TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

L.N. Iride Jiménez López

1. TCA

1.1 Definición

1.2 Historia

1.3 Nosología comparativa

Conducta alimentaria:

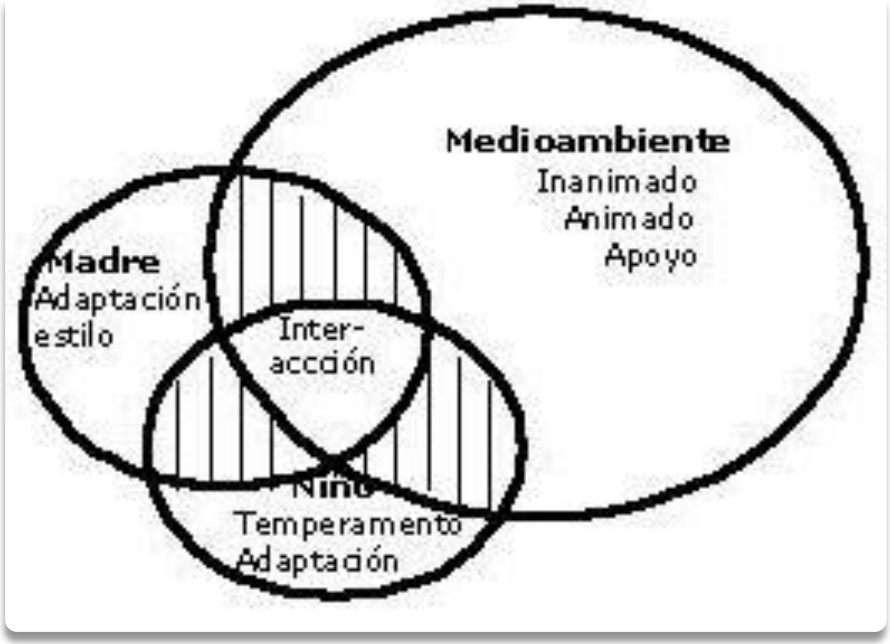
- La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con:

los **hábitos** de alimentación,

la **selección** de alimentos que se ingieren,

las **preparaciones** culinarias y,

las **cantidades** ingeridas de ellos.



Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr Vol. 29, Nº3. 2002

… conducta alimentaria

- Comer es una actividad cotidiana, importante e imprescindible en la vida de los seres humanos.

- Al repetir el acto de comer tantas veces, inevitablemente lo **asociamos a circunstancias emocionalmente significativas** desde el momento mismo en que nacemos y somos amamantados por nuestra madre.

Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr Vol. 29, Nº3. 2002

… conducta alimentaria

De tal forma que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios y los malos hábitos, crean problemas no sólo fisiológicos, sino también psicológicos y sociales, ya que la **“conducta alimentaria”** es el **primer modelo regulador bio-psico-social** de todo ser humano.

Modula, en muchas ocasiones, el manejo de la tensión interna, las emociones, los problemas cotidianos, las crisis y los momentos de cambio de ciclos de vida.

Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev Chil Nutr Vol. 29, Nº3. 2002

Conductas alimentarias de riesgo:

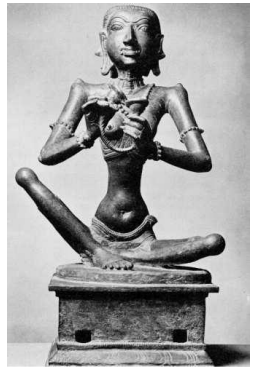
- Las **conductas alimentarias de riesgo (CAR)** son manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de los TCA
- Son conductas muy parecidas, tales como:

práctica de dietas, atracones, conductas purgativas, distorsión de la imagen corporal y miedo a engordar

❖Pueden en cualquier momento volverse crónicas y detonar en un trastorno mayor, que requiere la intervención de un **equipo multidisciplinario.**

www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/str-16-4901_152220.pdf

Historia



Ayunos religiosos…

1940's - 1950s.

1990's – 2000…

Hans Makart(1840-1884)
The five Senses

Historia

- Edad Media, monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían su menstruación.
- Princesa Margarita de Hungría murió de inanición intencionada.
- Monja carmelita que solo comió hostia de la Eucaristía durante 7 años.

Historia

- Caza masiva seguida de uno o dos días de comilona.
- Los romanos se auto-inducían el vómito luego de extensos banquetes.
- En el siglo X, Aurelianus 'hambre mórbido‘: apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto-provocado.
- El vómito fue utilizado como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal.
- La historia cuenta que la monja Caterina de Siena (1380) evacuaba sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética.

- A comienzos del siglo XIX la describieron como la presencia de apetito voraz seguido de vómito propio de la histeria y del embarazo.
- Desorden neurótico.
- En 1979 descrita por Russell.
- Epidemia social en la década de los 70'
- Se le otorgó al cuerpo un lenguaje simbólico.
- En la antigüedad, la delgadez fue asociada con espiritualidad y misticismo, ahora la delgadez se asocia con belleza y éxito social.

