

Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un Complejo Fenómeno Biopsicosocial

Mireya Sánchez*

Los trastornos de alimentación (TCA) se han incrementado notablemente desde la década de los 70' y cada día son más frecuentes sobre todo entre adolescentes del sexo femenino.

En la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias, el sobrepeso era signo de poder y salud, donde posterior a banquetes el vómito era el remedio más común para reiniciar la comilona. La restricción alimentaria tenía también un carácter social, la hambruna, y religioso, la penitencia, la más famosa anoréxica de nuestra historia es Catalina de Siena.

En 1694. Richard Morton describió un cuadro que denominó -con-sunción nerviosa.

En 1874. William W. Gull (de la corte victoriana): anorexia nerviosa, y el francés Ernest Charles Lasègue (anorexia histérica) describen un cuadro clínico que se presentaba en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades entre 16 y 25 años y respectivamente.

La bulimia tampoco es un trastorno nuevo, en:

- 1708 en el Physical Dictionary de Blanckaart
- 1726 en el diccionario médico de Quincy
- 1743 en el diccionario médico de la ciudad de Londres, James describe un conjunto de síntomas que define como "boulimus".
- 1979 por G. Russell, donde el 40 a 60% de los pacientes tienen antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa.

* Médica cirujana por la UNAM y especialista en Medicina familiar por la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Jefa del Departamento de Servicios Preventivos de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM.

Seminario de Sociología General y Jurídica

Definición

Los TCA se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

Se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas. En ella interfieren factores como la fisiología del apetito y la saciedad (individuales), aspectos socioculturales, aspectos familiares y alteraciones del apetito.

Son enfermedades mentales en las que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal y el peso así como el pensamiento obsesivo de la comida conllevan grandes modificaciones de la conducta alimentaria que ocasiona problemas médicos y nutriólogicos marcados, los cuales pueden poner en riesgo la vida.

La Asociación Americana de Psiquiatría y la OMS consideran a la anorexia y la bulimia como los dos TCA más definidos.

La incidencia es mayor en aquellos grupos dedicados a actividades relacionadas con el cuerpo y que pueden requerir una bella imagen de delgadez.

Su incidencia es claramente superior en deportistas o artistas que en la población sedentaria.

Deporte con categorías de peso: box, taekwondo o la halterofilia

Deportes con desarrollo de movimientos: gimnasia, remo, piragüismo, hípica

Deportes de estática: gimnasia rítmica, patinaje artístico, (danza como actividad de riesgo)

FR para el desarrollo de TCA

- Tipo de personalidad (personalidad adictiva) y preocupación por el peso
- Abuso de sustancias
- Herencia

III Jornadas Sociojurídicas

- FR en el deporte:
- Algunos deportes específicos atraen a individuos que tienen trastornos alimentarios o alto riesgo de desarrollarlos, en ellos encuentran una forma de gastar calorías y justificar su delgadez o sus hábitos alimentarios inadecuados.
- Ejercicio extremo, también es considerado como factor provocador de TCA
- El perfeccionismo, la compulsividad y expectativas demasiado elevadas

Clasificación

1. Anorexia nerviosa
2. Bulimia nerviosa
3. Ortorexia
4. Trastornos de alimentación no específicos
 - a) Comedor compulsivo sin mecanismo compensatorio.
 - b) Bulimia sin criterio de dos veces por semana durante tres meses.
 - c) Anorexia sin criterio de disminución de peso.
 - d) Síndrome de Pica.
 - e) Rumiación o mericismo.
 - f) Otros nuevos trastornos: alcoholexia, ortorexia, vigorexia

Introducción

Anorexia nerviosa: “Pérdida del apetito de origen nervioso”

Este trastorno de la conducta alimenticia se caracteriza por alteraciones de la percepción de la imagen corporal. En donde existe un miedo al sobrepeso y un gran deseo de estar delgado. No tienen conciencia de enfermedad, por lo que no reconocen que están en su peso normal o menor y se siguen considerando gordos. El apetito al inicio es normal, y niegan el hambre, posteriormente al disminuir el peso >15%, ya existe anorexia. Presentan pérdida de peso significativo, resultado de die-

Seminario de Sociología General y Jurídica

tas extremosas autoimpuestas, actividad física excesiva, y en ocasiones mecanismos compensatorios purgantes.

I. Tipo restrictiva: Limitan severamente la ingesta de hidratos de carbono y grasas, pacientes con múltiples dietas y restricción en el alimento llegando hasta el ayuno.

