



FUNDACIÓN H. A.  
**BARCELÓ**  
FACULTAD DE MEDICINA



# TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

## CARRERA: LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

### DIRECTORA DE LA CARRERA:

Dra. Norma Isabel Guezikaraian

### NOMBRE Y APELLIDO DE LA AUTORA:

Fernanda Carolina Robledo

### TÍTULO DEL TRABAJO:

“Impacto en el estado nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria”

### SEDE:

Buenos Aires.

### DIRECTORA DE TIF:

Lic. Nancy Saks

### ASESORA:

Lic. Cristina Venini

### AÑO DE REALIZACIÓN:

2021

Sede Buenos Aires  
Av. Las Heras 1907  
Tel./Fax: (011) 4800 0200  
 (011) 1565193479

Sede La Rioja  
Benjamín Matienzo 3177  
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698  
 (0380) 154811437

Sede Santo Tomé  
Centeno 710  
Tel./Fax: (03756) 421622  
 (03756) 15401364

ÍNDICE	Pág.
Resumen	3
Resumo	4
Abstract	5
Introducción	6
Marco teórico	9
Complicaciones fisiológicas por los trastornos alimentarios	10
El rol del DSM	12
Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa	12
Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa	13
Objetivos del tratamiento en anorexia nerviosa	14
Terapéutica Nutricional	15
Plan de alimentación	15
Imagen corporal	16
Abordaje de los TCA	17
Influencia de la familia	18
Valoración del estado nutricional	20
Cuadro clásico de anorexia nerviosa	22
Comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos mentales	22
Características de la personalidad en los pacientes con TCA	24
Intervenciones basadas en Mindfulness para el tratamiento de trastornos alimentarios	24
Internet y contenido peligroso	26
Los nuevos TCA	26
Potomanía	27
Alcohorexia	29
Trastorno por atracón	31
Síndrome del comedor nocturno	32
Pregorexia	33
Diabulimia	34

Orthorexia	35
Vigorexia	40
Marco legal	42
Justificación	45
Objetivo General	46
Objetivos específicos	46
Diseño metodológico	46
Tipo de estudio	46
Criterios de inclusión y exclusión	46
Procedimiento para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos	47
TABLA 1	48
TABLA 2	52
TABLA 3	55
TABLA 4	58
TABLA 5	59
TABLA 6	60
TABLA 7	62
TABLA 8	63
TABLA 9	63
TABLA 10	65
Resultados	66
Discusión	75
Conclusión	79
Referencias bibliográficas	81

## Resumen

**Introducción:** Los trastornos alimentarios son condiciones serias que afectan tanto la salud física como emocional de las personas afectadas, pudiendo llevar a poner la vida en peligro. Existen también nuevos trastornos de la conducta alimentaria que en primera instancia fueron difundidos en la web como consecuencia del alto número de afectados, lo que fue considerado como una señal de alerta.

Para abordar cada patología se requiere realizar un monitoreo y seguimiento constante, por lo tanto la preparación especializada del profesional en nutrición resulta fundamental para emplear estrategias terapéuticas efectivas de abordaje.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo consiste en el análisis de bibliografía relacionada a las características clínicas y nutricionales que se presentaron como consecuencia de los trastornos alimentarios como fluctuaciones de parámetros bioquímicos, deficiencias nutricionales y los criterios de administración de suplementos nutricionales según se requiera. También el análisis de las características psicológicas e influencias socioculturales y familiares en relación a los trastornos.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo. Para la búsqueda de los artículos científicos se llevo a cabo una selección aleatoria simple, a través de una revisión sistemática minuciosa de artículos de sociedades científicas, literatura y bases de datos bibliográficos relacionadas a los trastornos de la conducta alimentaria.

**Resultados:** Más del 50% de los autores resultaron afines en caso de hiperfosfatemia y en relación a la alcalosis metabólica el 43% estuvieron de acuerdo en la aparición de dicha complicación. En cuanto a las deficiencias nutricionales más del 50% de los autores coincidieron en la presencia de hipocalcemia, hipomagnesemia e hipopotasemia consecuentes de ayunos y prácticas purgativas. El 38% de los autores coincidieron en la deficiencia de vitamina D y más de la mitad de las investigaciones establecieron la suplementación. Sólo un 29% resultaron afines a la suplementación del calcio.

**Discusión/Conclusiones:** Los pacientes se encuentran seriamente afectados por los ayunos y las conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas y ejercicio físico excesivo lo que lleva a un descenso de peso y como consecuencia se presentan alteraciones en los valores de laboratorio. El mayor desafío es normalizar dichos valores para no correr con el riesgo del colapso físico y la muerte. Las prácticas autodestructivas purgativas se presentan en todos los trastornos, en mayor o menor medida. El pilar del tratamiento es la terapéutica nutricional y de acuerdo a la gravedad se recomienda priorizar una educación alimentaria y obtener los nutrientes del alimento como fuente natural. Aún así, se puede recurrir a la suplementación para alcanzar metas nutricionales. Al momento de las comidas se debe tener en cuenta tanto el valor nutritivo como el placer que aportan.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, trastornos alimentarios específicos, anorexia, bulimia.

## Resumo

**Introdução:** Os transtornos alimentares são condições graves que afetam a saúde física e emocional das pessoas afetadas e podem colocar a vida em risco. Também há novos transtornos de comportamento alimentar que foram publicados pela primeira vez na web em consequência do elevado número de pessoas afetadas, o que foi considerado um sinal de alerta.

O tratamento de cada patologia requer monitoramento e acompanhamento constantes, portanto, a formação especializada do nutricionista é fundamental para o emprego de estratégias eficazes de abordagem terapêutica.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho consiste na análise da bibliografia relacionada às características clínicas e nutricionais que se apresentaram como consequência dos transtornos alimentares, como flutuações nos parâmetros bioquímicos, deficiências nutricionais e os critérios para a administração de suplementos nutricionais necessários. Também a análise das características psicológicas e influências socioculturais e familiares em relação aos transtornos.

**Metodologia:** Estudo descritivo retrospectivo. Para a pesquisa dos artigos científicos se levou um cabo uma seleção aleatória simples, um percurso de uma revisão sistemática minuciosa de artigos de sociedades científicas, literatura e bases de dados bibliográficos relacionadas a los nuevos trastornos de la conducta alimentaria.

**Resultados:** Mais de 50% dos autores foram semelhantes no caso da hiperfosfatemia e em relação à alcalose metabólica 43% concordaram com o surgimento desta complicação. Em relação às deficiências nutricionais, mais de 50% dos autores concordaram com a presença de hipocalcemia, hipomagnesemia e hipocalemia decorrentes de jejum e práticas purgativas. 38% dos autores concordaram com a deficiência de vitamina D e mais da metade das investigações estabeleceram a suplementação. Apenas 29% foram relacionados à suplementação de cálcio.

**Discussão / Conclusões:** Os pacientes são gravemente afetados por comportamentos de jejum e compensatórios como vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas e exercícios físicos excessivos, o que leva à perda de peso e como consequência há alterações nos valores de laboratório. O maior desafio é normalizar esses valores para não correr o risco de colapso físico e morte. Práticas purgativas autodestrutivas estão presentes em todos os distúrbios, em maior ou menor grau. A base do tratamento é a terapia nutricional e de acordo com a gravidade recomenda-se priorizar a educação alimentar e obter os nutrientes dos alimentos como fonte natural. Ainda assim, a suplementação pode ser usada para atingir objetivos nutricionais. Na hora das refeições, tanto o valor nutritivo quanto o prazer que elas trazem devem ser levados em consideração.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, trastornos alimentarios específicos, anorexia, bulimia.

## Abstract

**Introduction:** Eating disorders are serious conditions that affect both physical and emotional health of the affected people, and can lead to putting life in danger. There are also new eating disorders that were first published on the web as a consequence of the high number of people affected, which was considered a warning sign. To address each pathology requires constant monitoring and follow-up, therefore the specialized training of the nutrition professional is essential to employ effective therapeutic approach strategies.

**Objetives:** The objective of this work consists in the analysis of the bibliography related to the clinical and nutritional characteristics that were presented as a consequence of eating disorders such as fluctuations in biochemical parameters, nutritional deficiencies and the criteria for the administration of nutritional supplements as required. Also the analysis of the psychological characteristics and sociocultural and family influences in relation to the disorders.

**Methodology:** Retrospective descriptive study. To search for scientific articles, a simple random selection was carried out, through a meticulous systematic review of articles from scientific societies, literature and bibliographic databases related to eating disorders.

**Results:** More than 50% of the authors were similar in the case of hyperphosphatemia and in relation to metabolic alkalosis, 43% agreed on the appearance of this complication. Regarding nutritional deficiencies, more than 50% of the authors agreed on the presence of hypocalcemia, hypomagnesemia and hypokalemia resulting from fasting and purgative practices. 38% of the authors agreed on vitamin D deficiency and more than half of the investigations established supplementation. Only 29% were related to calcium supplementation.

**Discussion/Conclusions:** The patients are seriously affected by fasting and compensatory behaviors such as self-induced vomiting, abuse of laxatives, diuretics, enemas and excessive physical exercise, which leads to a decrease in weight and as a consequence there are alterations in the values of laboratory. The biggest challenge is normalizing these values so as not to run the risk of physical collapse and death. Purgative self-destructive practices are present in all disorders, to a greater or lesser extent. The mainstay of treatment is nutritional therapy and according to severity it is recommended to prioritize food education and obtain nutrients from food as a natural source. Still, supplementation can be used to achieve nutritional goals. At the time of meals, both the nutritional value and the pleasure they bring should be taken into account.

**Keywords:** eating disorders, specific eating disorders, anorexia, bulimia.

## Introducción

Los trastornos alimenticios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

En la actualidad, el cuerpo y la delgadez han pasado a cobrar un gran valor. Los medios de comunicación como las redes sociales permitieron la aceleración en la difusión de los mensajes y un mayor exhibicionismo. Las personas en general, por sobre todo los adolescentes suelen identificarse con celebridades o con “influencers” (instagramers, youtubers, etc.) quienes exhiben sus vidas constantemente, aun cuando algo no es real o se aleja de la cotidianidad.

Dos de los trastornos más conocidos y estudiados son la anorexia nerviosa (an-, 'falta de', que indica negación y el término “orexe”-, 'apetito', 'deseo' lo cual significa inapetencia) y la bulimia nerviosa (procede del latín bulimia, que a su vez proviene del griego βουλιμία que se compone por bus 'buey', y limós “hambre” que significa hambre de buey).

Cabe destacar que estos trastornos no surgieron de un momento a otro, sino que datan de los tiempos bíblicos. La edad media fue una época en donde los valores religiosos estaban muy arraigados en las personas, se consideraba que los ayunos prolongados eran un símbolo de manifestaciones religiosas de castidad y pureza, así como por tener la bendición de Dios. El ayuno era el signo más visible del ascetismo (ejercicio y práctica de un estilo de vida austero y de renuncia a placeres con el fin de adquirir unos hábitos que conduzcan a la perfección moral y espiritual), el control del cuerpo y el encuentro con Dios.<sup>1</sup>

Uno de los posibles primeros casos de anorexia nerviosa, en el siglo XIV, es el caso de Santa Catalina de Siena (Siena, Italia, 25 de marzo de 1347- 29 de abril de 1380). Desde su adolescencia tuvo conductas de ayuno y provocación de vómito, que fueron agravándose de tal manera que a los 25 años comía muy poco. Además, practicaba lo que en la actualidad se denominaría un comportamiento con rasgos bulímicos (se insertaba trozo de madera en la garganta para producir vómitos). Estos extensos periodos de ayuno que realizaba la llevaron a estados de desnutrición grave.<sup>1</sup> Se sabe

que, tras su muerte y santificación por parte del Vaticano, más la difusión de su forma de vivir ocasionó que muchas mujeres jóvenes siguieran su ejemplo.<sup>2</sup>

Con respecto a la bulimia, apareció en la época de los romanos a través de las grandes fiestas que implicaban la ingesta compulsiva por jornadas enteras, donde era casi indispensable el vómito para poder continuar con esos banquetes. Y durante la edad media se reportaron casos de personalidades que se entregaban a dicha práctica.<sup>2</sup>

Es posible que el entorno cultural en que estos trastornos se desarrollaron, han matizado las interpretaciones de estas conductas patológicas a lo largo de la historia.

El ideal de belleza y la estigmatización a la obesidad pueden ser considerados factores que pueden influir para que ciertas personas modifiquen su patrón alimenticio. La trama de mensajes publicitarios y hábitos socioculturales presiona directamente en las mentes y los cuerpos de los sujetos. Dichos factores influyen en ciertas personas desencadenando dietas restrictivas, ayunos y consumo de productos para reducir o controlar su peso corporal.<sup>3</sup>

Estas conductas en casos extremos representan un peligro y puede que se conviertan en factores de riesgo para el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA) como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastornos no específicos.<sup>4</sup>

Los trastornos alimenticios son condiciones serias que potencialmente ponen la vida en peligro y afectan tanto la salud física como emocional de la persona afectada.<sup>4</sup>

Constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico. Este grupo de enfermedades engloba a varias entidades.<sup>5</sup> Los nuevos TCA se difundieron principalmente en la web, hoy en día se ha comenzado a alertar sobre estas nuevas formas de TCA debido al aumento de número de afectados, la difusión por internet y personajes públicos. La necesidad de su difusión es fundamental, ya que definir una patología requiere de investigaciones y de procesos de validación complejos que demandan mucho tiempo.<sup>4</sup>

Muestras de ellos son **alcohorexia, pregorexia, diabulimia, orthorexia, trastorno por atracón, vigorexia**. Son todas variantes de TCA que derivan de las clásicas anorexia y bulimia.<sup>4</sup>

Los factores comunes de todos ellos son la presencia de conductas compensatorias (purgas) y los socioculturales, ya que se debe tener en cuenta que la imagen corporal es una construcción psíquica, social y cultural.

Los trastornos alimentarios dificultan la capacidad de vivir una vida óptima, interfiriendo con los aspectos integrales de la salud, el trabajo, el rendimiento académico o laboral y las relaciones interpersonales de las personas afectadas.<sup>6</sup> Por lo cual es fundamental su abordaje y difusión en el ámbito de la salud.

## Marco teórico

Se propuso realizar un análisis que recorra la problemática de los trastornos alimentarios. Se abarcaron los trastornos alimentarios: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, como así también los trastornos alimentarios no especificados considerados nuevos, que aún se están investigando: Alcohorexia, pregorexia, diabulimia, orthorexia, trastorno por atracón, vigorexia, potomanía.

Dentro de la población, son las mujeres las que presentan mayor probabilidad de tener un trastorno alimenticio. Suele comenzar en la adolescencia y con frecuencia se lo asocia a la depresión, ansiedad y consumo de drogas o alcohol.<sup>1</sup>

En la adolescencia, el individuo puede comenzar con conductas simples de dieta, debido a las presiones sociales para estar delgados o por comentarios sobre su peso. La problemática toma vida propia cuando se produce la disminución de peso, sensación de control y comentarios de terceras personas sobre la pérdida ponderal (como algo positivo), lo cual condiciona el ambiente para el desarrollo de un trastorno alimentario.

Aberastury (psicoanalista argentina), describe tres grandes duelos:

- El cuerpo de la infancia.

El esquema corporal infantil se altera de forma rápida y en poco tiempo, todo cambia aceleradamente, los huesos, la aparición del vello corporal y las características sexuales secundarias (tanto para el sexo femenino como el masculino). El cuerpo deja de ser infantil y el psiquismo con gran dificultad se adapta día a día a cambios que lo superan en velocidad y exigencias.

- Los padres de la infancia.

Se pierde las imágenes infantiles idealizadas que formamos de ellos en la niñez y de las que se tienen que desprender al reconocer a los padres como personas reales, con virtudes y defectos.

- El rol de niño que se tuvo dentro de la familia.

Al perder este modelo identificador supone reforzar la identificación con su grupo de pares y asumir una nueva identidad. Por lo tanto, el rol del niño que era el lugar que ocupaba en la niñez dentro del grupo familiar, debe reestructurarse para terminar de armar una personalidad definitiva.

Los duelos hacen que con frecuencia los adolescentes sin saber muy bien porque se sientan confundidos, angustiados y ambivalentes.

En esta etapa de la vida, la imagen corporal y la autoestima tienden a entrelazarse, el descontento con el cuerpo quizás es el principal factor contribuyente para seguir comportamientos de dieta, conductas de alimentación desordenadas y trastornos de alimentación clínicos. Se debe alentar a todas las personas, ya sean adolescentes o adultos a apreciar los aspectos positivos del cuerpo y no el alcance de un “ideal delgado” que se proyecta en los medios masivos de comunicación.<sup>10</sup>

La participación en conductas anoréxicas y regímenes dietéticos poco saludables tal vez no sea lo bastante frecuente o intensa para cumplir con los criterios formales para definirla como un trastorno de la alimentación. Sin embargo, pueden llegar a afectar de manera negativa la salud, existiendo la probabilidad de desarrollar trastornos de alimentación más graves.<sup>10</sup>

Las patologías alimentarias en Argentina han demostrado niveles elevados de prevalencia, siendo uno de los más altos de América Latina. La Sociedad Argentina de Pediatría ha presentado datos de un 3,5% de prevalencia de trastorno por atracón, 1,1% de bulimia nerviosa y 0,1% de anorexia nerviosa.<sup>31</sup>

En Argentina contamos con ALUBA, la Asociación de lucha contra bulimia y anorexia, dicha asociación en el año 2018 presentó estadísticas con datos recogidos en diez colegios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en ellas se advierte el incremento de desórdenes de alimentación sin diagnosticar, correspondiente al estadio previo al diagnóstico de la enfermedad. Generalmente las mujeres son afectadas en un 90% de los casos, aun así, se ha incrementado los casos en hombres en el último tiempo y la edad en que comienzan también disminuyó (se han presentado casos de niños desde los 3 años de edad).

### Complicaciones fisiológicas por los trastornos alimentarios

Han surgido en los últimos años otras categorías de trastornos alimentarios. Los trastornos alimentarios no especificados son comunes tanto en la adolescencia como en la adultez y se experimentan a través de la edad, el peso, el estatus socioeconómico y migrante. Sin el tratamiento adecuado, adquieren un curso clínico de carácter crónico

e incapacitante. El cuadro clínico puede tornarse crítico y requerir de hospitalización, alimentación forzada por sonda y vigilancia permanente.<sup>2</sup>

Se asocian a numerosas complicaciones médicas que se relacionan con la intensidad del trastorno, la duración del mismo y el predominio del patrón alimentario restrictivo, compulsivo y/o purgativo.

Una de las consecuencias más dificultosa de revertir de estos trastornos es la desnutrición, la cual origina una atrofia de numerosos órganos vitales y sistemas que viene condicionada por el grado de pérdida de peso y la cronicidad de la enfermedad. Pueden presentar disminución de la capacidad funcional, dolor torácico, palpitaciones, hipotensión y un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca.

También se manifiestan trastornos hormonales, el hipogonadismo es el que tiene una mayor trascendencia clínica si se prolonga en el tiempo, con un efecto sobre la densidad mineral ósea. La repercusión sobre la masa ósea que se presenta en este período es la desnutrición calórica proteica con carencia de aporte de calcio, por lo que se suma la falta de estímulo estrogénico.<sup>5</sup>

A nivel metabólico pueden aparecer hipoglucemias y niveles elevados de colesterol en más del 50% de los pacientes. Es común el retraso en el vaciamiento gástrico, estreñimiento y la alteración del hepatograma (perfil de enzimas hepáticas GOT – GPT). La función renal en el paciente ya desnutrido presenta una disminución en el filtrado glomerular y alteraciones en la capacidad de concentrar orina.