Historia

A villendorfi Vénusz – kb. ie. 25.000

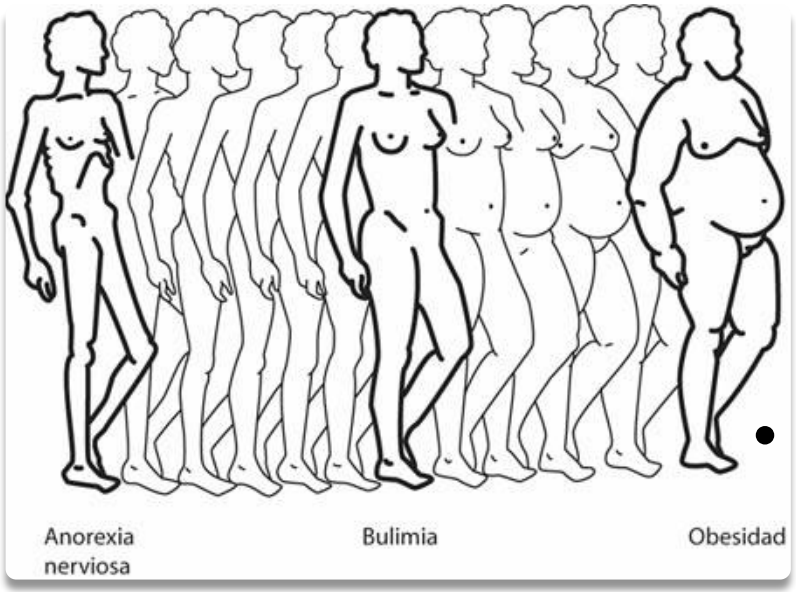
Marilyn Monroe - 1950

Kate Moss - XX.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los TCA son enfermedades emocionales complejas, crónicas, progresivas de índole genético-hereditario, que consisten en:

una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, la adquisición de una serie de valores a través de la imagen corporal.



Las más importantes son:

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno por atracón
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
- Síndrome del comedor nocturno

American Psychiatric Association – DSM V

- Criterios diagnósticos y códigos

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (189)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en los casos indicados:

[a]*Especificar* si: En remisión

[b]*Especificar* si: En remisión parcial, En remisión total

[c]*Especificar* la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave, Extremo

307.52 (___.__). Pica[a] (189)
(F98.3). En niños
(F50.8). En adultos

307.53 (F98.21). Trastorno de rumiación[a] (189)

307.59 (F50.8). Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos[a] (190)

307.1 (___.__). Anorexia nerviosa[b, c] (191)
Especificar si:
(F50.01). Tipo restrictivo
(F50.02). Tipo por atracón/purgas

307.51 (F50.2). Bulimia nerviosa[b, c] (192)

307.51 (F50.8). Trastorno por atracón[b, c] (194)

307.59 (F50.8). Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (195)

307.50 (F50.9). Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (197)

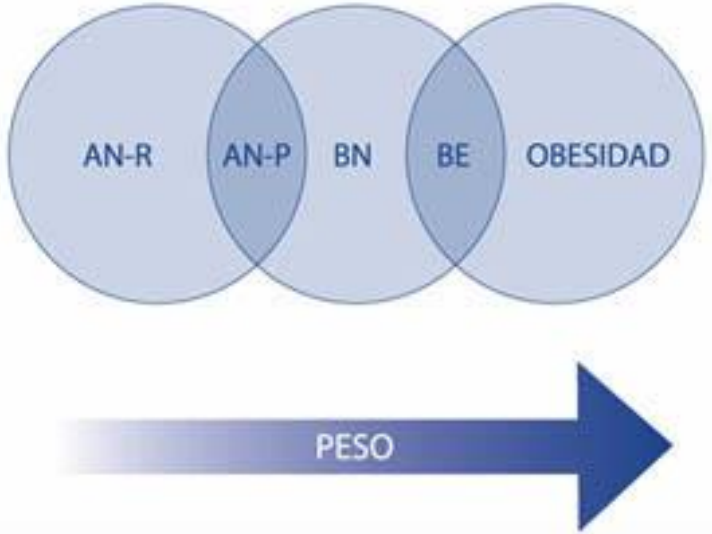
DSM - V

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10)

- OMS, OPS
- Adaptaciones basadas en la especialidad: psiquiatría
- Trastornos mentales y del comportamiento
- Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50–F59)
- F50 Trastornos de la ingestión de alimentos (332-336pp)

Edad - TCA

- Inician en adolescentes y púberes, con mayor incidencia en el género **femenino (10 a 1).**
- Las personas de mayor edad que los padecen muy probablemente iniciaron conductas sintomáticas en esta etapa de su vida.
- Las edades de aparición o de inicio de algún TCA van desde los **12 hasta los 25 años** y la frecuencia aumenta entre los **12 y los 17 años** de edad.
- Aunque, se ha encontrado la aparición de algunos TCA en personas de **9 años o mayores de 40.**



