

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Las sensaciones de hambre, apetito y saciedad constituyen las señales que regulan el consumo de alimentos, son los resultados de diversas y complejas reacciones químicas en las que participan múltiples hormonas y sustancias neuronales, las cuales conducen a la aceptación o al rechazo del alimento.

En su percepción participan aspectos psicológicos como las sensaciones de placer que los alimentos brindan, las vivencias pasadas, el pensamiento y los factores hedonistas, así como la personalidad.

El medio social también participa al constituir el ambiente en el cual los alimentos adquieren significado y se comparten; la moda, la mercadotecnia y los valores sociales tienen en la actualidad un papel fundamental en la conducta hacia los alimentos.

Las alteraciones en el desarrollo psíquico, que tienen su aparición en la adolescencia, los conflictos entre impulsos y deseos como una manera de evitar enfrentarse con las emociones y el estrés, desarrollado en un entorno familiar y social, muchas veces hostil que interactúan con el componente biológico; constituyen elementos que dan origen a un conjunto de padecimientos conocidos como trastornos de la conducta alimentaria.

En su proceso cursan con problemas de nutrición y alteraciones fisiológicas, las cuales pueden conducir a la muerte.

Los datos disponibles indican que su incidencia va en aumento en jóvenes de casi todos los estratos sociales y de cualquier país, además representan focos de atención hacia las instituciones de salud, escolares y desde luego la familia.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Existen dos clases de trastornos específicos de la conducta alimentaria:

la anorexia y la bulimia.

Es posible que las causas para su aparición se encuentren en factores individuales y trastornos no específicos, familiares, sociales y patrones culturales.

Se han estudiado los siguientes factores de riesgo:

- a) **Sexo:** se trata en su mayoría (95%) de mujeres jóvenes, mientras que 5% corresponden a hombres; de estos la mayoría se relaciona con tendencias homosexuales.
- b) **Edad:** entre los 13 y 28 años, la anorexia es más frecuente entre los adolescentes, mientras que la bulimia se presenta a mayor edad.
- c) **Personalidad:** uno de los rasgos básicos de estos trastornos es la falta de un sentimiento sólido de sí mismo, una idea muy vaga de su propio ser; es decir, muy baja autoestima. La anorexia suele presentarse en personas obsesivas, dependientes y obedientes. La bulimia se relaciona con personas conflictivas, impulsivas y poco tolerantes a las presiones.
- d) **Ambiente familiar:** vivir en familias preocupadas por la estética. Además, para la anorexia son rígidas, estrictas y poco tolerantes a los cambios. En la bulimia son conflictivas con antecedentes de alcoholismo, drogadicción y obesidad.
- e) **Práctica de ciertas actividades:** realizar deportes como natación, gimnasia, ballet, danza o modelar; que exigen estar muy delgadas y aspirar a la perfección.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

- f) **Ambiente socioeconómico:** con más frecuencia en grupos con elevados ingresos de países industrializados, aunque el sub-registro hace difícil su estimación en otros ambientes.

- g) **Factores ambientales y culturales:** la moda impone una silueta corporal muy delgada, lo cual no corresponde con los promedios naturales y anatómicos, además de ejercer presión sobre el consumo de alimentos.

Si bien ninguno de estos factores aislados define este comportamiento anoréxico y bulímico, la confluencia de algunos de ellos hace a las personas más vulnerables.

Según la OMS, la **anorexia nerviosa** “es una enfermedad que se caracteriza por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el propio enfermo”, ante la imperiosa necesidad de perder peso y una percepción deformada de la propia imagen.

La palabra anorexia proviene del latín an: “restrictivo” y orexis: “apetito”; es decir, sin apetito, situación que no corresponde al padecimiento, ya que la persona afectada tiene ganas de comer, por eso se restringe mediante una férrea fuerza de voluntad, por un miedo profundo a la obesidad el cual lo conduce a estados de inanición.