Se incluye también el riesgo de neumotórax espontáneo y neumomediastino.

Es frecuente la anemia y la leucopenia. Las personas afectadas pueden presentar deterioro cognitivo y disfunciones neuropsicológicas que afectan fundamentalmente la atención, la memoria, el procesamiento visual y la capacidad verbal. El déficit de nutrientes puede generar neuropatías.<sup>3</sup>

La anorexia nerviosa es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica tras la obesidad y el asma en las adolescentes.<sup>3</sup>

## El rol del DSM

El DSM es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de psiquiatría y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales.

Dicho manual subclasifica a los pacientes en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

En el caso de la anorexia nerviosa el manual distingue entre la forma restrictiva y la forma compulsiva-purgativa del trastorno.

Tipo restrictivo cuando en el episodio de anorexia nerviosa durante los últimos tres meses la persona no practica con regularidad conductas de alimentación excesiva (atracones) o purgas (autoinducción del vómito o uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas). Describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debido sobretodo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico excesivo. Y tipo purgativa con atracones cuando durante los últimos tres meses la persona ha tenido con regularidad conducta de alimentación excesiva o purgas.

## Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa

- Rechazo a mantener el peso corporal a un nivel mínimo o superior para la edad y talla.
- Temor intenso a subir de peso o engordar, aunque haya bajo peso.
- Alteración en la manera en que se percibe el propio peso o forma corporal, influencia indebida del peso o forma corporal en la evaluación de sí mismo o negación y falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.<sup>12</sup>

Resulta de capital importancia la clasificación por las necesidades específicas de tratamiento que una y otra población pueden tener, dado el impacto en el estado físico que las conductas purgativas ocasionan en la persona, se evidencian cambios en el electrocardiograma, complicaciones a nivel gastrointestinal por la presencia de estreñimiento, lesiones gastroesofágicas, rotura gástrica y la existencia de numerosas alteraciones metabólicas, lo cual conlleva como consecuencia a la aparición de complicaciones clínicas específicas, debilidad, letargia, arritmias cardíacas que dificultan el tratamiento de los pacientes.<sup>7</sup>

El **DSM-5** define la anorexia nerviosa en base a tres criterios,

1. La restricción excesiva de la ingesta en relación a los requerimientos nutricionales, lo que determina un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo y estado de salud.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. La alteración de la imagen corporal, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.<sup>3</sup>

En cambio, la bulimia nerviosa contempla tres características fundamentales,

1. Los episodios recurrentes de atracones.
2. Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar un aumento de peso,
3. La autoevaluación influida indebidamente por el peso y la constitución corporal.<sup>3</sup>

Las personas con bulimia nerviosa presentan un mantenimiento del peso o fluctuaciones extremas debido a la alternancia de ayunos y comidas excesivas, presentan sobrepeso, bajo peso o peso promedio para la talla y la constitución física.<sup>10</sup>

Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa

- Episodios recurrentes de alimentación excesiva, el cual se caracteriza por:
  - a. Ingesta en un breve período (un lapso de 2 horas) de una cantidad de alimento que, de manera definitiva, es más grande de lo que la mayoría de las personas comerían durante un período similar y bajo las mismas circunstancias.
  - b. Sensación de falta de control sobre la alimentación durante el episodio (la sensación de que es imposible dejar de comer o controlar lo que se come y cuánto se come).
- Conducta compensatoria inadecuada recurrente para evitar aumento de peso, como vómito autoinducido, uso inadecuado de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo.

- La alimentación excesiva y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación se ve influenciada de manera indebida por la forma y el peso corporales.
- El trastorno no sucede sólo durante episodios de anorexia nerviosa.<sup>12</sup>

Es necesario también especificar la gravedad actual que conlleva la bulimia nerviosa, la gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados.

Leve: Cuando existe un promedio de 1 a 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: Cuando existe un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.

La gravedad puede ir en aumento para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Por lo tanto, es importante tener en cuenta dicha clasificación para el correcto abordaje del paciente.<sup>12</sup>

#### Objetivos del tratamiento en anorexia nerviosa

- Estabilización del estado clínico.
- Expectativa de incremento de peso.
- Cambios en la conducta alimentaria.
- Modificación de síntomas psiquiátricos.

Los pilares del tratamiento consisten en la terapéutica nutricional, psicoterapia (individual y/o grupal) y la terapia de apoyo familiar.

La evaluación del estado clínico permitirá decidir si se puede realizar un tratamiento ambulatorio, o el paciente requiere ser hospitalizado para el tratamiento. Por lo general se busca comenzar el tratamiento en el medio familiar del paciente, con un seguimiento

intenso y cercano. Solo se recomienda la internación cuando existe alguna complicación clínica de riesgo.

#### Terapéutica Nutricional

Resulta fundamental el seguimiento en forma minuciosa de cada uno de los pasos del proceso del cuidado nutricional.

La determinación del peso en el paciente es un parámetro ineficiente para valorarlo debido a la dificultad que en determinadas situaciones implica su medición, por lo tanto, se aconseja contemplar la valoración antropométrica con la medición de pliegues cutáneos para cuantificar el tejido graso y el perímetro braquial para determinar la masa muscular. Dichas mediciones deben ser contempladas con la evaluación de los signos vitales y la determinación completa de los parámetros bioquímicos.

#### Plan de alimentación

Se realizará en base a las necesidades nutricionales (individual de cada individuo) para lograr una realimentación lenta y una recuperación ponderal del peso. Se manejan volúmenes reducidos en cada comida, densidades calóricas entre 1,5 y 2 kcal/g. Se debe realizar una alimentación individual, personal y adecuada a cada paciente, buscando su confianza en lo indicado, de manera que lo pueda cumplir con la mayor tranquilidad posible.

Se debe tener en cuenta poner en marcha el plan de alimentación dentro del medio familiar. La internación sólo se indica cuando el paciente esté clínicamente en riesgo (hipotensión severa, deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico).

A veces se requiere un apoyo nutricional a través de medidas extraordinarias ya sea como complementación o suplementación de la alimentación oral (vía enteral o parenteral).

En el monitoreo nutricional se controla que el aumento ponderal sea gradual. Recordando al paciente y especialmente a la familia que un aumento de peso demasiado rápido no es aconsejable, porque puede ser indicador de edemas periféricos y porque el paciente es más proclive a las recaídas. Se debe controlar la ingesta de líquidos porque ciertos pacientes pueden presentar potomanía (trastorno de la conducta del beber), lo cual perturba el manejo de la densidad calórica de la dieta y ocasiona

plenitud gástrica y sensación de saciedad, por lo tanto, es importante establecer pautas en las cantidades de líquidos a tomar.<sup>11</sup>

La etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria es multifactorial, con factores genéticos, psicológicos, biológicos, sociales, familiares y culturales entre los más importantes.

La incidencia es superior en grupos de población que están influenciados intensamente como las personas que practican actividades relacionadas con el cuerpo y que requieren de una imagen delgada (excluyente).

Se ha denominado “**anorexia atlética**” para referirse al conjunto de comportamientos alimentarios subclínicos presentes en los deportistas con características comunes (baja autoestima, imagen corporal distorsionada, culpabilidad, ineficiencia, perfeccionismo y un sentido de pérdida de control con mecanismos compensatorios ejecutado por la utilización de métodos de control de peso como vómitos, ayuno, laxantes y diuréticos).<sup>4</sup>

### Imagen corporal

Es la forma que tiene la mente del propio cuerpo. No está necesariamente relacionada con el aspecto físico real, por lo cual es clave la actitud y valoración que una persona hace de su propio cuerpo. Las personas que al valorar sus dimensiones corporales expresan juicios que no coinciden con la apariencia real presentan una alteración de la imagen corporal. Está formada por diferentes componentes:

- Componente perceptual, es la percepción del cuerpo en su totalidad o de alguna de sus partes
- Componente cognitivo, son las valoraciones respecto al cuerpo o a una parte de esto
- Componente afectivo, son los sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de este.
- Componente conductual, acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción.

La mirada sobre el cuerpo y su valoración ha cambiado a lo largo de la historia. Estándares de belleza diferentes según culturas y momentos históricos desmienten

el mito del “deber ser delgado” promovido hoy desde la industria cultural. La presión ejercida no cesa y encuentra una gran amplificación en medios de difusión actuales como las redes sociales.<sup>14</sup>

Por lo tanto, la imagen corporal está influenciada por diferentes aspectos sociales, culturales, biológicos y ambientales.<sup>21</sup>

En un estudio presentado en el encuentro anual de la Asociación Americana de Salud Pública de Estados Unidos, se llegó a la conclusión que los adolescentes que pasan más de tres horas en redes sociales como Instagram presentan un riesgo más elevado de padecer adicciones, trastornos de alimentación, depresión, problemas de comportamiento y ausentismo escolar. En dichas redes sociales el cuerpo aparece mediatizado intervenido por técnicas de construcción e imágenes virtuales por lo que lo diferente queda excluido y no siempre esta exclusión es directa y reconocible.<sup>14</sup>

La preocupación por la imagen corporal va desde la niñez hasta la vejez, mostrando una mayor incidencia en las mujeres adolescentes y jóvenes, la cual mueve grandes sumas de dinero, artículos periodísticos y programas en medios audiovisuales, atrae la atención del público y ocasiona severas repercusiones sobre la salud. La presión que ejerce la sociedad (especialmente la familia) para alcanzar el “ideal de belleza” es particularmente fuerte en sociedades occidentales en el que existe un alto valor en la delgadez extrema y hay una obsesión colectiva por la imagen corporal. Un claro reflejo de esta presión social y la insatisfacción corporal es la gran cantidad de tratamientos dirigidos a modificar el cuerpo.<sup>21</sup>

Para invitar a la reflexión, al identificar las secuelas que dejan los desordenes alimentarios en el cuerpo, en la psiquis y en los vínculos, el propósito es buscar los caminos hacia las causas de los mismos, para advertirlas y prevenirlas.

### Abordaje de los TCA

Para el abordaje de los TCA resulta indispensable una perspectiva interdisciplinaria y altamente especializada, donde deben participar psiquiatras, psicólogos, médico clínico, médicos nutricionistas, licenciados en nutrición, enfermeros y terapeutas ocupacionales. Cada profesional contribuye incuestionablemente desde su especialidad.

El manejo de los pacientes obliga a los profesionales de la salud que trabajan en áreas no psiquiátricas a poseer conocimientos básicos no menos específicos y a mostrar una sensibilidad especial hacia las manifestaciones psicopatológicas. La capacitación y la colaboración se hacen cada vez más necesarias, con la visión de crear un ámbito de conocimiento auténticamente multidisciplinario y efectivo.<sup>7</sup>

La persona debe estar bajo la supervisión y tratamiento del médico nutricionista el cual es el encargado de valorar su estado nutricional y las posibles complicaciones somáticas asociadas. El licenciado en nutrición es la persona más indicada para llevar a cabo la educación alimentaria nutricional del paciente, la cual es de suma importancia para una adecuada recuperación. Se busca también la participación de la familia, no solo en el proceso de re nutrición, sino que se convierta en parte activa del mismo, hasta que sea posible devolver el control de la alimentación a la persona afectada, y con ello reducir tasas y tiempos de hospitalización. La educación alimentaria consiste en guiar a los seres queridos en cómo lograr que el paciente coma.<sup>3</sup>

#### Influencia de la familia

Algunos autores sostienen que la familia excesivamente protectora era un antecedente común en los desórdenes de la alimentación. Los padres suelen sugerir a sus hijos lo que deben pensar y sentir, de modo que nunca llegan a tener un control propio para vivir sus propias vidas.<sup>11</sup>

Por lo cual dichos desordenes están asociados con problemas de cuidado y control en la familia. Si bien la anorexia es multifactorial, el rechazo por la comida es literal y simbólicamente un rechazo del cuidado y control de otras personas, la prevalencia de la misma puede relacionarse con la socialización en la infancia y a lo largo de la vida, a través de mensajes en los medios masivos relacionados con las normas corporales y las prácticas alimentarias, dichos mensajes están sujetos a ideologías sobre la comida y el cuerpo.<sup>25</sup>

La mesa familiar es un lugar donde fluyen los mensajes que intercambian entre los miembros con naturalidad acerca de muchos temas, pero fundamentalmente sobre la comida, lo cual es común y es un claro reflejo de la dinámica familiar. Conversaciones

donde los comentarios abundan y suelen ser en presencia de los hijos quienes son adolescentes, ejemplo de tales son “Comí mucho, pero mañana salgo a correr”.

Lo que se comunica tiene un impacto importante en los demás, por lo tanto se debe evitar hacer comentarios sobre la insatisfacción corporal y evitar comentarios descalificativos con los demás, sobre todo en presencia de niños y jóvenes. La familia debe aprender a cuidar el modo en cómo se expresa la preocupación por la alimentación y la figura.<sup>14</sup>

A menudo el tratamiento de los desordenes alimentarios involucra tratamientos clínicos para re-socializar a quienes los padecen (en diferentes sensibilidades) sobre los alimentos y el cuerpo en formas que son menos autodestructivas, a través de una variedad de modalidades. Sin embargo, se debe tener en cuenta que aquellas personas que padezcan un TCA pueden encontrar los intentos exasperantes e infantiles, por lo cual rechazan en gran medida con frecuencia la intervención.<sup>25</sup>

Se debe educar a las personas acerca de hábitos alimentarios correctos, número y horario de comidas y los errores conceptuales y mitos populares sobre los alimentos.

La anamnesis debe enfocarse a indagar acerca del comportamiento del individuo ante el acto de comer, la posibilidad de restricción alimentaria, la duración temporal, cantidad y calidad de alimentos ingeridos, así como en la existencia de cuadros de atracones, conductas purgativas y otros mecanismos compensatorios, siendo también sugerido el comparar la información que brinda el paciente con la que puedan brindar los familiares o personas cercanas al mismo.<sup>3</sup>

La anamnesis permite calcular el valor calórico total ingerido, carencias, selección de alimentos, frecuencia de las ingestas, horarios, atracones.

En el registro alimentario se puede comprobar el desorden que se presenta en el área del comer, son frecuentes las restricciones calóricas, selecciones muy restringidas de alimentos, ausencia de horarios, largos períodos de ayuno, descontroles alimentarios, mecanismos de compensación.<sup>5</sup>

Las personas con trastornos alimentarios pueden perder la noción de un patrón alimentario normal, al autoimponerse dietas cada vez más reducidas en cantidad, calidad y frecuencia. Presentan una incapacidad para distinguir porciones normales de

alimentos, lo cual representa una dificultad para el cálculo del valor calórico ingerido y requiere de tiempo y paciencia en la realización de la anamnesis alimentaria.

Los pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa en el registro alimentario muestran que durante los episodios de restricción alimentaria son seguidos de atracones alimentarios, los cuales son ingestas de entre 1500 y 7000 calorías según los registros y que pueden reunir ciertas características las cuales el paciente brinda como la mezcla de los sabores, alimentos crudos o semicongelados, no saborean, lo hacen a escondidas y la ingesta finaliza debido al malestar abdominal, interrupción o por recuperación del control.<sup>5</sup>

Herramientas como el “cuestionario de frecuencia alimentaria” y el “recordatorio de 24 hs” resultan útiles para indagar acerca del consumo y prácticas alimentarias del paciente.

El cuestionario de frecuencia alimentaria es un método útil si se quiere investigar la relación en la dieta y trastorno, permite la investigación de datos cualitativos o semicuantitativos dependiendo de la estructuración del formulario que se utiliza. El cuestionario a utilizar debe ser estructurado de manera tal que permita el llenado por autoregistro o con la ayuda de un entrevistador. El registro de 24 horas consiste en solicitar que se anote lo que vaya comiendo en el momento de la ingesta durante 24 horas, puede ser llevado a cabo por el mismo paciente, por un familiar cercano que conviva con él o por un entrevistador quien deberá compartir las 24 horas con la persona que realiza el estudio.<sup>5</sup>

#### Valoración del estado nutricional

La valoración del estado nutricional (VEN) es un recurso de gran utilidad en la evaluación inicial y en el seguimiento de los/as pacientes con trastornos alimentarios.

Se incluye: Historia Nutricional – Antropometría – Bioimpedancia – Parámetros bioquímicos – Evaluación funcional.

Debido a la exactitud de los datos que se obtienen con las mediciones de peso, perímetros, diámetros, pliegues, datos de laboratorio, esto permite tener un seguimiento nutricional de la persona con parámetros de comparación más exactos que un examen semiológico únicamente. En cuanto a brindar la información de estos datos obtenidos,

no existe la necesidad de brindársela al paciente, preferiblemente los datos deben ser manejados por el equipo tratante. Brindar los datos a los pacientes puede traer riesgos (puede reafirmar las ideas y obsesiones propias del trastorno).

Para los TCA, la “balanza” es lo que determina las decisiones nutricionales de la persona al igual que las posibilidades de salir y exponerse a la mirada de los demás. Los pacientes con anorexia se suelen pesar varias veces al día.

Cuando se inicia el tratamiento nutricional es fundamental solicitarles que no se pesen, ya que ese parámetro lo controlará su médico tratante, y si genera ansiedad se puede hacer el control pesando al paciente de espaldas. Es importante también conocer el peso previo al comienzo de la enfermedad, el peso máximo alcanzado (puede haber antecedentes de obesidad), el peso mínimo alcanzado, el peso buscado y las fluctuaciones del mismo (muy frecuente en la bulimia nerviosa).

En la anorexia nerviosa la pérdida de peso es visiblemente notoria, físicamente se ve una marcada pérdida de peso a expensas del tejido celular subcutáneo y la masa muscular, marcadas prominencias óseas, cubiertas con ropa holgada y abundante. La mayoría de los pacientes concurren a la consulta con un avanzado estado de emaciación que compromete no sólo su vida sino también su capacidad de comprensión.<sup>5</sup>

En ciertos casos, es necesario controlar minuciosamente determinados factores a los que suelen recurrir los pacientes para disimular su bajo peso como por ejemplo el uso de pesas en los bolsillos, ingestas de líquidos y/o sólidos previas al pesado, contención urinaria prolongada.<sup>11</sup>

En cuanto a la talla, es fundamental su control evolutivo en pacientes que aún no han completado su crecimiento. En la anorexia nerviosa el factor nutricional expresado por la falta de aporte calórico proteico en un período de crecimiento rápido puede afectar la talla de jóvenes no alcanzando lo que deberían tener por su programación genética.<sup>5</sup>

Lo más recomendado es la aplicación de las distintas disciplinas nombradas para abarcar todos los aspectos de esta problemática, es esencial la intervención encaminada a la prevención de todas formas. Desde la niñez es necesario empezar a educar en conductas saludables desde la familia.<sup>1</sup>

### Cuadro clásico de anorexia nerviosa

El aspecto físico de la persona es precario, extremidades, clavículas, huesos de la columna vertebral, cuello, cadera y manos son prominentes. La piel es pálida, llegando a veces a estar azulada, el cuerpo trata de conservar el calor, se encuentra reseca, fría. Uñas y cabellos secos, frágiles y quebradizos. Presentan lanugo en zonas que generalmente no son pilosas, como mejillas y espalda. Los/as pacientes usan numerosa cantidad de ropa, talles grandes, abultadas y superpuestas, por un lado, para disimular la delgadez, y por otro, para mantener el calor corporal. Pasa a un plano secundario el trabajo, la vida profesional y la educación. Cada vez le resulta más difícil relacionarse con sus semejantes. Mientras más baja de peso, menos consciente está de lo que sucede a su alrededor.

