

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD



Guía de
Trastornos Alimentarios



Guía de
Trastornos Alimentarios

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Guía de Trastornos Alimentarios

Tercera Edición 2008.

D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Homero 213, 7º Piso
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo
11570, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 2,000 ejemplares
Se terminó de imprimir en octubre de 2008

ISBN 970-721-232-2

El presente material fue elaborado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. La coordinación y autoría estuvo a cargo de Katia Weissberg y Leticia Quesnel Galván. Participó como Coordinadora del Proyecto Guías Prácticas: Laura A. Pedrosa Islas. Asesora de la Guía de Trastornos Alimentarios: Claudia Unikel Santocini. Revisoras: Sandra Aguirre Guerrero, Yohana Castro Bibiano y Cecilia Robledo Vera. Consejo Editorial, Presidenta, Dra. Patricia Uribe Zuñiga, Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Directora Ejecutiva, Dra. Aurora del Río Zolezzi, Directora General de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género. Lic. Ulises Pego Pratt, Coordinador de Publicaciones PNUD.

Directorio

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS

Secretario de Salud

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

DRA. MAKI ESTHER ORTÍZ DOMÍNGUEZ

Subsecretaria de Innovación y Calidad

LIC. LAURA MARTÍNEZ AMPUDIA

Subsecretaria de Administración y Finanzas

DR. JULIO SOTELO MORALES

Comisionado Coordinador de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

LIC. JORGE CAMARENA GARCÍA

Titular del Órgano Interno de Control

LIC. BERNARDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ

Director General de Asuntos Jurídicos

LIC. CARLOS OLMOS TOMASINI

Director General de Comunicación Social

DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI

Directora General Adjunta de Equidad de Género

DRA. PRUDENCIA CERÓN MIRELES

Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

DR. CUITLÁHUAC RUIZ MATUS

Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

Dirección General Adjunta de Equidad de Género

DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI

Directora General Adjunta de Equidad de Género

DRA. YURIRIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Directora de Género y Salud

DR. ADALBERTO JAVIER SANTAELLA SOLÍS

Director de Violencia Intrafamiliar

Dirección de Género y Salud

DRA. YURIRIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Directora de Género y Salud

LIC. CECILIA ROBLEDO VERA

Subdirectora de Documentación de Inequidades

DR. LUIS BOTELLO LONNGI

Subdirector de Sensibilización

Consejo Editorial

LIC. PATRICIA VELOZ ÁVILA

LIC. ULICES PEGO PRATT

LIC. LETICIA MARTÍNEZ OSORIO

LIC. ROSARIO GONZÁLEZ GALLARDO

Contenido

Introducción	7
¿Qué son los trastornos alimentarios?	10
Criterios según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales para los Trastornos de la Alimentación. (DSM IV, por sus siglas en inglés)	11
¿Quiénes los padecen?	13
¿Por qué se presentan los trastornos alimentarios?	16
¿Cómo se detectan los trastornos alimentarios?	19
¿Cuáles son las consecuencias en la salud debidas a los trastornos alimentarios?	20
¿Cómo se hace un diagnóstico de trastorno alimentario?	22
¿Qué exámenes deben realizarse?	23
¿Cómo atender los trastornos alimentarios?	23
Referencias	27

Introducción

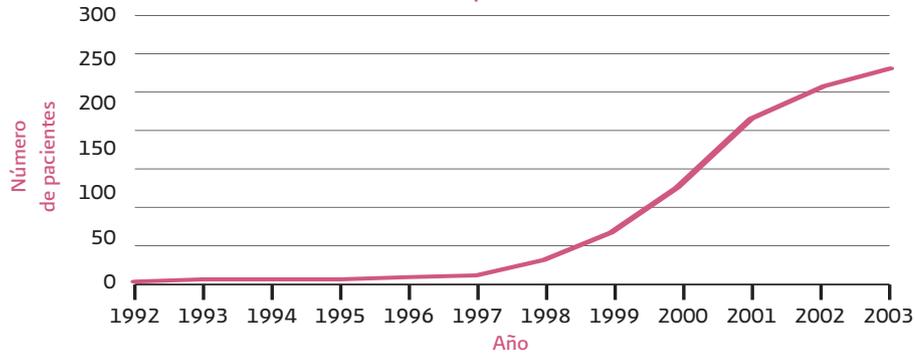
Este documento tiene como objetivo presentar a los prestadores de servicios de salud algunos conceptos e ideas básicas que les permitan manejar dos de los principales trastornos alimentarios: anorexia y bulimia. Si éstos son entendidos en su complejidad, mayores serán las posibilidades de detectarlos y atenderlos adecuadamente.

Es cierto que la anorexia y la bulimia se conocen desde hace algún tiempo; estos trastornos habían sido descritos como cuadros clínicos desde finales del siglo XIX¹ y aparecen casos documentados desde el siglo XVII.² Sin embargo, su expansión tanto numérica como territorial y su relación con rasgos de la cultura actual permiten caracterizarlos como patologías propias de la sociedad urbana contemporánea. La anorexia y la bulimia afectan a millones de personas en todo el mundo. Pueden causar desnutrición, afecciones cardíacas e incluso la muerte. Son difíciles de tratar y permanecen ocultos hasta para las amistades y familiares más próximos de quien los sufre.

Aunque los trastornos alimentarios se padecen individualmente y tienen causas psicológicas, el entorno cultural y familiar marcan su aparición y los orígenes de los trastornos alimentarios; son, por lo tanto, multicausales. Además, su expansión social los ubica como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor. La prevalencia de la anorexia entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la bulimia alcanza 3%. La población más vulnerable son las mujeres adolescentes.³

