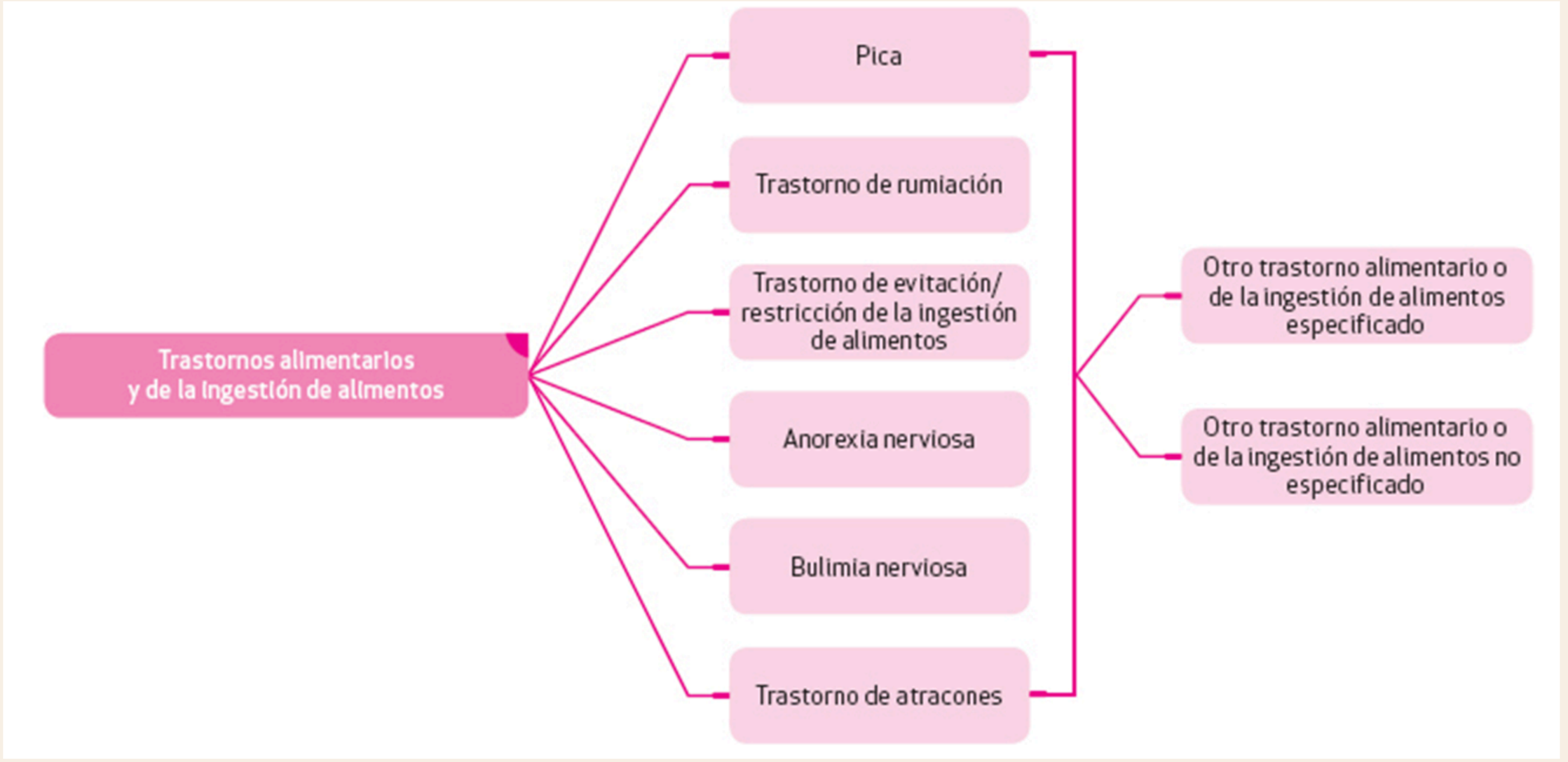
Trastornos alimentarios y la ingestión de alimentos

Prof. Msc. Nadia Villalba Ferrari

Introducción

- Los trastornos alimentarios se definen como la alteración de la conducta alimentaria con una preocupación excesiva por el peso corporal que perjudica la salud física o el funcionamiento psicosocial. Los trastornos alimentarios pueden presentarse como enfermedades psiquiátricas graves asociadas con altas tasas de morbilidad y mortalidad.
- El DSM-5 ha cambiado la terminología Trastornos alimentarios ⟶ **Trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos**
- El DSM-5 menciona ocho categorías de TAI


Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
Pica
Trastorno de rumiación
Trastorno de evitación/ restricción de la ingestión de alimentos
Anorexia nerviosa
Bulimia nerviosa
Trastorno de atracones
Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado
Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

