

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

La regulación de comer consiste en un complejo proceso neurobiológico cuyas funciones son sincronizar los mecanismos de apetencia y saciedad para regular la frecuencia, número y cantidad de cada comida, así como controlar la energía que se acumula en el tejido adiposo.



“Comer normal”: ingesta de alimentos que permite un balance energético equilibrado y con aporte de nutrimentos completos con respecto a la edad y género de la personas, distribuido de manera regular durante el día.

“Comer sintomático”: patrón de alimentación que se caracteriza por ser calóricamente desequilibrado, con una pérdida de la capacidad de regular la ingesta (excesiva restricción o total descontrol) y una relación con los alimentos que suele acompañarse de sentimientos de culpa o displacer.

Se caracterizan por la práctica persistente de conductas dirigidas al control del peso corporal, mismas que generan una disfunción psicosocial y/o alteraciones de salud física de quien la padece; constituyen un conjunto de enfermedades que comparten un continuo de aspectos genéticos, biológicos y psicopatológicos.



ANOREXIA NERVIOSA:

Síndrome caracterizado por:

- 1) Inanición autoinducida de intensidad significativa.
- 2) Búsqueda implacable de la delgadez o miedo mórbido a la obesidad.
- 3) Signos y síntomas médicos debido a la inanición.

Suele asociarse con distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la percepción propia de ser de un tamaño alarmantemente grande, a pesar de existir una delgadez extrema.

- 10 a 20 veces más frecuente en mujeres.
- suele iniciar en la adolescencia entre 14 y 18 años. Sin embargo también puede presentarse hasta los 30 años.

Factores biológicos: presencia de un locus de susceptibilidad en el cromosoma 1p.

Factores psicológicos: características de personalidad como restricción emocional, perfeccionismo y rigidez.

Factores sociales: por el énfasis que hace la sociedad en la delgadez y el ejercicio para mantener buena figura.

Cuadro clínico:

Tiene un comienzo insidioso e inicia con un periodo de fuerte restricción de alimentos y/o con dieta y pasa consecutivamente por diferentes etapas hasta la caquexia, caracterizada por desnutrición, deterioro orgánico y gran debilidad física.

- Suelen negarse a comer con su familia o amigos.
- Tienden a ocultar su delgadez con ropa holgada.
- Poca capacidad de reconocimiento de su enfermedad.
- Dietas rígidas bajas en carbohidratos y grasas.
- Pensamiento constante de comida.
- Aumento en la sensación de saciedad.
- Dolor epigástrico.
- Aumento significativo de la actividad física.
- Marcada disminución de su interés por el sexo.



Rest restrictivo:

- Consumo entre 300 y 500 kcal/día.
- Ejercicio excesivo.
- No presentan episodios de atracones.
- Tienen rasgos obsesivo-compulsivos.



Con atracones o purga:

- No logran mantener la restricción alimentaria y recurren a episodios intermitentes de atracones (en secreto y por la noche).
- Purgas como compensación secundaria
- Uso de laxantes o diuréticos.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Trastornos de control de impulsos.
- Estos px. comparten rasgos con la bulimia nerviosa.



Panel: Physical findings in the main eating disorders

Anorexia nervosa*

All systems of the body are affected by starvation, and the damage accumulates over time. Also, if there are additional purging behaviours, the risk of the following conditions is increased:

- Cardiovascular: hypotension, bradycardia, prolonged QT, arrhythmias, cardiomyopathy
- Dermatological: dry scaly skin and brittle hair (hair loss), lanugo (ie, fine downy body hair)
- Endocrine and metabolic: hypoglycaemia, hypokalaemia, hyponatraemia, hypothermia, altered thyroid function, hypercortisolaemia, amenorrhoea, delay in puberty, arrested growth, osteoporosis
- Gastrointestinal: prolonged gastrointestinal transit (delayed gastric emptying, altered antral motility, gastric atrophy, decreased intestinal mobility), constipation
- Haematologic: anaemia, leukopenia, thrombocytopenia
- Neurological: peripheral neuropathy, loss of brain volume: ventricular enlargement, sulcal widening, cerebral atrophy (pseudatrophy—corrects with weight gain)
- Oral: dental caries
- Skeletal: osteopenia
- Renal: renal calculi, acute kidney injury (from dehydration and purging)
- Liver: transaminitis, liver failure
- Reproductive: amenorrhoea, infertility, low birthweight infant

Biological factors

- Genetic predisposition
- Gender: female-male ratio=10:1
- Obsessive-compulsive or autistic spectrum traits
- Behavioural susceptibility to appetite dysregulation
- Metabolic vulnerability
- Environmental influences in the perinatal period