II. Tipo compulsiva-purgativa: Tienden a alimentarse con períodos compulsivos de comida, y después purgarse con mecanismos compensatorios como vómito inducido, enemas y laxantes.

Bulimia nerviosa (Hambre animal de origen nervioso)

Este trastorno de la conducta alimenticia se presenta con ingestión episódica descontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimento, generalmente comida con poco valor nutritivo, en períodos cortos de tiempo < 2 horas, en donde posteriormente sienten culpabilidad del pobre control y esto les genera ansiedad y depresión, lo que los lleva a mecanismos compensatorios como vómito inducido, enemas, laxantes, diuréticos, ayuno prolongado o ejercicio excesivo. Estos pacientes sí tienen conciencia de la enfermedad, por lo que generalmente comen a escondidas.

Una comilona compulsiva es diferente en cada paciente, puede variar entre 1,000-10,000 calorías, generalmente > 5,000, pero para otros puede ser una simple galleta.

I. Tipo purgativa: Pacientes que se comen grandes cantidades de comida con bajo valor nutritivo y van a compensarlo con vómito inducido, enemas, laxantes o diuréticos.

II. Tipo no purgativa: Pacientes que comen grandes cantidades de alimento y después hacen ayuno o un ejercicio tremendo para eliminar la grasa.

Comedores compulsivos: Actualmente se está promoviendo para que sea una entidad separada de los trastornos no específicos, con criterios diagnósticos individuales, dentro del DSM-IV. Sin embargo, poco

III Jornadas Sociojurídicas

se conoce acerca de esta entidad, por lo que no se ha tomado como un problema serio y su diagnóstico puede requerir varios años.

Son pacientes que comen incontrolablemente, sin utilizar métodos compensatorios, por lo que generalmente tienden a la ganancia de peso y a ser obesos.

Mientras más peso ganan, más tratan de hacer dieta, y eso los lleva a su siguiente episodio de comilona, lo que los hace sentir apenados y culpables. Utilizan la comida como una forma de lidiar con el estrés, los conflictos emocionales y los problemas diarios. Un porcentaje importante de los pacientes son hombres, que inician en la infancia, gran cantidad de ellos tuvieron historia de abuso sexual, por lo que consideran el tejido adiposo como protector, al mantenerlos alejados de los demás por considerarse menos atractivos. Frecuentemente son pacientes hipertensos, con diabetes mellitus.

Síndrome de Pica: Se caracteriza por la ingestión de sustancias no nutritivas como paredes, barro, gis, hielo, lo cual puede ocasionarles oclusión intestinal y envenenamiento. Aparece generalmente entre el año y los 6 años de edad.

Rumiación: Trastornos de regurgitación de alimentos, los mastican y tragan. Presentan desnutrición entre los 3 y los 12 meses.

Epidemiología **Anorexia nerviosa**

La prevalencia de este trastorno se ha calculado en 0.5 - 1% de la población femenina. Sin embargo, se considera que ha aumentado la incidencia en las últimas dos décadas. Es más frecuente en mujeres (90%), la relación mujer/hombre es de 10:1, ENSAUT 2006: 2-3%

En la mayoría de los casos inicia en la adolescencia entre 13-15 años. Tiene una distribución bimodal, con un pico a los 14.5 años y otro a los 18 años. Es más frecuente en mujeres con disciplinas como ballet, nado sincronizado y gimnastas y en hombres homosexuales. Otro dato de interés es que es más frecuente en países desarrollados y en familias con padres obesos. Se presenta de igual manera en todos los grupos étnicos

Seminario de Sociología General y Jurídica

y raciales. Interesantemente, la mitad de las pacientes con anorexia hacen transición a bulimia y se ha reportado una mortalidad que oscila entre el 10-20% debido a las complicaciones.

Bulimia nerviosa

Es más frecuente que la anorexia con una prevalencia que va del 1-3% de la población femenina. 2-3% en hombres 10 veces menor.

La mayoría son mujeres adolescentes (90-95%). Más frecuente en pacientes que fueron obesas, con historia de abuso de sustancias o abuso sexual. Los hombres afectados tienen frecuentemente historia de deportes como la lucha en donde el peso es algo importante.

Perfil: baja autoestima, falta de control de los impulsos, baja tolerancia a la frustración, elevado egocentrismo, autoimagen negativa, y dañada, tendencia al perfeccionismo.