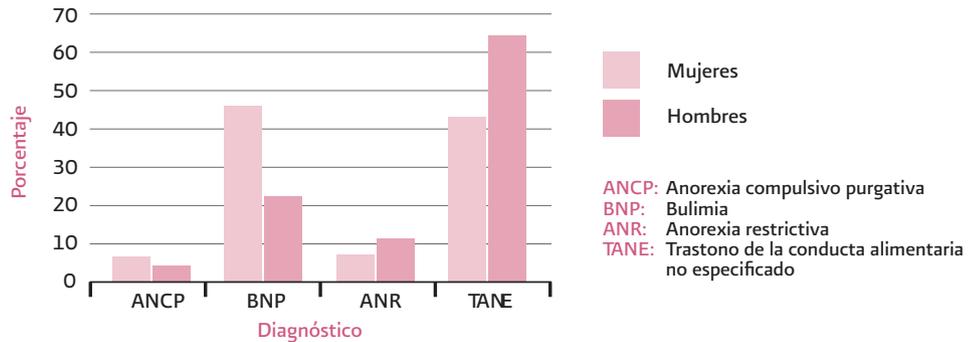
Si bien es cierto que los trastornos alimentarios han sido llamados “de la abundancia” y aparecen mayoritariamente en países desarrollados, en zonas urbanas y en estratos socioeconómicos altos, no son exclusivos de ellos y la tendencia parece mostrar su expansión hacia otros países, regiones y sectores sociales.⁴ En este sentido, pueden constituir una vía de desnutrición cualitativamente diferente a la tradicional, relacionada ésta con la pobreza y la extrema pobreza.⁵ Algunos datos del incremento de consulta por trastornos alimentarios y de su distribución por sexo, son indicativos de su expansión en nuestro país (*gráficas 1 y 2*).

Gráfica 1.
Ingresos de primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria,
del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
México, 1992-2003.



Fuente: Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2003.

Gráfica 2.
Ingresos de primera vez a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria,
del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, según
sexo y diagnóstico. México, 1992-2003.



Fuente: elaborado a partir de datos generados por la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. División de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2003.

Los efectos de los trastornos alimentarios no se limitan a una sola esfera de la vida de la persona que los padece y no sólo ella se ve afectada, sino que su entorno familiar resiente también las consecuencias. Para poder hacer frente a los diferentes aspectos que se ven involucrados, el tratamiento de los trastornos debe hacerse desde diversos flancos; las respuestas que exigen los problemas que plantean los trastornos alimentarios sólo pueden ser tan complejas como el trastorno mismo.

Lo mismo puede decirse respecto de la prevención. Por un lado, la multicausalidad de los trastornos alimentarios implica que la prevención, para ser útil, tendría que hacerse en más de un ámbito y en niveles muy profundos: modificar patrones culturales, estructuras familiares anquilosadas y demás. Por el otro, la preeminencia de estos trastornos en edades tempranas puede conducir a la implantación de algunos programas

educativos en el ámbito escolar que pudieran resultar efectivos;⁶ en ellos el objetivo estaría encaminado al fortalecimiento del carácter de las jóvenes para que puedan hacer frente al impacto de influencias nocivas externas; sin embargo, las mayores dificultades están en la posibilidad de enfrentar a los conflictos internos, las influencias que, desde dentro de cada persona, derivan en un trastorno alimentario. En este sentido, la difusión de información veraz no es suficiente y la verdadera prevención del trastorno, así como su tratamiento, debe ubicarse en un nivel de trabajo más afectivo.

¿Qué son los trastornos alimentarios?

Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida.

Los trastornos alimentarios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera.

Los principales trastornos alimentarios son la anorexia, la bulimia y la compulsión para comer, del que no hablaremos mucho aquí.

La anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación con su edad, estatura y necesidades vitales. Esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo.

En la bulimia el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. Son episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado.

En la compulsión para comer se presenta el síntoma del atracón sin la conducta compensatoria. Por ello, quien lo padece puede presentar sobrepeso.

Quienes presentan anorexia o bulimia piensan casi exclusivamente en cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo, y están pendientes de su imagen de manera obsesiva, piensan mucho en cómo son vistos por los otros. Detrás de estos comportamientos hay una preocupación absoluta por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o conseguir una mayor. La imagen corporal de sí mismo está distorsionada y no corresponde a la realidad.

Una misma persona puede presentar diversos comportamientos y en muchos casos es frecuente encontrar las conductas alternadamente por periodos de tiempo específicos; la mayor incorporación de comportamientos patógenos puede indicar el avance del padecimiento.

Crterios según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales para los Trastornos de la Alimentación. (DSM IV, por sus siglas en inglés)

Anorexia nerviosa

- A.** Miedo intenso a engordar, que no disminuye con la pérdida de peso.
- B.** Alteración de la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso.
- C.** Pérdida de por lo menos 25% del peso original. En menores de 18 años de edad debe añadirse al peso inicial el que correspondería aumentar de acuerdo con el proceso de crecimiento y considerando que, una reducción de peso cercana a 15% es valorada como riesgo médico.
- D.** Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo, según edad y estatura.

A estos criterios pueden agregarse los siguientes:

- Pérdida de peso autoinducida por conductas compensatorias: vómitos, laxantes, diuréticos y exceso de actividad física.
- Retraso en el desarrollo puberal: falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria. En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual.

Se especifican dos tipos de anorexia:

- **Tipo restrictivo:** la pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo. No se recurre a atracones ni a purgas.
- **Tipo compulsivo-purgativo:** se recurre regularmente a medidas purgatorias como inducción al vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas.

Bulimia

- A.** Episodios recurrentes de voracidad:
 - Comer en corto período de tiempo gran cantidad de alimentos.
 - Falta de control sobre la alimentación durante el episodio.
- B.** Promedio de dos episodios de voracidad semanales durante tres meses.
- C.** Autoevaluación “indebidamente” influida por la forma y el peso corporales.
- D.** Conducta compensatoria:
 - Purgativa: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos.
 - No purgativa: ayuno, ejercicios físicos extenuantes.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

A. Distinciones de grado:

- Mujeres que cumplen los criterios diagnósticos de la anorexia, pero con menstruaciones regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia, pero el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen los criterios diagnósticos de la bulimia, pero con menor frecuencia.

B. Empleo irregular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, inducción del vómito después de ingerir dos galletas).

C. Masticar y expulsar, sin tragar, cantidades importantes de comida.

D. Trastorno compulsivo: se presentan atracones recurrentes sin tener conductas compensatorias.

¿Quiénes los padecen?

Los trastornos alimentarios se inician o presentan principalmente en adolescentes y púberes; muy probablemente, las personas de mayor edad que los padecen iniciaron conductas sintomáticas en esta etapa de su vida. Las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17.⁷ La expansión de los padecimientos ha implicado también su aparición en edades cada vez más tempranas.

