



Revista Costarricense de Psicología

ISSN: 0257-1439

editorial@rcps-cr.org

Colegio Profesional de Psicólogos de
Costa Rica
Costa Rica

SCHAPIRO SÁNCHEZ, ANA
IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS
DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Revista Costarricense de Psicología, vol. 25, núm. 38, 2006, pp. 47-54

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748703003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

THE IMPORTANCE OF DIAGNOSTIC APPROACH ON EATING DISORDERS PATIENTS

*DRA. ANA SCHAPIRO SÁNCHEZ

RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria están causando un "boom" en la actualidad, por su gran aumento en las últimas décadas, y son entidades de las cuales falta mucho terreno por explorar. Se sabe que son cuadros complejos que involucran hechos socioculturales, conductuales, neuroendocrinos, cognitivos, emocionales, somáticos, que se entrelazan y son difíciles de descifrar. Por esto, se hace importante una evaluación precisa y clara de estas patologías para entenderlas y hacer un abordaje más integral. Se presentan datos de revisión de expedientes de pacientes del servicio de adolescentes del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica (HNP), con el fin de documentar dicha problemática.

Palabras claves: abordaje diagnóstico, adolescentes, anorexia. Bulimia, trastorno alimentario.

ABSTRACT

Eating disorders have boosted in the recent decades and yet being an unexplored field. It is known the involvement of sociocultural, behavioral, neuroendocrine, cognitive, emotional, somatic facts that intertwine to complex symptoms that is difficult to unwind. Therefore, the importance of a precise and clear evaluation of these pathologies arises, in order to understand and to have an integral approach on them. For the purpose of documenting such complex symptoms this article presents data from the review of adolescent patients' medical record of Costa Rican National Psychiatric Hospital (Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica).

Keywords: diagnostic approach, adolescents, anorexia, bulimia, eating disorder, obesity.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria fueron descritos desde épocas medievales pero, actualmente, su relevancia se debe a que han tenido un crecimiento exponencial.

La población más vulnerable son los adolescentes, por la sensibilidad que tienen ellos a la opinión de las otras personas y por la inseguridad con respecto a lo que gustan y lo que quieren de su vida.

Es pertinente mencionar la importancia del factor tiempo en el manejo de los trastornos alimentarios, por lo que se tiene mejor pronóstico cuanto más rápido se establezca el tratamiento que incluye disciplinas como Psiquiatría, Medicina interna, Nutrición, Enfermería y Trabajo Social.

Por eso, es fundamental tener un diagnóstico claro en los trastornos de alimentación, ya que mejorará la comunicación entre los profesionales y favorecerá los avances en la investigación de dichos trastornos.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Según Gambill (1998), se estima que, aproximadamente, 8 millones de jóvenes presentan síntomas de trastornos de conducta alimentaria; de estos, cerca del 90% son mujeres y un 10% son varones.

Según Chinchilla Moreno (2003), la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común de las mujeres adolescentes y se estima



que se presenta en el 0,5% a 3% de todos los adolescentes; mientras que la incidencia de bulimia varía de un 4 a 10% y su prevalencia entre el 1 y 3% (Turón, 2002).

Además, los síndromes parciales (trastornos de conducta alimentaria que no cumplen con todos los diagnósticos anteriores) tienen una elevada prevalencia e incidencia; la primera es de aproximadamente 3,2 hasta 18,1% en los jóvenes. Es probable que estos sean más frecuentes entre los jóvenes que los trastornos alimentarios clásicos, pero muchos no se diagnostican ni se tratan, como sugieren Steiner y Lock (1998).

Las tasas de mortalidad que se han encontrado son variables; pueden ir desde un 4% a un 20%, y el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando el paciente tiene un déficit de peso-talla de un 40% (Chinchilla Moreno, 2003).

Hay algunas características alarmantes de los trastornos de alimentación, entre ellas están:

- Un crecimiento exponencial en los casos o en el diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria.
- Mortalidad de un 5% a 20%; las principales causas de muerte son la inanición, el secuestro cardíaco y el suicidio.
- Mantiene en una situación de cronicidad a casi una cuarta parte de las personas afectadas, lo que produce disfunción sociolaboral, familiar y sexual.
- Produce un intenso y dramático padecimiento en los pacientes y en quienes los rodean.
- Alta tasa de recaídas e ingresos hospitalarios prolongados (82%), lo que lleva a un alto gasto económico.