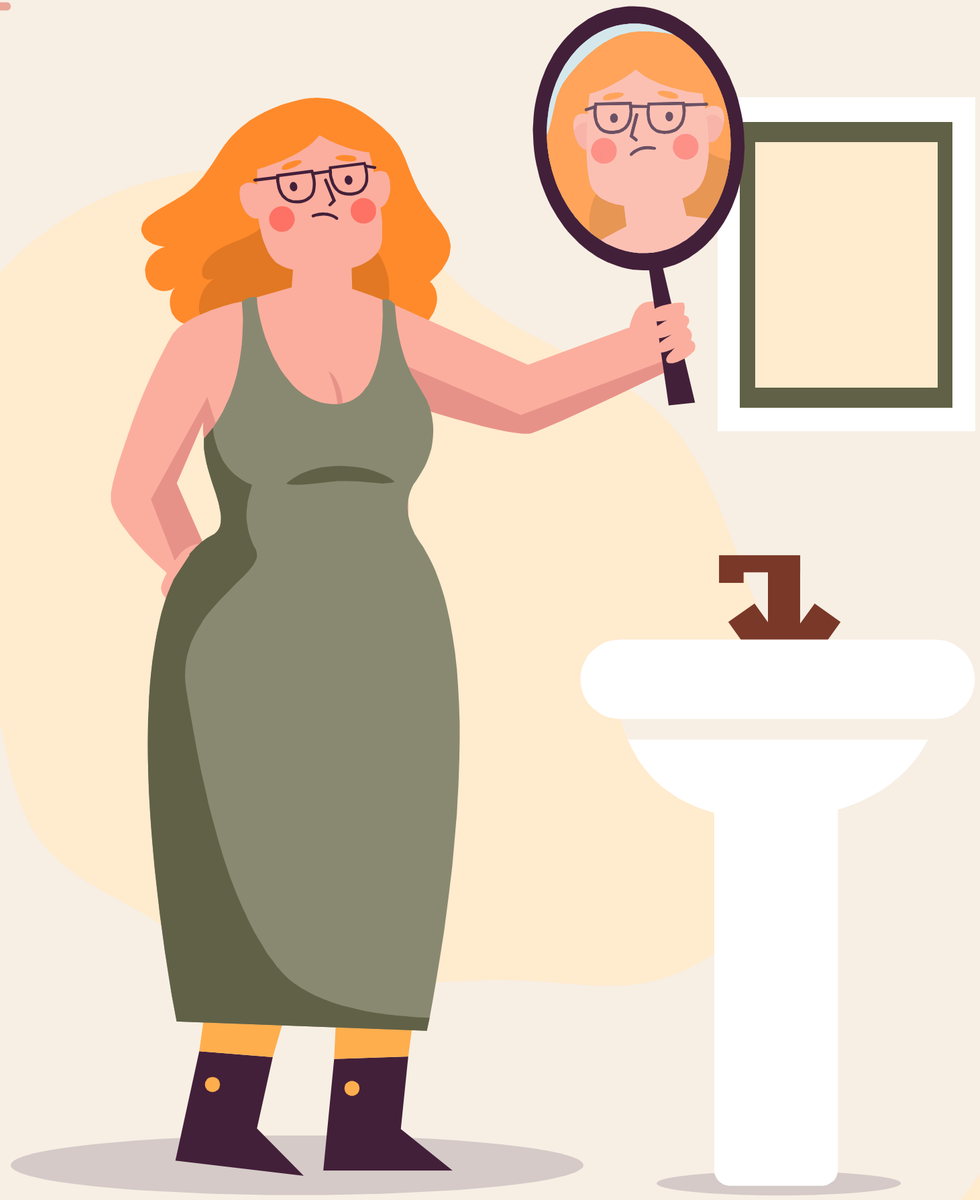
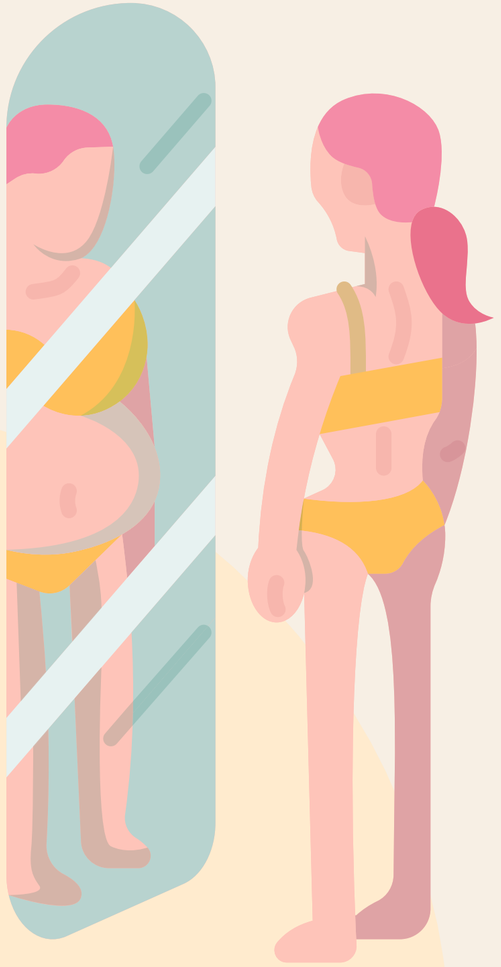


Imagen corporal

- Representa aquella imagen que la mente forma del propio cuerpo, es decir, no necesariamente está correlacionada con la apariencia física real.
- Se encuentra influida por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales.



- La percepción errónea de la imagen corporal es común en la población general y también es un componente central de varias enfermedades graves, incluido el trastorno dismórfico corporal, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.
- Las distorsiones en la imagen corporal son desagradables y pueden tener resultados trágicos. Puede afectar la salud física y psicológica y puede influir en la autoestima, el estado de ánimo, la competencia, el funcionamiento social y el funcionamiento ocupacional.

La adolescencia, es un período crítico en el desarrollo de la imagen corporal. La imagen corporal en los adolescentes también está bajo la influencia de los padres. La relación padre-adolescente tiene un impacto significativo en el desarrollo de la insatisfacción corporal de los adolescentes.

Las investigaciones han demostrado que los adolescentes con mejores relaciones padre-adolescente tienen menos probabilidades de experimentar insatisfacción corporal.

RESEÑA HISTORICA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los TA, como la anorexia y la bulimia, fueron problema de salud de gran prevalencia desde finales del siglo XX y comienzos del XXI.

Dichos comportamientos atípicos fueron inicialmente descritos como tales en el siglo XIX.

Década de los 60 → entidad psicopatológica

Trastornos “modernos” (excesivo culto al cuerpo y deificación de la delgadez) .

- En el siglo XIX en la sociedad occidental, la delgadez se convierte en deseo de aspiración por parte de las mujeres.
- Los cuerpos en general no eran considerados extremadamente delgados, de hecho la belleza se encontraba en el resto del cuerpo que sin duda alguna debía están acolchado y relleno, para de esa manera resaltar las curvas de la belleza femenina

Siglo XX

Los medios de comunicación juegan un papel importante, relacionado con la difusión de estándares de belleza. Las mujeres perdieron el talle de avispa y fueron adquiriendo el cuerpo más delgado

Siglo XXI

- El cuerpo delgado sinónimo de belleza y éxito.
- El culto a la belleza, especialmente a la delgadez trae consigo un importante impacto económico. Los medios de comunicación, reproducen estos ideales de belleza.

La anorexia en la historia

•"Los trastornos alimenticios son intentos de controlar algo básico en uno mismo, la necesidad de comer, a veces con la idea de obtener la forma corporal perfecta".

•El término anorexia proviene del siglo pasado, y surgió con el fin de descubrir el porqué del rechazo a la alimentación y estuvo primeramente relacionada con una enfermedad orgánica.

Los primeros casos

Princesa Margarita de Hungría. Se dedicó a la vida religiosa, practicó al ayuno obteniendo después una conducta compulsiva

Año 895

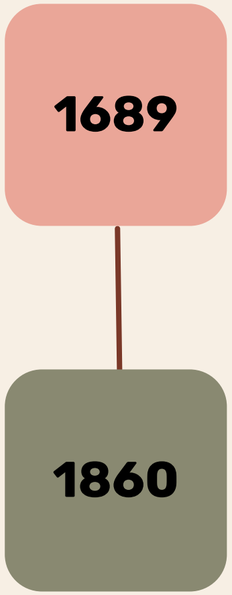
Siglo XIII

Siglo XIV

FrideradavonTreuchtlingen. Se rehusaba a la ingesta de alimentos

Santa Catalina de Sienna. Rechazo la comida desde la infancia, la clasifican como un caso de anorexia importante a través de la historia

La anorexia era definida como una condición que se manifestaba a partir de la tristeza y la ansiedad



La enfermedad fue estudiada a profundidad. Publicación "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco y caracterizado principalmente por el rechazo alimentario", por el Dr. francés Luís Víctor Marcé.

La bulimia en la historia

Se tienen más documentos médicos en los últimos 80 años.

Rastros en la historia de su presencia, como las comilonas de reyes en la edad media o en los grandes banquetes de los romanos, donde vomitaban para seguir comiendo.

El atracón → era visto como una influencia por el Diablo.

Personas con bulimia → herejes o que padecían el pecado capital de la gula.