Cuando la apariencia es cada vez más esquelética se encuentra entrando en la demacración y el peligro, la persona se debilita físicamente y cada vez es más propenso a los accidentes, cada vez presenta más probabilidades de sufrir un colapso físico.

Si el paciente no come puede morir en cualquier momento, el grado de demacración ya no se disimula con la vestimenta, presenta una desconexión con el mundo real, ya no le interesa nada a excepción de su dieta. En este momento se constituye una urgencia médica.<sup>11</sup>

Es de vital importancia tener conocimiento acerca de ciertos comportamientos característicos a la hora de comer que presentan los pacientes, comen en familia, pero diferentes comidas al resto preparadas por ellos mismos o siendo vigiladas en la preparación para que no se incorporen alimentos que ellos mismos se prohíben, cortan los alimentos en trozos muy pequeños y pasan más tiempo desplazándolos de un lado a otro del plato en el que están comiendo. Muchas veces prolongan el tiempo de las comidas permaneciendo horas (dos o más) frente al plato con la consiguiente reacción de algún familiar, por lo cual esto llevó a no comer más acompañados.<sup>5</sup>

Comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos mentales  
Los estudios existentes sobre comorbilidad entre los TCA y los trastornos de la personalidad presentan tasas del 20-80%, esta condición dificulta el diagnóstico y

ensombrece el pronóstico, especialmente respecto al “trastorno límite de la personalidad”, también conocido como Borderline.

Se ha referido mayor psicopatología específica y severidad del TCA en aquellos pacientes que presentan comorbilidad con trastorno de la personalidad, asociándose a una mayor frecuencia de conductas purgativas, intentos de suicidio y síntomas ansioso-depresivos.

La prevalencia que se encuentra en los estudios entre los TCA y los TP (trastornos de personalidad) brindan resultados muy variables, desde un 0% hasta un 58%.

Se ha observado con frecuencia que los pacientes con trastorno de la personalidad tienen una mayor prevalencia de TCA.

Los subtipos de TP más frecuentes en comorbilidad con los TCA son:

- ✓ Trastorno evitativo de la personalidad (evasión de situaciones sociales e interactuar).
- ✓ Trastorno límite de la personalidad (TLP).<sup>23</sup>

El trastorno límite de personalidad es una enfermedad mental grave que se caracteriza por oscilar entre los estados de ánimo, comportamiento y relaciones inestables. En el año 1980 se enumeró por primera vez en el DSM como una enfermedad diagnosticable. Por lo general la mayoría de los pacientes con TLP sufren de problemas para regular emociones y pensamientos, comportamientos impulsivos e imprudentes, relaciones inestables con otras personas. Las personas con TLP también tienen tasas altas de depresión, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria, así también como automutilación, comportamientos suicidas o suicidios. Se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.<sup>12</sup> Los pacientes pueden experimentar períodos estables, sin embargo, cuando llegan a una consulta se debe a que han experimentado momentos de crisis, cuando la sintomatología es variable, razón por la cual el diagnóstico resulta más dificultoso si se lo compara con otros trastornos.<sup>28</sup>

Trastornos de la personalidad han sido generalmente asociados a diversos factores como el diagnóstico, mayor impulsividad y auto-agresiones, mayor abuso de sustancias

tóxicas, intentos de suicidio, mayor frecuencia de conductas de purga, trastornos afectivos, abuso sexual, mayor comorbilidad y severidad en el trastorno.

Los TP han sido identificados como predictores de un pronóstico más negativo y asociado a una mayor frecuencia de abandono del tratamiento por el TCA.

En las personas que coexisten ambos trastornos (TCA Y TP) suele ser manifestada una mayor psicopatología y severidad del trastorno, presentando los pacientes una menor motivación por el cambio, un peor pronóstico y una limitada respuesta al tratamiento que se esté llevando a cabo.

Se debe tener en cuenta que la relación entre los TCA y los TP es compleja, pudiendo ser contemplada la alteración de la personalidad como una complicación propia de los trastornos alimentarios o como un factor de predisposición o como una entidad independiente del TCA.

#### Características de la personalidad en los pacientes con TCA

Bulimia nerviosa: Peor autoestima, menor asertividad y mayor grado de hostilidad.

Bulimia nerviosa y trastorno límite de la personalidad: Estado de ánimo depresivo, menos intereses personales, baja tolerancia a la frustración y en general un peor funcionamiento global, ansiedad, irritabilidad, impulsividad, socialización, agresividad verbal, suspicacia, conductas evitativas, psicastenia (neurastenia que se caracteriza por fobias, obsesiones, angustia, abulia que es la falta de voluntad, sentimiento de extrañeza ante el mundo o uno mismo e inhibición intelectual y social) y sentimientos de culpa excesivos.<sup>24</sup>

Anorexia nerviosa: En comparación con aquellos pacientes con bulimia nerviosa, presentan en mayor proporción rasgos de personalidad restrictivos, alta persistencia y baja búsqueda de novedad.<sup>23</sup>

#### Intervenciones basadas en Mindfulness para el tratamiento de trastornos alimentarios

La práctica de mindfulness se constituye en antiguas prácticas del budismo actualizadas y adaptadas al contexto occidental. Dicha práctica se puede entender como un estado, que implica la consciencia que emerge al prestar atención de forma

deliberada en el momento presente y sin juicio. Las actitudes son consideradas un elemento característico como estado, se destacan la curiosidad, la apertura y la aceptación hacia un objeto de observación. La práctica habitual desarrolla con frecuencia en las personas una serie de capacidades de gran ayuda. La conciencia momento a momento y las actitudes características del Mindfulness, como la aceptación, la apertura se trabaja a través de distintos ejercicios adaptados de la tradición budista, como lo es la meditación de escaneo corporal, la meditación sentado, comiendo o caminando y la comunicación consciente.<sup>16</sup>

Lo que busca es mejorar la regulación emocional y la conciencia de los estados internos (hambre, saciedad), estar intencionalmente consciente de los pensamientos y las acciones en el momento presente.

Las intervenciones tienen como objetivo trabajar los estados de la mente, a partir del contacto directo con los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales. Lo cual implica que el paciente se entrene para prestar atención a la experiencia en cada momento, sentir y reconocer los contenidos de la mente, además de facilitar la capacidad de soportar y aceptar el dolor. Externalización, lo cual consiste en poner una distancia entre la persona y el problema, y lograr pesquisar como se presenta el mismo (pensamiento intrusivo, voz).

Terapias basadas en la práctica de mindfulness reducen síntomas depresivos y la ansiedad, al disminuir los sentimientos de vacío y angustia, y tiene una importante ventaja porque es accesible a grandes grupos de pacientes.

Los trastornos alimentarios manifiestan una desconexión entre los estados internos y la experiencia sensorial, y las intervenciones de atención plena buscan hacer consciente pensamientos y acciones en el momento presente, por lo tanto constituye una herramienta terapéutica útil, como en el caso del trastorno por atracón el cual opera como una estrategia para intentar suprimir un estado de ánimo, en el que los niveles de ansiedad se disparan, funcionando como un mecanismo de regulación emocional. Dicha intervención permite generar en el paciente una mayor capacidad para abstenerse ante respuestas automáticas de atracón, a la vez de facilitar el vínculo entre el cuerpo y la mente.

En la actualidad Mindfulness está siendo cada vez más común para abordar problemas relacionados a la alimentación, como la anorexia nerviosa.<sup>17</sup>

### Internet y contenido peligroso

El hábito de búsqueda en internet está muy extendido entre los adolescentes, siendo el área de la salud uno de los motivos de búsquedas. La exposición a contenidos peligrosos en un periodo vulnerable como es la adolescencia puede contribuir al inicio de un TCA. Se estima que existe más de un millón de sitios en internet que se dedican a fomentar estilos de vida sustentados en la anorexia y la bulimia, y a apoyar prácticas poco saludables. A pesar del mayor control que se presentan de estos sitios web, hoy en día la existencia de redes sociales bajo la premisa del exhibicionismo que presentan, las personas, tantos jóvenes y adultos se ven influenciados y presionados al ver vida y “alimentación saludable” de los considerados “Influencers” (personas que exponen sus vidas personales en redes sociales como Instagram o Youtube).

### Los nuevos TCA

Los trastornos alimenticios son condiciones serias que potencialmente ponen la vida en peligro y afectan tanto la salud física como emocional de la persona afectada.<sup>2</sup>

Constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico, que traen como consecuencia una gran repercusión nutricional. Este grupo de enfermedades engloba a varias entidades. Los nuevos trastornos alimentarios (TA) se difundieron principalmente en la web, sin embargo, definir una patología requiere procedimientos de validación complejos que llevan más tiempo.

Muestras de ellos son alcoholorexia, pregorexia, diabulimia, orthorexia, trastornos por atracón, vigorexia, potomanía. Son todas variantes de TA que derivan de las clásicas anorexia y bulimia. En su mayoría generalmente comparten todas unas intensas preocupaciones por el peso.

El fenómeno de estos trastornos alimentarios crece diariamente. Argentina presenta tasas que superan a las de Estados Unidos. Los medios de comunicación han alertado sobre estas nuevas formas de TA.

Sin embargo, también se ha presentado un nuevo concepto denominado “trastorno de la conducta de beber” aunque se reconoce la falta de evidencia científica para determinar si pueden considerarse o no un trastorno, puede deberse a la falta de conocimiento de la conducta del beber que muchas veces se incluye en lo que se define a la conducta de comer, cuando ambas tienen mecanismos biológicos diferentes. El consumo de agua varía en función del sexo, la edad, la temperatura, actividad y otros factores. Aun así, el consumo de agua no necesariamente debe obedecer a una urgencia interna y la sed no es únicamente un estado provocado por la falta de equilibrio interno.

### Potomanía

La potomanía también definida como polidipsia psicogénica (recibe este nombre ante la ausencia de un trastorno orgánico, farmacológico o tóxico primario)<sup>29</sup> o adicción al agua, es el deseo de consumir grandes cantidades de líquidos como el agua (polidipsia) o bebidas alcohólicas. Es un trastorno que presenta un cuadro sintomático similar a otros trastornos alimentarios. Generalmente se hace referencia a los trastornos de la conducta del beber en los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Es cualquier manifestación clínica donde se presenta una excesiva ingesta desproporcionada de líquido.<sup>29</sup>

La polidipsia psicogénica se clasifica de dos formas. La potomanía, por un lado, que se caracteriza por un deseo frecuente y sostenido de beber grandes cantidades de líquido lo cual se asocia a una sensación placentera. Y la dipsomanía que es una necesidad brusca, inmotivada e imperiosa de beber grandes cantidades de líquido y que sobreviene en una crisis.<sup>30</sup> Se manifiesta como una tendencia irresistible al abuso de bebidas (alcohólicas o no) que sin carácter de hábito se produce en forma transitoria.<sup>29</sup> Estas dos formas descritas se dan con frecuencia asociadas a una patología orgánica de base (como la diabetes). Por lo tanto, el diagnóstico diferencial puede hacerse a

través de la anamnesis, sin embargo, en casos complejos puede ser necesaria la hospitalización para realizar un estudio clínico controlado.<sup>30</sup>

No obstante, la “potomanía” no es considerada como un trastorno alimentario. Se refiere a una forma impulsiva de ingesta, en relación con factores externos de tipo estresante y que generan conductas desadaptativas (compulsivas).<sup>29</sup>

Para llegar al diagnóstico se deben descartar otras causas como patologías que afectan el área hipotalámica, los traumatismos craneales, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, uso de AINE (antiinflamatorios no esteroides), diuréticos, fármacos y anticolinérgicos que provocan sequedad bucal.<sup>30</sup>

Puede desencadenar graves problemas de salud, el consumo en exceso de agua ocasiona que se diluyan más rápido el potasio, el sodio y el magnesio, lo que provoca calambres, fatiga y lentitud para la ejecución de tareas simples. Si la ingesta se incrementa aún más existe la posibilidad de una pérdida severa de potasio con la consecuencia de dificultades cardíacas. Los riñones pueden verse afectados, puede presentarse hiponatremia y convulsiones. Los pacientes con afección renal y potomanía han provocado dificultades en el abordaje terapéutico. Las transgresiones dietéticas pueden provocar complicaciones de intensa gravedad como una insuficiencia cardíaca congestiva (muchas veces son formas de parasuicidio) debido a que exigen un aumento en el tiempo y la frecuencia de la diálisis y conllevan diálisis más urgentes al producirse cambios bruscos en el equilibrio hidroelectrolítico.<sup>30</sup>

Son causas de potomanía los trastornos psicóticos, trastornos de personalidad con predominio de rasgos neuróticos e hipocondríacos, trastornos de la conducta alimentaria, disfunciones en el control de los mecanismos de la sed y de la regulación del equilibrio hidroelectrolítico y las lesiones cerebrales.<sup>29</sup>

La ingestión excesiva de agua podría ser percibida como un sustituto de comida para controlar la ansiedad. Aunque la persona bebe sin sed, busca obtener una sensación placentera y conseguir cierto estado de bienestar.<sup>6</sup>

Las personas con trastornos alimentarios tanto anorexia como bulimia entre otros beben abundante cantidad de líquido, agua, mate, café y diversas infusiones que consumen en cualquier momento del día, muchas veces endulzadas con edulcorante.<sup>5</sup>

La potomanía suele ir enlazada a estructuras histéricas y está descrita en cuadros delirantes. Varios pacientes con anorexia nerviosa presentan ingestas líquidas muy elevadas como un mecanismo para provocar saciedad, o para engañar respecto al aumento ponderal en las consultas clínicas.

No se encuentra incluida en el DSM V. Aún así por sus características se la ha relacionado con “trastornos del control de los impulsos”, los cuales presentan como característica esencial la dificultad para resistir un impulso, motivación o tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para terceros. La persona percibe una sensación de tensión interior en el momento de llevar a cabo el acto, después de realizarlo puede haber o no arrepentimiento, autorreproches o culpa.<sup>30</sup>

### Alcohorexia

La alcohorexia se define como la combinación de un trastorno alimentario con el abuso de alcohol. Se refiere a las personas que dejan de comer para beber alcohol y de esta manera no ganar peso, compensando la ingesta calórica generada por el alcohol no comiendo o comiendo y vomitando, además suman prácticas de abuso de laxantes, diuréticos, anfetaminas y en casos extremos cocaína (debido a que suprime el apetito). Este término fue utilizado por primera vez en el periódico norteamericano “The New York Times” para nombrar la conducta de jóvenes que restringen el consumo de alimentos con alto aporte calórico para ingerir bebidas alcohólicas en exceso. Quienes manifiestan dichas conductas generalmente tienen conocimientos acerca del contenido energético de las bebidas alcohólicas y tratan de equilibrar la ingesta de alimentos para evitar la ganancia de peso, sin embargo, el mantenimiento de este equilibrio lleva a dejar de comer para poder consumir bebidas alcohólicas.<sup>14</sup>

El patrón que se repite en la alcohorexia es el de contar calorías de los alimentos y bebidas que ingieren, dejar de comer por horas o días enteros previo a la ingestión de las bebidas alcohólicas y después incrementar la actividad física para quemar las calorías que podrían haberse excedido durante el consumo.

Se ha sugerido una comorbilidad entre TCA y abuso de drogas incluido el alcohol. Más del 30% de los pacientes con TA puede exhibir un problema de abuso de sustancias

concurrente, particularmente los pacientes portadores de bulimia nerviosa. La existencia de ambos desórdenes posee implicancias clínicas y terapéuticas. Se ha detectado que las pacientes con bulimia nerviosa presentan mayores probabilidades de fumar ocasionalmente y uso de alcohol en comparación con las pacientes con anorexia nerviosa, mientras que las que presentan anorexia purgativa demostraron mayor uso de cafeína y alcohol en comparación a las restrictivas.<sup>13</sup>

El riesgo de vida para el abuso y/o dependencia de alcohol oscila entre el 0% al 6% para pacientes con anorexia nerviosa “pura”, valores que se incrementan entre un 10% y 28% cuando se demuestra la presencia de rasgos bulímicos.<sup>13</sup>

Por lo general beben regularmente por su efecto sedante más que por un beber social. Recurren al alcohol como un medio para manejar la depresión y la tensión crónica y como un método para retardar o prevenir atracones.

El diagnóstico precoz, intervenciones breves y la referencia al especialista adecuado son aspectos críticos en el tratamiento de alcoholismo en las mujeres jóvenes.

Preguntas orientativas para determinar si hay una predisposición a la alcohorexia<sup>14</sup>:

- ¿Me restrinjo en mi plan alimentario, pero cuando se trata de beber no me limito?
- ¿Suelo beber en grandes cantidades? ¿Lo realizó en una forma veloz para que me haga más efecto?
- ¿Intento restringirme de comer durante el día si sé que voy a tomar alcohol?
- ¿Pienso vomitar para no engordar luego de beber?

Se sugiere que la comorbilidad en los trastornos psiquiátricos puede compartir una vulnerabilidad común, en la cual uno puede aumentar el riesgo por el otro. El trastorno alimentario puede ser una manifestación temprana del otro o pueden ser síndromes clínicos discretos y separados.

Entre las consecuencias hay mayor predisposición al abuso sexual debido a la falta de conciencia de la asociación ayuno-alcohol, traumatismos graves por caídas, e incluso un coma alcohólico. Las personas pueden intercurrir con “atacón de alcohol”, el cual se caracteriza por beber en forma rápida y compulsiva grandes cantidades de alcohol.<sup>2</sup>

## Trastorno por atracón

La alcoholorexia se diferencia del trastorno por atracón en que consiste en episodios de consumo de grandes cantidades de comidas seguido de sentimiento de culpa, malestar e incluso intentos de dieta.<sup>4</sup>

Los criterios para el diagnóstico de este trastorno son la presencia de atracones al menos una vez a la semana por un período de tres meses sin la existencia de ninguna conducta compensatoria, el atracón consiste en una ingesta elevada en un período de tiempo breve acompañada de la sensación de una pérdida de control por parte de la persona. Deben presentarse al menos tres de cinco criterios como la ingesta más rápida de la normal, comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho, ingesta sin sensación de hambre, comer en soledad por sentir vergüenza sumado a un sentimiento negativo sobre sí mismos posterior a la ingesta, asociado a un intenso malestar. Si bien el trastorno por atracón puede darse en personas con peso normal, hay estudios que sugieren que aproximadamente un 27% de las mujeres que buscan tratamiento para perder peso presentan el trastorno. Se han observado conductas anómalas e insanas respecto a la comida como picar a lo largo del día, darse atracones de comida, comer durante la noche, entre otros.