ENSAUT 2006: conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de 10- 19 años

	Hombres	Mujeres
Han perdido el control	14.8%	21.9%
Vómito autoinducido	0.3%	0.5%
Ingesta de medicamentos	0.2%	0.6%
Restricción en la conducta	2.5%	3.9%

Las más afectadas son las mujeres en edades de 16-19 años.

Círculo vicioso de la ingesta de alimentos.

- Hacer dietas restrictivas y ayuno = estar bajo el agua
- Romper dieta = salir del agua
- Tomar aire = atracón

Círculo de la angustia sin solución.

- Búsqueda de la delgadez

III Jornadas Sociojurídicas

- Dietas
- Perdida de control
- Atracones
- Culpabilidad
- Malestar físico
- Insatisfacción, pensamientos negativos, respecto a la imagen corporal

Etiología

No se conoce la causa exacta de los trastornos alimenticios. Sin embargo, se piensa que es multifactorial en donde influyen la cultura, las familias, las características individuales y algunas alteraciones en neurotransmisores. Por ejemplo, se ha observado una disminución en los niveles de serotonina (5HT), la cual normalmente crea saciedad y un aumento de niveles de opioides endógenos en el LCR.

En el caso de la anorexia nerviosa: son pacientes con problemas de identidad, con dependencia excesiva, inmaduros y aislados, se ha detectado síntomas maniaco-depresivos. Son personas muy perfeccionistas, se ponen altas metas y tienen que probarse su competencia, muy estudiosa y exitosa académicamente. “Niños modelo”, son hipersensibles al rechazo, sienten culpabilidad irracional, miedo y preocupación obsesiva. Sienten que el control de su vida es por medio de la comida y el peso, el número de la báscula determina si tuvieron éxito o si fallaron en las metas. Se sienten poderosos cuando bajan de peso. Tienen baja dignidad y sienten que no merecen comer, el ayuno es una forma de autocastigo.

Con relación a la bulimia nerviosa, son personas con historia de obesidad, con poco autovalor, sensación de que no sirven para nada, miedo a perder control, dependiente de otros, con pensamientos de todo/nada.

Luchan para sentir aprobación por otros, hacen lo que sea para servir a otros y ocultan sentimientos. Mujeres que carecen de contacto y afecto paternos y compensan sus necesidades por medio de la comida que se

Seminario de Sociología General y Jurídica

convierte en su propia fuente de confort. Suele existir comorbilidad con trastornos de personalidad como *borderline*, desórdenes afectivos, de ansiedad, impulsivos, abuso de sustancias y alcoholismo, cleptomanía, promiscuidad e intentos de suicidios.

En ambos existe gran influencia e importancia de los medios de comunicación y del mundo de la moda – delgadez – adolescente exitosa.

Factores de riesgo

1. Predisponentes riesgo de padecer algún TCA
2. Precipitantes o desencadenantes
3. Mantenedores

1. Predisponentes Individuales.

- Biológicos. Sexo, edad, herencia genética, obesidad
- Psicológicos. Tipo de personalidad, baja autoestima, valores (corporales)
- Familiares. Dinámica familiar
- Socioculturales. Sociedad obsesionada con la delgadez, insatisfacción de la imagen corporal, medios de comunicación, ocupación

2. Factores desencadenantes

- Dietas restrictivas, ayunos
- Abuso de sustancias
- Insatisfacción corporal
- Comentarios, burlas
- Obesidad
- Situaciones estresantes

III Jornadas Sociojurídicas

3. Factores mantenedores

- Conductas compensatorias inapropiadas. Vómitos, laxantes, diuréticos.
- Ayunos, dietas limitadas en cantidad y variedad
- Ejercicio excesivo

Cuadro clínico

El cuadro clínico de los trastornos de la alimentación puede ser muy similar entre ellos, lo que los caracteriza son las manifestaciones clínicas y las complicaciones de los diferentes métodos compensatorios. Aquí se muestran los síntomas y signos más específicos, sin embargo muchos de éstos pueden ocurrir en ambos trastornos (Cuadros I y II).

