
Trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos

Lic. Melina Weinstein

El capítulo de trastornos alimentarios del DSM 5 incluye a:

- Anorexia Nerviosa
- Bulimia Nerviosa
- Trastorno por atracones
- Otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado (antes TANE)

Los trastornos mencionados previamente estaban en el capítulo de trastornos de la conducta alimentaria del DSM IVTR. A estos trastornos se le agregan:

- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- Trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos no especificado

Estos últimos trastornos estaban incluidos dentro de otras categorías en el DSM IV.

Este artículo se centrará en los diagnósticos de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por atracón y otro trastorno alimentario o de la ingestión de los alimentos especificado.

MULTIDETERMINACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Antes de desarrollar cuáles son las características clínicas y criterios diagnósticos de los mencionados trastornos es importante entender cómo es que se constituyen.

Actualmente se conceptualiza a los TCA como multideterminados. Esto implica que existen factores predisponentes, factores desencadenantes y factores de mantenimiento. Estos tres factores se combinan entre sí y de su interacción surge el TCA. Esta combinación no es universal, depende de cada paciente, por lo cual es necesario explorar con cada uno cómo es que se llegó a armar su TCA y qué es lo que lo mantiene.

Entendemos por factores predisponentes a la vulnerabilidad o sensibilidad que tiene un

paciente para desarrollar un TCA. Dentro de los factores predisponentes encontramos:

- Factores socio-culturales: cultura de la delgadez, ideal de belleza, sociedad de consumo, ideal de juventud eterna, etc.
- Factores individuales (rasgos de personalidad): autoestima baja, perfeccionismo, autoexigencia, autocontrol, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, miedo al cambio, historia de vida, rasgos infantiles.
- Factores familiares: sobreprotección, poca comunicación, altas expectativas, rigidez, antecedentes de TCA u otros trastornos.

- Factores biológicos: vulnerabilidad biológica, herencia, peso.

Es fundamental destacar que no vamos a encontrar en todos los pacientes todos los factores. Por lo cual es importante no generalizar ni sacar conclusiones apresuradas. En este punto es donde se pone en juego la interacción entre lo biológico y lo ambiental y en cada paciente el peso de uno o del otro es diferente (por ejemplo, todos vivimos en una sociedad que premia a la delgadez, y sin embargo no todos tenemos un TCA).

Los factores desencadenantes son los "factores gatillo". Aquellos que, en una persona con cierta vulnerabilidad, lo precipitan. Aquí encontramos:

- Estrés (abuso sexual infantil, divorcio parental, accidente, viaje, mudanza, etc.)

- Dietas/prácticas de control de peso
- Situaciones típicas de ciclo vital (pérdida de abuelos, salidas, fiestas de 15)

Una vez que se manifiesta el TCA, los factores de mantenimiento son los que se encargan de sostenerlo. El principal factor de mantenimiento es el circuito que se genera entre restricción-atracón-vómito. Otros factores de mantenimiento son:

- Rasgos de personalidad
- Consecuencias físicas y anímicas
- Dificultades en el manejo de conflictos
- Red social escasa

- Prácticas de control de peso Una vez que el TCA se instala, se autopropetúa.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ANOREXIA NERVIOSA (AN) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

- Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

- Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía

se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar si:

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m²
- Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²
- Grave: IMC 15–15,99 kg/m²
- Extremo: IMC < 15 kg/m²

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El miedo intenso a engordar (criterio B) suele ser el que conduce a los pacientes a conductas cuyo objetivo es la pérdida de peso. Las mismas implican restricción en sus ingestas, las porciones comienzan a ser cada vez más pequeñas, se saltean comidas y gradualmente excluyen alimentos de su plan alimentario (hidratos de carbono, dulces, frituras, lácteos).

No todos los pacientes pierden el apetito. Generalmente ocurre todo lo contrario, tienen hambre pero utilizan herramientas para controlarlo (chicles, agua, mate, manzana, etc.) y, en muchos casos, el hambre es una señal de estar siendo exitoso en la restricción.

La autoestima suele estar relacionada con el peso, y este es un factor a considerar, dado que por lo general suelen estar insatisfechos con el peso alcanzado. Esta insatisfacción es la que sostiene las prácticas de control. Hacen lo que consideran necesario para lograr su objetivo que es perder peso: esconden o tiran comida, escupen la medicación, ocultan información, se pesan con objetos, etc.

A los pacientes con AN les genera una gran preocupación el comer en público, tienen la creencia de que los demás observan lo que están comiendo y están muy pendientes de lo que come el otro y de la manera en que lo hace. Esto conduce a que lentamente comienzan a evitar comidas con otras personas, lo que produce un alto impacto para la vida social ya que conlleva conflictos con familiares, pareja, amigos, etc.

