



La GULA y los siete trastornos alimentarios

Alfredo Hernández-Alcántara,
Julieta Aréchiga-Viramontes y Adriana Méndez-Villa

¿Qué es un trastorno alimentario?

Antes que nada, es preciso diferenciar entre *factor de riesgo* y *trastorno alimentario*. El primero se caracteriza por ser un síntoma aislado (por ejemplo, el temor a la obesidad) y el segundo, por reunir un conjunto de signos y síntomas que conforman un cuadro clínico o diagnóstico. Como los *factores de riesgo* afectan el proceso de la salud, contribuyendo a su desajuste, el *cuadro clínico* constituye una alteración grave de la conducta alimentaria.

Anorexia y bulimia nervosa

El término *anorexia nervosa* históricamente se atribuye al doctor Richard Morton, quien la denominó así por primera vez en 1689. Posteriormente el fenómeno fue estudiado en el Reino Unido por sir



Tomado de: www.elcatolicismo.com.co

William Gull (1837-1891), y en Francia por Charles Lassegue (1816-1883). El término proviene del prefijo griego de negación *a*, y *orégo*, “apetecer” (literalmente *sin apetito*). Se caracteriza por la restricción de la ingesta alimentaria (dieta restringida) y delgadez extrema. El nombre de la *bulimia nervosa* se deriva del griego *bou*, “buey”, y *limós*, “hambre” (literalmente, *hambre de buey*), y esta alteración se distingue por comer abundantemente durante cortos periodos de tiempo, seguidos de prácticas compensatorias.

Características de la anorexia y la bulimia

Entre las principales características de la anorexia destacan un claro rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales (por ejemplo, pesar menos del 85 por ciento esperable en función de la edad y talla del sujeto), una notoria dificultad para aumentar de peso durante el periodo de crecimiento, y miedo intenso a ganarlo (temor a la obesidad). Suele presentarse alteración o distorsión de la imagen corporal (sobreestimación) consistente en suponer que el propio cuerpo tiene sobrepeso u obesidad cuando en realidad se posee una figura delgada o un bajo peso. La ausencia de menstruación o amenorrea en la anorexia es frecuente en mujeres, y es consecuencia de las alteraciones del organismo por la pérdida de grasa y peso extremos.

Por su parte, la bulimia se caracteriza por atracones recurrentes, es decir, por comer grandes cantidades de

La anorexia y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria de los que se habla mucho en los medios. Pero hay otros que son poco conocidos, quizá por no tener tantas repercusiones en la salud como los primeros, o porque simplemente son menos frecuentes. La obesidad, que bien podría considerarse un trastorno alimentario, es considerada una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud

alimento durante periodos cortos de tiempo (por ejemplo, dos horas), acompañadas de una sensación de pérdida de control sobre la forma de comer. Como consecuencia, puede incurrirse en conductas inapropiadas o dañinas llamadas *compensatorias*, cuyo fin es, falsamente, perder peso. Suele también haber alteración de la imagen corporal y una valoración personal fuertemente influenciada por el peso y la silueta.

Trastorno alimentario no especificado

El *trastorno alimentario no especificado* (TANE) o trastorno alimentario subclínico se distingue porque no reúne los criterios clínicos para la bulimia o anorexia. Por ejemplo, se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso considerable, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad, o bien la menstruación ocurre de manera natural o constante; en el caso de la bulimia, se cumplen todos los criterios diagnósticos con excepción de que los atraco-

nes duran menos de dos horas por evento. Por esto, el trastorno alimentario no especificado es considerado una entidad subclínica.

Otros trastornos alimentarios

Existen otros trastornos alimentarios menos conocidos que se deben mencionar: pica, rumiación, trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, *binge eating disorder* (BED, trastorno por atracón) y, excepcionalmente, la obesidad, que no es considerada un trastorno por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002), pero sí es una enfermedad para la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).

Pica

La pica (del latín *pica*, urraca) se caracteriza por comer sustancias no nutritivas para el organismo. Por ejemplo pintura, yeso, cuerdas, cabellos, ropa, arena, insectos, hojas, guijarros, tierra, excremento o estiércol. El tipo de sustancia ingerida puede variar con la edad, sin mostrar aversión hacia ella. Se ha observado que este comportamiento está asociado con otros trastornos mentales, por ejemplo, el trastorno generalizado del desarrollo o retraso mental.