EPIDEMIOLOGIA

1 de cada 8 jóvenes puede tener al menos un TA antes de los 20 años de edad.

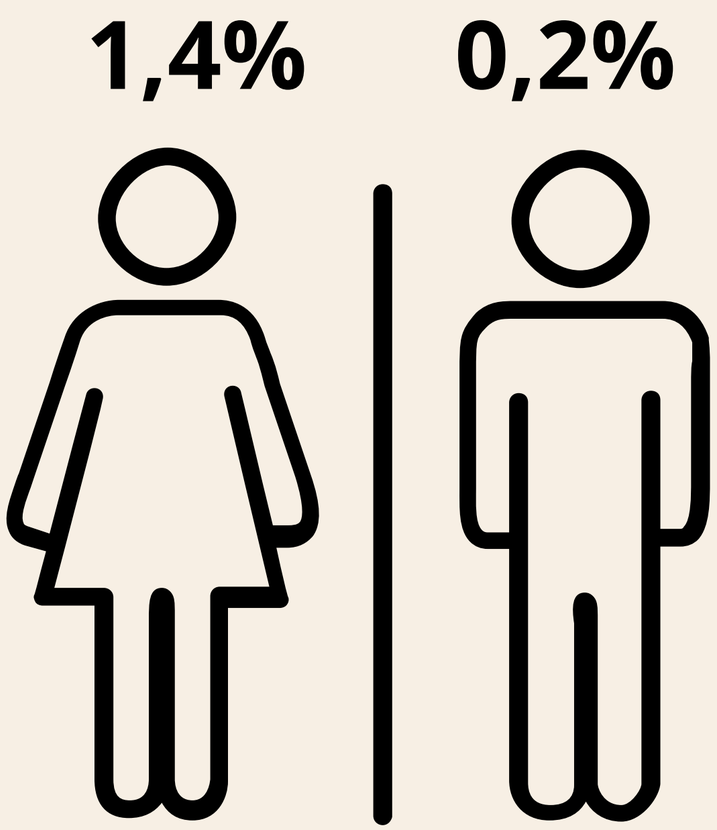
La bulimia nerviosa, el 1% entre las mujeres adolescentes.

La anorexia nerviosa, el 0,3% entre las mujeres adolescentes

La prevalencia de los TA es generalmente mayor en mujeres jóvenes, excepto el trastorno por atracón, que es más común en hombres y personas mayores

Balasundaram P, Santhanam P. Trastornos alimentarios. [Actualizado el 26 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene-.

ANOREXIA



- **La proporción de mujeres/hombres varía de 10:1 a 20:1.**
- **Se ha señalado que los TA se encuentran entre las 10 causas más frecuentes de incapacidad entre mujeres, y que poseen el índice de mortalidad más alto de todos los trastornos mentales**

MA Álvarez-Mon. et. all. Actualización sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Dic 2022

- Las edades de inicio más habituales se sitúan entre los 14 y los 18 años, pero hasta el 5% de los pacientes se inicia a principios de la década de los 20 años. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años. El inicio de este trastorno se suele asociar con un acontecimiento vital estresante
- Parece ser más habitual en los ***países desarrollados.***

MA Álvarez-Mon. et. all. Actualización sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Dic 2022

La BN es más prevalente que la AN.
Las estimaciones de prevalencia oscilan entre el 1% y el 4% en las mujeres jóvenes.
Como sucede con la AN, la BN es significativamente más frecuente en las mujeres que en los hombres
Pero a menudo su inicio ocurre en etapas más avanzadas de la adolescencia que en la AN.

La edad más típica de aparición es entorno a los 20 años.
Alrededor del 20% de las mujeres universitarias presentan síntomas bulímicos transitorios en algún momento de sus años de universidad.
Aunque la BN se presenta con frecuencia en mujeres jóvenes con un peso normal, en ocasiones existen antecedentes de obesidad

Prevalencia de los TAI por continente

Europa

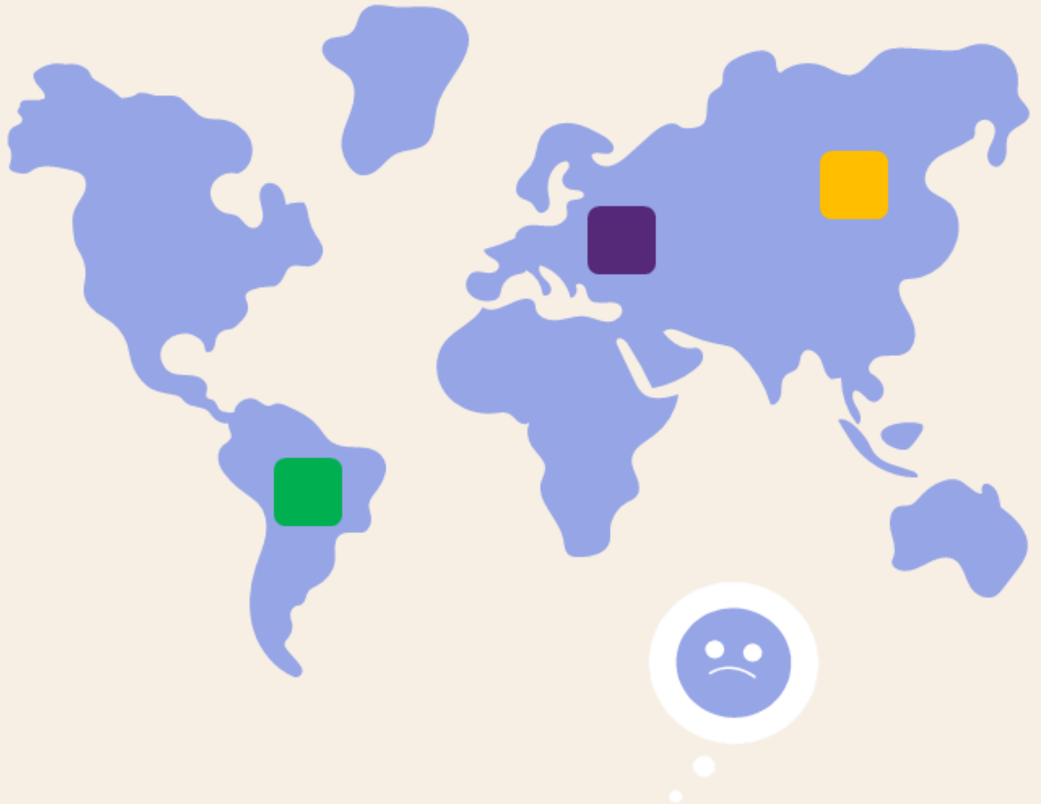
2,2 %

América

4,6 %

Asia

3,5 %



Arija V. et all. **Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria**. Nutr. Hosp. 2022