Un episodio de atracón se caracteriza por:

1. Ingestión en un periodo determinado (ej. 2 horas) de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes:

- a. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- b. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- c. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- d. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- e. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.<sup>12</sup>

La compulsión de comer persiste, aunque no se siente hambre, la desmesura en la cantidad de comidas y la voracidad con que se come motiva hacerlo en secreto, los atracones se asocian a momentos de hambre, restricción a la ingesta excesiva, ansiedad, estrés, depresión o aburrimiento. La persona siente una intensa sensación de ineficacia, soledad y vacío. A diferencia de la bulimia nerviosa donde hay ingestas grandes de alimentos en un tiempo breve, el trastorno por atracón se diferencia de ella por la ausencia de purgas (no hay conducta compensatoria como el vómito autoinducido). Se encuentra frecuentemente asociado a otras patologías psiquiátricas como los trastornos de ansiedad y afectivos (depresión, distimia y trastorno del espectro bipolar).

Los factores que predisponen a comer en cantidades elevadas se relacionan con la manera en que circulan los mensajes de hambre o saciedad a nivel cerebral, implica una falla del mecanismo regulador del circuito del placer a nivel del sistema nervioso central. Muchos comportamientos se adquieren en la infancia, por lo tanto, es fundamental destacar que es negativo utilizar la comida como un recurso de contención cuando sobreviene la frustración o el miedo. La historia familiar es fundamental, los pacientes también presentan rasgos de timidez y dificultades en la relación con sus pares (personalidad evitativa), también rasgos perfeccionistas y de competitividad. Frecuentemente presentan “alexitimia”, es la dificultad para poder expresar sus emociones (también en obesos se presenta).

#### Síndrome del comedor nocturno

También existe otra modalidad caracterizada por episodios recurrentes de ingesta durante la noche, la cual se ha dado a llamar “síndrome del comedor nocturno”, la cual se manifiesta durante la madrugada en una interrupción del sueño nocturno o bien luego de la última comida del día (cena) y se asocia a una significativa carga de estrés y a un funcionamiento desordenado de la vida.

Los pacientes no quieren tener sobrepeso y realizan intentos de dietas fallidos reiteradas veces, y a largo plazo desencadenan los atracones de comida. Las dietas también actúan como perpetuantes del trastorno y tienen tres formas, las dietas en las que se intenta no comer, las dietas en las que se restringe la cantidad de comida

ingerida (para un normal funcionamiento del organismo) y dietas en las que se busca evitar ciertos tipos de comida (alimentos prohibidos), solo se permiten las comidas de “dieta”. El efecto de la prohibición o restricción de alimentos es el de la obsesión con los mismos.

El trastorno por atracón puede asociarse con abuso de bebidas alcohólicas en forma de atracones de alcohol y transformarse en alcoholorexia. Los perjuicios que llega a ocasionar sobre el organismo son de un riesgo alto. Se compromete el sistema metabólico y cardíaco, y comparte características propias de la obesidad como hipertensión arterial, colesterol alto, enfermedades cardíacas por los altos niveles de triglicéridos, diabetes mellitus tipo II y enfermedades biliares.

No fue hace mucho tiempo que se lo ha reconocido como un trastorno alimentario por lo cual es probable que hasta ahora haya sido subdiagnosticado y que los pacientes no busquen ayuda y en el caso de que lo hagan sea solo por un aumento de peso, lo que los conduce a tratamientos cuya única finalidad es el control del peso.

Es fundamental la cooperación en la capacitación para adquirir hábitos alimentarios saludables, la ayuda es fundamental para brindar planes de alimentación acordes con el estilo de vida de cada persona, evitando las dietas con restricciones e incorporando gradualmente alimentos que hoy son descartados por tener connotaciones erróneas. Es necesario que los profesionales de la salud estén atentos a la detección e intervención oportuna de este tipo de conductas.

### Pregorexia

Por otro lado, existen casos de la presencia de un TA durante el embarazo, lo cual recibe el nombre de pregorexia. Conociendo que en la etapa de embarazo se manifiestan cambios físicos, psicológicos y hormonales, las conductas en que pueden incurrir las madres van desde la restricción de calorías y nutrientes a la realización de ejercicio extremo y según la modalidad del trastorno se puede combinar con atracones y purgas. La mayoría de las mujeres que padecen estas dificultades sus síntomas mejoran durante la gestación, debido que la madre asume su rol y antepone las necesidades del bebé a las propias, aun así, existe un grupo de pacientes con

condiciones más severas de la enfermedad (mujeres con anorexia nerviosa) que ven aumentada su obsesión por su imagen corporal. Para las que logran llevar el embarazo a término de forma exitosa todavía les guarda un período crítico que es el posparto, donde pueden desencadenar nuevamente las obsesiones <sup>2</sup> aunque existe evidencia de que la presencia de un TA durante la gestación puede generar múltiples consecuencias, tanto fetales como materna.<sup>5</sup>

La mayoría de la evidencia advierte sobre consecuencias negativas prenatales y postnatales para la madre y el feto. Los TCA afectan en 90 a 95% de los casos a mujeres, cuyas edades oscilan entre los 12 y 25 años, comprendiendo las etapas de mayor capacidad reproductiva con efectos sobre la sexualidad y el embarazo. Por lo general se describe que las mujeres portadoras de bulimia nerviosa y formas subclínicas de anorexia nerviosa tienen la chance de concebir un embarazo y llevarlo hasta el término, aunque no existen guías clínicas establecidas, normas de pesquisa ni manejo de TA durante el embarazo, a pesar de los riesgos de conocimiento público.

La mayoría de la evidencia indica que la presencia de un trastorno alimentario durante la gestación puede generar múltiples consecuencias, tanto fetales como anomalías faciales congénitas, bajo peso al nacer, altas tasas de aborto espontáneo, menor circunferencia craneana, microcefalia, cesárea, defecto del tubo neural y mayor mortalidad. Se incluyen problemas en la duración de la lactancia, crecimiento y ganancia de peso del recién nacido debido al inadecuado aporte de nutrientes esenciales para el adecuado crecimiento fetal y al eventual uso de laxantes, diuréticos o supresores del apetito con efectos teratogénicos. Este trastorno estaría explicado en parte por la presión social de cuidado hacia el feto junto a la aprobación de la ganancia ponderal en el embarazo.

### Diabulimia

También puede presentarse la conjunción entre dos patologías, por un lado, la diabetes tipo I (insulinodependiente) y por el otro un TA, la diabulimia. Aunque este término incluye la bulimia en su contenido no significa que solo pueda asociarse la diabetes a un cuadro de bulimia nerviosa, se refiere a la agrupación de la diabetes y cualquier tipo de trastorno alimentario. La diabetes precede al TA. La diabetes mellitus es una

enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de hiperglucemia secundaria a una alteración en la secreción de insulina y/o deficiencia en su mecanismo de acción. Es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, el contexto y las condiciones no son favorables como el crecimiento poblacional, el envejecimiento, la urbanización (industrialización, alimentos procesados, estilo de vida) y el sedentarismo. Muchas personas no tienen conciencia de tener la enfermedad y cuando se llega al diagnóstico en general es tardío, lo cual es de suma preocupación porque la diabetes es una enfermedad con complicaciones que no son simples. Para su tratamiento existen las medidas farmacológicas, agentes antidiabéticos orales o antiglucemiantes, drogas anti obesidad y la insulina que es el tratamiento absoluto para la diabetes tipo 1. En la diabulimia, así como saltean comidas los pacientes que presentan estas dos patologías, reducen sus dosis de insulina con el objetivo de bajar de peso intencionalmente.<sup>2</sup> El aumento de peso asociado al tratamiento con la insulina y algunos aspectos específicos de la gestión de la diabetes, puede predisponer a un TA. Las consecuencias físicas de sus purgas son graves, necesitando frecuentemente hospitalización parcial o total.<sup>6</sup>

### Orthorexia

Es importante manifestar que hoy en día el acceso más la disponibilidad rápida, excesiva y poco confiable de información a través de cuentas en redes sociales de “alimentación saludable” creadas por personas no profesionales de la salud, se considera un punto de interés a tener en cuenta como factor de riesgo en el desarrollo de TA<sup>7</sup> como la orthorexia nerviosa, la cual se caracteriza por un comportamiento obsesivamente sano, en el cual los individuos tienen preferencia por alimentos considerados saludables, dedican muchas horas al día para la planificación de la dieta, excluyendo colorantes, conservantes, plaguicidas, ingredientes genéticamente modificados, grasas, sal y azúcar, ya que se consideran alimentos perjudiciales para la salud.<sup>8</sup>

Es la obsesión por consumir alimentos considerados saludables únicamente. Fue descrita por primera vez en el año 1997 por Steve Bratman. No se basa solo en la composición nutricional y microbiológica del alimento, sino también considera el material alimentario básico, los métodos de preparación (utensilios) y los métodos de

conservación. La presencia de este trastorno no se detecta con frecuencia debido a que se encuentra camuflado porque la búsqueda de alimentos saludables es aceptada socialmente y es muy alentada inclusive por los profesionales de la salud. A pesar de poseer notorias características aún no se reconoce como una enfermedad en el DSM-V. El hecho de adquirir conocimientos sobre la composición química de los alimentos y la presión por mantener una dieta saludable son unos de los tantos factores que pueden afectar los comportamientos alimentarios y es la apertura de la posibilidad del desarrollo de un comportamiento obsesivo en relación con la alimentación saludable.

Inicialmente la persona quiere mejorar su salud, tratar una enfermedad, malestar o descender de peso. Sin embargo, finalmente la dieta pasa a ser el centro de su vida. A diferencia de la anorexia y la bulimia donde las personas se preocupan por la cantidad de comida o por el aspecto físico, en la ortorexia están preocupados por la calidad de los alimentos que van a consumir. En general comienzan con elegir alimentos sanos, como resultado de información que recibieron. Y con el paso del tiempo la importancia de comer sano aumenta hasta que se convierte en obsesión.

Es un cuadro obsesivo-compulsivo caracterizado por una extrema preferencia y selección de alimentos considerados saludables, esta conducta conduce con frecuencia a una dieta restrictiva e inclusive puede llevar a la persona al aislamiento social. Las personas con dicha tendencia ortorexica a menudo (no siempre) tienen antecedentes o rasgos comunes con los pacientes que padecen anorexia. Los problemas de salud que se asocian a la ortorexia son la conducta obsesiva que hace que las personas se aislen y empiecen a perder contacto con su entorno social, tomando distancia de seres queridos. Suelen manifestar altos niveles de dopamina y bajos niveles de serotonina provocando un exceso de euforia combinado con un alto nivel de ansiedad.<sup>26</sup>

Quienes la padecen son personas por lo general meticulosas, ordenadas, con una exagerada necesidad de autocuidado y protección. Controlan lo que van a comer, se imponen prohibiciones y programan detalladamente las comidas, esto se convierte en la prioridad en sus vidas para poder sentirse seguros, tranquilos y dueños de cada situación.<sup>26</sup>

Hoy existen realidades observables que condicionan la vida del ser humano a nivel orgánico, psicológico, social y cultural. La existencia de dispositivos de comunicación (Smartphone), la distribución masiva de imágenes y de anuncios instala la preocupación y aumentan el interés por la imagen corporal.<sup>27</sup> Los cambios en la sociedad acerca de los alimentos son considerados como causas subyacentes de la ortorexia nerviosa.<sup>26</sup>

Subsume un interés descomunal por factores estéticos como el perfeccionismo facial y corporal, la definición muscular y el antienvjecimiento (sin fin de salubridad). A esto se suma la multiplicación de imágenes de temática alimentaria y su mercantilización junto con un aumento desproporcionado de sitios virtuales que avalan la premisa de un “todo es posible”.

El perfil de una persona ortorexica incluye condiciones internas como los valores propios de cada persona, religión e ideología. Por lo general estas personas son de un nivel socioeconómico medio-alto, tienen profesiones y un nivel educativo superior y/o vinculado a la salud, incluyendo la elección de una carrera universitaria en función del comportamiento alimentario. Defienden ideales sociales como el ecologismo, ambientalismo y salud. Manifiestan una sensación ilusoria de seguridad ante la creencia de prevenir enfermedades, control absoluto sobre uno mismo, perfeccionismo hacia sí mismo y orientado a los demás, búsqueda de espiritualidad e identidad, pérdida de redes sociales e insatisfacción afectiva que beneficia la preocupación obsesiva por la comida. En principio lo hacen por tratar de mejorar la salud, pero luego la dieta se convierte en el centro de la vida. Dicho trastorno comprende simultáneamente varios procesos que concluyen en un mismo lugar que es la “cultura de lo saludable”.<sup>27</sup>

El trastorno obsesivo compulsivo es una condición clínica heterogénea que causa una gran disfuncionalidad. Obsesión se define como la existencia de diversos fenómenos representados por determinados pensamientos, imágenes, sentimientos o impulsos que se manifiestan en el foco de la conciencia en despecho de la voluntad, generando malestar y angustia. Aún así, los pacientes con TOC reconocen estos fenómenos como irracionales, falsos o infundados, sin embargo, son incapaces de tomar distancia de ellos y de negarles poder, de esta forma se ocupan de la obsesión de modo

interminable desarrollando actos compulsivos, simples o completos (rituales), causando en la persona una gran disfuncionalidad.<sup>18</sup>

Compulsión son conductas repetitivas o actos mentales que reducen la ansiedad causada por una obsesión, evocan un sentimiento estresante, egodistónico (pensamientos, valores, sentimientos y conductas que están en conflicto con los ideales de la propia imagen o el ego de una persona). Cuando no se desarrollan dichos rituales interfieren con la vida y carecen de sentido.<sup>19</sup>

Una proporción significativa de pacientes portadores de trastornos de la conducta alimentaria presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad, entre los cuales el trastorno obsesivo compulsivo es uno de los diagnósticos más observado. Ambos trastornos comparten importantes aspectos neuro-psicológicos dentro del espectro obsesivo-compulsivo que pueden deberse parcialmente a una desregulación del sistema serotoninérgico y también a que existiría una transmisión genética compartida.

Se ha delimitado que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo compulsivo poseen un mayor grado de obsesiones y compulsiones en torno a la conducta alimentaria, la silueta y el peso. Son manifestaciones reiteradas, intrusivas, ocupan una importante parte del tiempo de la persona, la cual vive con ansiedad.

Acarrean comportamientos estereotipados de pulcritud, orden y manipulación de alimentos (ortorexia) y de la balanza y vestimenta, los cuales se asocian a ansiedad o miedo.<sup>20</sup>

En la configuración de una dieta la persona invierte una importante parte de su tiempo.

Primero se dedica a pensar con preocupación y detenidamente qué va a comer ese día o los siguientes. En segundo lugar, le sigue la compra meticulosa y cuidadosa de cada uno de los ingredientes. Por último, la preparación culinaria de los ingredientes comprados en la que también están presentes técnicas y procedimientos que no impliquen un “peligro” para la salud. Y en cuarto lugar la satisfacción, confort o culpabilidad en función del cumplimiento adecuado de los tres apartados precedentes.

En el caso de no cumplir con dicha configuración de dieta y procedimientos, se presenta el sentimiento de culpa y preocupación por la transgresión o por el no cumplimiento del procedimiento detenidamente planificado.

Al intensificarse dicha situación, ocasiona el aislamiento social de las personas, debido a que no asiste a eventos o a comidas ante la certeza de que no van a poder incorporar los alimentos y bebidas saludables que para ellos son inevitablemente necesarios.

Las mujeres, personas que se dedican a deportes como el culturismo, atletismo, entre otros, y adolescentes son los grupos más vulnerables.

En la adolescencia son notorias ciertas conductas, las típicas como la exploración de dietas, la incursión en el vegetarianismo, pero también existen conductas no típicas las cuales pueden constituir signos de alarma.

Conductas no típicas:

- No comer, no sentarse en la mesa familiar.
- Encerrarse a la hora de comer.
- Cambios repentinos en el estado de ánimo, irritabilidad.

Criterios diagnósticos (aún no del todo contrastados): Test diagnóstico para la ortorexia (Bratman):

- ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?
- ¿Planea sus comidas con varios días de antelación?
- ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?
- ¿Ha disminuido la calidad de su vida a medida que aumentaba la calidad de su dieta?
- ¿Se ha vuelto usted más estricto consigo mismo en los últimos tiempos?

- ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?
- ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos “buenos”?
- ¿Supone un problema su dieta a la hora de comer fuera distanciándolo de su familia y sus amigos?
- ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?
- ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana y previsible?

Si la respuesta es afirmativa a todas las preguntas significa que se presenta una obsesión importante por la alimentación sana y se debe matizar esta conducta con ayuda de un profesional cualificado.<sup>15</sup>

### Vigorexia

Se encuentran trastornos donde el hábito alimentario no es precisamente el síntoma principal, sino la insatisfacción con la propia imagen, la idea de que el cuerpo no es lo suficientemente adecuado.<sup>9</sup> La vigorexia, también denominada “dismorfia muscular” o anorexia reversa constituye un trastorno mental por la insatisfacción de la imagen corporal, debido a la subestimación de la forma y el tamaño del cuerpo, como consecuencia de la distorsión de la imagen corporal.<sup>10</sup>

Fue descrita por primera vez en el año 1993, se caracteriza por la manifestación de la no satisfacción del volumen y definición de la musculatura, las personas afectadas se autodefinen como débiles y pequeños. Al contrario de la anorexia, la persona se ve pequeña a pesar de tener una gran musculatura corporal. Presentan ciertas conductas las cuales se encuentran más que nada focalizadas al aumento de la musculatura, como realizar ejercicio físico excesivo acompañado de una dieta sumamente restrictiva. Ha cobrado relevancia en los últimos años sumado al interés por temas relacionados a la imagen masculina y sus cuidados. Son propensos a recurrir al uso abusivo de anabolizantes, realizar dietas hiperproteicas y uso indiscriminado de suplementos

dietéticos. Los anabolizantes son utilizados para aumentar la masa muscular y tienen la propiedad de acelerar el crecimiento y la maduración de los huesos, provocan reacciones químicas en el organismo que favorecen la síntesis de proteínas y la constitución de los tejidos. El uso de estas sustancias es sin una orientación específica por profesionales especializados, algunos aún no tienen establecidas las dosis recomendadas para humanos. Inclusive han existido casos de daño de la función renal y proteinuria debido al uso de varios suplementos, como la creatina. La creatina está involucrada en la generación de la energía que necesitan los músculos para su buen funcionamiento y recuperación (la carne vacuna y el pescado son fuentes de creatina). Quienes buscan aumentar la masa muscular la usan para extender el tiempo de rendimiento físico, y especialmente para favorecer la energía disponible en cada levantamiento de pesas, a pesar de esta información difundida, cabe destacar que se ignora un dato fundamental y contradictorio, es que la hidratación celular provocada por el uso de creatina genera retención de líquidos y aumento de peso, pero no de masa muscular. Entre sus riesgos se encuentra que puede generar deshidratación, por lo cual no se aconseja consumirla con abundante agua. Hay un gran número de personas jóvenes que como consecuencia deben someterse a tratamientos específicos como la diálisis. Se suma también la disfunción hepática aguda, lesiones agudas colestásicas y desórdenes cardiovasculares (presión sanguínea alta, ritmo cardíaco alto e infarto agudo de miocardio). Generalmente gran parte de los sujetos llevan a cabo sus propias dietas sin conocimientos nutricionales y sin asesoramiento profesional. Realizan consultas por internet, amigos o compañeros de gimnasio o a los entrenadores o profesores de educación física. Aún así y pese a todas las complicaciones que conlleva para la salud, la dismorfia muscular no es un trastorno reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), por lo tanto, ha suscitado diversas investigaciones. Es subcategoría de los trastornos dismórficos corporales (TDC) según el DSM IV y también a su vez una subcategoría de TOC. La dismorfia muscular comparte con la anorexia nerviosa la distorsión de la imagen corporal, pero en sentido inverso. Dado que el rasgo distintivo predominante en los vigoréxicos es la distorsión de la imagen corporal, se los categoriza dentro del TDC.

