

# Trastornos de la Conducta Alimentaria

## Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Miriam Maguiña Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nutricionista, Magíster en Nutrición. Hospital Nacional  
Email: miriam\_071100@hotmail.com

Competencias adquiridas: Al finalizar este artículo los lectores podrán:

- Definir que son los trastornos de la conducta alimentaria.
- Diferenciar entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Determinar el tratamiento nutricional para los trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: *anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, comportamiento alimentario, trastornos*

---

### Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) más frecuentes son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). El tratamiento nutricional de la AN está dirigido a corregir la malnutrición energético-proteica y normalizar los patrones alimentarios, mientras que el objetivo del tratamiento nutricional de la BN es normalizar los patrones de ingesta reduciendo los episodios de atracones y purgas y alcanzar un peso normal porque la mayoría de los pacientes presentan sobrepeso u obesidad. El tratamiento de los TCA requiere un abordaje multidisciplinario en el que intervengan como mínimo el psiquiatra/psicoterapeuta y el nutricionista. Los objetivos de la rehabilitación nutricional en la anorexia nerviosa son diferentes al de los de la bulimia nerviosa, en ambos trastornos el objetivo final es similar; alcanzar un estado de nutrición razonable, normalizando los hábitos dietéticos del paciente mediante la realización de una dieta equilibrada que le permita mantener un estado de salud adecuado (actual y futuro), así como prevenir las recaídas.

---

### 1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son problemas conductuales resultantes de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, nutricionales, familiares y socioculturales. En el último Manual de Diagnósticos de Psiquiatría, el DSM-IV, de 1994, se consideran 3 tipos: la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y un tercer grupo denominado "No Especificado". Tanto la anorexia como la bulimia tienen subtipos. Sin embargo, otras organizaciones científicas especializadas incluyen un 4º tipo de TCA que es el de la Ingesta Compulsiva, causante de obesidad y más frecuente en adultos. La ingesta compulsiva es considerada en el DSM-IV como

uno de los TCA del grupo No Especificados. A excepción de la Ingesta Compulsiva, los demás TCA predominan francamente en adolescentes mujeres y en adultas jóvenes. Se trata de trastornos frecuentes y en franco incremento a nivel mundial que han llegado a constituirse en verdaderos problemas de salud pública.

Según el DSM-IV, El 90% de los afectados son mujeres cuya edad de inicio varía entre 12 a 30 años. La prevalencia actual de la AN es estimada en 0.5% a 1% de la población mundial femenina. La tasa de mortalidad es del 10%. En un periodo de vigilancia de 5-10 años, la tasa de remisión es del 40%. Un 35%

adicional de pacientes logra el 85% de su peso ideal, aunque tengan todavía una relación anormal con la comida y el 25% tiene AN crónica

La BN tiene una prevalencia de 1% a 3% en adolescentes, pero estudios europeos revelan cifras mayores que llegan al 4-5%. Es más, en el año 2002 se encontró que 14% de jóvenes norteamericanos de 16 a 20 años presentaban actitudes anoréxicas o bulímicas que podrían ser premonitorias. La tasa de prevalencia de BN es aproximadamente de 0.6% a 0.8% en mujeres, con una prevalencia para toda la vida de hasta 8%. Como sucede con AN, la BN es sobre todo un trastorno de mujeres. La edad de inicio varía entre los 12 y 40 años. La BN tiende a ser crónica y se caracteriza por múltiples recaídas, con una tasa de remisión en el periodo de vigilancia de 10 años del 50%. La tasa de mortalidad de la BN es de 10%.

Las adolescentes mujeres son afectadas mucho más que los varones en proporción de 9:1 y, entre ellas, el problema es más frecuente en las atletas o gimnastas, las de las fuerzas armadas, las vegetarianas y las que tienen pubertad adelantada. Contrariamente a lo que se creía antes, ya está aclarado que no hay diferencias significativas en la prevalencia de los TCA en relación a la condición socioeconómica ni a la raza, habiéndoseles declarado como un problema "global". Son más frecuentes en las zonas urbanas, donde se difunde lo relativo a comida y delgadez, que en las zonas rurales. El coeficiente intelectual de los pacientes adolescentes con TCA es normal o normal-alto. (1)

## 2. Criterio de Diagnóstico para Anorexia y Bulimia Nerviosa, definidos por la Academia Americana de Psiquiatría

### Anorexia Nerviosa:

1. Negativa a mantener el peso corporal en el peso mínimo normal o mayor para la edad y altura.
2. Miedo intenso a aumentar de peso, aun pesando por debajo del peso esperable.
3. Disturbio en la forma de experimentar su propio cuerpo o figura.
4. Amenorrea durante, por lo menos, 3 ciclos

menstruales.