A pesar de dichas cifras, los datos epidemiológicos reales son difíciles de precisar, ya que las pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a los profesionales de la salud o en el ámbito familiar.

En investigaciones de Morales, Ramírez y Ureña (2001), en Costa Rica, según un estudio realizado durante un año (2001-02), en el Hospital Nacional de Niños, se recolectaron las siguientes cifras epidemiológicas en pacientes con trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa en un 50%, bulimia nerviosa 22,7%, y síndromes parciales 27,3%.

Como un aporte a este artículo, reseñaremos parte de la experiencia profesional adquirida en el proceso de formación en la residencia en Psiquiatría.

La experiencia que se vive en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) es que la gran mayoría de las jóvenes proviene de hogares disfuncionales, generalmente hay sobre-involucramiento de la madre con la hija y un padre periférico o ausente. Dado que la problemática no es únicamente de la joven sino del núcleo familiar, la intervención se torna más difícil por la resistencia al cambio que hacen los miembros del grupo familiar.

Es muy contradictorio ver a los padres que buscan ayuda para sus hijos y que luego no acatan las indicaciones del terapeuta e, inclusive, lo desautorizan. En casos extremos, algunos padres se han llevado a sus hijos del servicio sin la autorización del equipo tratante.

Se realizó una revisión de expedientes de pacientes ingresados en el HNP con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, en el periodo comprendido entre el año 2000 y el 2003, y se obtuvieron los siguientes resultados.

Se obtuvo una muestra de 49 pacientes de los cuales 95.9% son mujeres con una edad promedio de 17 años. Esto evidencia un inicio temprano de la enfermedad, por lo que deben buscarse indicios de alteración en centros de estudio y en las consultas de salud de los adolescentes.

Son pacientes que provienen del Valle Central, principalmente de Desamparados y Alajuelita.

El grupo familiar está constituido en un 40% por ambos padres y en un 27,7%, únicamente por la madre. Esto refleja las disfunciones existentes



entre la pareja las cuales se manifiestan como enfermedad en la paciente adolescente.

La mayoría de las personas se encuentra en secundaria, es decir, son jóvenes que están preparándose para un mejor futuro.

Cabe resaltar la importancia de un diagnóstico certero y un abordaje integral que involucre a toda la familia. En esto hay una gran falla, ya que de un 56% de las pacientes que ingresaron en ese periodo por primera vez, un 23% reingresaron de dos a tres veces y un 21% ha reingresado cuatro o más veces con una estadía promedio de 245 días. Es decir, hay una alta tasa de recaídas, y la falta de seguimiento es un factor predominante así como la ausencia de adecuadas redes de apoyo para estas familias.

Además del estigma que implica la hospitalización recurrente en estas jóvenes, está también el gasto que la institución realiza en los usuarios, ya que conforme aumenta el número de ingresos se incrementa, además, el número de días de estancia.

Entre de los principales síntomas manifestados se encuentran variaciones según el número de ingresos: los vómitos son más frecuentes en los primeros ingresos; las jóvenes con dos o tres ingresos se caracterizan por vómitos, hiporexia e insomnio y en las que tienen cuatro o más ingresos hay más intentos de autoeliminación, irritabilidad, vómitos e insomnio.

Se evidenció que la principal disfunción de estas jóvenes es en el nivel familiar, ya que se encontró un grupo bajo que tiene buenas relaciones afectivas con sus padres y otro grupo con malas relaciones, en un porcentaje de 34,6%.

CONCEPTO Y DEFINICIONES

Las personas anoréxicas son aquellas que presentan un peso por debajo del límite considerado normal para su peso y su talla, que puede ir desde un 15% hasta un 60%, con amenorrea en los últimos tres ciclos. Las motivaciones primarias de su repulsión para el comer son un miedo abrumador de estar con

sobrepeso, junto con una imagen distorsionada de su cuerpo.

