| 4.- AMENORREA* |

RESTRICTIVO



**COMPULSIVO/
PURGATORIO**

DIAGNOSTICO BULIMIA

1.- ATRACONES RECURRENTES
2.- CONDUCTAS COMPENSATORIAS REPETITIVAS
3.- LOS ANTERIORES 1 - 2/SEMANA 3 MESES
4.- AUTOEVALUACION INFLUENCIADA POR FIGURA Y PESO

PURGATIVO



**NO
PURGATIVO**

Estudios de laboratorio para valorar gravedad e indicar referencia

- BH, QS, PFH, T4, TSH, Perfil lipídico, EGO, EKG
- Fosfato serico (durante el proceso de realimentación en caso de desnutrición)
- Densitometría ósea de cadera y columna lumbar (en anorexia nerviosa con amenorrea de > 6 meses)

TRATAMIENTO

1er NIVEL DIAGNOSTICAR, HC COMPLETA, LABS, CONSEJERIA, CONTROL Y REFERIR

REFERENCIA ANOREXIA

- PERDIDA CONTINUA DE PESO O SEVERA IMC <16
- ABUSO DE LAXANTES O VOMITOS
- COMPLICACIONES FISICAS, DEPRESION O COMORBILIDAD

REFERENCIA BULIMIA

- PERDIDA RAPIDA DE PESO
- SINTOMAS SEVEROS Y PERSISTENTES > 6 MESES
- DESCONTROL, DEPRESION

CUANDO HOSPITALIZAR

- IMC < 13
- Vomita más de una vez al día
- Alteración de BH o QS
- Pensamientos suicidas persistentes

ESQUIZOFRENIA

Conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de **síntomas positivos (psicóticos)** que **coexisten con los negativos**

Positivos	Negativos
ALUCINACIONES	AISLAMIENTO
DELIRIOS	APATIA
LENGUAJE Y COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO	ABULIA



MAL FUNCIONAMIENTO

Epidemiología

Representa el 50% de las hospitalizaciones psiquiátricas. En México se presenta entre el 1 a 2% de la población, con misma prevalencia en ambos sexos, pero su inicio difiere, en hombres es entre los 10 a 25 años y entre los 25 a 35 años en mujeres.

- Antecedente de familiar x10

Alucinaciones: alteración de la percepción auditiva, visual o sensorial.

Delirio: idea fantasiosa para justificar una situación.

Ejem: viro un extraterrestre y me dijo que soy el salvador del mundo por eso me comporto así.

Etiología

Etiología desconocida, se llega a asociar a factores genéticos, neuroestructurales, neurobioquímicos y ambientales, que son el resultado de múltiples efectores que actúan sobre un cerebro inmaduro y ocasionan diferente sintomatología.

Esquizofrenia
295.90 (F20.9)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos unos de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgragación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B) AFECTA EL FUNCIONAMIENTO

C) 6 MESES

D,E Y F) SE DESCARTA OTRO TRASTORNO, SUSTANCIA O AUTISMO



Cronicidad

Menor de 1 mes: trastorno psicótico breve.

De 1 - 6 meses: Trastorno esquizofreniforme.

Más de 6 meses: Esquizofrenia.

Tratamiento

Tratamiento de elección: dosis baja de antipsicótico atípico (risperidona, olanzapina o quetiapina), aumentar a dosis objetivo en 7 días y mantenerlo 3 semanas + benzodiacepina.

- Alternativa: antipsicótico típicos (haloperidol y clorpromazina).

Manejo de pacientes agitados o agresivos

2023

- En pacientes vírgenes a antipsicóticos para controlar la agitación es suficiente el uso de las benzodiacepinas.
- Benzotropina 1 – 2 mg intravenosa o intramuscular para el tratamiento de urgencia de los síntomas extrapiramidales.

Hospitalización: riesgo de autoagresión o agresión, apoyo insuficiente o la crisis es difícil para el manejo en familia.

Efectos adversos

La clozapina puede provocar agranulocitosis, mientras que la olanzapina causa síndrome metabólico y la risperidona es el fármaco con más riesgo para producir efectos extrapiramidales.

Referencia a 2º y 3er nivel: el personal de salud debe referir al paciente con un 1º episodio psicótico, además de mal apego, reacción adversa y/o falta de respuesta al tratamiento, uso de sustancias ilícitas y riesgo de daño propio o a terceros.



TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Afección del desarrollo neurológico con implicación multidimensional, caracterizado por

- **Interacción social disminuida**
- **Deficiencias en la comunidad** a través del lenguaje
- **Inflexibilidad en el comportamiento** al presentar conductas **repetitivas e intereses restringidos** (se aíslan del mundo externo)

1/160 niños tienen autismo en el mundo

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

- No se comprende la causa biológica de la sintomatología
- Relación con valproato, talidomida, ácido fólico en niveles altos
- Pesticidas

CLINICA Y DIAGNOSTICO

Criterio	Descripción	Ejemplos clínicos
A. Déficits en comunicación e interacción social (Se requieren los 3)	1. Déficit en reciprocidad socioemocional 2. Déficit en comunicación no verbal 3. Deficit en desarrollo y mantenimiento de relaciones	No responde a interacciones sociales, no comparte emociones, evita conversación Contacto visual pobre, lenguaje corporal anormal, no usa gestos Dificultad para hacer amigos, escaso interés en relaciones, juego social limitado
B. Comportamientos e intereses restrictivos y repetitivos (Se requieren ≥ 2 de 4)	1. Movimientos repetitivos o uso repetitivo de objetos 2. Insistencia en rutinas, resistencia a cambios 3. Intereses restringidos y anormales en intensidad o foco 4. Hipersensibilidad sensorial	Aleteo de manos, ecolalia, alinear juguetes Angustia por cambios mínimos, patrones rígidos Fascinación con objetos poco comunes, obsesiones intensas Reacciones extremas a sonidos, fascinación con luces o texturas
C. Inicio temprano	Síntomas desde el desarrollo temprano	A veces solo evidentes al aumentar la demanda social
D. Deterioro funcional	Interfiere con áreas sociales, escolares o laborales	Aislamiento, bajo rendimiento escolar, conductas disruptivas
E. No explicable solo por discapacidad intelectual	Si hay comorbilidad, deben superar lo esperado para ese nivel	Evaluación si la alteración social excede el nivel cognitivo global

No es degenerativo, mejoran con la edad*

Inicio 12-24 meses



TRATAMIENTO SOLO SINTOMÁTICO

Intervención	Subtipo / Fármaco	Indicaciones / Comentarios
Psicoterapia conductual	ABA (Applied behavior análisis)	Mejora sociabilidad, comunicación y reduce conductas repetitivas
Antipsicóticos atípicos	Risperidona Aripiprazol	FDA aprobados para irritabilidad; ajustar dosis y vigilar efectos adversos
Estimulantes	Metilfenidato Atomoxetina	Para TDAH en TEA. Iniciar a dosis bajas. Atomoxetina útil si hay intolerancia a estimulantes
ISRS (ansiedad/depresión)	Fluoxetina (preferida) Citalopram, escitalopram	Para ansiedad, compulsiones y depresión. Ajustar dosis progresivamente
Nuevos agentes	N-acetilcisteína Memantina D-cicloserina Naltrexona Oxitocina	Potencial beneficio en síntomas nucleares y sociales. Uso aún experimental