El pensamiento suele ser rígido, inflexible y rumiante. La comida pasa a ser el eje de lo que piensan y hacen. La inanición genera alteraciones en el sueño (insomnio, sueño fragmentado o hipersomnia) y en el estado de ánimo. Pierden interés por las cosas, se los nota desganados, con poca iniciativa, irritables, reactivos. Suelen perder iniciativa y espontaneidad en los vínculos y se retraen emocionalmente. Es por esto que se sugiere esperar a que el paciente recupere peso y ordene sus hábitos alimentarios para poder evaluar si las alteraciones anímicas se deben a un Trastorno del estado de ánimo ya que pueden ser consecuencia de la desnutrición.

La consciencia de enfermedad por lo general es baja, lo que dificulta la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las indicaciones profesionales. Suelen llegar a la consulta traídos por familiares. Por lo cual es fundamental trabajar la alianza terapéutica y que gradualmente logren cierta consciencia de riesgo. Entre los principales síntomas clínicos de los pacientes con AN se encuentran: anemia, arritmias, constipación, dolor abdominal, frío, mareos, caída de pelo, calambres, cefaleas, piel seca, presión baja, fatiga, cansancio, lanugo, dientes, cayos en las manos. La AN es un trastorno con un alto índice de mortalidad. Las causas de muerte pueden ser por suicidio, desnutrición o desequilibrio electrolítico. El trastorno puede remitir, fluctuar (alternancia entre períodos de recuperación y recaídas) o cronificarse. La detección a tiempo (TCA de poco tiempo de evolución) en pacientes de entre 13 y 18 años predice una mejor respuesta al tratamiento.

Los pacientes con perfil restrictivo por lo general son perfeccionistas y autoexigentes. Es un trastorno que suele ser comórbido con depresión, trastornos de ansiedad, espectro obsesivo-compulsivo. Entre los antecedentes familiares más frecuentes aparecen alteraciones en el estado de ánimo, TCA, adicciones y Trastornos de Ansiedad, entre otros.

BULIMIA NERVIOSA (BN) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si

- En remisión parcial: Después de

haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar si:

- Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La BN se presenta con frecuencia a fines de la adolescencia y suele detectarse cuando ya tiene varios años de evolución. Los atracones y conductas compensatorias generalmente se tienen a escondidas, lo que dificulta la detección temprana. Generalmente los pacientes tienen peso normal o sobrepeso, su autoestima suele estar muy relacionada con la figura y refieren miedo intenso a aumentar de peso y deseos de adelgazar.

Como se comentó previamente, el principal factor de mantenimiento del trastorno es el circuito restricción-atracón-purga: el paciente restringe, la restricción alimentaria conduce a un episodio de exceso/atracón, el mismo genera culpa, y la culpa conduce a conductas compensatorias. La presentación del trastorno es variable en relación a la frecuencia de los episodios de exceso/atracón, y el tipo de conductas compensatorias. Una vez consolidado el circuito, es muy difícil salir del mismo.

La intervención terapéutica inicialmente se centra en quebrar la restricción alimentaria, lo cual no es sencillo.

Entre los principales síntomas clínicos de los pacientes con BN se encuentran: problemas dentales, callos en las manos, amenorrea o irregularidad en el período menstrual, dependencia a laxantes, muerte (desgarro esofágico, arritmia, rotura gástrica), desequilibrio electrolítico.

A diferencia de la AN, suelen tener una vida social activa pero tienen un perfil de personalidad impulsivo. Son más propensos a involucrarse en situaciones de riesgo, autocortes, adicciones, sexualidad promiscua, etc. Es un trastorno que se asocia con frecuencia al Trastorno límite de la personalidad y al Trastorno bipolar. Su curso puede ser crónico o intermitente y suele observarse un patrón familiar de abuso de sustancias, depresión u obesidad.

TRASTORNO POR ATRACÓN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar si:

- Leve: 1–3 atracones a la semana.
- Moderado: 4–7 atracones a la semana.
- Grave: 8–13 atracones a la semana.
- Extremo: 14 o más atracones a la semana.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A diferencia de la BN, el paciente presenta episodios de atracones pero no presenta conductas compensatorias. La característica principal del atracón es la sensación de pérdida de control, la voracidad y la impulsividad; la persona siente que no puede parar de comer.

Los disparadores más frecuentes de los atracones suelen ser la ansiedad, soledad, aburrimiento, restricción alimentaria, estado premenstrual, ingesta de alcohol y consumo de sustancias y/o falta de rutina cotidiana. Asimismo suelen ser precedidos por el enojo y muchas veces son utilizados como forma de regular las emociones. Una vez sucedido el episodio generalmente aparece la culpa, vergüenza, enojo, sensación de ineficacia, soledad y vacío, lo que retroalimenta al circuito. Este trastorno genera un gran deterioro en la calidad de vida.

OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO O DE LA INGESTIÓN DE LOS ALIMENTOS ESPECIFICADO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está den-

tro o por encima del intervalo normal.

2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:

- Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche
- Ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar
- Existe consciencia y recuerdo de la ingestión
- No se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales
- Causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento.
- No se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

Se suele asociar a la AN con el “no comer” y a la BN con vomitar. Es fundamental comprender que esto no es así. En la clínica encontramos a pacientes con AN que vomitan y a pacientes con BN que no vomitan. La diferencia principal está en el peso corporal y en el perfil

de personalidad. La restricción alimentaria es muy difícil de sostener. El 50% de las pacientes con AN pierden el control y pasan a cuadros de BN, o Trastorno por atracón. Muchos pacientes empiezan con un diagnóstico y a medida que pasa el tiempo el mismo va variando. Es muy difícil hablar de “diagnóstico puro” en el área de los TCA ya que varía el mismo o se combina con otros trastornos.

En muchos casos las conductas disfuncionales (restricción alimentaria, atracones, vómitos, cortes) no tienen como fin el controlar el peso sino que son intentos de regular emociones intensas y displacenteras. Es importante poder detectar cuándo estas conductas tienen un fin regulatorio ya que la intervención terapéutica será diferente.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento de los TCA es indispensable contar con un equipo interdisciplinario, debido a que son trastornos de alta complejidad médica, nutricional, psicológica y psiquiátrica. En relación al tratamiento farmacológico, no hay ningún psicofármaco específico para los TCA. Se medica al síntoma presente y, si lo hubiera, al trastorno comórbido.

Los psicofármacos más utilizados son:

Anorexia Nerviosa:

Antipsicóticos: se utilizan en casos en los que la oposición a renutrirse es intensa, cuando hay elevada distorsión de la imagen corporal y rigidez cognitiva. Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol y Risperidona son los antipsicóticos atípicos de primera elección.

Ansiofármacos: se indican cuando el paciente experimenta ansiedad antes de realizar las ingestas. Ayuda a realizar mejor las comidas y disminuye la posibilidad de realización de ejercicio después de comer.

Antidepresivos: los IRSS ayudan a controlar la ideación obsesiva asociada.

Bulimia Nerviosa:

Antipsicóticos: se indican en casos de comorbilidad psiquiátrica considerando la posibilidad que tienen de generar aumento de peso. Los más utilizados son la Risperidona, Quetiapina y Aripiprazol.

Ansiofármacos benzodiazepínicos: se indican para reducir la ansiedad, pero hay que estar atentos a la posibilidad de abuso de sustancias que tienen estos pacientes.

Antidepresivos: se indican para estabilizar el estado de ánimo depresivo y como anti-impulsivo. Se utilizan IRSS en dosis altas (Fluoxetina, Paroxetina, Escitalopram y Sertralina).

Antirrecurrentes: Las sales de Litio se indican a pacientes que presentan inestabilidad afectiva intensa que dificulte la recuperación. En pacientes con Bulimia Nerviosa es importante considerar el riesgo de toxicidad del Litio (sobredosis, desequilibrio electrolítico por vómitos, etc).

Los anticonvulsivantes se indican para controlar la impulsividad y el comer compulsivo. El topiramato tiene efecto anorexígeno, ayuda al control de atracones y de purgas, reduce el anhelo de hidratos de carbono y de hacer dietas, el malestar por la silueta corporal y reduce la ansiedad.

La Lamotrigina se indica cuando hay comorbilidad entre un TCA y Trastorno Bipolar. Tiene la ventaja de no generar aumento de peso.

Trastorno por atracón:

Hay poca investigación en relación al tratamiento psicofarmacológico efectivo.

Antidepresivos: se indican para estabilizar el estado de ánimo y como anti-impulsivo.

Anticonvulsivantes: el más utilizado es el Topiramato, se indica para ayudar a controlar impulsos.

BIBLIOGRAFIA

Anorexia y bulimia. Rosina Crispo; Eduardo Figueroa, Diana Guelar. Editorial Gedisa, S.A.

Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Cecile Rausch Herscovici, Luisa Bay. Tercera edición 1995.

DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Editorial Panamericana. 2014.

El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario. Kirszman, Diana, Salgueiro, Carmen. Madrid: TEA, 2002.

Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA) 1999.

Trastornos de la conducta alimentaria. Behar R., Figueroa G. 2a Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2010.