Las personas que padecen de bulimia tienen un peso corporal de nivel normal a alto, incluso pueden tener de unos 2 a 3 kilos por encima del peso considerado estándar, realizan mecanismos compensatorios para no engordar después de hacer atracones, y sienten pérdida de control y culpa tras ellos.

Los síndromes parciales son aquellos trastornos de conducta alimentaria que no cumplen con todos los diagnósticos para las anteriores.

Criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa. DSMIV

- 1- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (pérdida de peso que conlleva un peso inferior al 85% de lo esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, que da como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
- 2- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- 3- Alteraciones en la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que implica el bajo peso.
- 4- En mujeres pos-puberales, con presencia de amenorrea: es decir, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se consideraran periodos de amenorrea en una mujer cuando sus menstruaciones se presentan únicamente con tratamientos hormonales).

Subtipos:

Tipo restrictivo: durante el periodo de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a



episodios de ingesta exagerada o a purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo-purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a episodios de ingesta excesiva o a purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. DSM VI

- 1- Presencia de ingesta excesiva de alimentos, caracterizados por:
 - A- Ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo (por ejemplo, en dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - B- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- 2- Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetitiva, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- 3- Las ingestas excesivas y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- 4- La autoevaluación está exageradamente influenciada por el peso y la silueta corporal.
- 5- La alteración ocurre exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los trastornos de alimentación se caracterizan por trastornos cognitivos y alteraciones conductuales asociadas a la dieta, al peso, y a la figura, aunados a una psicopatología importante.

En estos casos, es primordial hacer un diagnóstico diferencial, ya que el pronóstico puede depender de la exactitud y de la rapidez diagnóstica.

Las principales entidades en las cuales hay que hacer diagnóstico diferencial son las siguientes:

- 1- Anorexia nerviosa.
- 2- Bulimia nerviosa.
- 3- Pérdida de peso en enfermedades médicas (neoplasias, enfermedades metabólicas o endocrinas).
- 4- Trastornos afectivos.
- 5- Esquizofrenia.
- 6- Trastorno obsesivo compulsivo.
- 7- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).
- 8- Trastorno dismórfico corporal.
- 9- Trastornos por ansiedad.
- 10- Trastornos fóbicos.
- 11- Trastornos orgánicos cerebrales.

Comorbilidad de los trastornos de conducta alimentaria

Las pacientes con trastornos de alimentación pueden tener asociadas diferentes patologías de índole psiquiátrica que van a entorpecer o a dificultar su diagnóstico y tratamiento, por lo que resulta muy importante tomarlos en cuenta en el momento de realizar el abordaje integral de dichos pacientes.

- Trastornos afectivos

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL



La comorbilidad existente entre los trastornos de alimentación y los trastornos afectivos ha sido ampliamente descrita desde hace varios años. Existe una asociación entre depresión y anorexia que llega a tasas de incidencia de 42-45% y de prevalencia del 68%.

Mientras que la prevalencia entre depresión y bulimia es de un 33% (Gutiérrez, 2000). Según Braun (1994), la prevalencia de padecer un trastorno afectivo a lo largo de un año es elevada y varía dependiendo del trastorno alimentario: en los casos de anoréxicos restrictivos es de un 42%; en anoréxicos bulímicos es de un 82%, mientras que, en los bulímicos, es de un 64,5%.

• Trastornos bipolares

No se encontró relación entre el trastorno bipolar y los pacientes anoréxicos; en cambio, en bulímicos hay una prevalencia de un 2 a 6,5%.

La presencia de trastornos afectivos no predispone a la aparición de un trastorno alimentario, pero sí se ha encontrado que comparten componentes genéticos (Gutiérrez. 2000).

Comorbilidad con trastornos de ansiedad

Los pacientes que presentan trastornos alimentarios a menudo experimentan trastornos de ansiedad, incluyendo fobias o trastornos obsesivos compulsivos, con una prevalencia de 60% en anorexia y 57% en bulimia (Steiner.H., 1998).

En el 90% de los pacientes con trastornos de alimentación, se presenta ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo un año antes de la clínica del trastorno alimentario.

Comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo

Un estudio de Cervera y Quintanilla (1995) informó de que ocurría esta comorbilidad en un 83% de los casos, y se presentaba alteración en la forma como ejecutan los ejercicios, las dietas, como perciben los alimentos, el peso, entre otros.

Hay una prevalencia del 19-22,4% en anoréxicos, en bulimia; y de un 9,7 -12,9% en otros trastornos.

Comorbilidad con trastornos de personalidad

En los últimos años, este apartado ha sido objeto de investigación para determinar qué relación tiene la personalidad en la génesis de los trastornos de alimentación, conocer su repercusión en la respuesta al tratamiento, pronóstico y, además, para facilitar la detección de adolescentes en riesgo. Sin embargo, no hay estudios que realmente aclaren este punto, ya que no se ha tomado en cuenta qué factores, como la desnutrición y las alteraciones del humor, pueden modificar los resultados obtenidos en la personalidad. Tampoco existen escalas adecuadas para valorar la personalidad en la adolescencia. Además, se utilizan muestras reducidas o existe la duda de la validez de algunas entrevistas.

Cuando hay comorbilidad entre trastornos de conducta alimentaria y trastornos de personalidad, se produce una mayor alteración afectiva, con mayor índice de gestos suicidas, disfunción familiar y mayores probabilidades de hospitalización.

La pertinencia de valorar si hay comorbilidad con un trastorno de personalidad es porque constituye un factor de mal pronóstico, con un curso muy errático, y por la importancia que toma el abordaje de forma integral para mejorar la evolución clínica. Se destaca que en la anorexia predomina el Grupo C, principalmente la personalidad evitativa, 14,3%, dependiente 10,5%, obsesivo compulsivo en 6,7% y pasivo agresivo en 4,8%. Por otro lado, la bulimia se presenta en el Grupo B, especialmente en la personalidad fronteriza: 9%.

Comorbilidad con abuso de sustancias

Hay muchos estudios que correlacionan los trastornos alimentarios y el abuso de sustancias, especialmente con el alcoholismo.

Según Halmi *et al.* (1996), la anorexia se asocia con consumo de alcohol en un 8% y de drogas especialmente de *canabis* en un 12%.



En la bulimia hay una prevalencia del 44% de uso y abuso de sustancias; se presenta con más frecuencia en personas sobrevivientes de abuso sexual. En este tipo de personas existe una mayor tendencia hacia el robo, la cleptomanía, el consumo de sustancias ilícitas, alcoholismo y autoagresiones (Guerrero-Prado, D. *et al*, 2001 y Chinchilla Moreno, 2003).

Es decir, es más fuerte la asociación entre el abuso de sustancias y la bulimia que con respecto a la anorexia.

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Siempre se deben valorar varios aspectos para lograr una entrevista exitosa; entre ellos está el establecimiento de una relación terapéutica empática, motivación del paciente, conocer el inicio del trastorno, sus detonantes, el estado físico y las complicaciones que haya sufrido por su padecimiento, métodos para perder peso, las restricciones de la comida, la historia menstrual, la comorbilidad con otras patologías, la historia psicosocial, desarrollo psicosexual y laboral, el tipo de relaciones interpersonales, la autoimagen, las distorsiones en el pensamiento, la repercusión social del trastorno, la actitud hacia la comida y hacia el peso, la presencia de comportamientos compulsivos, hiperactividad, rituales, descontrol de impulsos en otras áreas (sexual, drogas, cleptomanía). Se debe tomar en cuenta, además, el grado de conciencia de la enfermedad y la actitud de la familia hacia esta.

Evaluación de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Cuando nos enfrentamos con un paciente con sospecha de presentar un trastorno de conducta alimentaria, es primordial realizar una adecuada evaluación, ya que esto ayudará a conocer y comprender su proceso, establecer un diagnóstico correcto, conocer el estado actual de la enfermedad y tomar las medidas para orientar el tratamiento.

Existen algunos tests que nos permiten evaluar las diversas áreas del funcionamiento, hacer una valoración completa del paciente, detectar casos

incipientes y, además, pueden utilizarse para monitorear la respuesta al tratamiento (Chinchilla Moreno, 2003).