Generales	Gastrointestinales	Cardiovasculares	Metabólicos	Renales y electrolíticos
Pérdida d peso	Malestar epigástrico	Bradicardia sinusal > a 30 latidos x minuto	Hipoplasia de médula ósea, pancitopenia	Deshidratación
Caquexia	Retraso del vaciamiento gástrico	Hipotensión arterial postural	Densidad ósea disminuida	Hipoglicemia
Desnutrición Hipomagnesemia,	Constipación	Bajo voltaje en ECG	Osteopenia, osteoporosis	Hipokalemia
Fatiga, debilidad muscular	Esofagitis	Onda T invertida aplanada	Fracturas patológicas	Hipofosfatemia
Hipotermia < de 35 grados	Perforación esofágica y hematemesis	Depresión del segmento ST	Disminución de hormonas sexuales	Hiponatremia
Sincope, lipotimias	Hiperamilasemia	Arritmias	Amenorrea	Hipocloremia

Seminario de Sociología General y Jurídica

Generales	Gastrointestinales	Cardiovasculares	Metabólicos	Renales y electrolíticos
Palidez acrocianosis	Hipertrofia de parótidas	QT alargado	Retraso del desarrollo sexual	Hipercalcemia
Cefalea	Pancreatitis	Atrofia del músculo cardíaco por ECO	Infertilidad	Hiperuricemia
Piel seca	Coloración amarillenta	Prolapso funcional de la válvula mitral	Disminución de interés sexual	Alteraciones ácido- base
Pelo y uñas quebradizas	Constipación	Dilatación de cámaras cardíacas	Aumento del cortisol	Daño renal de casos graves y crónicos
Lanugo	Dolor abdominal que disminuye con el vómito	ICC en etapas de recuperación por rehidratación	Aumento del GH	BUN aumentado
Alteraciones en el sueño REM corto	Irritación faríngea	Edema de MI	Disminución de somatomedina C T3,T4 disminuidas THS normal	Disminución de FG
Depresión, Ansiedad, irritabilidad	Signo de Russell excoiación en dedos medio e índice	Cardiopatía con problemas de contractilidad cardíaca	Secreción inapropiada de ADHC	Proteinuria, hematuria, piuria.
Alteraciones en la conciencia	Hiperamilasemia	Taquicardia		Litiasis renal
Fluctuaciones de peso	Hipertrofia de parótidas	Hipotensión	Alteraciones ácido-base	
Peso normal, o ligeramente elevado	Pancreatitis	Arritmias		
Fatiga, debilidad muscular	Sx. Mallory-Weiss, pneumomediastino y hematemesis	Cardiopatía con alteración de la contractilidad		
Hipomagnesemia Síncope. Lipotimias	Hipertensión y EVC por anfetaminas			

III Jornadas Sociojurídicas

En Anorexia Nervosa: amenorrea (falta de período menstrual), que si persiste durante mucho tiempo puede desencadenar una osteoporosis. Otros síntomas frecuentes son: sensación de frío, pulso, frecuencia cardiaca y tensión arterial disminuidos, sequedad de piel, aumento de vello corporal, pérdida de cabello, uñas quebradizas y estreñimiento crónico.

En la Bulimia Nervosa, debido a que el vómito provocado es una de las conductas más frecuentes, las complicaciones físicas más importantes se relacionan con las purgas: llagas o cicatrices en la piel sobre los nudillos de la mano que usan para vomitar (signo de Russell), daños en los dientes con pérdida del esmalte dental (debido al contacto con el ácido del estómago), lesiones en la garganta (dolor, afonía). Otros síntomas, desequilibrio electrolítico (sodio, potasio...) pudiendo aparecer irregularidades en ritmo cardiaco, retención de líquidos, debilidad....

Triada del atleta: trastornos alimentarios, amenorrea,¹ osteoporosis (fracturas múltiples o recurrentes, en jóvenes adolescentes, bajo peso corporal, conductas compulsivas, alta competitividad, baja autoestima, perfeccionismo, autocrítica, depresión)

Anorexia	Bulimia
Peso 15% por debajo de lo esperado	Dos episodios de comida compulsiva una vez por semana durante 3 meses
Ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales	

Las nuevas obsesiones de los alimentos

Alcoholorexia, vigorexia, ortorexia. Son las nuevas caras de los trastornos alimentarios, su incidencia es menor que otros, pero también son importantes porque llevan a una obsesión con la imagen corporal, a

¹ Criterio estricto necesario para diagnóstico de anorexia en mujeres.