Se distinguen 2 tipos:

- Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.
- Tipo compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Bulimia Nerviosa:

1. Presencia de atracones, caracterizado por:
  - a. ingesta aumentada de alimentos en corto tiempo.
  - b. sensación de pérdida del control sobre este tipo de ingesta de alimentos.
2. Conductas compensatorias purgativas o no purgativas.
  - a. Provocación del vomito
  - b. Ingesta de fármacos: laxantes, diuréticos, enemas
  - c. Restricción alimentaría
  - D. Ejercicio excesivo
3. Los atracones y las conductas compensatorias, deben tener lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de tres meses.
4. Preocupación persistente por la figura y el peso corporal.

Se distinguen 2 tipos:

- Tipo purgativo: cuando utiliza como conducta compensatoria la "a" y/o "b"
- Tipo no purgativo: Cuando utiliza como conducta compensatoria la "c" y/o "d" (2-4)

## 3. Tratamiento Nutricional en los TCA

Valoración Nutricional

En la valoración nutricional inicial del paciente, además de realizar una historia clínica y exploración física completa en la que

se incluya la historia ponderal (su evolución temporal) y la existencia de amenorrea se debe indagar expresamente sobre la historia dietética del paciente (hábitos nutricionales, pautas en la alimentación horarios, aversiones alimentarias, exclusión de grupos de alimentos, gustos, pautas purgativas, ingesta calórico aproximada). Así mismo, es indispensable conocer el nivel de ejercicio físico que desarrollan (tipo, frecuencia, duración) y la posible ingesta de diuréticos o laxantes (4).

la impedancia, la absorciometría dual con rayos X (DEXA), la medición del potasio corporal total, la densimetría y otros. La medición de parámetros analíticos sencillos (proteínas viscerales, linfocitos) y otros más complejos (vitaminas, oligoelementos, somatomedina C, etc.), nos ayudarán a tener una idea más clara del Estado Nutricional del paciente.

Esta historia nos orientará hacia el objetivo de la rehabilitación nutricional, sobre lo que se

#### Antecedentes históricos de la Anorexia en el Mundo

129 -209 DC: Galeno al comentar su libro "Epidemias del Corpus Hippocraticum" dice: "los griegos llaman anorektus y asiduos a los que rechazan alimentos, mientras que, llaman aposituos a los que primero ingieren y luego sienten repulsión por algún alimento".

1873 se sucedió una disputa entre Ernest Charles Lasegue y Sir William Whitney Gull, por quien definiría primero la AN. Lasegue escribe su "Del Anorexie hysterique", mientras que, Gull escribe "anorexia nervosa" (apexia hysterica).

1882 aparece una definición australiana de anorexia hecha por el Doctor H. E. Asttles.

1893 aparece la definición Norteamericana hecha por el doctor James Hendiré Lloyd.

1914 Simmonds describió la caquexia hipofisiaria, es decir dotó a la enfermedad de un origen endocrinológico.

1964 en Europa, R. Morton hizo una definición más formal en su libro "phtisiologia seu exercitationes de phtisi" (atrofia nerviosa o-ptisis nerviosa) dijo: una paciente es como un esqueleto cubierto de piel.

1979 Gerard Russell fue el primero en utilizar el término bulimia nerviosa.

#### Antecedentes Históricos de la Anorexia en el Perú

En 1962 M. Escobar, hizo el diagnóstico de la Anorexia nerviosa.

En 1965 C. L. Carvajal, escribió los métodos que utilizaban los pacientes para evitar la alimentación.

En 1990 L. Zusman, hizo las primeras evaluaciones psicológicas en pacientes con anorexia.

En 1991, J. Castro Morales, publicó el modelo de tratamiento en pacientes con anorexia.

En 1994 R. Freyre, decía, la anorexia nerviosa esta acosando a los jóvenes.

En 1996 Adrianzen, C y Mazzoto, G, definieron el papel de la serotonina en TCA

En 1999 L. Zusman, inventario 4 tipos de TCA: anorexia, bulimia, binge eating y yo-yo eating.

En 2001 Albornoz, P y Matos, L Hizo el perfil clínico epidemiológico de la anorexia nerviosa.

La medición de otros parámetros antropométricos como los pliegues grasos y perímetros musculares también ha resultado de utilidad en diferentes estudios con buena correlación con otras técnicas más complejas. La medición de la fuerza muscular mediante dinamometría de mano es un método que puede servir como marcador de re-nutrición. En la práctica clínica, se pueden realizar mediciones de los compartimientos grasos y magros y de la masa celular corporal mediante

espera conseguir a corto o largo plazo, así como, el tipo de Nutrición a elegir (natural oral, natural más suplementos, artificial oral o artificial enteral o parenteral) (4-6).