2019 revisión de 121 estudios

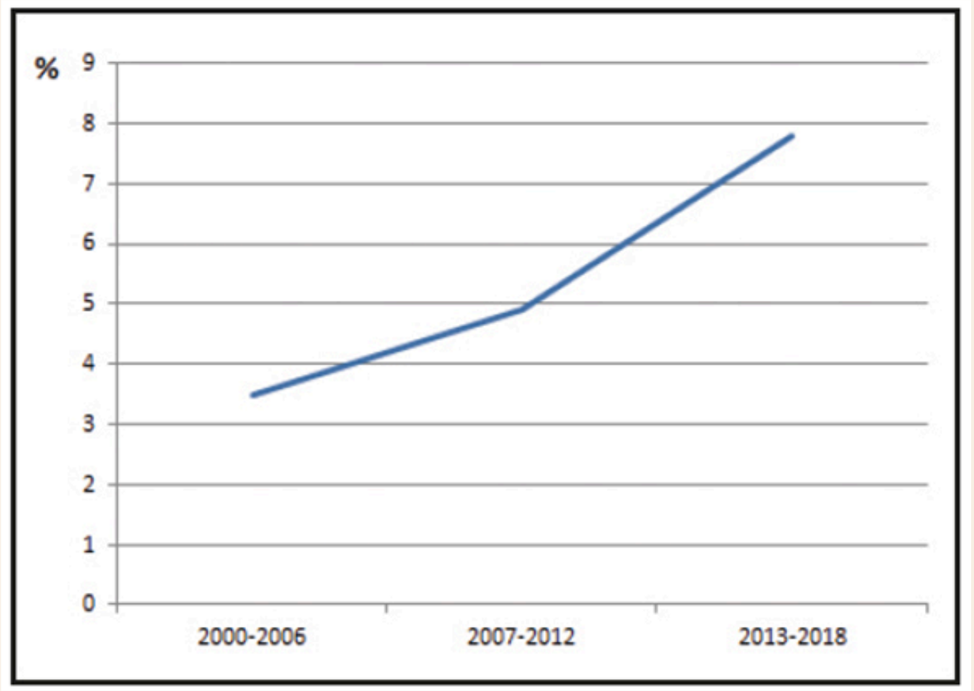
5,7 %
Mujeres

2,2%
Hombres

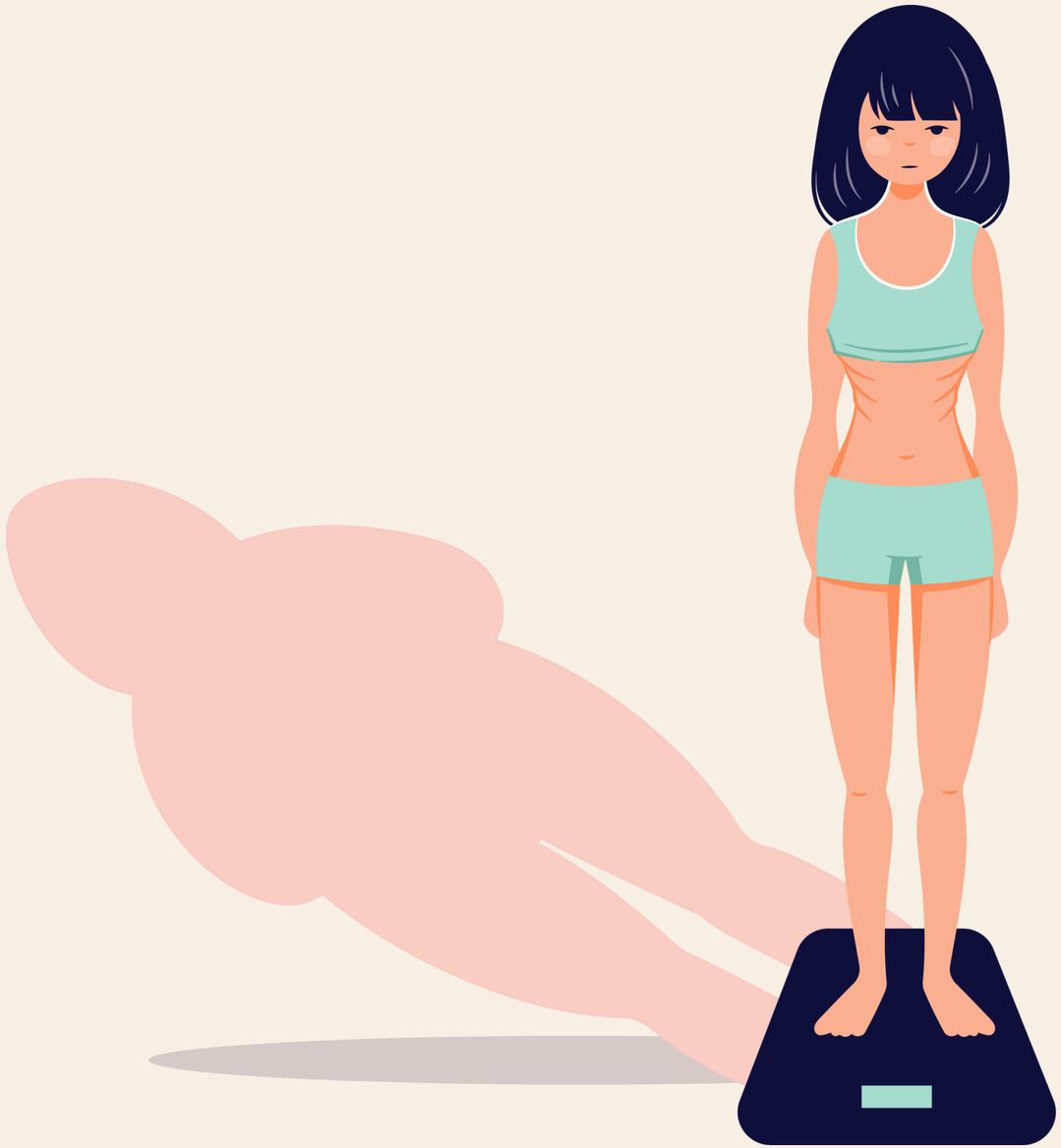
Arija V. et all. **Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria**. Nutr. Hosp. 2022

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LOS TAI

En los últimos años, la prevalencia de los TAI ha aumentado, posiblemente en relación con el cambio acertado en los criterios diagnósticos del DSM-5 y la mejora de su detección.
Un incremento del 3,5 % en el periodo de 2000-2006 al 7,8 % en el periodo de 2013-2018



Arija V. et all. **Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria**. Nutr. Hosp. 2022



ANOREXIA NERVIOSA

- **La AN es el trastorno alimentario más conocido y Generalmente se desarrolla durante la adolescencia y ocurre más en mujeres que en hombres.**

Extremadamente bajo peso

Miedo intenso a ganar peso

Una IC distorsionada, que incluye la negación de tener un peso muy por debajo del normal

Conductas compensatorias persistentes para evitar ganar peso, a pesar de tener bajo peso

Preocupación por la comida y el peso

Balasundaram P, Santhanam P. Trastornos alimentarios. [Actualizado el 26 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene

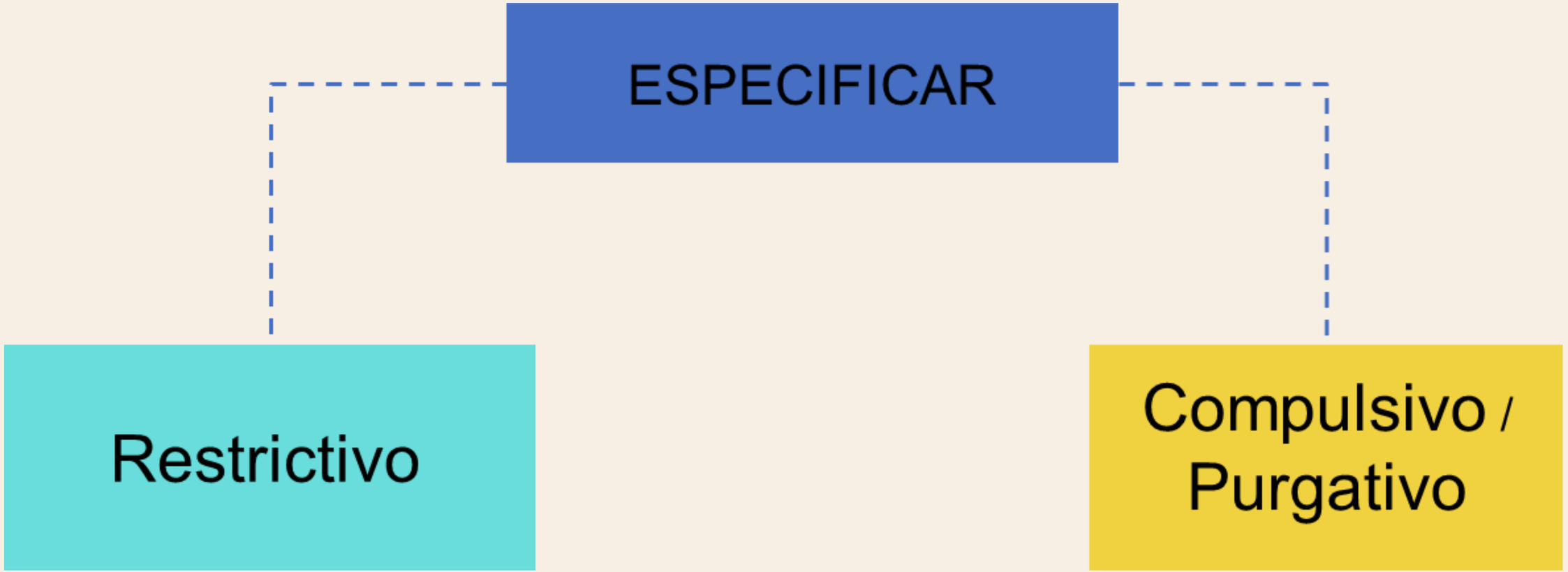
Las personas con AN pueden tener síntomas obsesivo-compulsivos como usar los mismos cubiertos o romper la comida en trozos pequeños.

En las mujeres, la AN puede manifestarse como amenorrea.

Balasundaram P, Santhanam P. Trastornos alimentarios. [Actualizado el 26 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene

Criterios de diagnóstico del DSM-5 para la AN

1. Restricción de la ingesta de energía en relación con los requisitos, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo es un peso inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
2. Miedo intenso a aumentar de peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, aunque sea con un peso significativamente bajo.
3. Alteración en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo, influencia indebida de la forma o el peso del cuerpo en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual

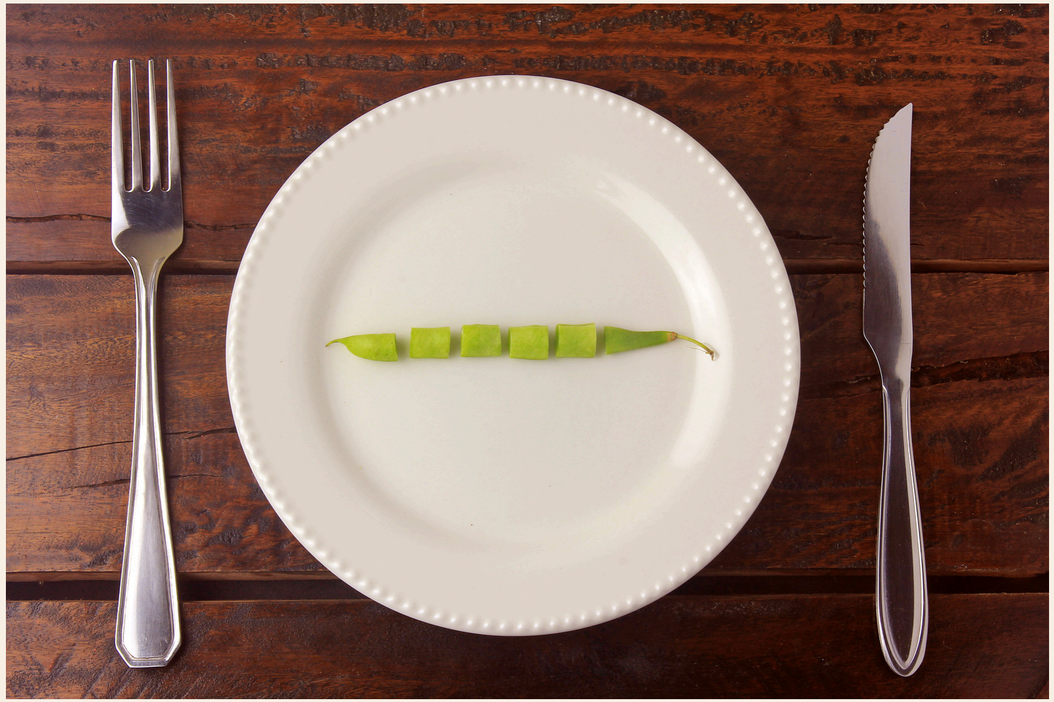


Balasundaram P, Santhanam P. Trastornos alimentarios. [Actualizado el 26 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene

El DSM-V mantiene la sub-categorización entre AN de tipo restrictivo y compulsivo/purgativo

Restrictivo

Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas La pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo



Compulsivo /purgativo

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).

- **La tasa de mortalidad en la anorexia nerviosa es la más alta de todos los trastornos psiquiátricos.**
- **La mayoría de ellos mueren por complicaciones médicas, mientras que algunos mueren por suicidio.**
- **Las personas con anorexia nerviosa, a largo plazo, pueden presentar osteopenia, cabello y uñas quebradizos, piel seca, estreñimiento, hipotensión, bradicardia, hipotermia, lanugo, amenorrea, infertilidad o atrofia muscular.**

Balasundaram P, Santhanam P. Trastornos alimentarios. [Actualizado el 26 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene

La gravedad mínima se basa en el Índice de Masa Corporal (IMC). La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión

Leve	IMC ≥ 17 kg/m2
Moderad0	IMC 16-16.99 kg/m2
Grave	15-15.99 kg/m2
Extremo	IMC <15kg/m2

BULIMIA NERVIOSA

- **La BN es sustancialmente más común que la AN en la población.**
- **El trastorno generalmente comienza al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta**

Los rasgos característicos de la BN son los siguientes:

Comer cantidades sustanciales de alimentos en un período corto

Pérdida de control durante los atracones

Los atracones son seguidos por una conducta compensatoria

Miedo a ganar peso a pesar de pesar dentro del rango normal

Criterios de diagnóstico del DSM-5 para la BN

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

1. Comer, en un período de tiempo discreto (p. ej., dentro de cualquier período de 2 horas), una cantidad de alimentos que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas ingerirían durante un período de tiempo similar y en circunstancias similares
2. Una sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio (p. ej., una sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso, como vómitos autoinducidos; abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; ayuno; o ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

D. La autoevaluación está indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.

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

Puede manifestarse con dolor de garganta, inflamación de las glándulas salivales, caries, reflujo ácido, DSH grave, desequilibrio electrolítico y alteraciones hormonales.