Los trastornos alimentarios se presentan tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante. De igual modo, ha aumentado la atención que los medios de comunicación y los profesionales prestan a este hecho, lo que remite al tiempo cuando los trastornos padecidos por mujeres empezaron a llamar la atención.²

El diagnóstico de los trastornos alimentarios en hombres se enfrenta con ciertos prejuicios sociales que también prevalecen en el personal de salud: algunos médicos suponen que ser mujer es condición indispensable para presentarlos y que sólo ellas los padecen. Comer demasiado y estar pasado de peso resulta culturalmente más aceptable y menos notorio en el caso de los hombres, por lo que el trastorno puede pasar inadvertido.²

Son casi exclusivamente las mujeres quienes padecen anorexia y bulimia. El 90-95% de las personas afectadas son mujeres; de cada 10 personas que presentan anorexia o bulimia, 9 son mujeres.⁸

En las mujeres los trastornos alimentarios se presentan particularmente en la pubertad y se asocian con lo que ésta representa para ellas:

- Les resulta particularmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria a las normas de belleza establecidas socioculturalmente y que son reproducidas y difundidas por los medios de comunicación.
- Su sentido de identidad y su imagen están más fuertemente influidos por aspectos relacionales: lo que piensan, esperan y dicen los otros influye en gran medida en el sentimiento de sí, y esto se incrementa en la adolescencia.
- El desarrollo de habilidades y logros escolares lo viven con mayor autoexigencia y preocupación.
- El proceso de inicio de independencia, propio de la adolescencia, lo viven de manera más conflictiva; las niñas enfrentan mayores tensiones individuales y diferencias interpersonales con los padres que los varones.

- Los roles sociales y biológicos para los que se la prepara en la adolescencia son más ambivalentes. Sus cuerpos se desarrollan para ejercer una sexualidad adulta y ser madres; pero esta capacidad adquiere en la sociedad urbana actual un valor incierto: está cada vez más difundida la idea de que la maternidad limita sus posibilidades de realización profesional y esto las encierra en el ámbito de lo doméstico.⁹ Si la mujer posee una musculatura masculinizada, muestra mayor competitividad y empuje, pero ello actúa en contra y a costa de sus caracteres biológicos femeninos ligados a su identidad sexual y a funciones igualmente exigidas.¹⁰

En el caso de los hombres, la pubertad actúa en el sentido contrario: los acerca al ideal cultural de la masculinidad, tanto en términos biológicos como sociales. Los hombres con trastornos alimentarios suelen expresar preocupación, percepciones de su cuerpo e ideales estéticos en términos considerados como femeninos. Goldman cita el caso de Andrés, de 20 años de edad: *"quería controlar la comida, no sabía controlarme, me agarraban atracones y entonces, tengo sentimientos de culpa y vómito", "era obeso, me decían corcho, me cargaban porque era bajito y gordo", "tengo diagnóstico de bulimia, hago mucha gimnasia, me doy atracones, duermo hasta olvidar, soy bulímico y antes era anoréxico"*.¹¹ Entre los hombres empiezan a difundirse ideales de belleza y de delgadez a través de revistas especializadas, de la promoción de productos como maquillajes y moda masculina para personas delgadas; estos factores pueden influir en un incremento del índice de trastornos alimentarios entre la población masculina, pero el peso de este elemento y su relación con otros

considerados de riesgo no está tan difundido socialmente ni tan interiorizado en los varones como lo está en el caso de las mujeres.

Tanto para los hombres como para las mujeres la adolescencia representa un momento importante en el proceso de definición de la identidad y orientación sexual, este factor también puede intervenir en el desarrollo de los trastornos alimentarios.

La anorexia y la bulimia también están fuertemente vinculadas a un ideal estético de belleza femenina construido socialmente y difundido ampliamente por las expectativas colectivas, los cánones de la moda y los medios de comunicación en los que la obtención de la delgadez se vincula directamente con la idea del éxito y la aceptación del entorno. Así, relaciones sociales conflictivas vinculadas a los roles de la mujer encuentran una expresión simbólica en el cuerpo y su relación con los alimentos.

En las sociedades urbanas actuales se establece tanto para hombres como para mujeres un modelo corporal único: delgado, fuerte, andrógino, joven, uniforme; no es un cuerpo natural, sino que se adquiere con dietas, ejercicio, cirugía y el consumo de ciertos productos. En la mujer esta exigencia es más grande e implica mayores contradicciones que en el hombre: ser eternamente adolescentes y al mismo tiempo madres; físicamente jóvenes pero con la experiencia de la madurez, tener un cuerpo esbelto, hermoso y atractivo sin dejar de ser inteligentes, hábiles y astutas y ser pasionales pero sin perder el autocontrol, son algunas de las demandas contradictorias que se le hacen a la mujer en las sociedades actuales.¹⁰

Aunque la mujer ha accedido en algunas esferas a un mayor grado de equidad frente al hombre, su cuerpo no ha dejado de ser visto como objeto de consumo. Las mujeres de hoy deben adquirir una imagen de independencia y exhibirse como objetos vendibles en un mercado de consumo cada vez más exigente, competido y contradictorio. Tener un cuerpo esbelto no es sólo responder a un canon de belleza, sino estar dentro del mercado. La amenaza no es ser fea o gorda, sino quedar marginada en un mundo donde no se es ni se existe si no se responde al código social. Anorexia y bulimia parecen haberse transformado a tal grado en el paradigma del género femenino que algunos expertos se abstienen de difundir los síntomas de la enfermedad, lo que se convierte en su promoción más que en su prevención.¹⁰

Ahora bien, la vivencia subjetiva de todo lo anterior, de acuerdo con la historia personal, es central en este tipo de padecimientos. Si bien es cierto que la cultura deja su marca en la producción de los trastornos alimentarios, las situaciones psicológicas individuales los determinan y desencadenan.

¿Por qué se presentan los trastornos alimentarios?

Si bien es cierto que no se ha establecido una etiología específica para los trastornos alimentarios, se afirma que su causalidad es multifactorial y abarca una multiplicidad de elementos que se combinan y acumulan de manera específica en ambientes diversos y en un momento evolutivo particular -la adolescencia- de las personas que los padecen.¹² Se sugieren ámbitos de riesgo que incluyen el contexto cultural y el familiar, la vulnerabilidad constitucional y experiencias adversas de la vida personal que se relacionan en cada caso de manera específica y determinan configuraciones propias en éstos.