#### Nutrioterapia de la Anorexia Nerviosa

Sus objetivos contemplan: corregir la malnutrición energética proteica y normalizar los patrones alimentarios. Esto implica alcanzar un peso saludable que permita

mantener un correcto estado de salud. Para algunos autores alcanzar un peso saludable implica la recuperación de los ciclos ovulatorios normales. El 86% de las pacientes que alcanzan un peso del 90% en relación al ideal recuperan las menstruaciones (no necesariamente la ovulación) en seis meses (5-6).

Para estimar los requerimientos nutricionales debemos individualizar cada caso. Los pacientes de AN presentan al diagnóstico, un metabolismo basal descendido (entre un 21 y un 40% si se compara con controles sanos o pacientes rehabilitados). Esta diferencia se explica en gran parte por el descenso de peso y de masa magra (visceral y muscular) como un mecanismo de adaptación frente al déficit calórico mantenido.

Para el cálculo del metabolismo basal o el gasto energético en reposo pueden emplearse las formulas de Harris-Benedict o bien las de OMS. A la estimación del gasto energético en reposo debe añadirse un porcentaje según actividad física y el efecto térmico de los alimentos para calcular los requerimientos totales finales.

Se estima que la paciente anoréxica requiere  $8301 \pm 2272$  kilocalorías para ganar un 1 kilogramo de peso corporal. General-

mente los primeros 2-3 días se prescribe el tratamiento nutricional con un aporte calórico similar al del gasto energético basal o aproximadamente 30 cal/kg de peso real, lo cual puede ir incrementándose en 250- 300 cal.

Esta descrito que en la fase de recuperación nutricional inicial existe una cierta resistencia a la ganancia ponderal y al mantenimiento del peso adquirido. Parte de estos hallazgos podrían estar motivados por un incremento en movimientos incontrolados corporales "por nerviosismo", no relacionados directamente con la actividad física.

El objetivo de ganancia ponderal en pacientes ambulatorios debe oscilar entre 250 y 500 gr. por semana. En sujetos hospitalizados el objetivo suele estimarse entre 500 g y 1 Kg. para evitar el riesgo de sobrealimentación y el rechazo del paciente ante ganancias excesivamente rápidas. Estos cambios deben ser explicados por el nutricionista para disminuir la ansiedad que produce y evitar el rechazo. (4-8).

### Nutrioterapia de la Bulimia Nerviosa

Sus objetivos sugieren: normalizar los patrones de ingesta reduciendo los episodios de atracones y purgas y alcanzar un peso normal porque la mayoría de los pacientes presentan sobrepeso u obesidad. El contenido

### Criterios de Ingreso Hospitalario en los TCA

- Pérdida continuada de peso (peso menor al 75% del esperado peso/talla).
- Datos de desnutrición crónica severa .Hipoproteinemia (albúmina < 2,5 Mg/dl), transferín sérica < 100 mg/dl, linfopenia (<1000 linf. /mm<sup>3</sup>).
- Deshidratación.
- Trastornos hidroelectrolíticos severos
- Arritmias cardíacas.
- Inestabilidad fisiológica: Bradicardia, Hipotensión, Hipotermia (T° < 36°C)
- Retraso del desarrollo o crecimiento
- Fracaso del tratamiento ambulatorio
- Rechazo agudo a la ingesta.
- Purgaciones o atracones incontrolables.
- Complicaciones médicas agudas de la malnutrición (sincope, convulsiones, ICC, pancreatitis)
- Complicaciones psiquiátricas graves
- Otros trastornos psicológicos que interfieren en el tratamiento (depresión severa, trastorno obsesivo- compulsivo)
- Problemática en relación familiar que dificulta tratamiento ambulatorio.

Fuente: Adaptado de American Dietetic Association (2-3)

calórico de la dieta no debe ser demasiado alto para evitar un empeoramiento de la sintomatología purgativa, por el consiguiente miedo a aumentar de peso, ni demasiado bajo, con el fin de no restringir en exceso la ingesta de alimentos, porque puede provocar alimentación compulsiva por sensación de hambre.

También se puede utilizar la fórmula de Harris-Benedict añadiendo un 10% a un 15% según actividad física.