Entre otras consecuencias, se manifiesta malestar o deterioro clínicamente severo en la vida cotidiana. Invierten largas horas de levantamiento de pesas y colocan una excesiva atención a la dieta, abandonando frecuentemente importantes actividades sociales, ocupacionales o recreacionales, todo esto debido a la necesidad compulsiva de respetar la rutina, horario de entrenamiento y dieta. El individuo continúa ininterrumpidamente estas prácticas a pesar de tener un pleno conocimiento de las consecuencias tanto físicas como psicológicas.

Los factores que contribuyen a su aparición son socioambientales, influenciado por los medios de comunicación combinado con la práctica deportiva, psicológicos por la insatisfacción de la imagen corporal, baja autoestima y fisiológicos por el uso de anabólicos y otras sustancias perjudiciales.

La preocupación excesiva por adaptarse a una dieta baja en grasas y alta en proteínas, las preocupaciones con el peso corporal y la distorsión de la imagen, trae también la asociación con la categoría de trastornos alimentarios, incluyéndose como una subcategoría, aunque no oficialmente aceptada.

Su identificación y tratamiento requiere de un abordaje interdisciplinario. Simultáneo al abordaje psicológico, es recomendable la elaboración de un plan alimentario, introducir cambios en la dieta y en los hábitos. Incluir los nutrientes que habían dejado afuera de su dieta y equilibrar la ingesta elevada de proteínas, la cual sostenida a largo plazo acarrea daño renal severo. También es necesario conducir a prácticas de ejercicio a niveles saludables y acordes a lo que el cuerpo puede tolerar.

### Marco legal

Es importante tener en cuenta el marco legal para el abordaje de los trastornos alimentarios, Ley 26.396 – Ley de trastornos alimentarios en la cual se declara de interés nacional la prevención y control de los TA, comprende la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas y las medidas tendientes a evitar su propagación. Dicha ley comprende a los trastornos alimentarios anorexia nerviosa, bulimia y obesidad y demás enfermedades que la

reglamentación determina, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia.<sup>8</sup>

El Programa Nacional de prevención y control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de salud tiene por objeto disminuir la morbimortalidad asociada con estas enfermedades, promover especialmente entre los niños y adolescentes conductas nutricionales saludables, incorporación de la educación alimentaria nutricional en el sistema educativo en todos sus niveles, como así también de medidas que fomenten la actividad física y eviten el sedentarismo, y la promoción de un ambiente escolar saludable, realización de talleres y reuniones para dar a conocer cuestiones relativas a la prevención de los trastornos alimentarios, y los peligros de los estilos de vida no saludables.

De acuerdo al artículo 15 de la ley, quedan incorporadas en el Programa médico obligatorio (PMO) la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación. El PMO es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. La obra social debe brindar las prestaciones del PMO y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

El artículo 16 establece que la cobertura que brindan todas las obras sociales incluirán los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los tratamientos nutricionales, psicológicos, clínico, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.<sup>8</sup>

El reconocimiento temprano de los signos de TA y la búsqueda de ayuda profesional afectan de manera importante el momento y la intensidad del tratamiento, mejorando las probabilidades de una recuperación exitosa.

Al exponer la información recolectada y analizada, el propósito de la investigación está implícitamente relacionado a brindar características fundamentales para identificar y abordar las problemáticas desarrolladas, para advertir y hacer prevención apropiada y precozmente. Explicar los rasgos comunes que comparten casi todos los trastornos de

la conducta alimentaria es importante porque de esa forma se hacen más notorios y visibles los indicadores de riesgo sobre los que podemos intervenir para la prevención.

En relación a la terapéutica de los trastornos alimentarios, no basta con la idea de alimentar el cuerpo y la recuperación de peso de la persona afectada. Es imprescindible también utilizar una herramienta fundamental: la palabra.

## Justificación

El trabajo de investigación proporcionará información acerca de los trastornos alimentarios, los cuales no son fáciles de diagnosticar, debido a que algunos se camuflan detrás de la idea de “comer sano”. En la actualidad el exceso y el acceso a información proveniente de fuentes de dudosa procedencia conducen al individuo a la creencia de hábitos considerados peligrosos para su salud, lo cual influyen también las tácticas de los anuncios publicitarios para la promoción de productos con promesas de prevenir enfermedades y/o mejorar la calidad de vida.

Los resultados del trabajo beneficiarán a los estudiantes de nutrición, tanto mujeres como hombres jóvenes y mayores, a quien llevo a cabo la investigación, y a todo aquel que tenga acceso al mismo, con la intención de brindar conocimientos acerca del nivel de preocupación y los efectos en la salud de las prácticas de los mencionados TA.

La finalidad es concientizar acerca de los trastornos y simultáneamente difundir información, ya que a diferencia de la anorexia y la bulimia, algunos aún se están investigando. También identificar factores predisponentes y de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, las posibles causas, tanto alimentarias, sociales, culturales, ideológicas y los efectos negativos que pueden desarrollarse debido a la falta de información adecuada y confiable.

Al identificar y dar a conocer las características de estas problemáticas que aún no son reconocidas del todo por los profesionales de la salud (carecen de difusión) se logrará incentivar y al mismo tiempo concientizar a las personas acerca de las problemáticas.

## **Objetivo general**

Analizar las distintas características y consecuencias nutricionales, psicológicas, socioculturales, ideológicas y familiares de los trastornos alimentarios

## **Objetivos específicos:**

- Delimitar los patrones comunes que se presentan en la clínica nutricional acerca de los trastornos alimentarios de la actualidad.
- Determinar la etapa de la vida y el género predominante en que hay una mayor frecuencia de aparición de trastornos alimentarios.
- Evaluar la importancia de la influencia social, familiar y cultural como agentes causales en el desarrollo de los trastornos alimentarios.
- Analizar las fluctuaciones de los parámetros bioquímicos que se presentan en los trastornos de la conducta alimentaria.
- Delimitar las deficiencias nutricionales que se presentan en los trastornos de la conducta alimentaria.
- Establecer los criterios para determinar la administración de suplementos nutricionales en caso de déficit de vitaminas y minerales.

## **Diseño metodológico**

Tipo de estudio

El presente trabajo se realizó bajo la forma de Revisión Bibliográfica.

Es un estudio descriptivo, retrospectivo dado que se indaga en los hechos que han ocurrido con anterioridad.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- ✓ Artículos científicos que correspondan a literatura específica.
- ✓ Artículos científicos y libros cuyo contenido se relacione específicamente al abordaje y características de los trastornos de la conducta alimentaria.

Exclusión:

- ✓ Artículos científicos cuya fecha de publicación sea mayor o igual a 5 años.
- ✓ No fueron seleccionados trabajos no relacionados con los aspectos nutricionales y psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos:

Las fuentes de información provinieron de documentos primarios, secundarios y terciarios.

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos de sociedades científicas, artículos científicos, literatura, bases de datos bibliográficas sobre los trastornos alimentarios y su relación con la clínica nutricional.

En cuanto la localización de los distintos artículos científicos se realizó una selección aleatoria preliminar.

**Amarillo:** Semejanzas entre autores  
**Celeste:** Divergencias entre autores

TABLA 1

Estudios que tuvieron como objetivo delimitar los patrones comunes que se presentan en la clínica nutricional acerca de los trastornos alimentarios de la actualidad.

Autor	Gómez Sánchez R. y cols.	Poulisis J.	Girolami D.
Año	2010	2011	2014
País	España	Argentina	Argentina
Principales hallazgos	<p>-Preocupación por el peso y la imagen corporal.</p> <p>-Seguimiento de dietas de adelgazamiento.</p> <p>-Comportamientos alimentarios desajustados.</p> <p>-Con frecuencia se asocian a: depresión, trastornos de ansiedad, drogas.</p> <p>-Pueden ocasionar complicaciones cardíacas, renales e inclusive la muerte.</p> <p>-Variables cognitivas en relación a la percepción de la imagen corporal (mayor vulnerabilidad).</p> <p>-Se postula a la</p>	<p>-Restricción alimentaria intensa.</p> <p>-Insatisfacción con el propio cuerpo y miedo persistente a engordar.</p> <p>-Pronunciada pérdida de peso que puede desencadenar un cuadro de desnutrición y consecuencias físicas como la falta de menstruación.</p> <p>-La presencia de conductas compensatorias pueden variar en cada trastorno alimentario.</p> <p>-Personas experimentan una intensa sensación de ineficacia, soledad y vacío. La sensación intensa de frustración al no lograr los “objetivos” intensifica la sensación de ineficacia y</p>	<p>-Atrofia de los órganos y sistemas, condicionado por el grado de pérdida de peso y cronicidad de la enfermedad.</p> <p>-Trastornos hormonales, pérdida de la capacidad funcional.</p> <p>-Pérdida de un patrón alimentario con falta de horarios y ayunos prolongados, con descontrol alimentario y acciones compensatorias.</p> <p>-Incapacidad de distinguir porciones normales, dificultando calcular el volumen calórico para la correcta anamnesis.</p> <p>-Piel seca, agrietada,</p>

	<p>ansiedad como un factor de inicio (aparece antes del TCA).</p> <p>-Desencadenantes: Eventos estresantes con un gran impacto y un estado emocional negativo, por ejemplo aburrimiento, <b>ansiedad</b>, depresión, ira y soledad.</p>	<p>baja autoestima.</p> <p>-<b>Compromiso del sistema cardíaco y metabólico</b>, ciertos trastornos comparten características propias de la obesidad.</p> <p>-Ingestas compulsivas: Consecuencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hipertensión, obesidad, colesterol elevado, diabetes tipo 2, enfermedades biliares.</li> </ul> <p>-Se utiliza la comida como un recurso para equilibrar las emociones.</p> <p>-<b>Alexitimia</b>.</p> <p>-<b>Utilización de laxantes, diuréticos y pastillas para adelgazar</b>.</p> <p>-Sensación de <b>culpabilidad</b>.</p> <p>-En la población se encuentran <b>altos niveles de ansiedad</b>.</p> <p>-Alta incidencia de <b>trastornos obsesivos compulsivos</b>.</p> <p>-Compulsión por sentir absoluto control.</p> <p>Evasión frente a situaciones que provocan confusión, miedo y angustia.</p>	<p>hipercarotinemia.</p> <p>-<b>Lanugo</b> en brazos, antebrazos y espalda, en relación directa con el grado de desnutrición.</p> <p>-<b>Cabello escaso, acné, uñas débiles y quebradizas</b>.</p> <p>-<b>Hipotermia</b>.</p> <p>-<b>Pérdida generalizada de tejido adiposo que se evidencia en todo el cuerpo</b>.</p> <p>-<b>Ojos agrandados por la falta de grasa periorbital</b>.</p> <p>-Pliegues cutáneos menor o igual a percentil 5.</p> <p>-<b>Función cardiovascular disminuida</b>.</p> <p>-<b>Caries</b>, erosión del esmalte dentario si la anorexia es compulsiva, también queilitis, gingivitis, glositis y lengua subdural.</p> <p>-<b>Esofagitis</b>. Desgarro no perforante de la mucosa gastroesofágica con hemorragia (por vómitos).</p> <p>-<b>Estreñimiento</b> con sensación de plenitud que lleva a las conductas</p>
--	---	---	---

		<p>-Sensación de superioridad.</p> <p>-Trastornos a nivel emocional y psicológico: Cambios de humor.</p> <p>-Insomnio. Adicción.</p> <p>Depresión mayor.</p>	<p>purgativas.</p> <p>-En mujeres: Disfunción gonadal con amenorrea, la recuperación del peso permite generalmente recuperar la menstruación.</p> <p>-Osteopenia, muchas veces irreversible.</p> <p>-Hipoglucemia menor a 45mg% indica internación.</p> <p>-Varones: Hipogonadismo, oligospermia, niveles bajos de testosterona sérica y pérdida de la libido.</p> <p>-Reducción del volumen de sustancia gris, directamente relacionada con el bajo peso y puede persistir luego de la recuperación.</p> <p>-Déficit en el pensamiento conceptual y el razonamiento abstracto. Fallas en la memoria y dificultad en la concentración.</p> <p>Trastornos hidroelectrolíticos por el uso de diuréticos, laxantes y vómitos</p>
--	--	--	---

			<p>autoprovocados.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Anemia.</li><li>-Desnutrición, se asemeja semiológicamente al marasmo, negada por los pacientes.</li><li>-Hiperactividad, irritabilidad e insomnio.</li></ul>
--	--	--	---

TABLA 2

Estudios que tuvieron como objetivo detectar la etapa de la vida y el género predominante en que hay una mayor frecuencia de aparición de trastornos alimentarios.

Autor	Gómez Sánchez R. y cols.	Poulisis J.	Girolami D.
Año	2010	2011	2014
País	España	Argentina	Argentina
Principales hallazgos	<p>-Las mujeres presentan más posibilidades de tener trastornos alimentarios. 90-95% de los sujetos afectados por algún TCA son mujeres y adolescentes.</p> <p>-Suelen comenzar en la adolescencia donde se incrementa la insatisfacción corporal.</p> <p>-Sexo femenino: TCA y trastornos depresivos</p> <p>-Sexo masculino: TCA y conductas violentas.</p> <p>-Las preocupaciones con la forma y el aspecto corporal se dan desde el inicio de la adolescencia y los comportamientos alimentarios desajustados se producen más tarde.</p> <p>Los jóvenes tienden a no considerar riesgoso para la</p>	<p>-En los últimos tiempos los TCA se han extendido a nuevos rangos de edad.</p> <p>-En niñas de 8 años como en mujeres de más de 40 años.</p> <p>Se ha señalado que los niños/as con edad promedio de 10 años ya tienen noción del supuesto “cuerpo ideal”. 1 de cada 9 personas presentan problemas de anorexia y 3 de cada 7 de bulimia.</p> <p>-Adultos: Los cambios físicos y emocionales de mujeres adultas son disparadores de la obsesión por estar delgadas, lamentan la pérdida de la “silueta de toda la vida”. Pueden</p>	<p>-Mayoritariamente afecta a las mujeres. La AN afecta casi exclusivamente en mujeres, entre la pubertad y fines de la adolescencia.</p> <p>1 de cada 10 afectados por AN, son hombres.</p> <p>-En las primeras descripciones afectaba a las adolescentes de 14 a 15 años, que pertenecían a clases sociales acomodadas.</p> <p>-Hoy: se presenta en niñas menores de 10 años y de todas las clases sociales.</p> <p>-La bulimia nerviosa epidemiológicamente se ve por lo general en mujeres de entre 14 y 30 años, siendo de aparición más frecuente después</p>

	<p>salud una alimentación inadecuada, esto se prolonga hasta edades avanzadas en que los hábitos adquiridos pasan a ser rutina.</p>	<p>haber padecido TCA en la adolescencia y recaer en esta etapa de la vida o experimentarla por primera vez.</p> <p>-Cada vez se reconocen más TCA en mujeres maduras incluso de la tercera edad para estar a tono con la época o por imitación comienza peligrosamente a adoptar dietas restrictivas.</p> <p>-El trastorno por atracón es el TCA que se presenta con mayor frecuencia, con una relación 2 a 1 en mujeres respecto de los hombres.</p> <p>-En las sociedades occidentales el ideal femenino es ser delgado. En los hombres se los alienta a ser grandotes y musculosos (vigorexia).</p> <p>-En el caso de la diabulimia el 40% de los afectados que omite las dosis de insulina coincide con el rango de edad con mayor</p>	<p>de los 18 años.</p> <p>-En la mayoría de los casos, las adolescentes sueñan con alcanzar un perfil idealizado pretendiendo adaptar su figura a él.</p>
--	---	---	---

		prevalencia de TCA (15 a 35 años).	
--	--	------------------------------------	--

TABLA 3

Estudios que tuvieron como objetivo determinar la importancia de la influencia social, familiar y cultural como agentes causales en el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Autor	Gómez Sánchez R. y cols.	Poulisis J.	Girolami D.
Año	2010	2011	2014
País	España	Argentina	Argentina
Principales hallazgos	<p>-Familia: Hábitos alimentarios nacen en la familia y se refuerzan en el medio escolar.</p> <p>-Influencia de las presiones de marketing y la publicidad ejercida por las empresas agroalimentarias.</p> <p>-La distribución y el consumo de alimentos: Forma muy expresiva para valorar el funcionamiento de la organización familiar, laboral y escolar, así como las propias relaciones sociales que se generan en relación con los alimentos.</p>	<p>- Familia: Padres ausentes en la vida de los hijos/as.</p> <p>-Los padres son parte de una generación influenciada por mensajes de ideales estéticos por lo cual ven con preocupación la tendencia a engordar de sus hijas/os y los inducen a una edad temprana a adoptar una dieta cuando no presentan siquiera sobrepeso.</p> <p>- “Revolución multimedia” el acceso a internet implica en la familia más dificultades para reunirse y a la hora de la comida se encuentra con una mesa muda. La hiperconexión a través de internet da lugar a situaciones dificultosas y</p>	<p>-Cambio de paradigma sociocultural familiar de la mujer occidental: Se desata la creciente epidemia de TCA.</p> <p>-Los pacientes no comen como resultado de una compleja red de factores personales y ambientales, tanto familiares como sociales: Crianza y rol de la figura materna</p> <p>La baja prevalencia en Asia, África y en la población negra norteamericana debe interpretarse en función de la presión de factores socioculturales sobre la mujer blanca occidental.</p> <p>Situaciones emocionales: Factores predisponentes como el primer noviazgo, un cambio de escuela, el</p>

		<p>vínculos efímeros y débiles.</p> <p>-Medios de comunicación: Nivel de arraigo de los mensajes negativos y la presión incesante del medio.</p> <p>-Los cambios físicos propicios de un cuerpo en desarrollo que se experimentan en la pubertad producen un leve aumento de peso, estas transformaciones naturales son vividas con desagrado por la <b>influencia de la publicidad y la falsa premisa de la felicidad ligada a un cuerpo delgado.</b></p> <p>Infancia: Es negativo utilizar en los niños la <b>alimentación como un recurso de contención cuando sobreviene la frustración o el miedo,</b> estas conductas se perpetúan y se recrean incluso en la adultez.</p> <p>-<b>Padre o madre con tendencia a la dependencia al alcohol u otras drogas.</b></p>	<p>comienzo de estudios universitarios, una decepción, un duelo o separaciones particularmente dolorosas. Lo que queda al descubierto es la fragilidad emocional de la persona.</p> <p><b>La familia:</b> Son generalmente <b>desintegradas,</b> con normas de educación sexual difusa, cambiante y contradictoria. En ellas, la <b>ausencia del padre y/o de la madre es algo habitual.</b> O en otros casos, con frecuencia las jóvenes comienzan su <b>ayuno</b> (sobre el que luego perderán el control) <b>impulsadas por sus propias madres,</b> <b>alarmadas por la apariencia de sus hijas.</b></p> <p>-El 1º descenso de peso es un hecho accidental que despierta elogios en una personalidad necesitada de aprobación.</p>
--	--	---	---

		<p>-Vigorexia: Los factores etiológicos que intervienen son sociales, ambientales como <b>la influencia de los medios</b>, la práctica de deporte, psicológicos como la baja autoestima.</p>	<p><b>-Estética sin ética:</b> Hoy predomina en muchas industrias y en el comercio relacionado con el mundo de la mujer, así como la ausencia de valores verdaderos en los medios masivos de comunicación.</p> <p>-En la anorexia el descenso de peso provoca una creciente retracción social y aislamiento.</p> <p>-La bulimia nerviosa afecta a mujeres occidentales de raza blanca y de buen nivel de instrucción que no presentan necesariamente antecedentes patológicos de TCA. Viven en zonas del mundo donde el alimento abunda y está a su alcance.</p> <p><b>-Ideal de belleza ligado a la mujer alta y delgada.</b> La premisa es la obtención de una figura como garantía de aceptación por sus pares.</p>
--	--	--	--

Estudios que tuvieron como objetivo analizar las fluctuaciones de los parámetros bioquímicos que se presentan en los trastornos de la conducta alimentaria.