Psychological factors

- Personality traits (rigidity, attention to detail, intolerance of uncertainty and mistakes, perfectionism)
- Cognitive rigidity with high cognitive control over drives
- High ability to delay reward
- Decreased facial expressivity and ability to decode non-verbal signals from others
- Reduced theory of mind
- Increased sensitivity to social ranking and threat
- Reduced ability to interpret and reciprocate in social interaction
- Body image disturbance
- Alexithymia

Psychosocial factors

- Parental eating problems
- Peer stress (eg, bullying)
- Trauma (exposure)
- Culture (industrialised/western)
- Thin idealisation
- Middle-to-high socioeconomic status (high education of parents)

Behavioural factors

- Overcontrol of weight and eating
- Weight control behaviours
- Overconcern with body-mass index
- Coping by avoidance or perfectionism
- Social isolation
- Impaired physical and mental quality of life

Criterios diagnósticos definidos por el DSM-5:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo
- C. Alteración en la forma como el paciente mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas

Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas

Especificar si:

En remisión parcial. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios de anorexia nerviosa, el criterio A no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B o el criterio C

En remisión total. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios de anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC ^{**}

La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión

Se debe realizar también una exploración física y neurológica exhaustivas y pruebas analíticas como: pruebas de funcionamiento hepático, creatinina sérica, electrolitos séricos, amilasa salival, química sanguínea, perfil de lípidos y EGO. Electrocardiograma.

TRATAMIENTO:

- Ingreso hospitalario: restaurar la desnutrición y deshidratación.

(peso menor al 85% del estimado como peso sano, pérdida ponderal aguda o rechazo a la ingesta de alimentos).

IMC $> 0 = a 16$.

Psicoterapia:

Terapia cognitivo-conductual: enseñar a los px. a registrar su ingesta de alimentos y sus emociones. Técnicas de reestructuración cognitiva.

-Psicoterapia dinámica: regulación de afecto, autoestima, miedo a la madurez y desconfianza interpersonal.

-Psicoterapia familiar: características de personalidad de los padres y las dinámicas familiares disfuncionales que pudieran perpetuar la enfermedad.

- Tratamiento farmacológico: antipsicóticos como olanzapina, risperidona y aripiprazol por su potencial para aumentar el peso corporal, propiedades anti obsesivas y ansiolíticas.
- Antihistamínicos: como ciproheptadina a dosis altas (24 mg/día) puede facilitar el aumento de peso y proveer un efecto antidepresivo leve.

BULIMIA NERVIOSA



El principal objetivo es alcanzar una extrema delgadez, sin embargo estos pacientes se mantienen por lo regular en un peso normal.

Es caracterizado por la realización frecuente de rígidas dietas imposibles de sostener, asociadas a episodios recurrentes de atracones, seguidos de purgas o ejercicio excesivo, destinadas a evitar el aumento de peso.

-Inicia por lo general en la adolescencia tardía o en etapas tempranas de la vida adulta.

-Más frecuente en mujeres que en hombres, relación 10:1.

-Por lo general se produce en mujeres con peso normal pero en ocasiones hay antecedente de sobrepeso u obesidad.

Factores biológicos: relación con el cromosoma 10p.

Factores psicológicos: pacientes muestran problemas con las exigencias de la adolescencia. Tienden a ser perfeccionistas, extrovertidos e impulsivos, muestran desregulación afectiva, hiperreactividad al estrés, conductas autodestructivas, baja autoestima y miedo al abandono.

Factores sociales: Tienden a mostrar un alto rendimiento y a responder a las presiones de la sociedad a favor de la delgadez.

Biological factors

- Genetic predisposition (uncertain)
- Gender: female-male ratio=3:1
- Metabolic vulnerability
- Ethnicity: increased prevalence in Asians
- Behavioural susceptibility to appetite dysregulation

Onset: late puberty

Psychological factors

- Childhood adversity
- Attention-deficit hyperactivity disorder traits (impulsivity and difficulty paying attention)
- Inability to delay reward
- Social cognition problems with emotional avoidance
- Body image disturbance
- Alexithymia

Psychosocial factors

- Parental eating problems
- Peer pressure (eg, bullying)
- Fat talk (ie, conversations including negative and disparaging comments about body shape or eating behaviour) from peers, family, authority figures
- Trauma (exposure)
- Culture (industrialised/western)
- Thin idealisation

Behavioural factors

- Weight control behaviours
- Overconcern with body-mass index
- Coping by avoidance or perfectionism
- Social isolation
- Impaired physical and mental quality of life

Cuadro clínico:



Son menos restringidos y están más conscientes de sus sentimientos que los pacientes con AN.