La bulimia, de acuerdo a la OMS, es un síndrome que se caracteriza por “episodios repetitivos de ingestión excesiva de alimentos y por una preocupación casi obsesiva por el control de peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas como el vómito auto inducido para mitigar el aumento de peso producido por la ingestión de comida”.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Este término se emplea para designar al individuo cuyo peso es normal o casi normal, pero cuyos esfuerzos por mantener el control de lo que se come fallan una y otra vez. La palabra bulimia proviene del griego *bous*: "buey" y *limus*: "hambre", debido a las comilonas que la caracterizan.

Las personas que padecen este padecimiento suelen sufrir solas por largo tiempo y no buscan ayuda profesional, esto complica su atención. Esta situación hace difícil la determinación del número de personas que la padecen; sin embargo, se considera que afectan a más del 3% de las mujeres en algún momento de su vida.

Anorexia Nerviosa

Su origen se ubica en malas experiencias tempranas del aprendizaje, de desarrollo y en la interacción entre padres e hijos. A través del alimento se canalizan los temores a la independencia, a la cercanía afectiva o a la expresión del coraje y la tristeza. Hay miedo intenso a ser adultas y separarse de los padres.

Son personas inteligentes, con baja autoestima, obedientes, tranquilas, con profundo rechazo a la menstruación, provienen de familias sobreprotectoras, rígidas y reacias a los cambios.

Las señales de alerta para reconocer la anorexia se presentan, en especial, durante la adolescencia con una variedad de combinaciones y con distinta intensidad.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

En estados más avanzados, la pérdida de peso es evidente, así como su obsesión hacia los alimentos y la necesidad de hacer intenso ejercicio, su comunicación con los demás se ha deteriorado, hace rituales a la hora de la comida como picar los alimentos en trozos muy pequeños, comerlos despacio y hacer viajes frecuentes al baño.

La persona anoréxica presenta, en principio, bajo peso sin otros síntomas físicos, debido a que su cuerpo se logra adaptar a los efectos de una desnutrición crónica.

Las personas anoréxicas restrictivas logran bajar de peso hasta enfermar. Las anoréxicas purgativas son incapaces de este autocontrol y tienen que recurrir al empleo de vómitos y laxantes. Se presentan diversas complicaciones que afectan sistemas, órganos y funciones.

Están obsesionadas por pensamientos en torno a la comida y por una imagen inalcanzable, la “esbeltez perfecta”. Sin embargo, presentan una grave distorsión de la percepción de su cuerpo, desligada de manera completa de criterios externos compartidos por la mayoría, por lo tanto, se ven a sí mismas pasadas de peso, aunque padezcan caquexia severa.

Presentan mala respuesta al tratamiento porque anteponen su necesidad de ayuda al control férreo de las emociones. Si no se atiende este trastorno, existe el riesgo de muerte debido a las complicaciones.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Consecuencias clínicas:

- Trastornos intestinales.
- Las pulsaciones cardiacas se reducen.
- Baja de presión arterial.
- En las mujeres desaparece la menstruación (amenorrea).
- Disminuye la masa ósea y, en los casos muy tempranos, se frena la velocidad del crecimiento.
- Disminución de la motilidad.
- Anemia.
- Aparece un vello fino y largo, llamado lanudo, en la espalda, antebrazos, muslos, cuello y mejillas.
- Estreñimiento crónico, entre otros.

Bulimia

Tiene como antecedente (52%) una historia de abuso sexual. Se trata, por lo general, de personas solitarias, con frecuente depresión, así como de abuso de alcohol y fármacos. Presentan baja autoestima, con la creencia que solo al estar delgadas serán aceptadas. Manifiestan miedo intenso a subir de peso, las situaciones de estrés temor o coraje conducen a episodios de voracidad, que ante la culpa, buscan eliminar mediante el vómito el empleo de laxantes o diuréticos en cantidades exageradas. Viven en ambientes familiares conflictivos, con historia frecuente de alcoholismo, suicidios y depresión.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Se ha sugerido también que la restricción voluntaria constituye también una forma de llamar la atención, incomodar a la figura de autoridad, incluso cometer un lento suicidio.