**TABLA 4**

Autor/es	Carmen Gómez Candela y cols.	Patricia Westmoreland y cols.
Año	2018	2016
País	España	Estados Unidos
Principales hallazgos	<p><b>Hiponatremia</b> por hemodilución.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia activa de vómitos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Retención nitrogenada.</li> <li>✓ <b>Hipopotasemia</b></li> <li>✓ <b>Alcalosis metabólica hipoclorémica.</b></li> </ul> </li> </ul> <p>En caso de sospechas de vómitos no confesados: Cloro en orina reducido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Niveles elevados de amilasa salival (para descartar patología pancreática).</li> <li>-Lipasa sérica alterada.</li> </ul> <p>Vómitos y laxantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hipokalemia.</li> <li>-Hipocloremia.</li> </ul> <p><b>Laxante</b> tipo enema con fosfato sódico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Hiperfosfatemia</b></li> <li>-Deficiencia de <b>Tiamina.</b></li> <li>-<b>Hipomagnesemia</b></li> <li>-<b>Hipocalcemia</b></li> </ul>	<p><b>Transaminasas hepáticas elevadas por bajo peso.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aspartato aminotransferasa alterada.</li> <li>-Alanina aminotransferasa alterada.</li> </ul> <p>Puede deberse por esteatosis hepática.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Hipoglucemia</b></li> <li>-<b>Hipofosfatemia</b></li> </ul> <p><b>Agotamiento de los niveles séricos de potasio y magnesio.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Anemia</b></li> <li>-<b>Leucopenia</b></li> <li>-<b>Trombocitopenia.</b></li> </ul> <p>Por lo general no se encuentra deficiencia de hierro y los niveles de glóbulos rojos normales.</p> <p>Vitamina B12 aumentado. Vitamina B9 aumentada. Se debe a una disfunción de los hepatocitos con pérdidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hormona de crecimiento elevada</b></li> <li><b>Cortisol elevado.</b></li> <li><b>Factor de crecimiento de insulina 1 bajos.</b></li> </ul> <p>Dermacarotenoderma.</p> <p>Complicaciones bulimia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Alcalosis metabólica.</b></li> <li>-<b>Hipopotasemia.</b></li> </ul>

		<p>A razón de pérdida de ácido y potasio en el vómito.</p> <p>Abuso de laxantes:  <b>Hipopotasemia</b>  <b>Acidosis metabólica hiperclorémica.</b>  <b>Hiperfosfatemia fatal por laxantes</b> con ingredientes activos de fosfato de sodio.</p>
--	--	---

TABLA 5

Autor/es	Melanie Schorr, Karen K. Miller	Corinne Blanchet y cols.
Año	2017	2019
País	Estados Unidos	Francia
Principales hallazgos	<p>T3 niveles bajos.  T4 libre varía de normal a normal baja.  TSH varía de normal a baja.</p> <p>Anomalías en las concentraciones de electrolitos en anorexia nerviosa  -Hiponatremia. Se debe a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una secreción inapropiada de vasopresina</li> <li>✓ Consumo excesivo de agua</li> <li>✓ Purgas.</li> <li>✓ Alteración de la reabsorción renal de sodio.</li> <li>✓ Uso de medicamentos psicotrópicos que también podría conducir a síndrome de antidiuresis inapropiada.</li> </ul> <p><b>Sodio sérico menor a 130 mmol/l</b> (rango normal 135-145 mmol/l)  Hiponatremia grave aguda genera convulsiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Deficiencia de zinc</b></li> <li>✓ Deficiencia de vitamina B12: Neuropatía sensorial.</li> <li>✓ <b>Deficiencia de selenio:</b> Afectación cardíaca</li> <li>✓ Hipovitaminosis D3 podría ser responsable de la falta de respuesta inflamatoria y síntomas depresivos en pacientes con trastornos alimentarios a largo plazo.</li> <li>✓ <b>Niveles séricos más bajos de 25 y 1,25 OH vitamina D</b></li> <li>✓ <b>Vitamina D &lt; 20 mg/ml.</b> Tienen una densidad mineral ósea de cadera más baja.</li> <li>✓ <b>Deficiencia de calcio</b></li> </ul>

	<p><b>-Hipopotasemia</b> Se limita casi exclusivamente a quienes se purgan. Hipopotasemia grave: &lt; 2,5 mmol/l. Se asocia a un riesgo de arritmia cardíaca.</p> <p><b>-Hiperpotasemia</b> debido al abuso del diurético espironolactona.</p> <p><b>-Hipomagnesemia</b> <b>-Hipofosfatemia</b> Durante la rehabilitación nutricional la ingesta de carbohidratos induce la liberación de insulina lo que conduce a la captación celular de potasio, magnesio y fosfato</p>	
--	---	--

TABLA 6

<b>Autor/es</b>	Mouna Hanachi y cols.	Marina Díaz-Marsá y cols.
<b>Año</b>	2019	2017
<b>País</b>	Francia	España
<b>Principales hallazgos</b>	<p>Pacientes gravemente desnutridos con un IMC &lt; 13 kg/m<sup>2</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Deficiencia de zinc</b> &lt; 12,5 mmol/l: Expone un deterioro cognitivo, trastornos neurológicos, osteoporosis e infecciones.</li> <li>✓ <b>Deficiencia de cobre</b> &lt; 12,7 mmol/l</li> <li>✓ <b>Deficiencia de selenio</b> &lt; 0,9 mmol/l: Pueden agravar estas complicaciones cardíacas con alto riesgo de mortalidad y deterioro cognitivo.</li> <li>✓ <b>Deficiencia de vitamina D</b> &lt; 30 ng/ml: Relacionada con la pérdida de densidad mineral ósea de la cadera, que es la</li> </ul>	<p><b>-Deficiencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (omega 3 y 6).</b> La deficiencia de omega 3 puede estar relacionada con una disfunción inflamatoria y aumento del estrés oxidativo.</p> <p>Vómitos autoinducidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hipopotasemia</li> <li>✓ Alcalosis hipoclorémica.</li> </ul> <p>Abuso de <b>laxantes</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hipomagnesemia</li> <li>✓ Hipofosfatemia</li> </ul> <p><b>Hipocalcemia</b> Niveles plasmáticos bajos de calcio. La densidad es un indicador del déficit a largo plazo.</p> <p><b>Hipofosfatemia</b></p>

	<p>complicación crónica más frecuente de la enfermedad por anorexia nerviosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Deficiencia de vitamina B1 &lt; 126 ng/l</li> <li>✓ Deficiencia de vitamina B12 &lt; 197 ng/l</li> <li>✓ Deficiencia de vitamina B9 &lt; 3,90 ug/l</li> </ul> <p>Anorexia nerviosa – Bulimia nerviosa: Concentraciones plasmáticas de selenio baja. Vitamina B12 baja.</p> <p>-Hipertransaminasemia. -Enzimas hepáticas elevadas, relacionado al ayuno total en pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo.</p> <p>Los pacientes con anorexia nerviosa y bulimia están expuestos a complicaciones cardíacas debido a trastornos electrolíticos iónicos asociados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hipopotasemia</li> <li>✓ Hipomagnesemia</li> </ul> <p>Pueden conducir a arritmias y muerte súbita.</p>	<p>Más típica de la suplementación que de la nutrición restrictiva o depurativa. Es fácilmente detectable y tratable, pero extremadamente grave si no se detecta a tiempo. Predictores deficiencia de fósforo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ IMC bajo</li> <li>✓ Hipopotasemia</li> <li>✓ Prealbúmina en sangre baja.</li> <li>✓ Hemoglobina elevada</li> </ul> <p>Deficiencia de hierro en plasma. La hemolisis de los electrolitos puede contribuir a dicha deficiencia.</p> <p>-Vitamina A elevada en suero la cual se atribuye a una ingesta inadecuada de otros nutrientes necesarios para el metabolismo de la vitamina. -Vitamina A disminuida: se asocia a una ingesta inadecuada de la vitamina.</p> <p>-Niveles bajos de tiamina en plasma: Pueden causar síntomas neuropsicológicos y empeoramiento de síntomas depresivos. Es más grave en caso de alcoholorexia.</p> <p>-Deficiencia de vitamina B9. -Deficiencia de vitamina B12: La deficiencia a corto plazo puede producir síntomas de anemia como fatiga o debilidad. La deficiencia a largo plazo está relacionada con el daño cerebral.</p> <p>-Deficiencia de zinc: En</p>
--	---	--

		adultos produce pérdida de peso, disfunción sexual (amenorrea en mujeres, impotencia en hombres), náuseas, vómitos y lesiones cutáneas.
--	--	---

TABLA 7

<b>Autor/es</b>	Ryo Koda y cols.	M. T. Kilbone y cols.
<b>Año</b>	2020	2019
<b>País</b>	Japón	Irlanda
<b>Principales hallazgos</b>	<p><b>Hipocalcemia</b> &lt;8,8 mg/dl (rango normal: 8,8-10,1 mg/dl) por déficit de vitamina D y calcio.</p> <p><b>Hiperfosfatemia.</b></p> <p><b>Concentración sérica de 25(OH) vitamina D por debajo de 10 ng/ml.</b></p> <p><b>Hipopotasemia</b> 2,7 mEq/L</p> <p><b>Fosfatasa alcalina aumentada</b> 1,508 UI/L</p> <p><b>Nivel urinario de microglobulina aumentado</b></p> <p><b>Glucosuria</b> 200 mg/24 horas.</p> <p>Resultado: Osteomalacia causada por deficiencia de calcio y vitamina D</p> <p><b>Parathomorna elevada</b> 542 pg/ml. Rango normal 10-65 pg/ml</p>	<p><b>-Factor de crecimiento de fibroblastos 23 (FGF 23) elevado.</b> No es típico en anorexia nerviosa.</p> <p><b>-Reabsorción tubular máxima de fosfato elevada.</b></p> <p>Realimentación en anorexia nerviosa:</p> <p><b>Hiperfosfatemia</b> marcada en presencia de alto recambio óseo.</p> <p><b>Parathomorna suprimida.</b></p> <p><b>Hipoglucemia</b></p> <p><b>Hipoalbuminemia</b></p> <p><b>Calcio sérico disminuido</b></p> <p><b>Fosfato sérico disminuido</b></p> <p><b>Magnesio sérico normal</b></p> <p><b>Relación calcio/creatinina en orina elevada</b> (valor normal 0,07 a 0,41 mmol/umol)</p>

Estudios que tuvieron como objetivo establecer los criterios para determinar la administración de suplementos nutricionales en caso de déficit de vitaminas y minerales

TABLA 8

<b>Autor/es</b>	Melanie Schorr, Karen K. Miller	Corinne Blanchet y cols.
<b>Año</b>	2017	2019
<b>País</b>	Estados Unidos	Francia
<b>Principales hallazgos</b>	<p>La suplementación con calcio y vitamina D es suficiente para normalizar la densidad mineral ósea, pero no es eficaz por 2 razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La suplementación por sí sola no puede superar los efectos perjudiciales a corto y largo plazo de la anorexia nerviosa en la masa ósea.</li> </ul> <p>Los adolescentes y las mujeres con anorexia nerviosa ya tienen una mayor ingesta de calcio y vitamina D, predominantemente a través de suplementos.</p>	<p>Se recomienda una ingesta total de calcio de aproximadamente 1000-1200 mg junto a suplementos de vitamina D si los niveles séricos son insuficientes o si hay hiperparatiroidismo secundario.</p> <p>Suplementos de calcio por vía oral se asocian con un mayor riesgo de aterosclerosis coronaria incidente, se debe <b>privilegiar una dieta rica en calcio</b> entre los pacientes con anorexia nerviosa.</p>

TABLA 9

<b>Autor/es</b>	Marina Díaz-Marsá y cols.	Maya Leitner y cols.
<b>Año</b>	2017	2016
<b>País</b>	España	Canadá
<b>Principales hallazgos</b>	<p>Suplementación de ácidos grasos poliinsaturados:</p> <p>Se postula que la administración de poliinsaturados puede actuar para prevenir el daño neuronal, estabilizar la membrana celular y actuar como agente antiinflamatorio.</p> <p>Hipomagnesemia e Hipofosfatemia: Pueden requerir de suplementación de emergencia para abordar las necesidades nutricionales.</p> <p>Suplementación de zinc</p> <p>Ha demostrado tener utilidad pero aún no hay suficiente evidencia para apoyar la recomendación.</p> <p>Suplementación de aminoácido esencial triptófano: Para la</p>	<p>En la actualidad no está claro si los pacientes con anorexia nerviosa deben recibir fosfato profiláctico para la prevención de hipofosfatemia o recibir el suplemento de fosfato cuando se haya detectado la hipofosfatemia confirmada por laboratorio.</p> <p>Se ha establecido la suplementación diaria de fosfato para todos los pacientes hospitalizados o el seguimiento temprano cercano y la suplementación solo cuando los niveles de fosfato comienzan a disminuir.</p> <p>Rango normofosfatémico 1-0 mmol/l (3,1 mg/dl) y 1,8 mmol/l (5,6 mg/dl)</p>

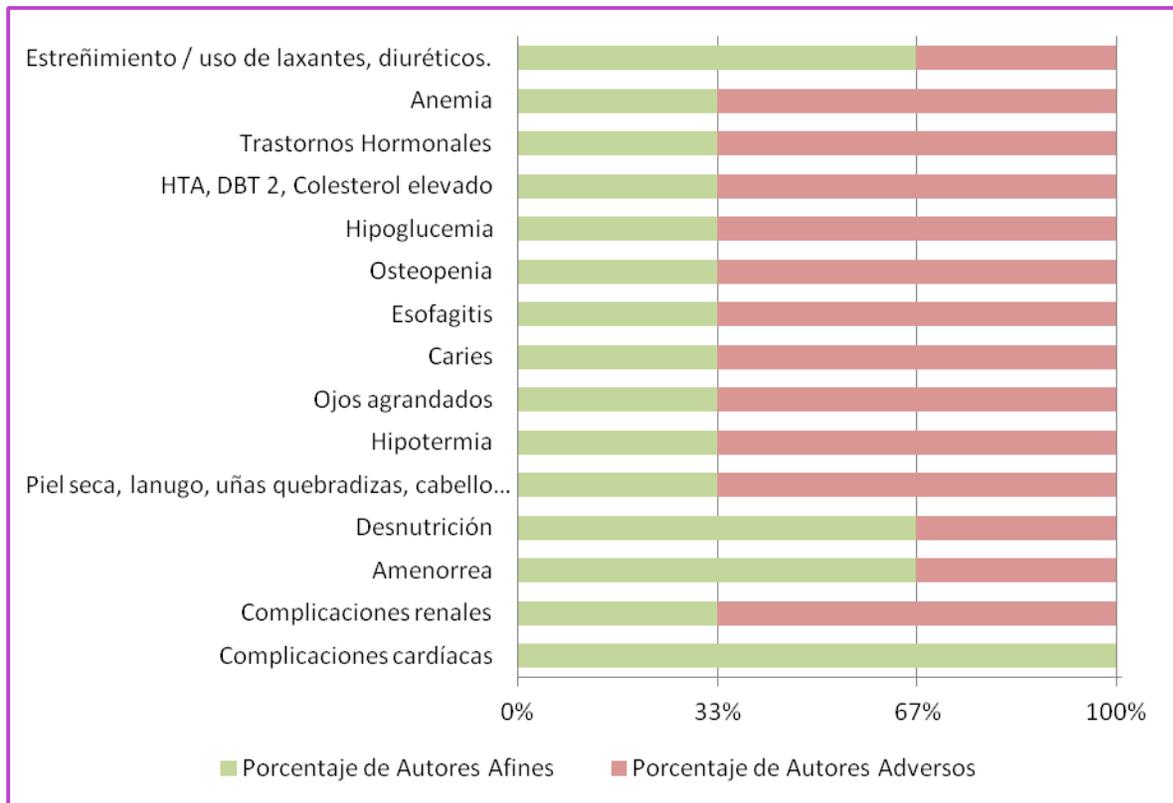
	<p>biosíntesis de serotonina es de interés para el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosa. En caso de uso de antidepresivos es menor la respuesta de los mismos si el triptófano es deficiente. La suplementación se recomienda como adyuvante del tratamiento, colabora en el tratamiento farmacológico con fármacos serotoninérgicos para que sea más eficaz.</p> <p>La administración de suplementos más naturales puede ser mejor aceptado y mejorar la adherencia en pacientes con problemas de control de impulsos.</p>	<p><b>Suplemento de fosfato:</b> Solución oral de 1,5 mmol (48 mg) de fósforo elemental administrado en una dosis de 1 mmol/kg/día (31 mg/kg/día) dividido en 4 dosis diarias.</p> <p><b>Multivitamínico Centrum</b> aporta 125 mg de fósforo elemental. Se prescribe a discreción del médico clínico.</p> <p>Hiperfosfatemia: Consecuencia potencial de la suplementación con fosfato y puede provocar problemas gastrointestinales, dolor abdominal, diarrea y malabsorción. La duración y ajustes de dosis de suplementación es individualizada a cada paciente.</p>
--	--	---