-Tienen un peso normal.

-Reconocen su enfermedad e incluso sienten vergüenza.

-Les preocupa cómo los ven los demás y su atractivo sexual.

-Consumen alimentos altos en carbohidratos y pueden llegar a consumir miles de kilocalorías por cada atracón.

-Los vómitos son provocados inmediatamente después del atracón.

Existen dos tipos:

1.Purgativo: los pacientes se provocan el vómito con regularidad (80 a 90%) o usan laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Es el subtipo predominante.

2.No purgativo: emplean otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno prolongado y/o ejercicio intenso. Estos pacientes tienden a ser obesos.



Bulimia nervosa and binge eating disorder

Physical findings mainly due to the effects of starvation or vomiting:

- Often similar to anorexia nervosa, but less severe
- Specific problems related to purging include:
 - Cardiovascular: arrhythmias, cardiac failure (sudden death)
 - Endocrine and metabolic: electrolyte disturbances (K^+ , Na^+ , Cl^- , metabolic acidosis [laxatives] or alkalosis [vomiting])
 - Gastrointestinal: constipation or steatorrhoea, gastric or duodenal ulcers, pancreatitis, oesophageal or gastric erosions or perforation
 - Haematological: leukopenia or lymphocytosis
 - Oral: dental erosion
 - Renal: acute renal injury

Criterios diagnósticos definidos por el DSM-5:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingesta, en un periodo determinado, 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
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal
- E. La alteración no se produce de manera exclusiva durante los periodos de anorexia nerviosa

Especificar si:

En remisión parcial. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios se han cumplido durante un periodo continuado

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

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional

Se debe realizar también una EF para valorar las secuelas de las conductas purgativas como erosión del esmalte dental, hipertrofia de glándulas parótidas, callos y lesiones en el dorso de la mano (signo de Russell). Y pruebas analíticas: Pruebas de funcionamiento hepático, creatinina sérica, electrolitos séricos, amilasa salival, química sanguínea, perfil de lípidos y EGO.

TRATAMIENTO:

-Terapia cognitivo-conductual: se considera el tx. principal. Implementa una serie de intervenciones para interrumpir el ciclo conductual de atracones/purgas, realización de dietas y modificar las cogniciones disfuncionales en torno a la comida y su imagen corporal.

Tratamiento farmacológico:



Antidepresivos

- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).
- Tricíclicos (ATC).
- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

TRASTORNO POR ATRACÓN



Los pacientes presentan atracones recurrentes durante los cuales ingieren cantidades anormalmente grandes de alimento en periodos cortos; por lo general ocurren en privado y a base de alimentos hipercalóricos y con sensación de pérdida de control ante el impulso de comer. A pesar del profundo malestar al recordar los atracones, los pacientes no llevan a cabo conductas compensatorias secundarias.

-Se considera el trastorno de la conducta alimentaria más común.

-Más frecuente en mujeres en relación 3:2.

-

Factores biológicos: se ha encontrado mayor prevalencia en familias con obesidad.

-Factores psicológicos: se ha vinculado con estilos de personalidad impulsiva y extrovertida, así como rasgos ansiosos en individuos obesos.

-Factores sociales: están relacionados con la práctica de dietas muy bajas en calorías y/o restricción alimentaria.

Cuadro clínico:



- Aproximadamente la mitad de los pacientes tienen sobrepeso u obesidad.
- Suelen presentar preocupación por su imagen y peso.
- Tienen una baja calidad de vida, disgusto por su figura y peso.
- Frustración ante la incapacidad de controlar su ingesta.
- Para algunos pacientes los atracones son precipitados por un estado de ánimo disfórico y tienen características ansiolíticas y liberadoras de estrés.

Criterios diagnósticos definidos por el DSM-5:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingesta, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo similar en circunstancias parecidas
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando físicamente no se siente hambre
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado
- C. Malestar intenso respecto a los atracones
- D. Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa

Especificar si:

En remisión parcial. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado

En remisión total. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional

TRATAMIENTO:

-

Terapia cognitivo-conductual: entrenamiento para la identificación de situaciones, conductas o sentimientos que puedan desencadenar el atracón.

-Grupos de autoayuda.

-Tratamiento farmacológico:

ISRS como fluoxetina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina y sertralina.

Imipramina, topiramato, orlistat, sibutramina.

Anfetaminas y metanfetaminas (eficaces a corto plazo).