Además de lo dicho en cuanto al contexto cultural, en el contexto familiar suelen encontrarse los rasgos característicos de lo que se define como la familia psicósomática: aglutinantes, sobreprotectoras, rígidas. Por ejemplo: los miembros de la familia están sobreinvolucrados recíprocamente y cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, sentimientos y acciones de los otros; ello deriva en escasísima autonomía y privacidad. La sobreprotección tiende a sofocar la existencia de los conflictos de la familia, que son así evitados o evadidos más que resueltos; en este sentido, la o el paciente juegan un rol central. Los límites intergeneracionales e interindividuales son débiles, poco claros y conducen a la confusión de funciones y lugares. La rigidez se expresa en la resistencia al cambio y en la intolerancia a las diferencias y desacuerdos familiares, aparentando que se muestra unida, armoniosa y sin fallas, fracturas ni problemas.¹³

En el terreno psicológico se entiende que los trastornos alimentarios son síntomas de asuntos subyacentes relacionados con conflictos emocionales. La alimentación trastornada constituye para quienes la presentan formas de nutrirse o protegerse, de expresar ira, de autocastigarse, apaciguar tensiones insoportables, distanciarse de situaciones dolorosas y hasta crear una identidad. Ello se manifiesta en expresiones como las siguientes:

“Comer me calma, me tranquiliza...”.

“Todo me agita y toda esa agitación la experimento como una sensación de hambre, incluso si acabo de comer. Tengo miedo de mí misma, de los sentimientos a los que estoy expuesta a cada minuto sin defensa”.

“Estoy en mi propia cárcel. No me importa lo que digan los otros, me he sentenciado a la delgadez”.

“La comida no me contesta ni me exige nada”.

“Después de purgarme me relajo”.

“Me siento exitosa cuando bajo medio kilo”.

“No me importa que todos me digan que no estoy gorda, que es cuestión de mi mente. Aun cuando sólo está en mi mente, yo llevo los pensamientos ahí. Son míos”.

“Cuando como, siento y es mejor no sentir; tengo demasiado miedo”.²

También se detectan fantasías sobre el alimento que lo identifican como veneno, peligroso o equivalente del embarazo. Es por esto que en ocasiones el suceso disparador del cuadro anoréxico es el embarazo de alguna persona cercana; las mujeres encuentran una asociación entre alimento, aumento de peso y embarazo. Waller y colaboradores ya desde 1940 formularon la hipótesis del “deseo inconsciente de ser embarazada por vía oral que podría generar el comer compulsivamente o en otros casos generar culpa y rechazo a la comida.”¹⁴ La represión del deseo de embarazo o la culpa generan rechazo y temores a la sexualidad, frecuentemente asociados a la anorexia nerviosa.^{15, 16, 17}

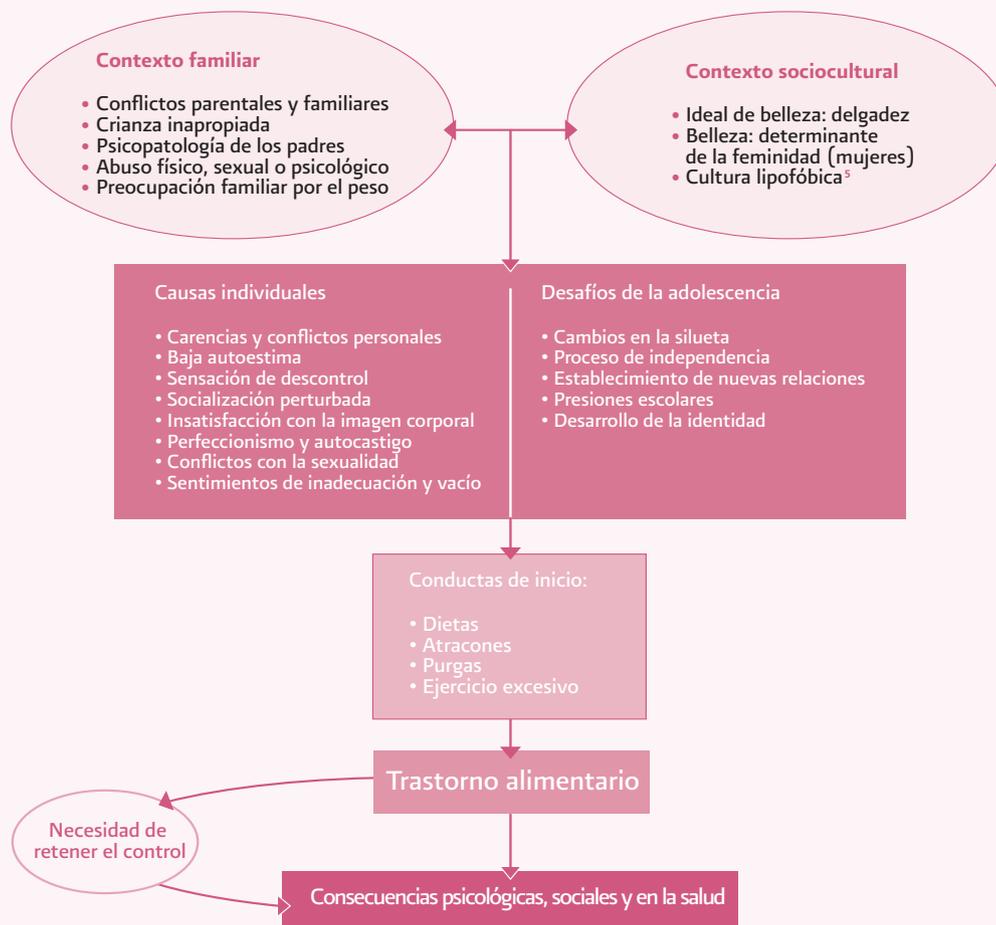
Para quienes sufren trastornos alimentarios, la valoración que hacen de sí mismos está sobredeterminada por la imagen corporal, en la que se deposita la autoestima y la sensación de control sobre su vida. Problemas emocionales de todo tipo, conflictos personales en relación con la identidad sexual y de género, con las relaciones interpersonales y la falta de ubicación subjetiva también son determinantes de los trastornos alimentarios. La negativa a comer o la compulsión bulímica se ofrecen como escenarios en los que se despliegan deseos inconscientes que están, como mencionamos, fuertemente ligados a las vicisitudes de la feminidad.¹⁸