TABLA 10

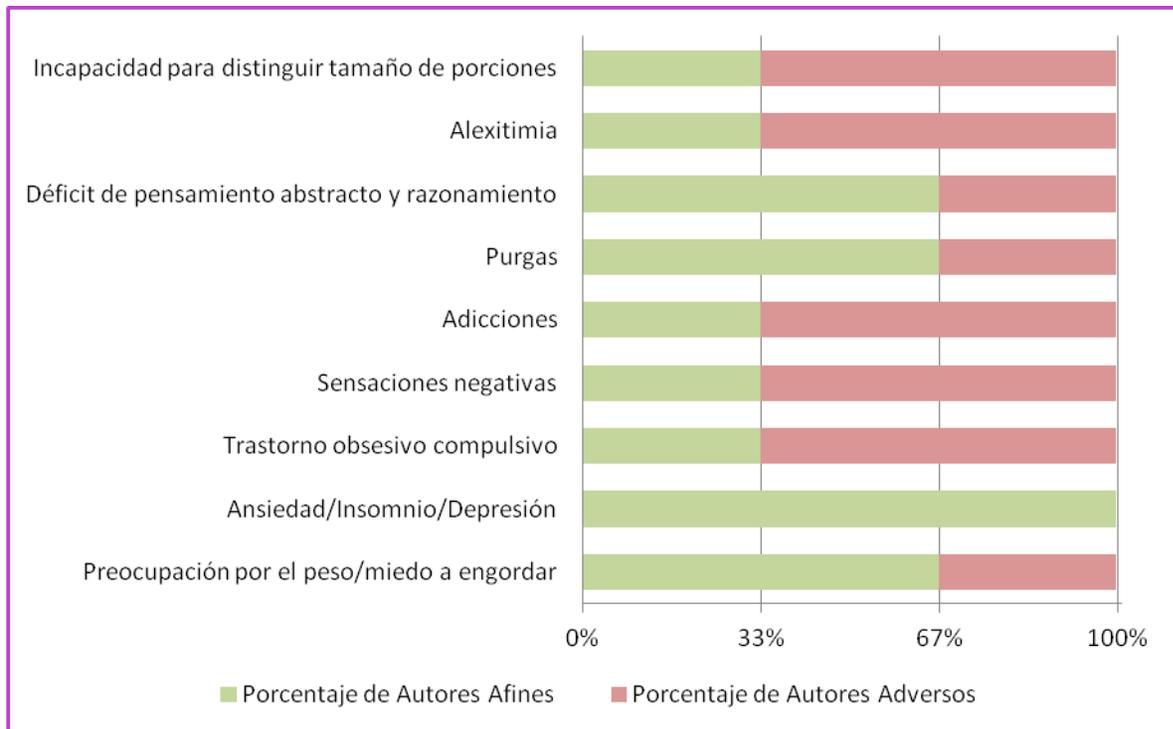
<b>Autor/es</b>	Ryo Koda y cols.	M. T. Kilbone y cols.
<b>Año</b>	2020	2019
<b>País</b>	Japón	Irlanda
<b>Principales hallazgos</b>	Deficiencia de vitamina D ocasiona osteomalacia en casos de anorexia nerviosa. Para controlarla administrar suplemento de <b>vitamina D Calcitriol. Dosis de 0,5 ug/día.</b> Sumado a <b>suplementos de fosfatos por vía oral: 300 mg/día.</b>	Indicación de <b>suplementos de:</b> <b>Tiamina 300 mg/día</b> <b>Multivitamínico 1 tableta chica</b> <b>Calcio 1000 mg/día</b> <b>Vitamina D Raquiferol 20 ug/día</b> <b>Hierro elemental 200 mg/día</b>
<b>Autor/es</b>	Anne Drabkin y cols.	
<b>Año</b>	2017	
<b>País</b>	Estados Unidos	
<b>Principales hallazgos</b>	La deficiencia de vitamina D debe tratarse con <b>suplementación con 50000 UI de vitamina D ergocalciferol semanalmente hasta que los niveles séricos sean mayores a 30 ng/ml.</b> Si los pacientes tienen evidencia de baja densidad mineral ósea pero tienen niveles normales de vitamina D, aún así deben comenzar con una suplementación diaria de mantenimiento con vitamina D de 600 a 800 UI. El calcio alimentario suele tolerarse y absorberse mejor que la suplementación. <b>Si se requiere suplemento se utiliza carbonato de calcio.</b> <b>Si el paciente se encuentra tomando un inhibidor de la bomba de protones se prefiere el citrato de calcio.</b>	

## Resultados

**Gráfico N°1:** Signos y síntomas que se presentan en la clínica nutricional con repercusión en la salud general

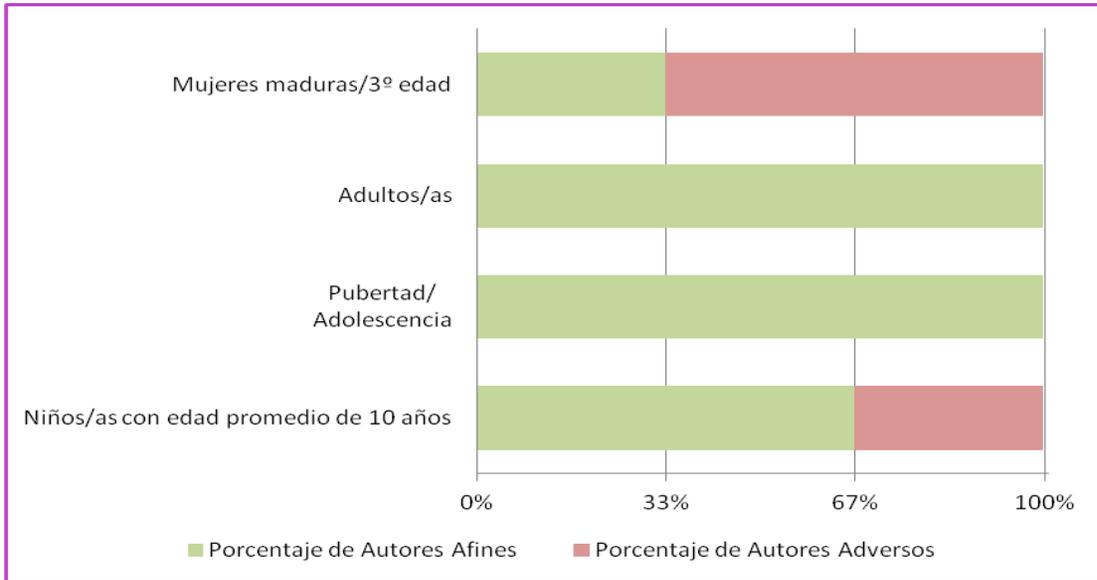


**Gráfico Nº 2:** Signos y síntomas que se presentan en la clínica nutricional con repercusión en la salud mental.



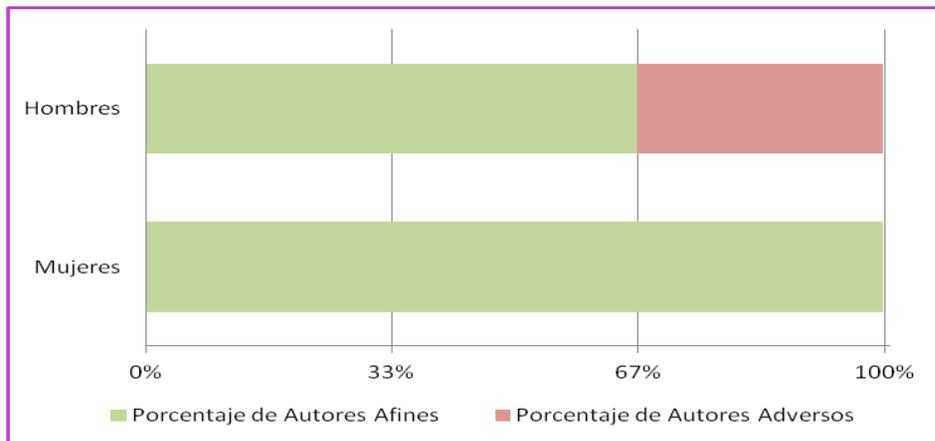
**Gráfico N° 3:** Etapa de la vida

Luego se analizo la etapa de la vida con mayor frecuencia de aparición de trastornos alimentarios de acuerdo a lo que cada autor manifiesta. Coinciden en la etapa de la pubertad, adolescencia y adultez. En cuanto a la tercera edad sólo un 33% resulto afín y un 67% de los autores en relación a la edad promedio de 10 años.



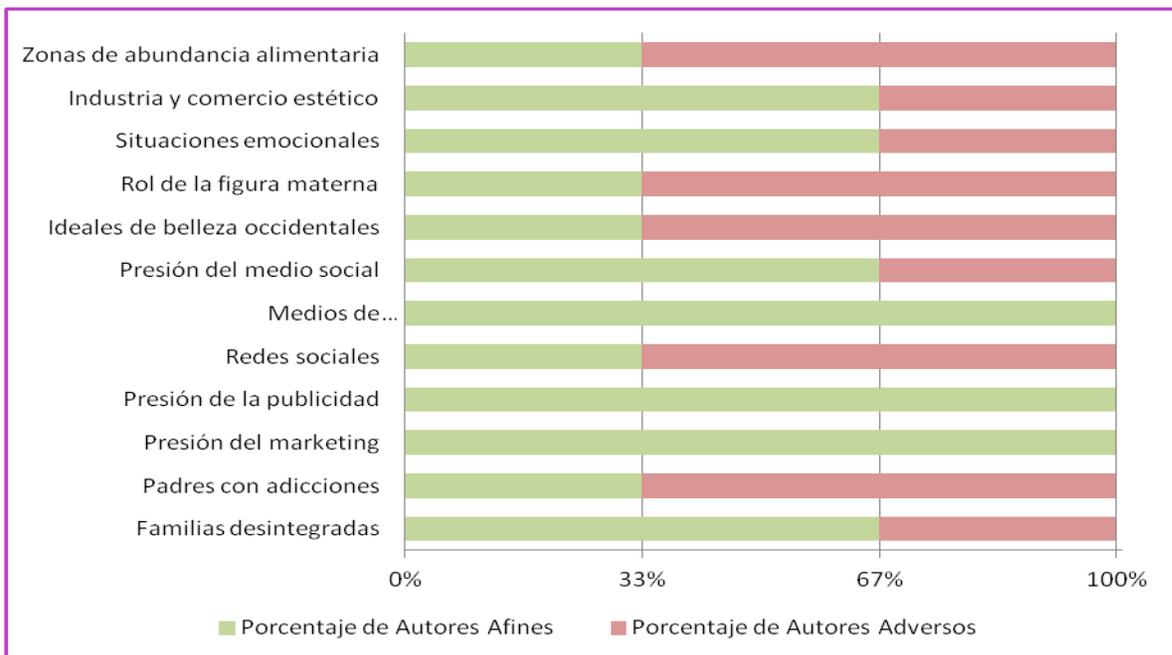
**Gráfico N°4: Género predominante**

Una vez analizada la etapa de la vida de mayor aparición, se prosiguió a analizar el género predominante de mayor manifestación de trastornos alimentarios, siendo fundamental que sea de amplio conocimiento que no sólo afecta a las mujeres y que no existe un trastorno específico de hombres.



**Gráfico N°5:** Influencia social, familiar y cultural

También se analizó las distintas influencias que en ciertos casos actúan como agentes causales en el desarrollo de desórdenes alimentarios. El 100% de los autores coincidieron en la influencia de los medios de comunicación, publicidad y marketing como efectores de una fuerte presión.

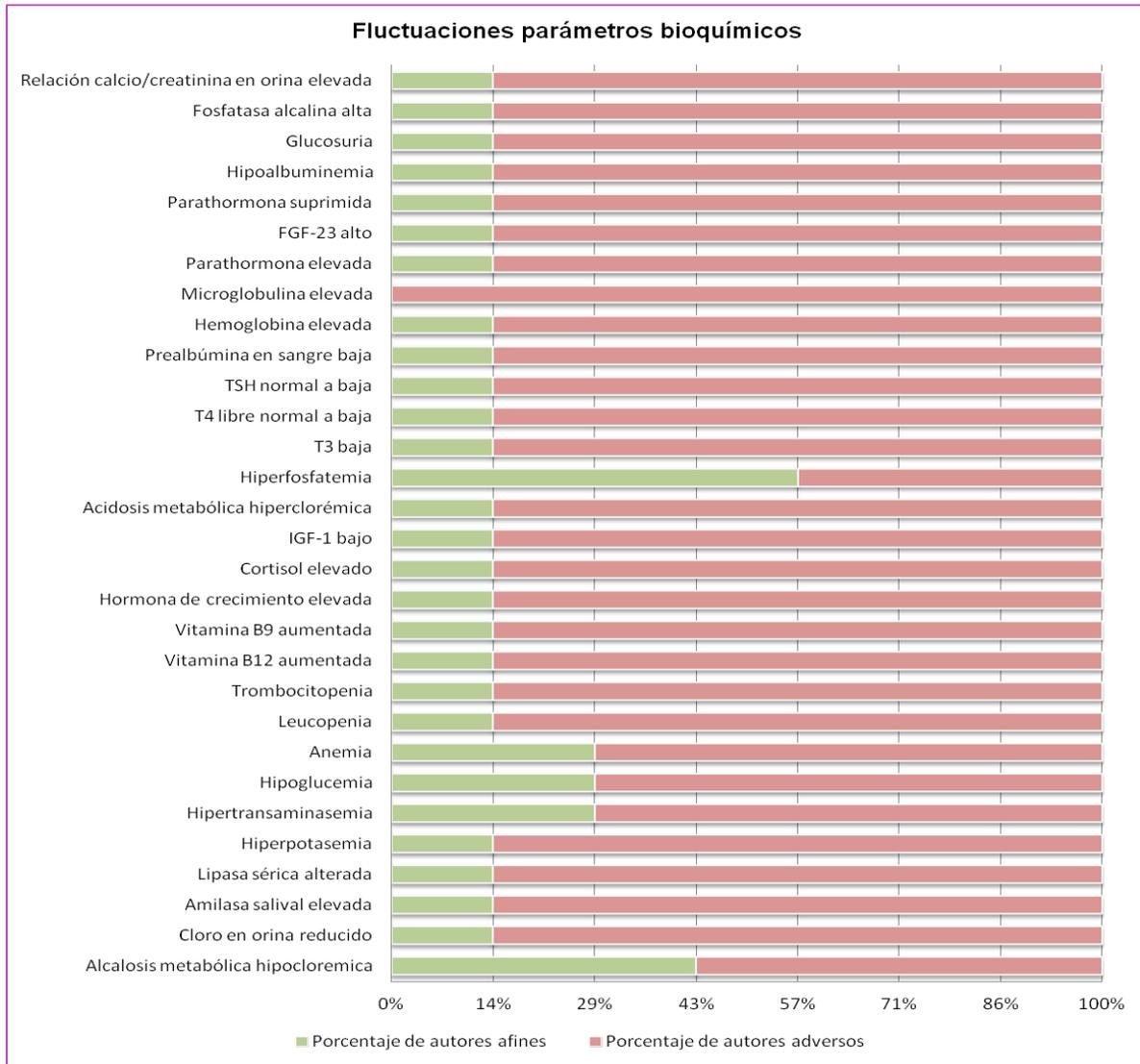


## **Resultados**

Los siguientes datos surgen de la información recolectada y analizada de los autores Carmen Gómez Candela y cols. Patricia Westmoreland y cols. Melanie Schorr, Karen K. Miller, Corinne Blanchet y cols. Mouna Hanachi y cols. Marina Díaz-Marsá y cols. Ryo Koda y cols. M. T. Kilbone y cols. Maya Leitner y cols. Y Anne Drabkin y cols.

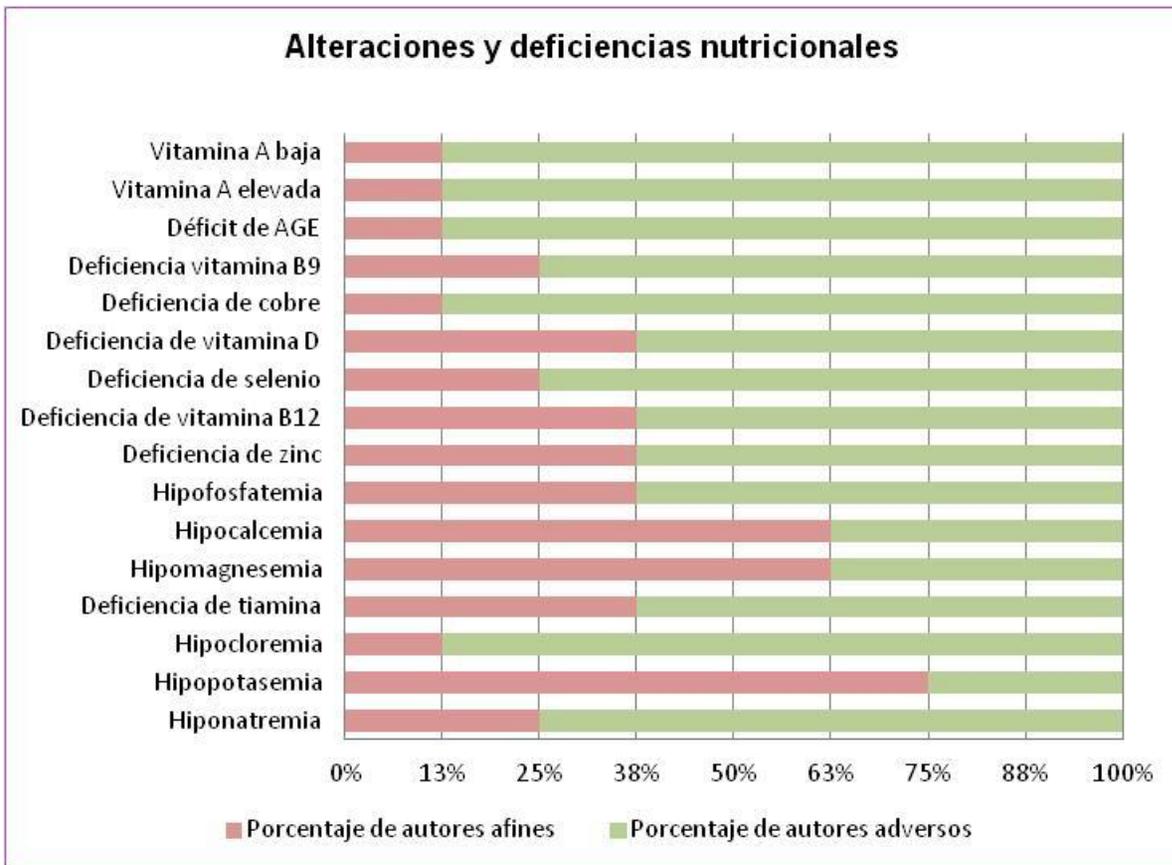
En primer lugar, se analizó las fluctuaciones que presentan los/as pacientes en los parámetros bioquímicos y los autores afines o adversos. Sólo estuvieron afines más del 50% de los autores en el caso de la hiperfosfatemia. En cuanto a otras alteraciones presentaron resultados adversos en las opiniones de cada autor y sólo uno destacó la presencia elevada de las vitaminas B9 y B1.