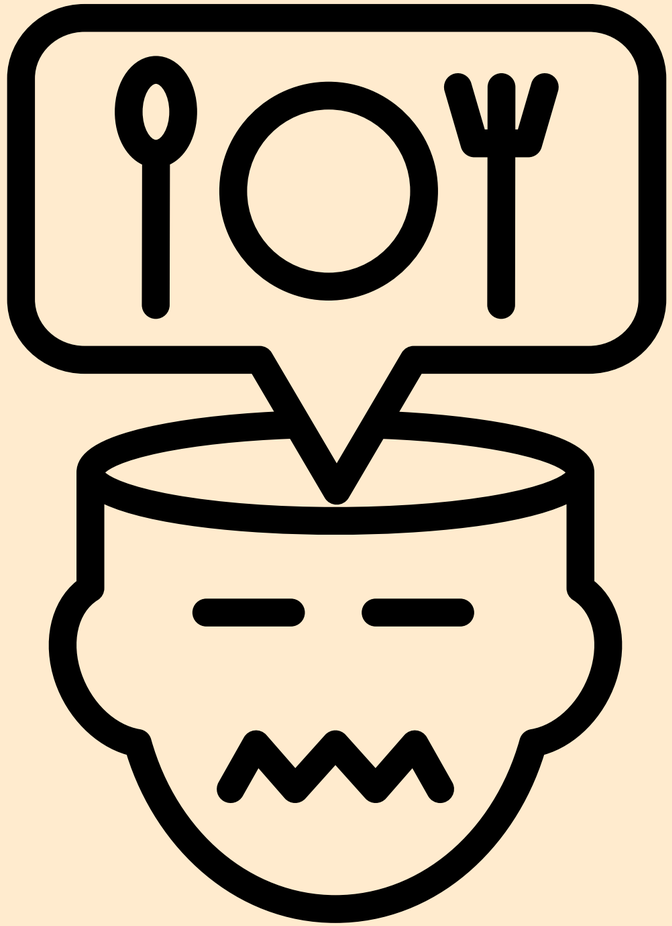
Pueden tener bajo peso, peso normal o un ligero sobrepeso. Incluso aquellas que perdieron peso al principio tienden a recuperarlo y a tener sobrepeso gradualmente más adelante.

Aunque los síntomas de la bulimia nerviosa son muy similares a los subtipos de anorexia nerviosa que consisten en atracones y purgas, las personas con bulimia nerviosa mantienen un peso casi normal en lugar de tener bajo peso

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados.
La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve	Moderado	Grave	Extremo
1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados/ semana	4 - 7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados/ semana	8 - 13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados/ semana	14 o más episodios de comportamientos compensatorios inapropiados/ semana

En el DSM-5 desaparecen los subtipos de bulimia nerviosa , dado que en la práctica clínica, el subtipo no purgativo era poco común y tendía a confundirse con el diagnóstico del trastorno de atracones



Etiología de los TA

La etiología de los trastornos alimentarios es heterogénea

Biológicos

Del desarrollo

Psicológicos

Socioculturales

FACTORES BIOLOGICOS

- **Genética: Los estudios sobre gemelos y adopción demuestran el papel hereditario de los TA. Existe un 50% de probabilidades de desarrollar TA si el otro gemelo los padece**
- **Neurobiología: la desregulación en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, alteraciones en los circuitos neurales relacionados con la recompensa y el autocontrol.**
- **Fisiológico: La pubertad y la malnutrición por exceso se encuentran asociados al desarrollo de TAI**

FACTORES PSICOLOGICOS

El perfeccionismo, la impulsividad, la búsqueda de novedades, la obsesión-compulsividad, la evitación del daño y el neuroticismo, la baja autoestima son rasgos de personalidad comunes que a menudo se asocian con los trastornos alimentarios

- **Hacer dieta: Se encontró que las mujeres que seguían dietas de moderadas a severas tenían de 5 a 18 veces más probabilidad de desarrollar BN subclínica que aquellas que no seguían dietas.**
- **Son además predictores de TAI la presencia de conductas extremas de pérdida de peso. Las dietas tempranas, la depresión y la distorsión de la IC moviliza la conducta de estas personas hacia la práctica poco saludables para tratar de controlarlos**

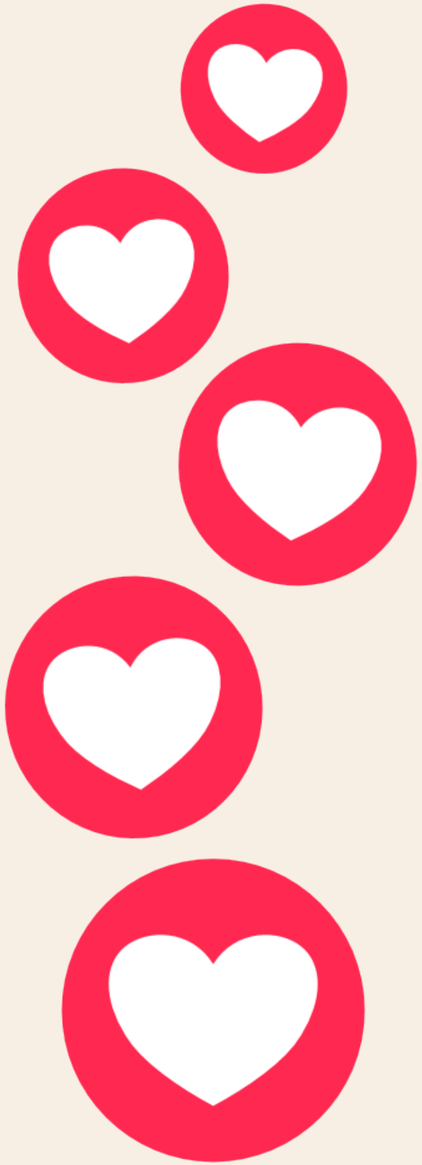
FACTORES DEL DESARROLLO

La perturbación temprana en el desarrollo infantil, como el abuso sexual infantil, supone un riesgo significativo de desarrollar trastornos alimentarios

El abuso físico y sexual conlleva sensaciones de falta de límites y de intrusión a la privacidad de las pacientes con diagnóstico de Bulimia

FACTORES SOCIOCULTURALES

Las preferencias culturales por la delgadez, la exposición a la cultura occidental que valora un cuerpo delgado para las mujeres y la exposición a los medios de comunicación que promueven dichas ideas desempeñan un papel importante en el aumento de la prevalencia de los trastornos alimentarios en todo el mundo.