La amenorrea primaria o secundaria puede ser atribuida a los conflictos psicológicos ya que se presenta en las primeras fases, antes de que la falta de alimentos pueda causarla. Una explicación es que estos conflictos intervienen en el funcionamiento del hipotálamo y por ende, en el ciclo hormonal.^{19, 20} Algunos autores sugieren que puede haber casos de anorexia nervosa leve, en presencia de oligomenorrea.²¹

Los conflictos de las personas con trastornos alimentarios son inconscientes y se mantienen ocultos hasta para ellas mismas. Sin esta consideración es imposible entender y atender estos trastornos, sus múltiples significados y simbolismos, las fantasías que se vinculan con la comida y que están detrás de las conductas patológicas. Además, sólo así se pueden comprender determinados rasgos tan característicos del trastorno como sus síntomas, los altos grados de reincidencia y de abandono del tratamiento, la falta total de conciencia de riesgo y la negativa a buscar ayuda.

Figura 3.

Multifactorialidad de los trastornos de la conducta alimentaria



¿Cómo se detectan los trastornos alimentarios?

Señales físicas

Algunos indicios de los trastornos alimentarios son detectables a simple vista. En el caso de la anorexia, el primero y el más visible es la continua y prolongada reducción de peso, que puede conducir a la delgadez extrema y a la desnutrición; ésta se refleja en la piel reseca y con color grisáceo o amarillento, las uñas quebradizas, el debilitamiento o la caída del cabello, la intolerancia al frío y la persistencia de bajas temperaturas en pies y manos, que adquieren un color morado.

La bulimia es más difícil de detectar porque los atracones y las compensaciones se hacen en secreto y no derivan necesariamente en una continua pérdida de peso. En el caso de quienes vomitan es necesario buscar signos físicos acompañantes como lesiones o pérdida del esmalte dentario, escoriaciones en las articulaciones interfalángicas de aquellos dedos utilizados para provocar el vómito.

Señales psico-sociales

Las personas con trastornos alimentarios se aíslan socialmente, se vuelven irritables, se sienten culpables o están malhumoradas. La ansiedad, la impulsividad y la inestabilidad emocional son rasgos predominantes en quienes padecen bulimia. A veces estas sensaciones se exacerban cerca de las horas de comida.

La permanente preocupación por el peso y la delgadez de quienes sufren estos padecimientos, por un lado, se extiende al entorno social, de tal modo que critican incisivamente la gordura y, por otro, preguntan constantemente a los demás cómo se ven y se comparan insistentemente con otras personas. Como la percepción de sí mismos es distorsionada, recurren a los otros en busca de aseguramiento y corroboración.

Las personas con trastorno alimentario no pueden experimentarse a sí mismas como individuos unificados o autocontrolados, capaces de dirigir su vida. Cuando la anorexia se desarrolla, sienten que la enfermedad está causada por una fuerza misteriosa que las invade. Otras relatan que se sienten divididas, como segmentadas en dos personas. Aunque pocas lo expresan abiertamente, a lo largo de sus vidas han sentido que ser mujer representaba una desventaja y que soñaban con triunfar en áreas generalmente consideradas “masculinas”.^{22, 23}

Al mismo tiempo, las personas con trastornos alimentarios presentan, tanto alto rendimiento estudiantil como desempeño escolar o profesional, en contraposición con desajustes en lo social, sexual y, en su caso, marital.³

¿Cómo afectan a la salud física los trastornos alimentarios?

Los efectos de los trastornos alimentarios en la salud son diversos grados de desnutrición y desequilibrios fisiológicos que producen diferentes complicaciones.

Los problemas cardiacos van desde las arritmias, debido al abuso de medidas evacuativas, hasta la disminución del tamaño de las cavidades del corazón, disfunciones de las válvulas cardiacas, baja presión arterial y mala circulación. Hay un alto índice de mortalidad, que va en aumento, debido a problemas cardiacos como consecuencia de trastornos alimentarios. Por ello se recomiendan mediciones y exámenes específicos.

La inducción del vómito en la bulimia puede provocar agrandamiento de las glándulas salivales, alcalosis metabólica, pancreatitis, hematemesis, esofagitis, hemorragia digestiva e hipopotasemia, las cuales pueden causar un ataque cardiaco. El abuso de conductas purgativas puede provocar desequilibrios hidroelectrolíticos de gravedad.

En el caso de las mujeres, la amenorrea -en la anorexia- y las irregularidades menstruales -en la bulimia- son síntomas importantes y resultan útiles para establecer un diagnóstico diferencial. En el caso de los hombres se presenta disminución del interés sexual, de los niveles de testosterona y anormalidades testiculares.

En ambos padecimientos se presentan síntomas gastrointestinales como dolores e inflamación abdominal, fuertes cólicos, constipación y diarreas.

Complicaciones debidas a la anorexia y la bulimia.²⁴

Complicaciones cardiovasculares:

- Hipotensión, bradicardia, arritmias.
- Alteraciones en el trazo electrocardiográfico.
- Disminución del tamaño de las cavidades del corazón.
- Falla cardíaca.

Complicaciones digestivas:

- Constipación o diarrea.
- Distensión y molestias abdominales.
- Alteraciones esofágicas.
- Retraso en el vaciado gástrico.
- Disminución de la motilidad gastrointestinal.

Complicaciones renales:

- Disminución del filtrado glomerular y de la capacidad de concentración.
- Alteraciones hidroelectrolíticas: hipopotasemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia.
- Edemas periféricos.
- Cálculos renales.

Complicaciones hematológicas:

- Anemia, leucopenia, trombocitopenia.

- Hipoplasia en médula ósea.