**Gráfico N° 6:** Fluctuaciones de los parámetros bioquímicos



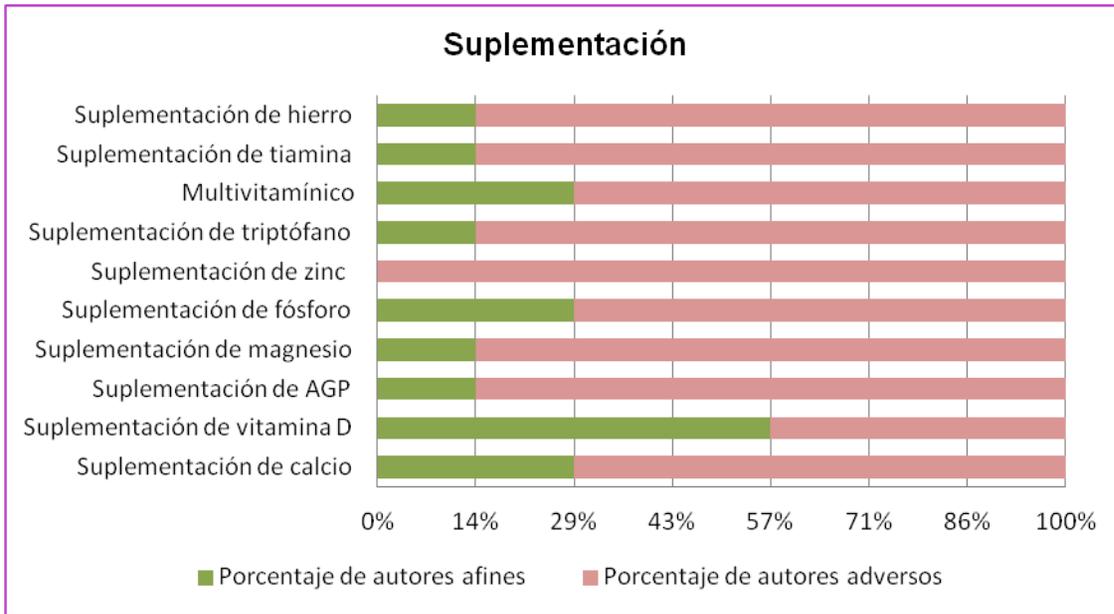
**Gráfico N° 7:** Alteraciones y deficiencias nutricionales

También se analizó la presencia de alteraciones y deficiencias nutricionales. Más de la mitad de los autores destacó la presencia de hipocalcemia, hipomagnesemia e hipopotasemia como consecuencia tanto de los ayunos prolongados como del abuso de laxantes, diuréticos, ejercicio físico compulsivo en exceso y vómitos autoprovocados. Sólo un autor mencionó la deficiencia de ácidos grasos poliinsaturados omega 3 y 6 y el 38% de los autores coinciden en la deficiencia de vitamina D asociada a los niveles de calcio y parathormona.



**Gráfico N° 8:** Administración de suplementos nutricionales

En relación a la suplementación nutricional más de la mitad de los autores resultaron afines a la suplementación de vitamina D. En cuanto al calcio, el 29% de los autores estuvieron de acuerdo a su suplementación diferenciando tipos de calcio.



## Discusión

La alimentación tiene como objetivo mantener la salud mediante la degradación de alimentos a sustancias simples para ser absorbidas. Lamentablemente, en los últimos tiempos han sucedido cambios que afectan esta área de la vida (considerada para el encuentro y el disfrute) en una verdadera agonía para ciertas personas. La insatisfacción y las preocupaciones por el propio cuerpo, las dietas en demasía y el miedo a engordar son situaciones que llevan a tomar decisiones sin reflexionar acerca de los riesgos que pueden acarrear. Cada trastorno alimentario tiene su particularidad, aún así, todos provocan estragos en la salud.

Los resultados de la información analizada de los autores ponen en manifiesto complicaciones gravísimas para la salud, alcanzando en última instancia la muerte. La mayoría de los casos se deben a la práctica de las conductas compensatorias que realizan los/as pacientes, las cuales son los vómitos autoinducidos, abuso de diuréticos, laxantes, enemas y/o ejercicio físico excesivo. Se ha detectado la presencia de alteraciones en los parámetros bioquímicos, trastornos del equilibrio ácido-base y deficiencias nutricionales como consecuencias de los TCA.

Los vómitos autoprovocados en repetición y el abuso de laxantes y/o diuréticos presentaron importantes consecuencias. Entre los hallazgos más frecuentes en los parámetros bioquímicos se ha destacado la presencia de hiperfosfatemia y de alcalosis metabólica. La hiperfosfatemia resultó ser lo principal de acuerdo a los autores y en aquellos pacientes que se encontraron en grave estado se debieron evaluar los niveles de fósforo. Existe la posibilidad de que los niveles séricos de fosfato se vieron afectados rápidamente por la carga de fosfato de la dieta y/o laxantes. Quienes utilizaron los que contienen fosfato sódico presentaron hiperfosfatemia que pudo ser mortal.

Al estimular la alimentación a veces resultó agresiva y ocasiono la hiperfosfatemia marcada en presencia de alto recambio óseo, lo que puede elevar sospechas de síndrome de realimentación. Dicho síndrome consiste en alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, complicaciones cardiovasculares, neurológicas, hematológicas e incluso la muerte. Por tanto, resulta de vital importancia la detección de hiperfosfatemia.

Los vómitos y/o toma de diuréticos también han originado alcalosis metabólica. De acuerdo a Gómez Candela y cols. las pérdidas de potasio, ácidos y la depleción de volumen estimulan el eje renina-angiotensina-aldosterona. Debido al hiperaldosteronismo secundario se incremento la reabsorción tubular de sodio, se incrementaron los niveles séricos de bicarbonato y la retención de agua (lo cual influyó en la excreción del exceso de bicarbonato, inhibiéndola) con el fin de compensar la depleción de volumen, la tendencia a la deshidratación y a la hipotensión, dando lugar a una alcalosis metabólica. Dicha alcalosis puede persistir durante semanas luego de que cesen las prácticas purgativas. Además la excesiva retención de sodio, bicarbonato y agua determinó una importante tendencia al edema periférico.

El abuso de laxantes también genero hipopotasemia y una depleción de volumen por la diarrea, pero al contrario que con los vómitos y los diuréticos, inicialmente se produce una acidosis metabólica hiperclorémica, la cual con el paso del tiempo también se transformo en alcalosis metabólica. Se llego a la conclusión de que la alcalosis metabólica se origina por pérdida de ácido y potasio en vómito y diarrea.

De igual importancia, se ha determinado entre los autores la presencia de deficiencias nutricionales tanto de vitaminas como de minerales. Los niveles bajos de vitamina D y la ingesta inadecuada de calcio son frecuentes entre las manifestaciones de los TA. De acuerdo a Blanchet y cols. se asocian con un mayor riesgo de baja DMO (densidad mineral ósea) lo cual es un indicador de déficit de calcio a largo plazo y de un mayor riesgo de fractura. También se relaciono con la falta de respuesta inflamatoria y síntomas depresivos entre pacientes con TA a largo plazo.

Existe una estrecha relación entre la deficiencia de vitamina D y la DMO de la cadera. Concorde a ciertos autores, la ingesta nutricional negativa, la malabsorción de grasas, la pérdida de fosfato de los riñones pero por sobretodo la baja exposición solar puede contribuir al desarrollo de osteomalacia a razón de déficit de vitamina D. Se ha manifestado por una desmineralización ósea que predispone a fracturas espontáneas. Además, se ha manifestado en los/as pacientes calambres y espasmos musculares en relación a una deficiencia del calcio sérico. Ciertos autores priorizaron una dieta rica en calcio entre los pacientes con TCA para tener en cuenta a la hora de realizar el abordaje nutricional. Díaz-Marsá y cols manifestaron que la hipocalcemia se refleja en

los niveles plasmáticos de calcio y el organismo tiende a depender del calcio de los huesos para compensar el déficit. La osteoporosis es una complicación ósea bien conocida entre los/as pacientes. Se estableció que el descenso en la DMO es la característica destacada en cuadros severos de TA. La alimentación rica en calcio sumada a la exposición solar contribuyó a la recuperación del calcio sérico, niveles de fosfato y 25 (OH) vitamina D. Por lo tanto, implicaron una mejoría del cuadro clínico.

Por otra parte, la deficiencia de magnesio y potasio pueden presentarse sumado a las anteriormente mencionadas deficiencias nutricionales. Westmoreland enfatizó en la alteración del electrocardiograma y al mismo tiempo el agotamiento de los niveles séricos de potasio y magnesio. Incluso, durante la rehabilitación nutricional, la ingesta de carbohidratos induce la liberación de insulina, lo que conduce a la captación celular de potasio, magnesio y fosfato.

Asimismo, se determinó que los pacientes con TCA están expuestos a complicaciones cardíacas debido a la hipomagnesemia e hipopotasemia que pueden conducir a arritmia y muerte súbita. En caso de sospecha de vómitos no confesados puede resultar útil la determinación de los niveles séricos de potasio para comprobar sus valores reducidos.

En suma, el abuso de laxantes, aunque del tipo estimulante, ha condicionado también una hipopotasemia y una depleción de volumen por la diarrea acuosa. Dicha deficiencia se ha asociado a un mayor riesgo cardiovascular.

En síntesis, se ha determinado que dichas alteraciones y deficiencias nutricionales se presentaron en caso de llevar a cabo conductas compensatorias propias de la BN pero que se llevan a cabo en otros TA, dado que son trastornos que no son específicos y sus prácticas autodestructivas se combinan.

De acuerdo a la gravedad del cuadro, aunque la prioridad es realizar una educación alimentaria acerca de hábitos saludables, se puede requerir la administración de suplementos nutricionales. Los niveles bajos de 25 (OH) vitamina D sumado a una ingesta baja de calcio se han asociado a una DMO de cadera reducida. Se han presentado cambios metabólicos y la parathormona que se encarga del metabolismo del calcio y fósforo tiene influencia en el metabolismo óseo (existe una buena mineralización gracias a la parathormona) pero al no haber una adecuada absorción de fósforo y calcio y al no tener niveles óptimos de vitamina D, finalmente la absorción del

calcio no es adecuada. Esta situación se la ha denominado hiperparatiroidismo secundario. Se recomienda entonces la suplementación de vitamina D y de calcio si los niveles séricos son insuficientes o si hay un hiperparatiroidismo secundario.

En caso de presencia de osteomalacia causada por deficiencia de vitamina D de acuerdo a Koda y cols, se debe realizar un tratamiento con calcitriol (suplemento de vitamina D) a dosis de 0,5 ug/día. Al contrario, Kilbone y cols establecieron la suplementación en dosis de 20 ug/día. En caso contrario, Drabkin y cols determinaron dosis de 50.000 UI de ergocalciferol semanalmente hasta que los niveles séricos sean mayores a 30 ng/ml, seguido de una dosis de mantenimiento para la prevención de fracturas. Las personas afectadas pueden requerir dosis entre 1500 y 2000 UI diarias si sus niveles en laboratorio no mejoran a más de 30 ng/ml. Si los pacientes tienen evidencia de baja DMO pero tienen niveles normales de vitamina D, aún deben comenzar con una suplementación diaria de mantenimiento. Se llegó a determinar que la dosis varía y es individualizada de acuerdo al grado de carencia.

En caso de deficiencia de fósforo, Leitner y cols han establecido la suplementación diaria para todos los pacientes hospitalizados (en estadios avanzados de la enfermedad) o un seguimiento temprano cercano y la suplementación cuando los niveles de fosfatos comienzan a disminuir. Se trata de un suplemento que contiene 18 mg/ml de fósforo, administrado en una dosis de 31 mg/kg/día, dividido en cuatro dosis diarias junto a multivitamínicos con 125 mg de fósforo.

El calcio alimentario tiende a absorberse mejor que la suplementación. El carbonato de calcio es uno de los suplementos pero, si el paciente utilizó un inhibidor de la bomba de protones se optó por el citrato de calcio. Ciertos autores resultaron afines a dosis de 1000 mg/día de suplemento.

## Conclusión

Los trastornos alimentarios implican una urgencia y una verdadera necesidad de difusión, y para todos los profesionales de la salud una formación específica. Por más leves que puedan parecer puede originar un desenlace extremo porque los daños ocasionados en la salud son de un riesgo significativo. El pilar del tratamiento además de la psicoterapia es la terapéutica nutricional con un seguimiento minucioso (evaluación de signos vitales, parámetros bioquímicos y antropométricos) el cual permite obtener información acerca del estado actual de los/as pacientes debido a que si presentan alteraciones metabólicas, hormonales, óseas u otras son más propensos de sufrir colapsos físicos. Al momento de realizar la anamnesis si es posible resulta conveniente comparar la información acerca de la conducta alimentaria con la que puedan brindar personas cercanas. Si el/la paciente realiza alguna conducta compensatoria el laboratorio permite confirmar las sospechas (las prácticas purgativas son las principales causales de las deficiencias nutricionales). Los inconvenientes que llegan a ocasionarse sobre el organismo son de alto riesgo y en algunos casos hasta irreversibles. La primera medida es la estabilización del estado clínico, priorizando el aumento ponderal gradual, un aumento de peso rápido no es lo aconsejable debido a que puede generar, entre otras cosas, una sobrecarga gástrica con síntomas que dificultan la continuación del tratamiento nutricional. Dicha estabilización se realiza en conjunto a la modificación de la conducta alimentaria debido a que los pacientes han perdido el patrón alimentario saludable (puede resultar dificultoso el manejo de las porciones). El plan alimentario debe ser acorde a los gustos y hábitos de la persona, evitar restricciones e incorporar de a poco alimentos que se han retirado por tener una connotación errónea negativa. A la hora de realizar las comidas se debe tener en cuenta tanto el valor nutritivo como el placer que aporta.

En primer lugar se debe llevar a cabo acciones de prevención como el abordaje educativo acerca de hábitos saludables y concientizar acerca de la importancia de la alimentación. No obstante, si al momento de la consulta los/as pacientes ya han presentado los efectos de las deficiencias nutricionales, en dichos casos resultó

necesaria la suplementación para alcanzar metas que permitieron la mejoría del estado nutricional. La misma debe ser cuidadosamente explicada por el miedo al incremento de peso. Es de esta manera que se ha reducido la morbilidad de los TCA y el camino a la recuperación.

## Referencias bibliográficas

1. Gómez Sánchez R. Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria: Ansiedad como factor de modulación. *Index de Enfermería* 2010:19 (2-3); 124-128. Disponible URL:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200011)  
Consultado Mayo, 20, 2019.
2. Figueroa G. Bioética de la anorexia nerviosa ¿Autonomía, beneficencia o responsabilidad? *Rev Médica de Chile* 2008:136 (5); 659-665. Disponible URL:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000500017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000500017)  
Consultado Mayo, 20, 2019.
3. Gómez C. Palma Milla S. et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros Resumen ejecutivo *Nutrición Hospitalaria*. 2018: 35 (2); 489-494. Disponible URL:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000200489](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200489)  
Consultado Mayo 10, 2019
4. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*. 2008: 23(3); 183-190. Disponible URL:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112008000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000300003)  
Consultado Mayo, 17, 2019
5. Girolami D.H. *Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal*. 1era ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2003

6. Martínez Moreno A. López Espinoza A. et al. Trastorno de la conducta de beber, una propuesta de investigación. Rev Mexicana de trastornos alimentarios. 2014: 5(1); 58-69. Disponible URL:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232014000100008&lang=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000100008&lang=es)

Consultado Mayo, 11, 2019

7. Vaz F.J. García-Herráiz M.A. et al. Conductas purgativas y estado nutricional en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Nutrición Hospitalaria. 2003: 18 (5); 253-258. Disponible URL:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112003000500005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000500005&lng=es)

Consultado Mayo, 12, 2019

8. Ley 26.396 Trastornos Alimentarios

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/144033/norma.htm>

9. Martínez-Segura A. Cortés Castell E. et al. Factores de riesgo nutricionales para dismorfia muscular en usuarios de sala de musculación. Nutrición Hospitalaria. 2015: 31(4), 1733-1737. Disponible URL:

<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n4/38originaldeporteyejercicio06.pdf>

10. Brown J.E. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 2da ed. USA: McGraw Hill; 2006

11. Torresani M.E. Lineamientos para el cuidado nutricional. 3º ed.- Buenos Aires:Eudeba, 2009.

12. DSM V- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Consultado: Junio 20 2019.

13. Behar R. Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencias, similitudes e implicancias. Rev chilena de neuro-psiquiatría. 2004: 42(3); 183-194. Disponible URL:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272004000300004&lang=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000300004&lang=es)

Consultado Mayo, 13, 2019

14. Poulisis, J. Los nuevos trastornos alimentarios. 1º ed.-Buenos Aires:Paidós, 2011.

15. Aranceta Bartrina, J. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. Rev. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2007: 57(3), 313-315.

[http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06222007000400002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06222007000400002&script=sci_arttext&tlng=es)

Consultado Septiembre 3, 2019

16. Hervás, G. Cebolla, A. et al. Intervenciones psicológicas basadas en Mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. Rev. Clínica y Salud. 2016: 27(3); 115-124.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742016000300003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742016000300003)

Consultado Septiembre 3, 2019

17. Díaz, T. Cruzat-Mandich, D. et al. Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos. Rev. Mexicana de Trastornos alimentarios. 2019: 10(1); 75-84.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232019000100075](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100075)

Consultado Septiembre 3, 2019

18. Lozano Vargas, A. Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. Rev. Neuropsiquiátrica. 2017: 80(1); 35-41.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972017000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000100006)

Consultado Septiembre 4, 2019.

19. Salcedo, M. Vasquez, R. et al. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2011: 40(1); 131-144.

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272008000100004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000100004)

Consultado Septiembre 4, 2019.

20. Behar, A.R. Barahona, M. et al. Trastorno de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: un estudio de prevalencia. Rev. Chilena Neuropsiquiátrica. 2008: 46(1); 25-34.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a11.pdf>

Consultado Septiembre 4, 2019

21. Vaquero-Cristóbal, R. Alacid, F. et al. Imagen corporal: revisión bibliográfica. Rev. Nutr. Hosp. 2013: 28(1); 27-35.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004)

Consultado Octubre 3, 2019

22. Programa Médico Obligatorio.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/superintendencia-de-servicios-de-salud/programa-medico-obligatorio>

Consultado Octubre 3, 2019

23. Molina-Ruiz, R.M., Alberdi-Páramo, I. et al. Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con

trastorno límite de la personalidad. Rev. Mex. de trastornos alimentarios. 2019: 10(1); 109-120.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232019000100109](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100109)

Consultado Octubre 3, 2019

24. Gargallo Masjuán, M, Fernández Aranda, F. et al. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad: Una revisión teórica de la literatura. Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2003: 3(2); 335-349.

<http://www.redalyc.org/pdf/337/33730208.pdf>

Consultado Octubre 3, 2019

25. Piaggio L.R. Solans A.M. Enfoques socioculturales de la alimentación lecturas para el equipo de salud. 1era ed. Buenos Aires: Akadia; 2014.

Consultado Octubre 8, 2019

26. García J.Adriana, Ramírez S.Israel, Ceballos R.Guillermo, Méndez B.Enrique. ¿Qué sabe Ud. Acerca de...Ortorexia?. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas. 2014:45(2);84-87.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57932294010>

Consultado Mayo 20, 2020

27. Mateo-Martínez G. Sellán-Soto María Carmen. Entorno del apetito correcto: exploración del constructo ortorexia desde los núcleos esenciales del discurso experiencial. Esc Anna Nery. 2017:21(3);e20160350.

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000300211&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000300211&script=sci_arttext&tlng=es)

Consultado Mayo 20, 2020

28. Tamara E. Torres G. Trastorno limite de personalidad: Tratamiento desde un enfoque Cognitivo Conductual. Cuadernos de Neuropsicología. 2007:1(3);174-371.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v1n3/v1n3a14.pdf>

Consultado Junio 24, 2020

29. Guerrero-Morcillo A. Sánchez-Pastor L. et al. Potomanía de inicio tardío. Psicogeriatría. 2009;1(2);133-137.

[https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0102/0102\\_133\\_137.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0102/0102_133_137.pdf)

Consultado Junio 20, 2020

30. García-Vicent V. Zotes J.A. et al. Revista electrónica de psiquiatría. 1998;2(3);1337-3148.

<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/potomania-a-proposito-de-un-caso/>

Consultado Junio 20,2020

31. Saad M. Eymann A. et.al. Evolución y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: serie de casos. Arch Argent Pediatr. 2021;119(4);364-369.

<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n4a27.pdf>

Consultado Septiembre 16, 2021.