Socio ambientales

INDOLE PROXIMAL

- Comentarios críticos sobre la apariencia y la alimentación por parte de los padres,
- Conflictos familiares no resueltos.

INDOLE DISTAL

- Haber sido objeto de burlas.
- Presión percibida para ser delgado.
- Expectativas positivas asociadas a la delgadez.

Influencias mediáticas

- Mensajes e imágenes en los medios de comunicación.
- Imágenes corporales presentadas en los medios.

Normas sociales y culturales

- Frecuencia de las comidas
- Pref. alimentarias
- Actitudes hacia el peso corporal
- Papeles de las mujeres y niños dentro de las flias.

Disponibilidad y acceso a los alimentos

- Seguridad o inseguridad alimentaria
- Tipos de alimentos fácimente disponibles
- Cantidad de alim. que se sirven y consumen

Dinámica familiar

1. Estilos y patrones de comunicación entre los miembros de la familia
2. Idoneidad de las expectativas parentales
3. Idoneidad de los límites personales entre los adolescentes y los demás miembros de la familia
4. Comportamientos relacionados con el peso que modelan los padres y hermanos
5. Comportamientos alimentarios que se refuerzan en la infancia y adolescencia

Las pacientes que sufren de BN tienen una marcada dificultad para separarse de sus progenitores. Estas pacientes carecen de un objeto transicional durante su infancia para facilitar la separación con la madre. De esta forma, se ha sugerido que utilizan al propio cuerpo como objeto transicional en el intento de separarse de las madres. Así, con la ingesta de la comida se representa una fusión simbiótica con la madre y con la purga se representa una violenta separación

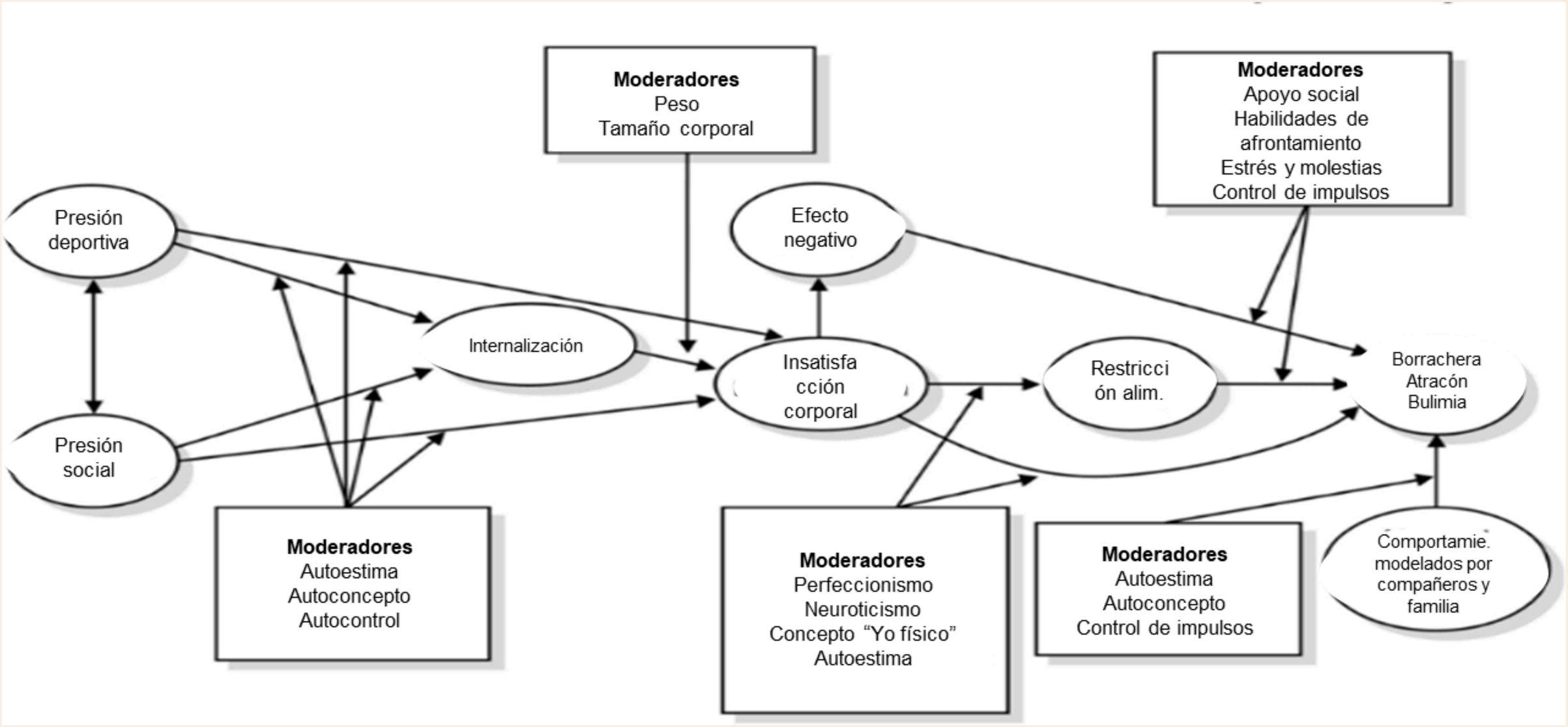
Grupo de riesgo

Ningún grupo está protegido contra el desarrollo de un trastorno alimentario, pero ciertos grupos tienen un mayor riesgo. Específicamente, las mujeres son mucho más propensas que los hombres a desarrollar AN y BN, y el inicio suele ocurrir durante la adolescencia y la adultez temprana.

Las actividades que enfatizan el bajo peso, como el baile, el modelaje y ciertos deportes, pueden poner a las personas vulnerables en mayor riesgo. El riesgo genético está asociado con el desarrollo de TA; como resultado, las personas con antecedentes familiares de trastornos alimentarios deben considerarse de mayor riesgo

En la sociedad occidental el deseo de estar delgado es dominante, y más del 50% de las niñas en edad prepuberal hacen dieta o adoptan otras medidas para controlar su peso. De hecho, algunos antecedentes comunes en la AN son la preocupación excesiva por el peso, la obsesión por un cuerpo delgado, el distrés sociofamiliar, el antecedente de haber realizado una dieta y el de abuso sexual en la infancia.