Hábitos alimentarios, cogniciones y psicopatología

- **Eating Altitudes Test (EAT-40/ 26).** Se utiliza como medida de *screening* para determinar si hay presencia de trastornos alimentarios.
- **Eating Disorders Inventory (EDI-1, 2).** Evalúa distintas áreas cognitivas y conductuales características de la anorexia y la bulimia. El EDI 2 se puede usar de *screening*.
- **Cuestionario autoaplicado para la bulimia, Test de Edimburgo (BITE).** Detecta síntomas bulímicos; se puede usar para la detección precoz en la población general.
- **Escala de observación de conducta anoréxica para padres y cónyuge (ABOS).** Se utiliza para la detección precoz.

Insatisfacción con la imagen corporal

- **Body Shape Questionnaire (BSQ).** Explora el grado de ansiedad que experimentan las pacientes respecto a su propio cuerpo.
- **Body Altitudes Test (BAT).** Explora el grado de satisfacción y la actitud hacia la propia imagen corporal.
- **Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ).** Las pacientes indican el grado de acuerdo o desacuerdo acerca de su silueta e imagen corporal.

Sintomatología depresiva

- **Beck Depresión Inventory (BDI).**

Valoración de la personalidad

- **MMPI.**



- **EPI (Eysenck Personality Inventory).**
- **Millón.**

Valoración familiar

- Escala de clima familiar (FES). Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia y su estructura básica.

CONCLUSIONES

1. Se hace evidente la necesidad de hacer una evaluación y una valoración integral de los pacientes con trastorno alimentario para mejorar su evolución y pronóstico. También para ser objetivos con los síntomas y extrapolar y comparar distintas experiencias clínicas.
2. Se demuestra la amplia gama de posibilidades diagnósticas existentes ante un paciente con un trastorno de conducta alimentaria.
3. Se destaca la utilidad de los métodos diagnósticos disponibles para el *screening*, valoración de comorbilidad, estructura de personalidad y respuesta al tratamiento en los pacientes con trastorno de conducta alimentaria.
4. Existe mayor gravedad del cuadro y peor pronóstico cuando hay comorbilidad entre el trastorno alimentario y un trastorno de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

Alemán, A.; Beber, C.; Bennedetti, I. (1996). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria*.

Colombia: Editorial Atuel. Págs. 37-50.

Braun, L.; S. Sunday; K. Halmi. (1994). *Psychiatric comorbidity in patients with eating*

disorden. Psychological and Medical practice. Num. 24: 859-867.

Cervera, E.; B. Quintanilla. (1995). *Anorexia nerviosa: manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. Pamplona: EUNSA.

Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. España: Masson. Págs. 15-18.

Gambill, C. (1998). *Anorexia and bulimia in girls and young women*. Recertification series. Physicians Assistant; 22:18,2025-7.

García-Camba, J. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson. Págs. 94-104.

Guerra Prado, D.; J. Barjau Romero. (2001). *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura*. Actas Españolas de Psiquiatría. 29(6) 403-410.

Gutiérrez Rodríguez, M. (2000). *La mente anoréxica*. I Congreso virtual de Psiquiatría. 1 de febrero-15 marzo [citado 3 enero 2004]; Conferencia 53-CI-D:[15pantallas] en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa_53/conferencias/53-ci-d.htm

Halmi, K.etal. (1996). *Ten-Year outcome in adolescent onset anorexia nervosa*. Journal of youth and adolescent 25, (4). Págs. 533-544.

Maj, Mario, et al. (2003). *Eating disorders*. England, WPA Series.

Morales, A.; W. Ramírez; M. Ureña. (2001). *Anorexiay bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescente*. Acta Pediátrica Costarricense. Págs. 93-108.

Steiner, H.; J. Lock. (1998)- *Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years*. Journal American



Academic Children and Adolescents Psychiatry.
37: 352-9.

Turón, Gil; T. Aranda Fernández. (2002).
*Trastornos de la alimentación: guía básica de
tratamiento en anorexia y bulimia*. España:
Masson.

Yagel. J.; A. Anderson.; M. Devlin. (2000).
*Practice for the treatment of patients' guideline
with eating disorders* (Revisión). American
Journal Psychiatry. January. Number 1. Volumen
157.