La re-educación nutricional debe incluir la orientación acerca de lo que constituye una dieta saludable y equilibrada junto con la adquisición de hábitos de ingesta apropiados con tomas fraccionadas y la desmitificación de conceptos erróneos en cuanto a alimentación, balance energético, ejercicio, etc. El soporte nutricional raramente se emplea en el tratamiento de la BN

Si el paciente presenta hábitos purgativos mediante el uso de laxantes se implementaría dieta rica en fibra dietética a la vez que se programa una reducción de los laxantes. (4-8)

#### 4. Criterios de ingreso hospitalario de los trastornos de la conducta alimentaria

Los criterios de hospitalización de la AN y la BN incluyen los cuadros médicos agudos que

crean inestabilidad metabólica o nutricional. El objetivo terapéutico en pacientes con AN es la recuperación ponderal y la estabilización médica. En la BN el objetivo es romper el ciclo de atracones y vómitos y conseguir la estabilización metabólica.

Estos criterios no deben ser considerados como indicaciones absolutas para la hospitalización ya que la decisión clínica siempre debe individualizarse. La valoración final la dará el equipo multidisciplinario.

#### 5. Tratamiento Farmacológico

La terapia psicofarmacológica tiene un valor muy limitado en el tratamiento de la AN durante el ingreso hospitalario. En cambio, ciertos antidepresivos como la fluoxetina, parecen efectivos en el tratamiento de BN (9-11).

#### Conclusiones

Los trastornos del comportamiento alimentario se deben tratar multidisciplinariamente, tanto desde el punto de vista orgánico-nutricional o psicológico- psiquiátrico, mismos que actuando coordinadamente y realizando un seguimiento oportuno, lograrán la evolución del paciente.

Questionario de Auto-evaluación:

1.- Según el DSM IV 1994 los tipos de trastornos de conducta alimentaria son:

- a) anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.
- b) anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, No especificados.
- c) anorexia nerviosa tipo purgativo, bulimia nerviosa tipo no purgativo.
- d) bulimia nerviosa tipo restrictivo, anorexia nerviosa compulsiva.

2.- Los criterios de ingreso hospitalario son:

- a) Pérdida continuada de peso.
- b) Deshidratación.
- c) Trastornos hidroelectrolíticos severos.
- d) Todos los anteriores.

3.- La anorexia nerviosa se caracteriza por:

- a) Negativa a mantener el peso corporal en el peso mínimo normal o mayor para la edad y altura.
- b) Miedo intenso a aumentar de peso, aun pesando por debajo del peso esperable.
- c) Presencia de atracones
- d) Solo a y b

4.- La bulimia nerviosa se caracteriza por:

- a) Disturbio en la forma de experimentar su propio cuerpo o figura.
- b) Los atracones y las conductas compensatorias, deben tener lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- c) Preocupación persistente por la figura y el peso corporal.
- d) Solo b y c

5.- Indique V o F

- a) El objetivo terapéutico en pacientes con AN es la recuperación ponderal y la estabilización medica. ( )
- b) En la BN el objetivo es romper el ciclo de atracones y vómitos y conseguir la estabilización metabólica. ( )

#### Referencias Bibliográficas

1. Freyre, E. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia. En: Freyre, E: La Salud del Adolescente: Aspectos Médicos y Psicosociales. 2ª ed., Editorial UNSA, Arequipa, Perú, 1997:487.
2. J AMA Diet Assoc 2001 ; 101; 810 Nutrition Intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorder not otherwise specified (EDNOS)
3. Torresani, María Elena Somoza, María Inés. Lineamientos para el Cuidado Nutricional. 2º Edición. 1º Reimpresión. pp 221-284 Eudeba Universidad de Buenos Aires 2005
4. Tinahones Madueño, Francisco. Anorexia y Bulimia. Ediciones Díaz de Santos S. A. Madrid. 2003
5. Orden, J. Psicología de la Alimentación pp. 231- 270 Ediciones Morata 2003
6. Soria, Valle Abordaje Nutricional en los Trastornos del Comportamiento Alimentario pp 5238- 5245 IDEPSA. Madrid. 1999
7. M. ° c. Cuerda, A. Ruiz Sancho, C. Moreno Rengel, M. et al Estudio del gasto energético en la anorexia nerviosa: concordancia entre calorimetría indirecta y diferentes ecuaciones. Nutr Hosp... 2005, 20:371 - 377
8. Elliot, L. Anorexia y Bulimia: Consejos para detectarlas y evitarlas Editorial Planeta Mexicana. México DF. 2003
9. Tisera, G. Anorexia y Bulimia. Homo Sapiens Ediciones. Rosario Argentina. 2000
10. Casanueva, Esther. Nutriología Médica .pp. 95-98. Editorial Medica Panamericana. .2001
11. Martiaux Verdeu, J. Nutrición y Alimentación Humana. pp. . 1374- 1884. Océano. España. 2002