Complicaciones endocrinológicas:

- Amenorrea.
- Disminución de los niveles de gonadotrofinas.
- Aumento de los niveles de cortisol y de la hormona de crecimiento.
- Atrofia mamaria, de labios mayores y de la vagina en las mujeres.
- Disminución de niveles de testosterona y anomalía testicular en los hombres.²

Complicaciones óseas:

- Osteopenia, osteoporosis.
- Aumento del riesgo de fracturas patológicas.
- En pacientes prepuberales, estancamiento en el crecimiento y retraso en la maduración ósea.

Complicaciones dermatológicas y dentales:

- Piel seca, agrietada o escamosa, lanugo (como consecuencia del aumento de cortisol), equimosis por la trombocitopenia.
- Callosidades en el dorso de las manos (signo de Russell).
- Erosiones del esmalte dental.

¿Cómo se hace el diagnóstico de trastorno alimentario?

El personal médico puede utilizar una serie de exámenes clínicos que le permitan no sólo realizar el diagnóstico de un trastorno alimentario y corroborarlo, sino también medir el alcance de sus efectos.

Sin embargo, la divulgación de estas patologías, la expansión de la preocupación por las mismas a nivel social y la circulación de información no confiable al respecto han derivado, tanto en una promoción de la sintomatología como en un sobrediagnóstico. Así sucede, por ejemplo, con algunos desórdenes transitorios de la adolescencia –como la falta de regularidad menstrual o con conductas de riesgo que no derivan necesariamente en un cuadro de trastorno alimentario. De igual modo, puede haber desnutrición como consecuencia de otros trastornos psicológicos, tales como depresión y algunas patologías de tipo esquizoide. A su vez, la desnutrición provocada por anorexia puede tener como consecuencia trastornos psicológicos secundarios importantes. De ahí que establecer el diagnóstico no debe reducirse a una serie de exámenes de laboratorio; debe llevarse a cabo con calma y teniendo en cuenta la variedad de factores que influyen en la aparición de un trastorno alimentario y su desarrollo. Cada paciente requiere una escucha cuidadosa y personalizada que derive en un diagnóstico integral y en una terapéutica oportuna de acuerdo con el mismo.

La entrevista psicológica es de gran importancia para confirmar el diagnóstico de trastorno alimentario, evaluar la situación de riesgo, indagar sobre factores desencadenantes de las conductas sintomáticas e iniciar los primeros pasos del proceso terapéutico.²⁵ Resulta sumamente útil para conocer el estado emocional del o la paciente, explorar el funcionamiento mental y los rasgos de carácter, los conflictos básicos, las dificultades actuales, las relaciones con la familia y los pares y las actividades que lleva a cabo, entre otros aspectos. Preguntas referidas sobre la actividad física desarrollada y la percepción de su propio cuerpo son de gran utilidad para el establecimiento del diagnóstico diferencial; en los trastornos alimentarios se suelen negar la enfermedad, la pérdida de peso –en el caso de la anorexia– y las conductas patológicas –en el de la bulimia–, se teme engordar, siempre hay sensación de estar lleno de comida y, a veces, los intereses se reducen a temas asociados a la imagen, la delgadez, etcétera.

A su vez, las manifestaciones corporales que pueden indicar el padecimiento de anorexia corresponden a las de una alimentación insuficiente. Es necesario realizar los exámenes pertinentes para el diagnóstico diferencial con diabetes, tumores endocraneos, colagenopatías, tiroidismos y embarazo. En el caso de ser vomitadores es necesario detectar signos físicos como los mencionados y signos digestivos como pancreatitis, esofagitis, dilatación gástrica, constipación o ruptura del tubo digestivo.

¿Qué exámenes deben realizarse?

- Entrevista psicológica.
- Mediciones de peso y estatura de acuerdo con la edad y el sexo del paciente.
- Peso relativo, masa corporal, reservas grasas.
- Proteinograma electroforético.
- Valoración del estado nutricio y de reservas grasas.
- Biometría hemática.
- Perfil hormonal y valoración ginecológica.
- Mediciones de presión arterial y pulso.
- Examen cardiovascular y electrocardiograma.
- Hepatograma, perfil hepático y tiroideo.
- Examen general de orina.
- Glucemia, uremia, colesterolemia.
- Calcemia, fosforemia, magnesemia.
- Tomografía computarizada.
- Eritrosedimentación.
- Ionograma: en busca de hipokalemia y alcalosis metabólica hipoclorémica, en vomitadores.

¿Cómo atender los trastornos alimentarios?

La atención de los trastornos alimentarios no es fácil ni unívoca; debido a su complejidad, a la multitud de factores intervinientes y a la dificultad de su abordaje, el manejo de los mismos es una tarea combinada que requiere la conformación de un equipo de profesionales de diversas disciplinas que trabajen conjuntamente. A su vez, es necesario rescatar la singularidad de cada caso y escuchar a cada paciente en su problemática específica.

El equipo de tratamiento básico debe ofrecer atención médica y psicoterapéutica y, de acuerdo con el caso, proporcionar terapia familiar o grupal, consulta

ginecológica, psiquiátrica, endocrinológica y nutrición con profesionales idóneos que conozcan los trastornos alimentarios.

No basta una labor de equipo multidisciplinaria, se requiere de un tratamiento interdisciplinario, esto es, que profesionales de distintas disciplinas diseñen y establezcan mecanismos de intercambio profesional constantes y permanentes que permitan el trabajo conjunto más allá de las esferas de acción de cada quien. A su vez, la comunicación debe extenderse a cada paciente y a su familia.

El flujo de información y la relación constante es de gran importancia para hacer frente a ciertas características propias de los trastornos alimentarios tales como el alto grado de reincidencia y la negación expresada en la falta de conciencia de la enfermedad y de sus riesgos, tanto en quien lo sufre como en su familia. El trastorno constituye una representación sintomática de conflictos inconscientes, tanto personales como familiares que tienden a trasladarse y reproducirse en el seno del equipo de trabajo, también de manera inconsciente. Fácilmente la relación entre profesional, paciente y su familia se vuelve adversa,²⁶ de ahí la necesidad de realizar una revisión constante del equipo terapéutico que incluya el auto-examen de las actitudes propias de sus integrantes.