Por lo general mantienen un peso más cercano al promedio esperado para su estatura, edad y sexo. En lugar de someterse a inanición voluntaria (o además de ello), tratan de regularse al evitar absorber los alimentos que han ingerido, para lo cual emplean el vómito auto inducido o ingieren laxantes al fin de establecer cierto sentido de control. Son las típicas personas que comienzan haciendo dietas muy restringidas en calorías, que las llevan a alimentación compulsiva y empleo de métodos para eliminar su excedente calórico.

Luego de un tiempo sometidas a dietas de restricción, su masa metabólica baja, esto dificulta la disminución de peso que las obliga a recurrir a dietas más estrictas, que generan más hambre y más episodios compulsivos. Se forma un círculo vicioso que provoca tensión y ansiedad, las complicaciones de la bulimia afectan a los diversos órganos y sistemas.

Las personas bulímicas presentan una necesidad incontrolable de comer, en especial alimentos dulces y pueden llegar a ingerir, en un atracón, entre 3000 y 6000 kcal. El vómito les ayuda a restablecer el equilibrio, representa la recuperación del control frente a emociones con las cuales no se puede lidiar y muchas veces ni siquiera reconocer.

En 45% de los pacientes hay mejoría notable después del tratamiento; sin embargo, la mortalidad llega a ser 10%, debido a sangrado gástrico, bronco aspiración y suicidio.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Consecuencias clínicas:

- Aspiración de bolo alimenticio.
- Rotura esofágica o gástrica.
- Neumomediastino (entrada de aire al interior de la cavidad torácica).
- Hipopotasemia (niveles bajos de potasio).
- Arritmia cardíaca.
- Ansiedad.
- Deshidratación.
- Alteraciones menstruales, amenorrea, esterilidad.
- Caries dentales, entre otras.

Tratamiento

En estos trastornos se encuentran afectadas las relaciones sociales, familiares, interpersonales, escolares y laborales; pero sobre todo, la relación del individuo consigo mismo.

Las complicaciones orgánicas y psicológicas que causan estos padecimientos son tan graves, que requieren de un tratamiento sistemático (paciente y familia), con la participación de un equipo multidisciplinario (médico, nutriólogo, psiquiatra o psicólogo).

Existen clínicas para el manejo integral de la anorexia y la bulimia. Su recuperación suele ser larga, de 2 a 5 años.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

El problema más difícil en el tratamiento de estos trastornos es la actitud inflexible del paciente por controlar lo que come y lograr a toda costa mantenerse delgado, un aspecto del tratamiento es la terapia psicológica que contribuya a modificar sus actitudes y la percepción de sí mismo, además de incrementar su autoestima.

Se considera que la anorexia y la bulimia son trastornos relacionados, debido a que la evolución de la conducta anoréxica puede llevar a una pérdida del control de la ingestión, con recaídas recurrentes que se traducen en importantes glotonerías.

Se puede decir que las personas anoréxicas son como las bulímicas, tienen como principales prioridades mantener el control sobre su cuerpo, una tarea de importancia vital para ellas. Sin embargo, mientras que la anoréxica logra establecer y mantener el control, la bulímica no lo consigue, fracasa de manera repetida y rotunda.

De este modo la bulímica tiene que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y lo que come, en tanto que la anoréxica hambrienta que pierde peso, siente que mantener el control es un triunfo.

Obesidad

Es un trastorno de la nutrición en el que se aumenta la cantidad de grasa o triglicéridos almacenados en el tejido adiposo. Se presenta cuando el consumo de energía es mayor al que utiliza en el organismo, lo que origina aumento de peso corporal.

De acuerdo con algunos autores, la obesidad es una enfermedad compleja, multifactorial (medio ambiente, cultura, filosofía, metabolismo y genética), que resulta de la interacción entre el genotipo y el ambiente. Constituye un trastorno que se incrementa día con día en la mayor parte de los países, desarrollados y en vías de desarrollo.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Debido a que México se encuentra en transición epidemiológica, la obesidad ha incrementado en prevalencia y constituye un grave problema que demanda atención inmediata debido a que es determinante en el incremento de varias enfermedades crónico-degenerativas.

De acuerdo con cifras de la OMS, el número de obesos en el mundo se ha duplicado desde 1980. En el año de 2008 más de 1 400 millones de adultos, con 20 años o más tenían sobrepeso. De estos, más de 200 millones de hombres y casi más de 300 millones de mujeres eran obesos. Es decir, 35% tenían sobrepeso y 11% eran obesos.

En la actualidad, 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad matan a más personas que la falta de peso; ya que presentan alto riesgo de morir de manera prematura a causa de enfermedades relacionadas con la obesidad; junto con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus tipo 2, constituyen el grupo de enfermedades no transmisibles y son las primeras causas de muerte en países en vías de desarrollo.

En el año 2011, más de 40 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso. La obesidad, junto con el sobrepeso son considerados en la actualidad un problema de salud pública en todo el mundo.

Las mujeres en edad productiva y los niños son los grupos con la más alta prevalencia de obesidad en México. El número de niños menores de cinco años con obesidad ha crecido de modo particular en la población urbana. Contrario a la creencia popular, estos individuos presentan un estado de mala nutrición.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Etiología

La obesidad no es un trastorno de etiología simple, sino un conjunto de condiciones heterogéneas de causas múltiples.

Dentro de los factores dietéticos, la composición de una dieta influye en el consumo de energía. Los triglicéridos proporcionan la máxima energía por unidad de peso, en tanto que los hidratos de carbono y proteínas la menos.

El alto consumo de alimentos industrializados, que cada día sustituyen en mayor medida a los preparados en la casa, y el incremento en el tamaño de las raciones son responsables en el incremento del consumo de energía.

Otro factor es la actividad física, la cual tiene una influencia importante en la regulación fisiológica del peso corporal y el almacenamiento de grasa.

Aunque la obesidad se describe con cierta frecuencia como enfermedad endocrina, se considera que menos de 1% de los pacientes obesos tienen alguna disfunción importante, ya sea hipotalámica, hipofisaria, tiroidea o suprarrenal.

Existen numerosos estudios en gemelos que evidencian que la etiología de la obesidad es multifactorial, con una predisposición hereditaria (poligénica).

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Obesidad Relacionada con la Distribución de Grasa Corporal

La distribución de grasa corporal se clasifica en dos tipos: androide y ginecoide.

- **Distribución Androide:**

La distribución de grasa androide también se denomina masculina, abdominal, central, visceral, de la parte superior del cuerpo o con forma de manzana.

Este tipo de obesidad se relaciona con mayor frecuencia a problemas de salud, entre ellos se encuentra la resistencia a la insulina, que es un factor de riesgo para el síndrome diabético.

La obesidad androide también se correlaciona con alteraciones metabólicas y cardiovasculares, como repercusiones sobre la glucemia, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial.

- **Distribución Ginecoide:**

La distribución de grasa ginecoide se conoce también con los términos de femenina, glúteo-femoral, periférica, subcutánea, de la parte baja del cuerpo o con forma de pera.

La mayor acumulación de tejido adiposo en la obesidad ginecoide se localiza en el abdomen inferior, glúteos, caderas y muslos.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Obesidad y Riesgos para la Salud

Fue a partir de 1948 cuando se consideró como una enfermedad:

- a) **Obesidad y diabetes:** la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 se incrementa con el aumento del IMC (Índice de Masa Corporal).
- b) **Obesidad y trastornos vesiculares:** enfermedades de vesícula biliar, se relaciona con el exceso de peso por los cambios del metabolismo hepático.
- c) **Obesidad y cáncer:** la incidencia de cáncer de endometrio, mama, colon y vesícula aumenta en mujeres obesas.
- d) **Obesidad y trastornos psicológicos:** por su apariencia corporal disminuye el autoestima.
- e) **Obesidad y alteraciones respiratorias:** presencia de enfermedad pulmonar.
- f) **Obesidad y artrosis:** aumenta con la edad y es de las consecuencias más costosas de la obesidad.
- g) **Obesidad e hipertensión:** aumenta tres veces más en personas obesas.
- h) **Obesidad y riesgo quirúrgico:** mayor riesgo anestésico quirúrgico.
- i) **Obesidad y embarazo:** complica el embarazo.

Prevención

Debido a que no es fácil adelgazar hasta llegar al peso óptimo y conservarse en ese estado, es mejor la prevención, la cual comienza desde la supervisión de los alimentos y las actividad física en la niñez. Al respecto, una eficaz orientación nutrimental a la madre puede incluso corregir el problema desde sus etapas iniciales.

El control de peso mediante dieta y ejercicios es un asunto de la familia. Los padres tienen la obligación de planear y realizar actividades que favorezcan el ejercicio. Por su parte, el médico y el experto en nutrición deben dar orientación dietética y nutrimental para preservar la salud, además de revisar el peso, la talla y el espesor de la grasa subcutánea.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tratamiento

Se recomienda el tratamiento en pacientes de IMC de 25 a 29 y dos o más factores de riesgo relacionados. Sin embargo, cuando el IMC es mayor de 30, se encuentra indicado realizar tratamiento independientemente de la existencia de factores de riesgo.

Los objetivos principales del tratamiento de la obesidad deben ser la reducción de peso, su mantenimiento a largo plazo, la prevención de un nuevo incremento de peso y el control de los factores de riesgo relacionados.

La terapia adecuada debe incluir tratamiento dietético, fomento de ejercicio y cambio de hábitos y en algunos casos, farmacoterapia bajo la rigurosa supervisión de un especialista en el área; y cuando proceda, la combinación de todas las medidas anteriores, de acuerdo a cada caso y necesidades del paciente con obesidad.

Vigorexia (distrofia muscular)

Se entiende por distrofia muscular a la obsesión patológica por un cuerpo perfecto y musculoso.

Las víctimas de esta enfermedad presentan preocupación excesiva por su cuerpo, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida, podría decirse que es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de acudir al gimnasio y transferir los principales valores de la vida hacia el acto de entrenar para incrementar su masa muscular.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Por lo general utilizan fármacos, hormonas y reducen la variedad de alimentos en su dieta, empleando aquellas ricas en proteínas. Los productos dopantes más utilizados son los anabólicos, sustancias que pueden provocar efectos adversos como problemas de impotencia, crecimiento de las glándulas mamarias, acné, caída del cabello, depresión, euforia, irritabilidad y, en los casos más extremos, problemas de corazón y de hígado.

Quien sufre la distrofia muscular pasa la mayor parte del tiempo pensando y actuando para mantener la forma física así como la musculatura máxima, comprueba su peso y medidas, se mira en el espejo reiteradamente, entre otras; de esta manera, deteriora su calidad de vida, relaciones sociales y familiares e incluso, su rendimiento académico o laboral.

La vigorexia afecta en mayor medida a los hombres, aunque también puede darse en mujeres. La práctica moderada de algún deporte resulta muy saludable para el organismo, sin embargo, los afectados por este trastorno muestran preocupación excesiva por su aspecto físico, que conlleva a que su desarrollo muscular, a través de una actividad física, pase de ser un objetivo saludable a un desorden emocional elevado a la categoría de obsesión.

Las consecuencias de este trastorno repercuten en la salud y conducta social de quienes lo padecen. Este trastorno también viene acompañado de sentimientos de culpa, tristeza rechazo social, dificultades laborales y en las relaciones tanto con amigos y familia, como con parejas.

El tratamiento para esta enfermedad es multidisciplinario. Se requiere la atención de psiquiatras, psicólogos, dentistas y educadores físicos. Se pueden utilizar antidepresivos, una dieta equilibrada y variada, supresión de anabólicos y modificación de la conducta del sujeto para recuperar su autoestima por medio del manejo cognitivo-conductual.

Referencia:

Esquivel, R, (2014). NUTRICIÓN y SALUD (3ª). México: El Manual Moderno