Seminario de Sociología General y Jurídica

ser bello y tener buen cuerpo. Las patologías asociadas a la comida son cada vez más: **Alcohorexia, alcoremia, drunkorexia o ebriorexia**

- Trastorno presente en personas, específicamente mujeres que prefieren substituir las calorías que consumen en los alimentos por las del alcohol de una manera exagerada (ingestas excesivas en una sola noche de diversión)
- Combinación de anorexia, bulimia y alcohol
- Se niegan a comer para compensar las calorías ingeridas de la bebida por lo que los órganos se dañan mucho más rápido en el proceso
- Enfermedad reciente y peligrosa “beber en exceso es tolerado y ser delgado es una exigencia cultural”

Vigorexia

- Trastorno alimenticio caracterizado por una obsesión hacia el ejercicio y por tener un cuerpo perfecto y musculoso.
- La persona utiliza suplementos alimenticios, anabólicos y otras sustancias que aumentan la masa muscular.
- Es una obsesión por “el culto al cuerpo”, realizan mucho ejercicio y pasan hasta tres o cuatro horas en el gimnasio

Ortorexia

- Término acuñado por Steven Bratman en 1997
- Del griego *orthos*; “derecho, correcto” y *orexis* “apetito” obsesión por comer sano (TOC), como frutas, verduras, carnes blancas, prefieren los productos frescos a lo preparado, no consumen alimentos chatarra. Evitan la ingesta de alimentos fuera, aún con los amigos.
- La desnutrición es común entre los seguidores de las dietas de comida saludables.
- Es más común en hombres y en personas con una alta educación

III Jornadas Sociojurídicas

- Presentan sentimientos de culpa cuando sucumben a los alimentos variados como en otros TCA
- Obsesión por la calidad de la misma

Tratamiento

- a. Médico: Restablecer el equilibrio médico general, y alteraciones hidroelectrolíticas. Tratar las urgencias como las esofagitis, Mallory-Weiss, pancreatitis, arritmias, hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral.
- b. Farmacológico: Con ayuda de un psiquiatra se puede considerar el tratamiento farmacológico, se ha visto que con ansiolíticos, tranquilizantes y antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina (Fluoxetina-Prozac), los pacientes, sobre todo con bulimia, tienen un 70% de éxito.
- c. Nutricional: Se realiza con ayuda de un nutriólogo y el objetivo es el normalizar los patrones de alimentación sin ciclos de compulsión y purga y restablecer el peso normal y mantenerlo, para reducir los síntomas y el riesgo de muerte. Al inicio puede requerirse de nutrición parenteral y después de alimentación entera. Una vez obteniendo el peso esperado se hace el cambio a comida normal con suplementos líquidos. Ganancia de peso diario limitado a 0.2-0.4 kg, para evitar problemas de la fase de recuperación. Tienen que evaluar la dieta e identificar deficiencias y excesos. Educar al paciente acerca de los nutrientes necesarios, desarrollar dietas balanceadas y orientar con guías y corregir creencias y mitos acerca de las dietas y la comida.
- d. Psicoterapia: Con ayuda de un psicólogo se requiere de terapias tanto individuales como familiares y de grupo. La terapia individual se basa en la conductiva- conductual, aunque más recientemente se ha utilizado la psicoterapia interpersonal. En casos extremos la hospitalización está indicada para tratar los problemas de hidratación, hipokalemia, síndrome de Mallory- Weiss. El

Seminario de Sociología General y Jurídica

pronóstico, generalmente es malo porque tienden a recaer y su recuperación es prolongada y difícil.

- e. Autoestima: Es la capacidad de tener confianza y respeto por uno mismo.

Una autoestima equilibrada tiene que ver con el reconocimiento de cualidades y defectos y una mayor conciencia de los alcances y limitaciones para luchar y obtener mejores condiciones de vida. La autoestima es propiciada desde el nacimiento, en el ambiente familiar, durante la adolescencia se ve muchas veces debilitada al presentarse cambios psicoafectivos y físicos importantes.

La autoimagen, el autoconcepto (imagen pobre- siervo-), la autopercepción, el autoconocimiento (fortalezas, debilidades) y autorrespeto forman la autoestima equilibrada, la que se obtiene en la medida en que se trabaje para ello.

Se debe crear una resistencia social y amor por el propio cuerpo

III Jornadas Sociojurídicas

Conclusiones

Las conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se han convertido en un problema social son más frecuentes de lo que parecen, por lo que es necesario que el médico general los conozca para poder identificarlos. Esto es importante, el tratamiento de estas pacientes debe ser integral y es necesario interactuar con otros especialistas para una mejor terapéutica y mejor pronóstico:

- Promover en la población.
- Estilos de vida saludables.
- Habilidades para la vida (autoestima, asertividad).
- Eliminar la talla cero.
- Apoyo de padres de familia.
- Maestros y medios de comunicación.
- Prohibición de contratar modelos de bajo peso.
- Suprimir el requisito de figura esbelta.

**NINGUNA OBSESIÓN ES BUENA Y MENOS CUANDO
AFECTA TU CUERPO Y TU SALUD**