Rumiación

El nombre de este trastorno proviene de los mamíferos ungulados o rumiantes (como la vaca, el toro o el camello), que tienen un estómago con varias cámaras o secciones a donde llega el alimento sin masticarlo, se predigiere y es devuelto a la boca como bolo alimenticio, donde es masticado y tragado nuevamente. Naturalmente, los seres humanos no poseen un estómago con varias cámaras como los rumiantes; el nombre sólo hace alusión a ese fenómeno. Así, la característica esencial del trastorno por rumiación es devolver a la cavidad bucal los alimentos, masticarlos y volverlos a digerir.

Los alimentos parcialmente digeridos reaparecen en la boca sin que aparentemente se asocien con náuseas, arcadas, disgusto o alguna enfermedad conocida. Los niños afectados asumen una postura característica, estiran y arquean la espalda con la cabeza hacia atrás, producen movimientos de succión con la lengua y dan

la impresión de experimentar satisfacción. Los síntomas no se deben a alguna enfermedad gastrointestinal u otra enfermedad médica (por ejemplo, reflujo esofágico). Aunque el trastorno es común entre los menores, también puede presentarse en personas mayores, particularmente con retraso mental.

Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

La particularidad de este trastorno es la incapacidad de comer adecuadamente, lo que se pone de manifiesto en la dificultad para ganar peso o bien perderlo rápidamente. No se acompaña de enfermedades digestivas u otra enfermedad médica (por ejemplo, reflujo esofágico). Típicamente el inicio del mismo ocurre antes de los seis años de edad.

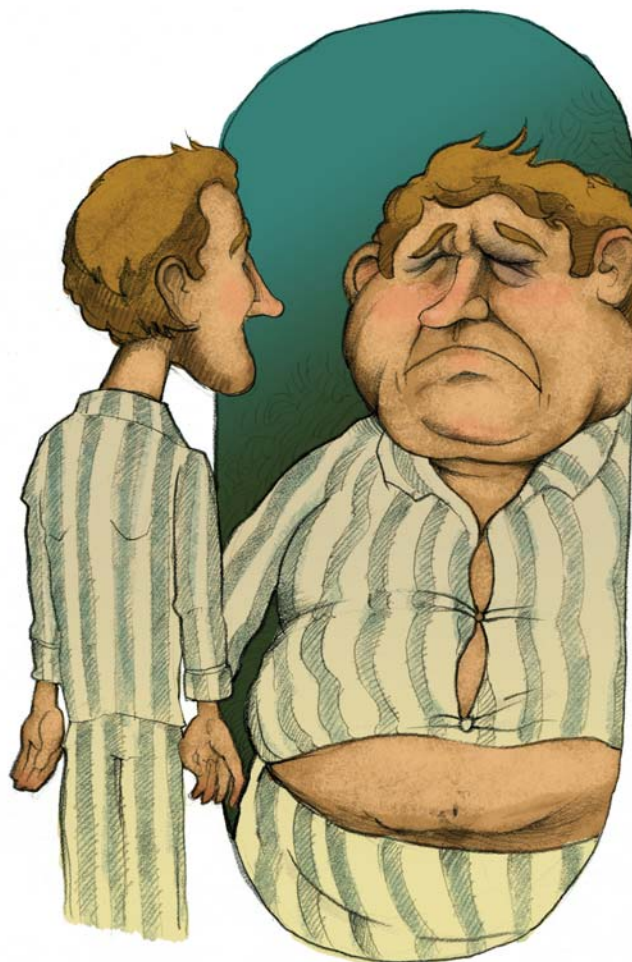
Binge eating disorder

El concepto de *trastorno por atracón* ha sido causa de polémicas acerca de su categorización como un trastorno alimentario específico. Las personas afectadas por él comen compulsivamente sin recurrir a conductas compensatorias. Es decir, el trastorno por atracón o “comer compulsivo” fue propuesto con el fin de diferenciar la bulimia de tipo *purgativa* de la de tipo *no purgativa*. Un grupo de investigadores, encabezados por Spitzer, presentaron una serie de criterios clínicos para identificarlo y le llamaron *binge eating disorder* (BED), pero fue rechazado. Posteriormente, el BED fue definido como un desorden alimentario con características clínicas propias que continúa en debate (Ramacciotti y colaboradores, 2000).

Obesidad

Se dice que uno de los siete pecados capitales es la gula. Sin embargo, la obesidad es una enfermedad multifactorial (debida a múltiples causas) que no necesariamente se limita a comer en exceso. De acuerdo con la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad está catalogada como enfermedad, pero no como trastorno alimentario (APA, 2002).