Por otro lado, las acciones implementadas en cada campo tienen efectos en otro y la comunicación permanente es lo que permite un conocimiento pleno del desarrollo del caso. El flujo de información constante entre las diversas esferas de atención es necesario para el buen funcionamiento del equipo y el logro del objetivo del tratamiento, que es restaurar la salud y el bienestar del o de la paciente. La articulación de distintos modelos de trabajo posibilita el enriquecimiento mutuo, pero al mismo tiempo requiere de paciencia para sobrellevar momentos de no integración entre los sectores de las distintas disciplinas.¹⁸

En los casos de anorexia los motivos de consulta referidos con más frecuencia son la pérdida de peso, la amenorrea en el caso de mujeres, dolor abdominal y cambios de conducta. Quienes padecen bulimia suelen consultar más tardíamente y los motivos son irregularidades menstruales en las mujeres, sobrepeso

—cuando se da el caso— y problemas emocionales de depresión, ansiedad, descontrol y adicciones.

Una vez diagnosticado el trastorno alimentario es necesario determinar el nivel de afectación para establecer medidas a seguir. Es necesario diferenciar si el trastorno está en etapa aguda, de meseta o crónica:

- En la etapa aguda se presenta el riesgo de morir por desnutrición o por deterioro corporal, que es indispensable revertir por vía de la hospitalización o, si es posible, de tratamiento ambulatorio.
- En la etapa de meseta el riesgo clínico se ha estabilizado.
- La etapa crónica se caracteriza por un tiempo de evolución mayor a dos años sin signos de mejoría.²⁴

Si alguien se encuentra en riesgo, ya sea por desnutrición, en el caso de la anorexia, o por deterioro de otro tipo, en el de la bulimia, es indispensable la recuperación de la salud corporal y lo recomendable es el internamiento hospitalario para restaurar el estado nutricional y el medio interno. La recuperación ponderal es gradual y lenta; pueden incluirse comidas dietéticas para lograr una mayor cooperación en el tratamiento y la dieta se amplía de acuerdo con la evaluación médica y con la evolución del caso.

El internamiento hospitalario se recomienda también cuando el contexto familiar no ofrece la contención necesaria para hacer frente al padecimiento. Los trastornos alimentarios suelen presentarse como

válvula de escape o reguladores de conflictos familiares; cuando la familia no se muestra dispuesta a tratarse terapéuticamente y los riesgos de la persona enferma aumentan, se recomienda su hospitalización.

Cuando se requiere medicación por síntomas afectivos asociados al trastorno, como depresión o ideas delirantes, se hará necesaria la intervención del psiquiatra. No existe un psicofármaco específico para atender la anorexia. Se ha advertido que en el uso de antidepresivos por anoréxicos de bajo peso prevalecen los efectos secundarios del medicamento sobre los efectos antidepresivos; también se corre el riesgo de que algunos medicamentos sean utilizados por sus efectos adelgazantes. En cambio, en casos de bulimia se administran, con buenos resultados, algunos antidepresivos y ansiolíticos.

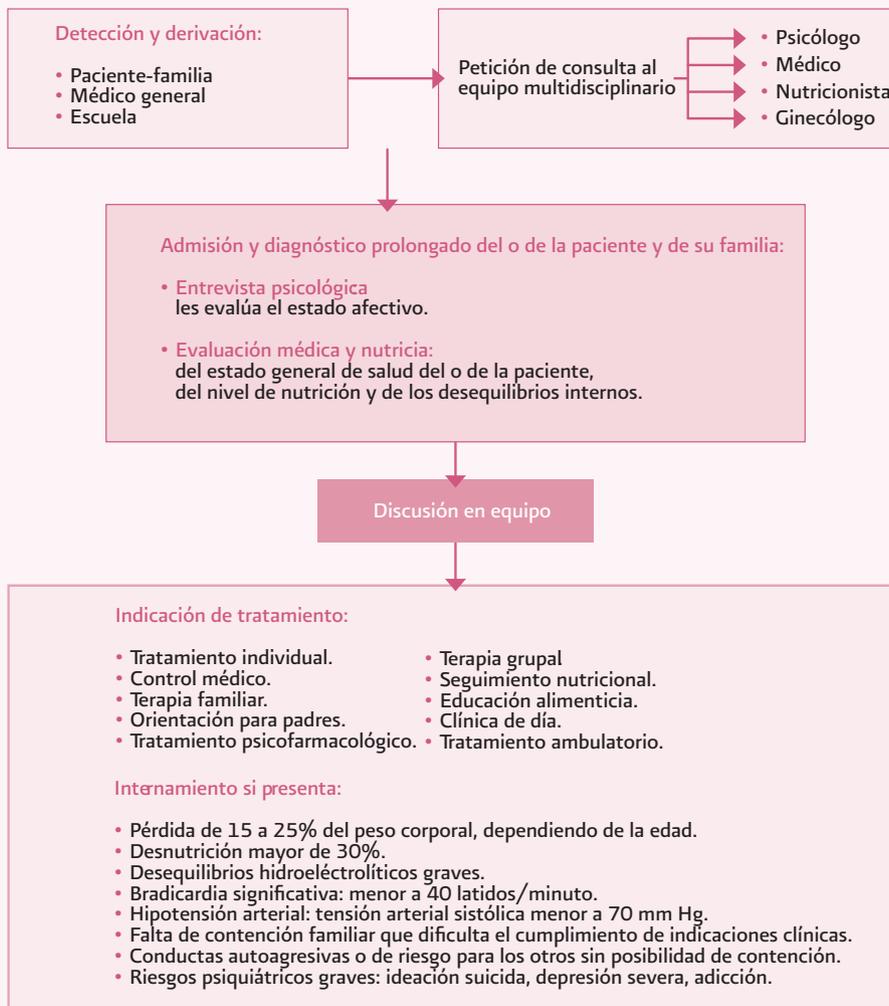
La psicoterapia es indispensable en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Los conflictos personales -tales como dificultades en la autoestima y la autopercepción, la vinculación con la familia y las amistades, el aislamiento, la falta de ánimo y la apatía- son los que originan y sostienen el padecimiento. La psicoterapia es el camino para encontrar otras vías de resolución de los mismos. El tratamiento psicológico también contribuye al buen desarrollo del proceso de recuperación en la medida en que influye en la toma de conciencia sobre la enfermedad y sus riesgos, así como en la aceptación de la participación de los otros en el proceso de curación, desde el equipo interdisciplinario hasta la familia.