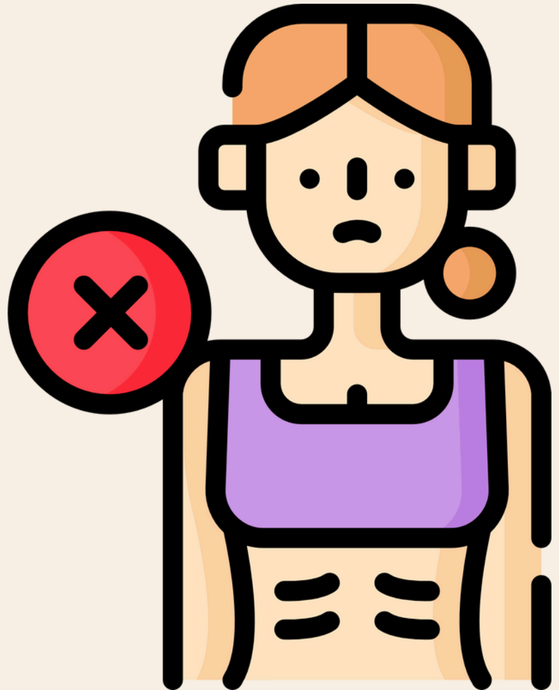
La AN puede observarse con mayor frecuencia entre mujeres jóvenes con profesiones que exigen delgadez como la moda o la danza.


Moderadores
Peso
Tamaño corporal
Moderadores
Apoyo social
Habilidades de afrontamiento
Estrés y molestias
Control de impulsos
Presión deportiva
Efecto negativo
Internalización
Insatisfacción corporal
Restricción alim.
Borrachera
Atracón
Bulimia
Presión social
Moderadores
Autoestima
Autoconcepto
Autocontrol
Moderadores
Perfeccionismo
Neuroticismo
Concepto "Yo físico"
Autoestima
Moderadores
Autoestima
Autoconcepto
Control de impulsos
Comportamie. modelados por compañeros y familia

CUADRO CLÍNICO

Los pacientes con estos trastornos alimentarios pueden describir informes inespecíficos de letargo, mareos, distimia o ansiedad; las mujeres pueden informar trastornos menstruales.

Las personas con AN ⇢ signos de hipometabolismo



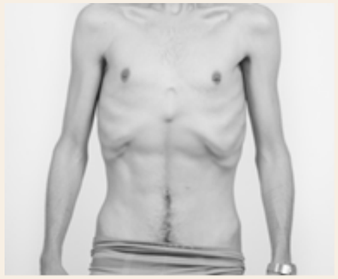
Los pacientes con bajo peso que presentan amenorrea o lesiones inducidas por el ejercicio, incluidas las fracturas por estrés, deben ser evaluados cuidadosamente para detectar un TA.

La pérdida de peso
- **Caída del cabello**
- **Desarrollo de un lanugo fino (cara y el cuello)**

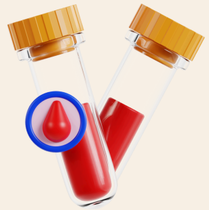
Personas con BN
- **Erosión dental**
- **Glándulas salivales prominentes**
- **Signo de Russell**

Las personas que se purgan
- **Signos de deshidratación**
- **Alteraciones electrolíticas**

- **El examen físico debe incluir la medición de la altura y el peso.**
- **La incomodidad o la evitación de ser pesado puede ser una indicación de un trastorno alimentario.**
- **Se debe medir la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura.**
- **Se debe examinar la piel para detectar evidencia de una apariencia seca y escamosa; lanugo; y poca turgencia.**
- **Se puede desarrollar una coloración amarillo anaranjada de la piel en personas que consumen grandes cantidades de vegetales que contienen betacaroteno.**
- **Se puede observar adelgazamiento del cabello y uñas quebradizas.**
- **Un examen de cabeza y cuello debe incluir atención al tamaño de las glándulas salivales y la dentición general.**



Conteo sanguíneo completo, un panel de química y un electrocardiograma, en la evaluación de un paciente con un trastorno alimentario



Anemia y leucopenia.
Hiponatremia.
Hipoalbuminemia
Enzimas hepáticas elevadas

Bradicardia
Arritmias en pacientes con alteraciones electrolíticas

Complicaciones médicas de la anorexia nerviosa

CONSTITUCIONALES
GASTROINTESTINALES
CARDIOVASCULARES
RENALES Y ELECTROLITICAS
GINECOLOGICAS Y REPRODUCTIVAS
HEMATOLOGICAS
ENDOCRINOLÓGICAS
NEUROLOGICAS
DERMATOLOGICAS
PULMONARES
DEFICIENCIAS VITAMINICAS
SX REALIMENTACIÓN

CONSTITUCIONALES

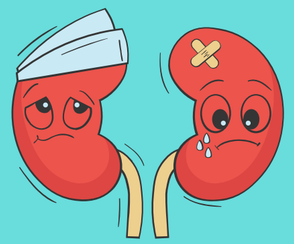
CAQUEXIA Y BAJO IMC
HIPOTERMIA
RETRASO EN EL CRECIMIENTO
PERDIDA DE MASA MUSCULAR

GASTROINTESTINALES

GASTROPARESIA
DIARREA
ESTREÑIMIENTO
DILATACIÓN GÁSTRICA

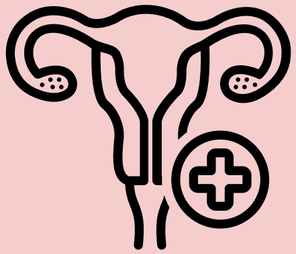
CARDIOVASCULARES

ATROFIA MIOCÁRDICA
BRADICARDIA
PROLAPSO MITRAL
ACROCIANOSIS
HIPOTENSIÓN



Renales y electrolíticas

Disminución del filtrado glomerular
Cálculos renales
Deshidratación
Nefropatía hipovolémica
Hipopotasemia
Hiponatremia
Hipomagnesemia



Ginecológicas y reproductivas

Amenorrea
Descenso de LH y FSH
Embarazo no deseado y complicaciones neonatales

Hematológicas	Endocrinológicas	Neurológicas
Anemia	Síndrome de T3 baja	Deterioro cognitivo
Leucopenia	Aumento de GH	Neuropatía periférica
Trombopenia	Hipoglucemia	Convulsiones

Pulmonares	Dermatológicas
Descenso de la capacidad pulmonar	Lanugo
Pérdida de musculatura pulmonar	Carotenodermia
Fallo pulmonar	Cicatrices por conductas autolesivas

La BN se asocia con complicaciones gastrointestinales raras pero graves. Se ha informado inflamación esofágica, desgarros de Mallory-Weiss con hematemesis, ingestión de instrumentos utilizados para inducir el vómito (como un cepillo de dientes o un tenedor) y ruptura del estómago. Pueden ser necesarias pruebas de diagnóstico (por ejemplo, radiografía o endoscopia) para evaluar estos hallazgos inusuales

SCOFF

Identificación .....

Fecha.....

Seleccione la respuesta que más se ajuste a lo que le ocurre.

1. ¿Tiene sensación de estar enfermo/a, porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo? Sí No
2. ¿Está preocupado/a, porque siente que tiene que controlar cuánto come? Sí No
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses? Sí No
4. ¿Cree que está gordo/a, aunque otros digan que está demasiado delgado/a? Sí No
5. ¿Diría que la comida domina su vida? Sí No

Total: ☐

Por cada sí: 1 punto. Una puntuación mayor o igual a 2 puntos indica un probable caso de TCA.

Gracias