La presencia de obesidad aumenta en el mundo, y en México seis o siete de cada diez personas la pade-



cen, o por lo menos tienen sobrepeso. Esta enfermedad plantea serios riesgos para el desarrollo de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedades de la vesícula biliar y ciertas formas de cáncer. Desde la perspectiva sociocultural se cree que el estilo de vida guarda estrecha relación con la enfermedad; por ejemplo, escasez de actividad física, sedentarismo y consumo elevado de alimentos ricos en contenidos calóricos y grasos. Algunos estudios revelan que ver televisión por largos periodos de tiempo se asocia con obesidad y diabetes (Tucker y Bagwell, 1991), lo que refuerza la idea de que esta enfermedad puede ser consecuencia de la interacción con el medio ambiente.

La postura biológica, en cambio, señala que el peso corporal depende del equilibrio entre *consumo* y *gasto energético* en función de tres variables: la genética, el nivel de actividad física y la actividad metabólica. Y la teoría de la herencia identifica una docena de genes

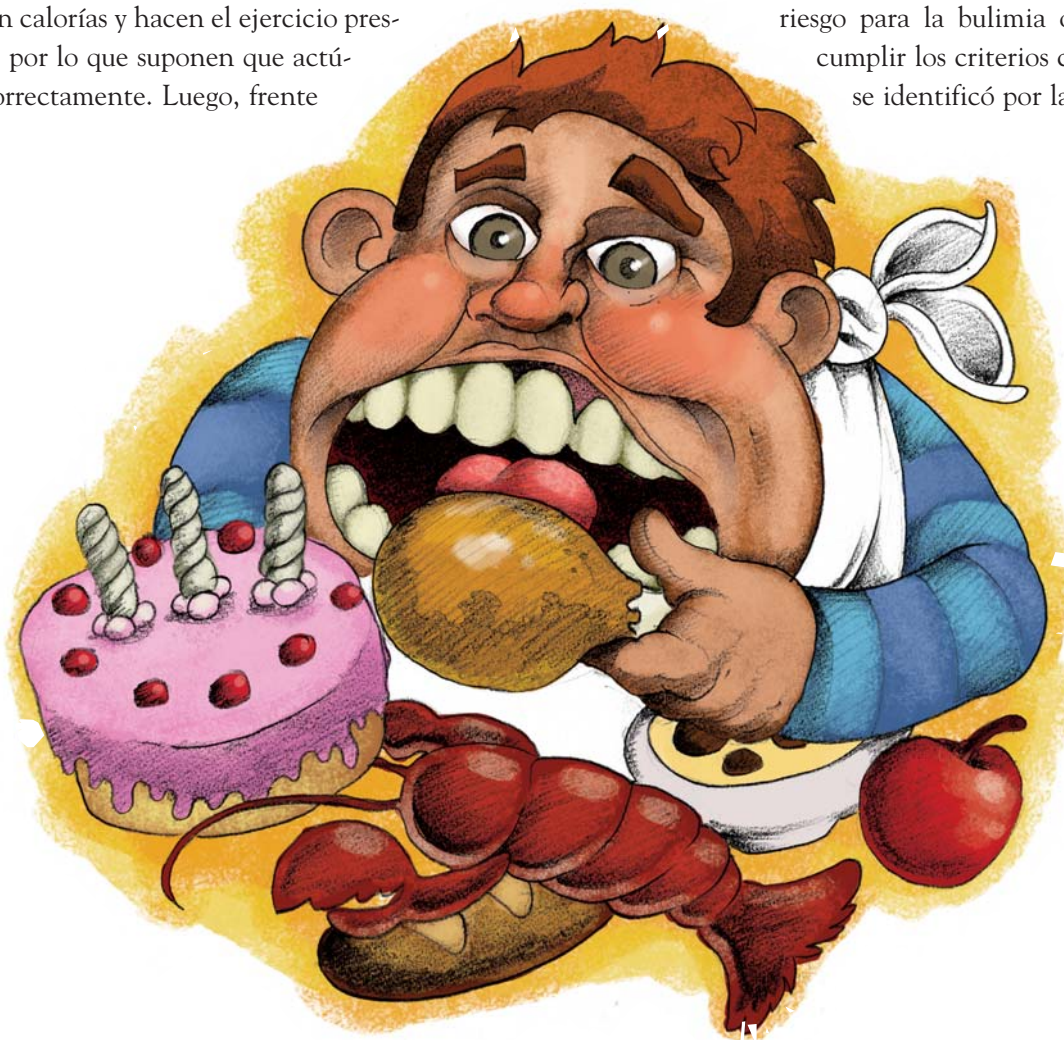
que parecen estar relacionados con la obesidad. Hacia 1994 se descubrió el gen *OB*, responsable de la producción de *leptina* en los adipocitos (células de tejido adiposo). La leptina es una hormona que disminuye el apetito y estimula el metabolismo. Se sabe que las personas obesas tienen altos niveles de esta hormona (por su elevada proporción de grasa corporal, formada por adipocitos). Entonces, ¿a qué se debe en ellos la obesidad? Es posible suponer que la presencia abundante de leptina disminuiría su apetito y aceleraría su metabolismo; sin embargo, esto no ocurre. ¿Por qué? Posiblemente porque son resistentes a la leptina (leptino-resistentes); es decir, el problema reside en la deficiencia de los receptores de leptina.