Cuando la situación no es de urgencia médica y la desnutrición o los desequilibrios no son graves, lo indicado es el inicio de una psicoterapia individual a la brevedad y su complemento con el apoyo de una terapia familiar idónea.

Si la persona se resiste a aceptar que tiene un problema, a ser tratada, y la desesperanza frente a los síntomas o al propio tratamiento aumenta, la terapia de grupo es útil porque establece un encuentro con "iguales" que sufren las mismas dificultades. Aunque no es suficiente, puede ser de gran apoyo cuando el trabajo en otros ámbitos –médico, individual, familiar– no ha podido iniciarse, se ha obstaculizado o no ha dado muestras de avance.

El tiempo y la forma de recuperación varía en cada quien y depende de cada tipo de atención y en relación con la forma del trastorno alimentario mismo. Cada caso es diferente, evoluciona o se modifica a su manera. Un alto grado de reincidencia es característico de estos trastornos. A veces el inicio de la restauración nutricia contribuye a superar los síntomas depresivos; en otras, aunque el grado de desnutrición no sea grave, se requiere apoyo terapéutico prolongado y constante para la mejoría. A su vez, la recuperación ponderal no indica en sí misma la superación del padecimiento. Si bien es cierto que los trastornos alimentarios pueden tener efectos orgánicos graves, sus causas son psicológicas y familiares y están fuertemente marcadas por lo social, que se refleja en cada caso de manera específica. Lo que se arriesga en los trastornos alimentarios no sólo el vivir social, laboral o familiar, sino la vida misma.

Figura 4.
Programa de asistencia



Referencias

1. ANTEBI D, LASÉGUEE C. La nueva mirada. En: GOLDMAN B. Anorexia y bulimia. Un nuevo padecer. 2ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000: 13-22.
2. COSTIN C. Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos alimentarios. México, DF: Ed. Diana; 2002: 25,26,20,21,27.
3. GONZÁLEZ-MACÍAS U, CABALLERO C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Salud Mental 2003; Vol. 26, (3): 2,4.
4. ÁLVAREZ G, MANCILLA JM, LÓPEZ X, VÁZQUEZ R, OCAMPO MT, LÓPEZ V. Trastornos alimentarios y obesidad: avances de investigación de una población mexicana. En: Psicología contemporánea. 1998. Vol. 5(1); 5: 77.
5. GÓMEZ-PERESMITRE G, ALVARADO G, MORENO L, SALOMA S, PINEDA G. Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 2001;18(3): 313-324.
6. VANDEREYCKEN W, NOORDENBOS G. (comps). La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario. España: Ed. Granica; 2000.
7. SALCEDO-MEZA C. La adicción por la delgadez. En: Álvarez y Battaglia. Monografía de bulimia y anorexia. Disponible en: www.monografias.com.
8. MOGUEL M. Los trastornos alimentarios, ¿cómo construyes tu vida? En: ÁLVAREZ Y BATTAGLIA. Monografía de bulimia y anorexia. Disponible en: www.monografias.com.
9. STEWART A. Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En: Vandereycken W, Noordenbos G (comp.). La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario. España: Ed. Granica; 2000: 140-148.
10. SASLAVSKY L. Bulimia y anorexia nerviosa... ¿enfermedades de la cultura? En: Beker E, Benedetti C, Goldvarg N (comp.). Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias. Argentina: Ed. Atuel; 1996: 45,46,47.
11. GOLDMAN BA. ¿Una anorexia o histeria masculina? En: Goldman B. Anorexia y bulimia. Un nuevo padecer. 2ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000: 63.
12. STRIEGEL-MOORE R, STEINER-ADAIR C. Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En: Vandereycken W, Noordenbos G (comp.). La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario. España: Ed. Granica; 2000: 25.
13. ONIS L. Terapia familiar y los trastornos psicósomáticos. España: Ed Paidós; 1990: 78-83.

14. WALLER, J. V., KAUFMAN, M. R., DEUTSCH, F. *Anorexia Nervosa: A psychosomatic entity. Psychosom. Med*, 1940: 2,3.
15. BINSWANGER, H. *Psychiatric aspects of mental anorexia. Z. Klinderpsychiat.*, 1952: 19, 141 y 173.
16. THOMAS, H. *Some Psychoanalytic observations on Anorexia Nervosa, Brit. J. Medical Psycho.* 1963: 36, 239.
17. WALL, J.H. *Anorexia Nervosa. Bull. N.Y. Acad. Med.* (1956), 32 y 116.
18. BOREL M, AGUIAR DE MALDONADO M, MATO L. Bulimia y anorexia: una clínica de lo singular. En: Beber E, Benedetti C, Goldvarg N (comp.). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias.* Argentina: Ed. Atuel; 1996: 144 y 154.
19. DECOURT, J., RICHARD, J-P. *Psychogenic amenorrhoea. Revue Prat.*, 1953: 3 y 7.
20. EMANUEL, R.W. *The clinical Diagnosis, prognosis and treatment of Anorexia Nervosa. Postgrad Med. Journal.* 1956: 32 y 238.
21. HAGEDORN, H.C. *Anorexia Nervosa, Acta Médica Scand.* 1955: 151 y 201.
22. BRUCH HILDE "La jaula dorada" El enigma de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ed. Piados; 2002: 81.
23. GULA P. ¿Anoréxica... yo? ¿Anoréxica... mi hija? Colección Preguntas. Saber para prevenir. Bilbao, España: Ed Desclée De Brouwer; 2000: 92.
24. PASQUALINI D, FAHRAR M, SECO MT. El adolescente con trastornos de la conducta alimentaria: modelo de asistencia integral ambulatoria. En: Beker E, Benedetti C, Goldvarg N (comp.). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias.* Argentina: Ed. Atuel; 1996: 81, 82, 79 y 92.
25. BEKER E, BENEDETTI C, GOLDBVARG N. Los profesionales de la salud, su integración en equipos interdisciplinarios. En: Beker E, Benedetti C, Goldvarg N (comp.). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias.* Argentina: Ed. Atuel; 1996: 229 y 237.
26. HEIKER M, MILLAR C. *Anorexia-bulimia: deseo de nada.* Argentina: Ed. Paidós:18.

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



Vivir Mejor

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx