

1. Planteamiento del Problema

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes en La Libertad?

Los trastornos de la conducta alimentaria englobando todos sus tipos puede llegar a abarcar hasta el 4% de la población de adolescentes y adultos jóvenes, siendo más comunes en el sexo femenino (10:1) y su edad de aparición más usual antes de los 20 años y estudiantes, en muchas ocasiones no cumplen los criterios específicos para cada enfermedad pero ya presentan indicios de alguna de ellas^{1,6}.

Debido a que son muchos los factores que pueden llevar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la población, con mayor frecuencia en las mujeres de clase alta y educada y en las edades de la adolescencia tardía y adultez joven, según las fuentes de literatura internacional, además, puede presentar múltiples consecuencias psicológicas, sociales y fisiológicas, las cuales pueden tener una repercusión de por vida, dentro de éstas tenemos: depresión, alteraciones cognitivas, amenorrea, hipotiroidismo, alteraciones hidroelectrolíticas, caquexia, arritmias, bloqueos cardíacos, entre muchas otras⁶.

¿Cuál es el alcance de éstas en nuestro medio?

Sabemos que los adolescentes están altamente influenciados por las tendencias que rigen la moda y los medios de comunicación, en los cuales se ven asaltados por estereotipos de imágenes ideales, los cuales pueden establecer y generar conductas alimentarias de riesgo, que pueden acarrear efectos deletéreos en el desenvolvimiento biopsicosocial del individuo.

El adolescente está sometido continuamente a altas presiones e influencias internas y externas, que condicionan directa e indirectamente su papel como profesional del futuro, necesita durante todo su proceso de desarrollo, manifestar de la manera más óptima sus potencialidades, las cuales se verían reducidas ante la presencia de patologías tan complejas.

¿Estará el sistema de salud brindando en nuestra área de estudio una atención integral al adolescente?, si se toma en cuenta que los trastornos de la conducta alimentaria son de difícil diagnóstico y manejo, y sobre todo con complicaciones a corto, mediano y largo plazo en la vida de las personas afectadas, además de la poca iniciativa del adolescente y de los padres a buscar ayuda profesional. Creemos de mucha importancia el abordaje de estas entidades patológicas y sus conductas de riesgo para establecer parámetros y guías de acción oportuna¹.

2. Justificación

La necesidad de conocer la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en una muestra de estudiantes de centros educativos del departamento de La Libertad se debe al gran énfasis que se da a las enfermedades psiquiátricas en la actualidad ya que cada día cobra más importancia el brindar una atención integral al paciente y por ello el estudio puede ser una pauta para subsecuentes investigaciones sobre patologías relacionadas a ella y en especial para las patologías a estudiar, que pueden llegar a dar como resultado posteriormente nuevas líneas de acción para prevenirlos o tratarlos. Otro aspecto influyente del estudio de los trastornos de la conducta alimentaria es la importancia que cada día aumenta en la cultura salvadoreña, además la aceptación social que está muy ligada a la apariencia física, para lo cual las personas se auto imponen hábitos que pueden conllevar a desórdenes de todo tipo.

En El Salvador no hay estudios realizados que respalden información en esta área, y en especial al de Bulimia y Anorexia Nerviosa, según los registros del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) de El Salvador, sin embargo, sí se cuenta con guías de atención elaboradas acorde a la literatura internacional¹, sin embargo el programa del Adolescente aún no se ha logrado implementar adecuadamente, a diferencia de otros programas como Niño Sano, embarazadas entre otros, por lo que éstas patologías pasan inadvertidas. Se escogió el departamento de La Libertad ya que en esta área se encuentra una proporción representativa de los colegios privados y universidades de El Salvador en donde asisten adolescentes de buena condición económica y cuyas edades oscilan entre la adolescencia tardía y la adultez joven^{21,22}, ya que en estos grupos es donde más se presenta el problema según estudios en otros países^{7,9}. Estando conscientes que es mínima, prácticamente nula, la labor que se realiza entre estos grupos en El Salvador para prevenir estas enfermedades así como para diagnosticarlas y tratarlas, situación que es alarmante ya que la salud es un derecho y nos interesa que todos los grupos poblacionales la posean.

Así como también es importante establecer conductas alimentarias y no alimentarias que puedan predisponer o colocar en situación de riesgo a la población a estudiar, ya que determinando estos factores pueden establecerse líneas de acción tempranas para prevenir o tratar estas patologías. Por los mismos motivos es importante describir las principales presentaciones de las patologías a estudiar en nuestro medio.

3. Objetivos:

General.

1. Determinar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de centros educativos de educación secundaria, bachillerato y universidades de La Libertad.

Específicos.

1. Determinar la prevalencia de Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa y otros trastornos alimentarios no especificados por sexo, y sus subtipos más frecuentes.
2. Determinar medidas de tendencia central en cuanto a índice de masa corporal en la población estudiada.
3. Identificar los posibles factores asociados para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.
4. Identificar las conductas purgativas y la frecuencia de éstas.
5. Establecer las conductas no purgativas con fines adelgazantes y la frecuencia de éstas.
6. Determinar el subtipo de Anorexia Nerviosa más frecuente en la población en estudio.
7. Identificar el subtipo de Bulimia Nerviosa más frecuente la población estudiada.
8. Identificar la frecuencia de los subtipos de Trastornos de la conducta alimentaria no especificados en la población estudiada.

4. MARCO TEÓRICO.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.1 Generalidades

Los trastornos de la conducta alimentaria: *Anorexia* y *Bulimia Nerviosa*, son conocidos desde los principios de la civilización occidental. Si bien la ingesta masiva y la conducta de purgarse están ciertamente descritas en la civilización romana, el trastorno de Bulimia Nerviosa, tal como lo definimos actualmente, no está bien documentado².

Un trastorno de la conducta alimentaria puede ser definido como una alteración persistente de los patrones alimentarios o una conducta que trata de controlar el peso corporal, que ejerce efectos deletéreos en la salud física y en el desenvolvimiento social, y que no son secundarios a otras condiciones médicas o psiquiátricas de base. Los trastornos alimentarios más reconocidos son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). El sobresaliente de la AN es la negativa a mantener un peso corporal normal mínimo. La BN se caracteriza por episodios recurrentes de comilonas seguidas por conductas inapropiadas dirigidas a evitar la ganancia de peso, como por ejemplo la auto-provocación del vómito³. Existen otras dos formas clínicas, menos reconocidas como lo son los Trastornos alimentarios no especificados (TCANE o EDNOS; por sus siglas en inglés: Eating Disorder Not Otherwise Specified) y el Trastorno alimentario de Comilonas (BED; por sus siglas en inglés: Binge-Eating Disorder)⁴.

El término Anorexia Nerviosa, significa literalmente: “pérdida nerviosa del apetito”, derivada del griego *orexís*: apetito. El trastorno fue descrito por primera vez en la literatura médica casi simultáneamente por Sir William Gull en Inglaterra y Ernest-Charles Lasegue en Francia, en los 1870. Sus descripciones de las características principales son: pérdida de peso severa, amenorrea, alteraciones psicológicas y actividad aumentada, son reflejadas con solo pequeñas modificaciones en los criterios diagnósticos modernos respectivos más utilizados: DSM- IV TR (ver cuadro clínico)³.

El término de Bulimia, se piensa que proviene de las palabras griegas *bous* y *limos*, que literalmente significan: “hambre de buey”. La ingesta de comida en exceso “comilonas”, han sido

un problema de la humanidad por milenios y la práctica del vómito auto-inducido también data desde los mismos tiempos (siglos XIV). Sin embargo, no fue hasta 1979 que el trastorno clínico de BN fue formalmente descrito, en un artículo publicado por Russell. En 1980, BN fue reconocida como diagnóstico en el DSM- III. Pequeñas modificaciones fueron realizadas para dar paso a los criterios estipulados en el DSM- IV-TR³.

4.2 Epidemiología

Anorexia Nerviosa

La mayoría de los pacientes que padecen Anorexia Nerviosa (95%) son mujeres. La prevalencia de Anorexia Nerviosa ha sido estimada en aproximadamente 1% de las mujeres adolescentes, aunque puede ser subclínico en hasta el 5-10% de las mujeres jóvenes entre edades de 16-25 años, con la edad de inicio más común entre 14 y 18 años^{5,6}. Aunque la AN, es típicamente considerada propia de las razas caucásicas, los trastornos alimentarios y la insatisfacción corporal parece pertenecer también a las razas afroamericanas, asiáticas e hispánicas. Otros factores de riesgo para la AN incluyen pertenecer clase social media a alta, sexo femenino, participación en actividades en las que se sobrevalora la delgadez (por ejemplo: ballet, gimnasia, modelaje), e historia familiar de desórdenes alimentarios. Los episodios de Anorexia Nerviosa son típicamente desencadenados por eventos estresantes. La AN puede ser asociado con otras entidades psiquiátricas: incluyendo un estimado de prevalencia a lo largo de la vida del 25% con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, y un 50 a 75% con distimia, 65% con depresión, fobia social 34%. Aproximadamente un 40 a 45% de los anoréxicos se recuperan completamente, 30% mejoran y un 25% presentan cronicidad. La mortalidad es la más alta de todos los trastornos psiquiátricos: 10-15%. La mortalidad está aumentada en aquellos con una edad tardía de inicio, larga duración de la enfermedad y pérdida de peso severa. Un mal pronóstico se asocia con un peso escaso al inicio de la enfermedad, relaciones intrafamiliares inadecuadas, sexo masculino, la presencia de vómitos, la mayor duración de los síntomas o la falta de respuesta al tratamiento temprano^{5,6}.

Muchos de los estudios epidemiológicos de los trastornos alimentarios en Europa occidental y en los Estados Unidos presentan tasas de prevalencia consistentes. Para la AN un promedio de tasa de prevalencia de 0.3% fue encontrada entre las adultas jóvenes. En un meta-análisis

epidemiológico sobre trastornos alimentarios la incidencia total de AN es de 8 por 100,000 personas/año. La tasa de incidencia de AN, particularmente entre las mujeres de 15-24 años, aumentó significativamente el siglo pasado especialmente desde la década de los 70's⁷.

A pesar de que la AN ocurre en hombres así como en mujeres, pocos estudios reportan tasas de incidencia en la población masculina. De los datos de incidencia que existen en hombres, se puede concluir que la incidencia de AN está por debajo de de 1 por 100,000 personas/año^{3,7}.

Etiología

La génesis de los trastornos alimentarios, en general, y de la AN en particular es aparentemente multifactorial. Mientras que muchos factores de riesgo se han visto asociados, no hay una causa directa conocida. La baja incidencia de AN hace que sea difícil de estudiar prospectivamente, y para cualquier factor de riesgo o situación de vulnerabilidad conocidas, son muchas las personas las que las presentan comparadas con las que desarrollan la enfermedad. Un modelo aceptado es aquel que hay una interacción de muchos factores de riesgo: biológicos, psicológicos y medioambientales. Aparentemente, los factores que desencadenan la enfermedad son distintos de aquellos que mantienen los comportamientos anormales una vez se vuelven problemáticos³.

Genéticos/Familiares: hay buena evidencia que los factores genéticos intervienen en la vulnerabilidad hacia los trastornos alimentarios. De acuerdo a estudios familiares, el riesgo a lo largo de la vida de presentar AN o BN en familiares femeninos de personas con trastornos alimentarios es entre 7 a 20 veces mayor que en la población general³.

Temperamento/Personalidad: Los rasgos de personalidad y temperamento en las personas con AN incluyen una alta evitación de situaciones de peligro, mayor conciencia, persistencia y perfeccionismo que en la población general, así como también de sintomatología obsesional³.

Factores del Desarrollo: La proximidad de la pubertad y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la edad usual de apareamiento de la AN sugieren que la pubertad puede ser un factor de riesgo. Las reacciones psicológicas del cuerpo en desarrollo, relaciones cambiantes entre los pares, y nuevos retos de vida pueden desempeñar un rol importante en la presentación de AN, que también podrían estar relacionados con los cambios hormonales implícitos en la adolescencia³.

Influencias Socioculturales: Las influencias socioculturales han estado implicadas en los trastornos alimentarios, particularmente en el inicio del comportamiento desordenado. Los medios sociales no solo igualan la belleza con físico delgado, incluso a veces caquéctico, pero

también promulga medios a través de los cuales conseguirlos, por ejemplo: anuncios de regímenes dietéticos o clubes de belleza estética².

La homosexualidad entre hombres es un factor predisponente probado, ya que la promoción de la esbeltez es muy fuerte entre la comunidad homosexual. Al contrario la orientación lésbica puede ser un factor protector ya que las lesbianas tienden a ser más tolerantes con el sobrepeso u obesidad, así como una distribución más natural de la forma corporal que sus contrapartes femeninas heterosexuales⁶.

Bulimia Nerviosa

La prevalencia estimada de la BN es del 3 al 10% de las adolescentes y estudiantes universitarias en los Estados Unidos; sin embargo, ya que los bulímicos aparentan un buen estado de salud, la enfermedad es más difícil de detectar⁵. La BN, al igual que la AN, es más común en el sexo femenino (1:10 con respecto al sexo masculino)^{4,8}, aunque su edad de apareamiento es un poco mayor que la de la AN. La BN típicamente aparece luego de un intento insatisfactorio para perder peso o cuando el paciente descubre que purgarse, ayunar o el ejercicio puede compensar las comilonas. Los factores asociados con el apareamiento de BN incluyen historia previa de abuso sexual, abuso o dependencia de drogas psicoactivas, historia familiar de alcoholismo y depresión. La depresión y los trastornos del ánimo son comunes entre los bulímicos. El pronóstico de la BN es generalmente mejor que el de la AN: más del 50% se recupera completamente, unos cuantos se vuelven anoréxicos, aproximadamente 30% mantienen un trastorno alimentario no especificado (EDNOS). De entre aquellos que se recuperan, aproximadamente un 25 % retienen hábitos alimentarios anormales⁵. Muchos pacientes identificados en la atención primaria no reúnen todos los criterios del DSM- IV-TR para el diagnóstico de AN o BN, pero exhiben patrones de alimentación y ejercicio anormales, incluyendo la alimentación restrictiva o las comilonas con o sin comportamientos de purga (EDNOS). Cuando son identificados estos criterios en los pacientes jóvenes pueden representar una evolución de la enfermedad más leve, lo cual la hace más difícil de detectar, pero que implica un mejor pronóstico. Al contrario, en los pacientes mayores puede mostrar secuelas crónicas de recuperación parciales. En este último grupo, las opciones de tratamiento psiquiátricas y nutricionales pueden haber sido agotadas, y el médico general será el responsable para monitorizar el curso de la enfermedad. Es de hacer notar que aproximadamente un 20% de las

mujeres universitarias experimentarán síntomas bulímicos transitorios durante sus años de estudio universitario. Aunque la BN usualmente se presenta en personas con un peso normal, puede tener antecedentes de obesidad. En los países industrializados la prevalencia es aproximadamente el 1% de la población general.^{7,8}

En la actualidad la mayoría de los casos que padecen trastornos alimentarios pueden ser clasificados en la categoría del DSM-IV-TR como Trastorno Alimentario no especificado (EDNOS), incluyendo síndromes parciales de AN y BN y trastorno alimentario de Comilonas (BED), esta última es una nueva categoría propuesta en el DSM-IV-TR con fines investigacionales. El BED es frecuentemente observado en individuos obesos, aunque también tiene una distribución familiar independientemente de la obesidad. Utilizando los criterios del DSM-IV-TR, la prevalencia del BED fue del 1% en una amplia muestra australiana, utilizando una definición de caso menos estricta la prevalencia fue estimada de un 2.5%. En los Estados Unidos, una tasa del 2.6% fue encontrada entre una amplia muestra de mujeres blancas entre 18-40 años buscando comilonas recurrentes (2 episodios por semana en los últimos 3 meses) y una tasa más alta en mujeres negras del mismo grupo etario: 4.5%.⁹

En un ambiente ambulatorio, los casos de EDNOS promedian un 60% del total de los casos, comparado con un 14.5% para AN y un 25.5% para BN. Aunque estos pacientes son clasificados bajo el mismo grupo de psicopatología cognitiva, representan el grupo menos estudiado de pacientes con trastornos alimentarios⁸.

Etiología

Muchos de los factores medioambientales que predisponen al desarrollo de la AN son factores de riesgo para la BN. Un antecedente de AN ha sido mencionado como factor de riesgo para desarrollar BN, algunos estudios sugieren que aproximadamente el 20-30% de las personas con BN, reunirán los criterios de AN en algún momento de sus vidas. Además, estudios familiares demuestran niveles más altos de AN y BN dentro de las mismas familias, sugiriendo una responsabilidad medioambiental y/o genética compartida. Al contrario de la AN, la BN ha sido encontrada en prevalencias más marcadas de obesidad en la niñez u obesidad de los progenitores, sugiriendo que la predisposición a la obesidad puede aumentar la vulnerabilidad a este trastorno^{4,8}. Los pacientes con BN han sido asociados con tasas más altas de ansiedad y trastornos del ánimo; particularmente depresión y distimia, además de trastornos de la personalidad y abuso de sustancias⁸.

Además, hay algunos reportes que sugieren asociaciones específicas entre BN y antecedentes de abuso sexual. Aunque estudios de seguimiento comparando personas con BN y controles con otros trastornos psiquiátricos, revelan que este factor de riesgo no es específico para BN³.

4.3 Cuadro Clínico.

Anorexia Nerviosa (AN).

Es una enfermedad que se presenta en edades jóvenes, más comúnmente entre la adolescencia media o al final de ésta, en algunas ocasiones da inicio con la pubertad y en muy raras veces después de los 40 años.^{2,4,10}

Las personas que padecen esta enfermedad característicamente mantienen un peso corporal por debajo del mínimo para su edad y talla, como consecuencia del miedo incomprensible a incrementar de peso, ya que poseen una distorsión significativa de la forma y tamaño de su propio cuerpo, llegando incluso a verse con exceso de grasa en situaciones de emaciación^{1,4,6}.

Diversos autores consideran peso corporal mínimo aquellos casos en los cuales éste es inferior al 85% del esperado para su talla y edad, en otros casos como al utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) en la cual se hace uso de una guía un poco más estricta basándose en el Índice de Masa Corporal (IMC), cuyo valor debe estar $\leq 17.5 \text{Kg/m}^2$ para ser considerado inferior al peso mínimo.^{4,10,11}

En las personas anoréxicas existe un miedo desenfrenado a convertirse en obesas, y ese miedo en ocasiones se intensifica a medida el peso va disminuyendo debido a la auto-percepción corporal distorsionada que presentan y para lograr su objetivo final hacen uso de medidas compensadoras, como pueden ser: uso inadecuado de laxantes, autoinducción de vómitos, diuréticos, etc^{3,4,6,10}.

Clásicamente, al inicio de la enfermedad las personas que padecen de AN presentan escasos síntomas y signos físicos, pero dentro de los que se pueden mencionar tenemos: Disminución de la tolerancia al frío, disminución de la motilidad gastrointestinal que reduce el vaciamiento gástrico y posteriormente lleva al estreñimiento^{3,4,5,6,10}.

Otros hallazgos son apareamiento de un vello muy fino, denominado “lanugo” por su similitud al del recién nacido, las áreas más comúnmente afectadas son la espalda y en ocasiones presentan alopecia, acrocianosis, frialdad distal, hipertrofia parotídea secundaria a la inanición, leve tinte icterico, entre otras^{3,4,5,6,10}.

De alguna manera las alteraciones fisiológicas resultado de esta enfermedad se pueden agrupar en grandes grupos, como son:

Alteraciones de Laboratorio^{4,6,10}:

Tabla 2-1.	
Examen	Alteración
Hemograma	Anemia Normocítica – Normocrómica, leucopenia.
Nitrógeno Ureico	Elevación leve.
Creatinina.	Elevación leve.
Transaminasas.	Elevación moderada.
Glicemia.	Disminución leve.
Colesterol.	Elevación leve.
Proteínas.	Disminución leve o Normales.
Acido- Base.	Alcalosis.
Electrolitos.	Hiponatremia, Hipokalemia.
Estrógenos.	Disminución
Testosterona.	Disminución.
Hormonas Tiroideas.	Disminución leve o normales.
Cortisol libre y séricos	Elevación

Fuente: Timothy Walsh B. Eating Disorders. En: Kasper DL, Braunwald. E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17 ed. México: Mc Graw Hill; 2008. Capitulo 76.

B) Alteraciones de Gabinete:

Examen.	Alteración.
Electrocardiograma (EKG)	Bradycardia sinusal, intervalos QT prolongados, raras veces arritmias, en ocasiones acortamiento QRS. La mayoría inespecíficas.
Electroencefalograma (EEG)	Alteraciones difusas consecuencia de anomalías metabólicas y electrolíticas.
Ecocardiografía.	Disminución del Gasto.
Óseos.	Osteopenia.

Fuente: Timothy Walsh B. Eating Disorders. En: Kasper DL, Braunwald. E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17 ed. México: Mc Graw Hill; 2008. Capítulo 76.

Subtipos ^{4,5,6}:

Restrictivo:

En éste caso la pérdida de peso se logra principalmente por dieta rigurosa, ayunando o ejercicio intenso, no hacen uso de atracones ni purgas.

Compulsivo/Purgativo:

En este subtipo, se incluyen aquellos que hacen uso de atracones o purgas, o ambos, para el caso pueden ser la autoinducción del vómito, laxantes, enemas, diuréticos; la frecuencia del uso de éstas no está determinada, pero en ocasiones son semanales.

Los del tipo purgativo por las características propias son más lábiles y más propensos a alteraciones más severas y abuso de otras sustancias.

Criterios Diagnósticos

Con el fin de establecer el diagnóstico de esta entidad de la forma más correcta y para unificar la práctica clínica de los médicos, nacieron dos “instrumentos” para confirmar el diagnóstico tomando en cuenta su amplia variedad de presentación que incluso difieren en algunos aspectos un instrumento con el otro, y además en muchas ocasiones en la práctica cotidiana puede resultar difícil y hasta poco aplicable la totalidad de los criterios ahí mencionados, sin embargo al momento son los más aceptados y en los cuales se deben basar un diagnóstico correcto, hasta no definir lo contrario en futuras revisiones.

Anorexia Nerviosa

Criterios diagnósticos.

Tabla 2-3. Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR para Anorexia Nerviosa^{4,6}.	
<i>Criterio.</i>	<i>Descripción</i>
<u>A</u>	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
<u>B</u>	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
<u>C</u>	Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
<u>D</u>	En la Mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. Con la administración de estrógenos).

SUBTIPO	Descripción.
<u>Restringido</u>	Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
<u>Compulsivo/ purgativo</u>	Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Fuente: Adaptada de Manual de Diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales DSMV-IV -TR(2000).

Tabla 2-4. Criterios Diagnósticos para Anorexia Nerviosa, según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10. CIE-10.¹¹	
Criterios.	Descripción.
<i>Deben estar presentes todas las alteraciones Sigüientes:</i>	
1.	Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal menor de 17,5 kg/m ²). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
2.	La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos (supresores del apetito) o diuréticos
3.	Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
4.	Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol,

	alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5.	Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Fuente: World Health Organization (WHO). International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10).

Bulimia Nerviosa (BN).

Característicamente es una mujer en el tercer decenio de la vida, aunque el trastorno suele comenzar a finales de la adolescencia o a principios de la edad adulta y generalmente presentan atracones seguidas de conductas compensatorias¹⁰, definiendo atracón como: el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían⁴. Período corto de tiempo aunque tiene sus variaciones el DSM-IV-TR lo considera cuando éste es menor de 2 horas⁴.

Los atracones no necesariamente ocurren en un mismo espacio físico, sino que puede ser una combinación entre casa, restaurante, bares, etc., es decir, que puede ingerir cantidades moderadas, en cada uno de los lugares, llegando la sumatoria a ser una cantidad grande más de lo usual, sin embargo hay que diferenciarlo de la ingestión “picar” de cantidad pequeñas a lo largo del día o de lugares^{4,10,11}.

En las etapas de atracones, éstas personas tienden a consumir alimentos dulces y altos en grasas, es decir que tengan alto contenido calórico, pero más que el tipo de comida ingerida es el volumen de alimentos, y en muchas ocasiones las personas bulímicas ingieren más calorías en un atracón que una persona normal, en la misma comida^{4,10}.

Otra características de la ingesta desenfrenada de alimentos consiste en que el individuo reconoce lo vergonzoso de dicha práctica y lo hace a escondidas o lo mas disimuladamente posible y por lo menos al inicio del trastorno no son planeados con anterioridad, sino es una manera de calmar un estado de disforia, aunque posterior al evento desarrolla un episodio de rechazo y ánimo depresivo⁴.

El problema con los atracones no se limita a la ingesta descontrolada pues el proceso en la mayoría de casos no termina en esa práctica sino que frecuentemente se acompañan de conductas compensadoras posteriores, entre las cuales se encuentran: vómitos auto-inducidos, laxantes, diuréticos y/o enemas. El método más comúnmente utilizado son los vómitos auto-inducidos en un 85-90% de los casos, siendo éstos causados al inicio por la introducción de los dedos u otro instrumento en la garganta y al final desarrollan la capacidad de realizarlos de manera refleja aún con pequeñas cantidades de comidas^{2,4,8,10}.

Como resultado de la inducción de vómitos mediante el uso de la mano se desarrollan lesiones en el dorso en forma de llagas y cicatrices denominados “signos de Russell”; así mismo se observa pérdida del esmalte dental que pueden evolucionar a astillamiento y erosión dental, como resultado de la exposición crónica y continua al ácido gástrico^{2,10}.

Criterios Diagnósticos.

Tabla 2-5.	Criterios Diagnósticos para Bulimia Nerviosa DSM IV-TR ^{4,8} .
<i>Criterio</i>	<i>Descripción.</i>
A.	Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej. en un período de 2 horas), en cantidad superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. Sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
B.	Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
C.	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
D.	La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
E.	El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

SUBTIPOS	Descripción.
Purgativo	Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
No purgativo	Durante el episodio, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Fuente: Adaptada de Manual de Diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales DSMV-IV -TR(2000).

Subtipos:

La importancia en cuanto a los subtipos de BN radica en las diferencias fisiológicas y psiquiátricas en éstos tipos de personas, ya que se observa que las que padecen del subtipo no purgante tienden a tener una menor distorsión de la imagen corporal y menor ansiedad en cuanto a comer, así mismo la mayoría son obesas, por otro lado las del subtipo purgantes son más propensas a desarrollar complicaciones secundarias a los efectos purgantes, principalmente la auto-inducción del vómito como son alcalosis hipoclorémica, desgarros gástricos y esofágicos, aunque éstas son raras.

Trastornos alimentarios no especificados (EDNOS)

Criterios Diagnósticos.

Tabla 3-1. Trastornos alimentarios no especificados.
<p>1. EDNOS Tipo 1. Se consideró caso de EDNOS Tipo 1 a la presencia simultánea de los criterios A, B y C de AN en ausencia del criterio D (ej. amenorrea) en mujeres.</p>
<p>2. EDNOS Tipo 2. Se consideró caso de EDNOS Tipo 2 a la presencia simultánea de los criterios B, C y D de AN en ausencia del criterio A de AN (ej. IMC < 17,5 kg/m²).</p>
<p>3. EDNOS Tipo 3. Se consideró caso de EDNOS Tipo 3 a la presencia simultánea de los criterios A, B, D y E de BN en ausencia del criterio C de BN (ej. frecuencia de atracones y conductas compensatorias inadecuadas de al menos 2 veces por semana en los últimos 3 meses).</p>
<p>4. EDNOS Tipo 4. Se consideró caso de EDNOS Tipo 4 a la presencia simultánea de los criterios B, C, D y E</p>

de BN en ausencia del criterio A de BN (ej. presencia de atracones objetivos recurrentes).

5. EDNOS Tipo 5.

Se consideró caso de EDNOS Tipo 5 a la presencia de la característica, poco frecuente de "Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida".

6. EDNOS Tipo 6.

Se consideró caso de EDNOS Tipo 6 a la presencia simultánea de los criterios A, C, D y E de BN en ausencia del criterio B de BN (ej. presencia de conductas compensatorias inadecuadas).

Fuente: Sadock B, Sadock V. Anorexia Nervosa. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition. Lippincot Williams & Wilkins. 2007

4.4 INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO.

Los trastornos de la conducta alimentaria, BN y AN, se consideran desórdenes que potencialmente pueden atentar contra la vida, derivados de problemas psicosociales complejos. En la mayoría de casos estos problemas pueden ser manejados de forma ambulatoria por diferentes métodos de forma conjunta e integral por parte de médicos, psiquiatras, nutricionistas y terapeutas.

Los especialistas consideran que el trastorno alimentario en el adolescente de tipo restrictivo debe de ser tratado de forma agresiva con el objetivo de prevenir cualquier efecto nocivo en el desarrollo psicosocial de este mismo¹².

El manejo intrahospitalario es la conducta a tomar en casos que el paciente presente riesgos tales como intento suicida o que se presenten complicaciones que amenacen la vida, como es pérdida de peso de más del 85% del peso esperado, hipotensión, hipotermia, desbalance hidroelectrolítico severo, compromiso orgánico, entre otros.

El paciente, en su mayoría adolescente, busca ayuda médica por primera vez generalmente acompañado de un familiar o persona cercana. El principal motivo es la preocupación de la conducta dietética y la pérdida de peso¹³.

Una vez diagnosticado el paciente con algún tipo de desorden alimentario, psicosocial y sus factores asociados, se debe dar inicio a un manejo médico continuo con estrictas evaluaciones periódicas. El rol principal del médico es evaluar complicaciones médicas, monitorizar peso y estado nutricional, asistir en el manejo y elaboración de estrategias de los otros componentes del grupo terapéutico¹².

El éxito en la terapéutica del paciente con dichos trastornos se basa en la interacción con su médico. El médico debe tener la capacidad de comprensión de las dificultades en los cambios de hábitos y conductas alimentarias de sus pacientes. Acercarse de forma comprensiva y colaboradora puede favorecer que el paciente identifique sus dificultades y encuentre motivación para afrontar su problema.

Para una mejor comprensión sobre las posibles alternativas terapéuticas en el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria se dividen en sus dos grandes entidades: Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN)¹².

ANOREXIA NERVIOSA

Para el tratamiento de la AN es necesario un esfuerzo del trabajo multidisciplinario con tratamiento médico y terapias conductuales, individuales, cognitivas y grupales. Como primer objetivo se busca obtener la comprensión y cooperación del paciente en el programa de tratamiento. El desinterés y la ambivalencia de pensamiento puede ser el principal factor en interferir con el tratamiento. La importancia de enfatizar los beneficios del tratamiento produce alivio del insomnio y síntomas depresivos, decremento de los pensamientos obsesivos acerca de la comida y el peso corporal que interfieren en su capacidad de concentración y produce un aumento en bienestar físico y energético, mejorando relaciones con sus semejantes¹².

El objetivo inmediato del tratamiento es restablecer la normalidad del estado nutricional del paciente. La demacración o el peso inferior al aconsejable (entre 15-25 %) puede causar irritabilidad, depresión, preocupación por la comida y trastornos del sueño¹³.

La terapia con pacientes no ingresados, como acercamiento inicial, tiene mayor probabilidad de éxito en pacientes anoréxicos que:

- 1) Tienen un tiempo de evolución inferior a 6 meses
- 2) No presentan atracones ni vómitos
- 3) Tienen padres y familiares que colaboran y participan efectivamente en la terapia familiar.

Por otra parte, los pacientes anoréxicos mas graves pueden presentar una dificultad extrema para tratamiento médico y por ende deberán ser hospitalizados¹².

El principal abordaje al paciente con AN debe estar dirigida a toda conducta y comportamiento no deseado (atracones, purgación o restricción de comidas), como también, los pensamientos negativos que los llevan a estos (percepción negativa de su cuerpo, evaluación negativa de si mismo, perfeccionismo)¹².

Las técnicas de terapia cognitiva para el tratamiento de la anorexia nerviosa es el primer paso en terapia. El paradigma del condicionamiento operante ha sido el más efectivo desde el uso de la terapia conductual. Esto es debido a que diversos estudios comprueban que su uso puede ser similarmente efectivo tanto en un contexto de ambiente estructurado de sala hospitalaria como en programas de tratamiento individualizado después de concretar un análisis conductual del paciente.

Por otra parte se buscan refuerzos positivos, consistentes en incremento de actividades física, privilegios en el régimen de actividades sociales, todo ello contingente a la ganancia de peso. Un adolescente necesita al menos un refuerzo diario para propiciar un incremento de peso.

Un análisis familiar debe llevarse a cabo en todos los pacientes anoréxicos que estén viviendo con sus padres. En base a este análisis debe hacerse juicio clínico de qué tipo de terapia o asesoramiento familiar es clínicamente recomendable¹².

Hay cuatro aspectos implicados en el manejo de la Anorexia Nerviosa. El primero es ayudar al paciente a entender que necesita ayuda y crear en él una motivación en su búsqueda. Esto es crucial para obtener resultados y dar inicio a los cambios.

El segundo es recuperar el peso óptimo y adecuado del paciente, la realimentación es crucial para revertir la malnutrición. La restauración del peso puede llevarse a cabo en función de paciente ambulatorio o ingresado, dependiendo de su estado general y perdido de peso.

Indicación de ingresar a un paciente es en caso que el paciente corra riesgo de suicidio, problemas interpersonales severos en el hogar, y fracaso en métodos menos intensos en el manejo. Indicaciones físicas de ingreso incluyen: muy bajo peso, pérdida rápida y progresiva de peso, presencia de complicaciones médicas, como edema severo, desbalance hidroelectrolítico severo, hipoglicemia, o infección.

El tercer paso en el manejo es evaluar al paciente en función de su conducta. Hay que evaluar sus hábitos alimentarios y su desenvolvimiento psicosocial. Una herramienta en la terapia, de gran éxito en pacientes jóvenes es involucrar a la familia, siendo la herramienta terapéutica más útil. Hay varias formas de terapia familiar. La terapia Cognitiva-Conductual es una terapia lógica para pacientes mayores con Anorexia Nerviosa, pero no tanto como en Bulimia Nerviosa³⁰.

La cuarto paso en el manejo de la Anorexia Nerviosa consiste en el control de las conductas compulsivas de acuerdo a cada caso.

En casos severos o de difícil manejo el uso de medicamento puede ser útil como coadyuvante en el tratamiento de la AN. La Clorpromazina clásicamente fue el primer medicamento utilizado en el manejo de la AN, con excelente eficacia para pacientes anoréxicos con problemas obsesivo-compulsivos graves.

El uso de medicamentos antidepresivos es otra categoría de fármacos frecuentemente utilizados. Ciertos estudios prueban ventaja con el uso de Ciproheptadina sobre ciertos antidepresivos

tricíclicos por la ausencia de efectos secundarios tales como reducción de la presión sanguínea y el incremento del ritmo cardiaco, tomando en cuenta que no presenta mejores resultados antidepressivos que estos mismos. Sin embargo es el fármaco más atractivo para la utilización en pacientes anoréxicos con delgadez extrema. Ciertos estudios han comparado el uso de otros medicamentos como Fluoxetina y la Clomipramina por su eficacia en el trastorno obsesivo compulsivo, pero los resultados aún reflejan la necesidad de más estudios. La atención efectiva de los pacientes con anorexia nerviosa hace su principal enfoque en el tratamiento multidisciplinario. Todos los pacientes necesitan psicoterapia cognitiva individual. Los que estén más gravemente enfermos necesitan una hospitalización inicial, seguida de un programa bien planeado de tratamiento continuado en sus hogares^{12,13}.

BULIMIA NERVIOSA

Los estudios sobre los tratamientos de BN han proliferado en los últimos 7 años, contrastando con los relativamente escasos estudios de tratamiento de la AN. Probablemente esto es debido a la creciente prevalencia de la bulimia nerviosa y al hecho de que este trastorno puede ser tratado frecuentemente en régimen de pacientes ambulatorios.

El uso de técnicas específicas de tratamiento como la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia psicodinámica y la terapia psicoeducacional se han llevado a cabo tanto en forma individual, como en grupo¹³.

Terapia Psicodinámica

Esta fue descrita por Lacey (1983) sus técnicas cognitivas y conductuales en terapias realizadas individualmente y en grupo, llevaron al manejo del paciente principalmente aquellos que precisaban ser tratados por temas comunes como baja autoestima, problemas de dependencia y el sentimiento de ineficacia de los pacientes.

Terapia cognitiva-conductual (TCC)

Diversos estudios controlados publicados han valorado la eficacia de dicha terapia en el caso de BN. Casi todos los estudios usaron componentes psicoeducacionales que incluía información sobre el énfasis socio-cultural de la delgadez; tomando en cuenta la teoría del set point (punto de ajuste); los efectos físicos y las complicaciones médicas del abuso de los atracones, de las

purgas, de los laxantes y de los diuréticos; e información de cómo la dieta y el ayuno precipitan los ciclos de atracones y purgas.

El principal componente del tratamiento en dichos estudios se basa en el autocontrol, tomando un registro diarios de las horas y duración de las comidas y un registro de los episodios de atracones y purgas, describiendo a su vez descripción de los estados de ánimo y las circunstancias que rodean dichas conductas. En conclusión todos los estudios recalcan la importancia de hacer comidas regulares¹².

Según Fairburn se han hecho 3 hallazgos muy importantes en cuanto a la TCC. Primero, el tratamiento más efectivo es la terapia cognitivo-conductual que se enfoca en modificar los hábitos específicos y razonamientos que contribuyen a mantener estas alteraciones en el paciente³⁰.

Típicamente, esta terapia implica aproximadamente 20 sesiones individuales de tratamiento distribuidas en un período estimado de 5 meses las cuales resultan en una mejora sustancial de los pacientes, incluso en un tercio o hasta en la mitad de los pacientes puede lograrse una recuperación completa. Los pacientes sobrantes varían en el resultado de la terapia: desde una mejoría notoria hasta sin ninguna mejoría. El segundo hallazgo es que los antidepresivos tienen un efecto anti-bulímico, proveen una rápida declinación en la frecuencia de comilonas y purgas, mejoran el estado de ánimo, aclarando que el resultado no es tan marcado que con la terapia cognitivo-conductual. El tercer hallazgo es negativo: No se han identificado factores predictores de la evolución que sean consistentes³⁰.

La terapia cognitiva-conductual es la intervención de escoge para el manejo del paciente con BN. El tratamiento está diseñado para ayudar al paciente comprender las funciones de los desordenes alimentarios; aumentar los buenos hábitos alimentarios; disminuir las dietas no saludables; evitar los pensamientos y conductas negativas; y encontrar alternativas para evadir éstas^{12,13}

La terapia conductual sirve específicamente para contener los atracones y las conductas de purga. Los acercamientos conductuales incluyen exposición a las señales que disparan los episodio de atracones, desarrollo de conductas alternativas, y eliminación de la respuesta de vomito-comida. Los tratamientos combinados de TCC con antidepresivos han comprobado no tener efectos aditivos a la mejora del paciente que recibe TCC como tratamiento único¹².

Terapia farmacológica

Los estudios con medicación antidepresiva han mostrado consistentemente alguna eficacia en el tratamiento de la BN. El principal motivo de estos estudios es debido a que se han encontrado observaciones de que los pacientes con BN también mostraban significativos trastornos del estado de ánimo. Los antidepresivos incrementan el ánimo y reducen los síntomas psicopatológicos como la preocupación por la silueta y el peso corporal. Los resultados de dichos estudios reflejan un porcentaje medio de 22% en la abstinencia para los atracones y las purgas, indicando que la mayoría de los pacientes permanecían sintomáticos al final del tratamiento con fármacos antidepresivos.

A pesar de las diversas evidencias sobre la efectividad de la terapia farmacológica con la información que disponemos, sugieren que el tratamiento de elección para la BN debería ser la TCC y que usar únicamente un antidepresivo en ausencia de psicoterapia no puede ser considerado como un tratamiento adecuado.