La postura psicológica, por su parte, señala que el paciente obeso suele tomar la actitud de “todo o nada” entre control y descontrol. Por ejemplo, en el tratamiento en turno vigilan su alimentación, miden calorías y hacen el ejercicio prescrito, por lo que suponen que actuarán correctamente. Luego, frente

al mínimo error, sucumben ante la idea de que han fallado, refuerzan la creencia de que son incurables, sufren autocondena y se sienten incapaces de seguir el tratamiento, abdicando a él. Entonces sólo queda comer y comer, hasta llegar a la *obesidad crónica o mórbida*. Algunos teóricos opinan que la sobreingesta o *hiperfagia* corresponde a una forma de enfrentar problemas, o incluso una forma de *gratificación* desde el punto de vista psicoanalítico.

Conclusiones

Luego de la examinar los siete trastornos alimentarios y la obesidad, el panorama sobre la presencia de otras alteraciones alimentarias se extiende, como puede apreciarse, más allá de la anorexia y la bulimia. Así, el *trastorno alimentario no especificado* se caracterizó por presentar algunos factores de riesgo para la bulimia o anorexia, sin cumplir los criterios clínicos. La *pica* se identificó por la ingesta de ali-



mentos no nutritivos; la *rumiación*, por regurgitar o devolver los alimentos masticándolos reiteradamente, y el *trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez*, por la dificultad para ganar peso o bien perderlo rápidamente. Finalmente, el *binge eating disorder* (trastorno por atracón) se caracteriza por la ingesta abundante de alimento sin incurrir en prácticas compensatorias, y la *obesidad*, como una enfermedad crónica multifactorial.

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado gracias al *Programa de Estancias Posdoctorales* de la Universidad Nacional Autónoma de México. Alfredo Hernández Alcántara agradece a Carlos Serrano Sánchez, director del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM; a Mari Carmen Serra Puche, excoordinadora de Humanidades; a Estela Morales, actual coordinadora de Humanidades; y a Gabriela González, jefa del Departamento de Difusión del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, por las facilidades otorgadas.

Alfredo Hernández-Alcántara es doctor en psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es investigador huésped en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM.

alcantara2001mx@yahoo.com.mx

Julieta Aréchiga-Viramontes es doctora en ciencias biológicas e investigadora del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM. Ha publicado diversos artículos en el ámbito nacional e internacional, y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

Adriana Méndez-Villa es licenciada en psicología por la UNAM, especialista en adolescentes y desempeña labores de orientación psicoeducativa en el nivel medio superior.

Lecturas recomendadas

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, Barcelona, Masson.
- Crispo, R., E. Figueroa y D. Guelar (1994), *Trastornos del comer: terapia estratégica e intervenciones para el cambio*, Barcelona, Herder.
- Gómez-Peresmitré, G., H. G. Alvarado, E. L. Moreno, G. S. Saloma y G. G. Pineda (2001), "Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes", *Revista mexicana de psicología*, vol. 18, pp. 313-324.
- Holtz, V. (1995), "Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa", *Psicología iberoamericana*, vol. 3, pp. 5-13.
- Kaplan, H. I. y B. J. Sadock (1999), *Sinopsis de psiquiatría*, Madrid, Médica Panamericana.
- LaFontaine, T. P. y J. L. Roitman (2005), "Lifestyle management of adult obesity", School of Health professions and School of Medicine, University of Missouri, Columbia (artículo en internet, disponible en: www.vhct.org/case2500/etiology.shtml).
- Lenoir, M. y T. J. Silber (2006), "Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (parte 1)", *Archivos argentinos de pediatría*, vol. 104, pp. 253-260.
- Organización Mundial de la Salud (1992), *Clasificación internacional de enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid, OMS.
- Ramacciotti, C. E., E. Coli, C. Passaglia, M. Lacorte, E. Pea y L. Dell'Osso (2000), "Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy", *Psychiatry*, vol. 94, pp. 131-138.
- Rava, M. F. y T. J. Silber (2004), "Bulimia nervosa: historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones (parte 1)", *Archivos argentinos de pediatría*, vol. 102, pp. 353-363.
- Tucker, L. A. y M. Bagwell (1991), "Television viewing and obesity in adult females", *American journal of public health*, vol. 81, pp. 908-911.