Continuo en la anorexia y bulimia nerviosas

AN-R: anorexia nerviosa (subtipo restrictivo)
AN-P: anorexia nerviosa (subtipo purgativo)
BN: bulimia nerviosa
BE: binge eating (trastorno por atracón)

Salud en los Adolescentes

Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030

- Muchos adolescentes asumen **riesgos excesivos**. Muchos fingen no estar interesados en la salud ni en la atención médica. Sin embargo, casi todos se preocupan en algún momento por su salud y a menudo **no tienen con quien compartir sus inquietudes**.
  - **OMS**, cada año mueren 1300 millones de adolescentes por causas que pueden prevenirse o tratarse, como **traumatismos por accidentes de tránsito, el VIH, el suicidio, la neumonía y la violencia**.
- Alrededor de **una de cada tres niñas de 15 a 19** años han sido **víctimas de violencia** a manos de su novio, novia o cónyuge. Un tercio de las niñas en los países de ingresos bajos y medios **se casa** antes de cumplir los 18 años. Alrededor de 16 millones de niñas de 15 a 19 años y un millón de niñas menores de 15 años **dan a luz cada año**.
- El **80% de los adolescentes** de todo el mundo —un porcentaje asombroso— **no hace suficiente ejercicio**; de hecho, casi tres cuartos de las muertes prevenibles de adultos debido a **enfermedades no transmisibles** están relacionadas con factores de riesgo que tienen su inicio en la adolescencia.
  - Sin embargo, los adolescentes pueden ser sumamente **ingeniosos, creativos y receptivos**. Si se les involucra de forma positiva en su futura salud, los beneficios son potencialmente enormes.

Trabajadores de la Salud

- Contar con las **competencias necesarias** para comunicarse bien con los jóvenes, **detectar precozmente** posibles problemas de salud mental y ofrecer los **tratamientos oportunos**, acompañados de asesoramiento, terapias cognitivo-conductuales y, cuando proceda, medicación con fármacos psicotrópicos.
- La OMS está poniendo gran empeño en reforzar la **prestación de servicios de salud mental** a través de la puesta en práctica del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP).
- El Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS contribuye a este programa de acción promoviendo la mejora de la prestación de servicios de salud mental a los adolescentes.

www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/

2. Epidemiología de los TCA

2.1 Prevalencia

2.2 Estudios epidemiológicos internacionales

2.3 Estadísticas Nacionales

2.1 Prevalencia

- El interés por estas enfermedades ha experimentado un repunte importante en los últimos años, quizás motivado por la percepción de que se trata de trastornos emergentes y en expansión.
  - TCA son más frecuentes en mujeres y en la adolescencia, y sin el tratamiento adecuado, adquieren un curso clínico de carácter crónico e incapacitante.
- Actualmente, se estima una prevalencia combinada del 13% para todos los TCA.
  - El TA representa el TCA más prevalente en adultos.

Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los TCA. Vol.34. Sup.5. Nutr. Hops. 2017; 34 (Supl 5): 1-9.

… prevalencia

- La AN es la **enfermedad psiquiátrica más frecuente** en las mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica tras la obesidad y el asma en las adolescentes.
- Aunque la etiopatogenia de los TCA no se conoce bien a día de hoy, se asume de carácter multifactorial, con participación de factores genéticos, psicológicos, biológicos, sociofamiliares y culturales entre los más importantes.
- Algunos antecedentes comunes a los TCA son la preocupación excesiva por el peso, la obsesión por un cuerpo delgado, el distrés sociofamiliar, el antecedente de realización de una dieta y el de abuso sexual en la infancia

Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los TCA. Vol.34. Sup.5. Nutr. Hops. 2017; 34 (Supl 5): 1-9.

Estudios epidemiológicos internacionales

- Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una constelación de enfermedades de importancia creciente para los sistemas de salud alrededor del mundo.
- Dentro de la heterogénea diversidad de manifestaciones clínicas de los TCA se han destacado tradicionalmente dos; la anorexia y la bulimia nerviosa.
- Actualmente, otras presentaciones también han cobrado vigor, especialmente el trastorno por atracón alimentario.
- Estudios epidemiológicos internacionales muestran que los TCA se presentan en el rango de 3% a 10% de la población de riesgo, es decir, de mujeres entre 15 y 29 años.

Validación de la versión en español del EDDS. JR Silva, et all. Rev. Med. Chile 2012; 140: 1562-1570.

- Considerando el ámbito clínico y de investigación de los TCA, en Chile es posible describir al menos dos tipos de problemáticas.

1) salvo reportes anecdóticos y un estudio preliminar, se desconoce la real prevalencia de los TCA. Considerando los niveles preventivo y de formulación de políticas públicas, lo que es una carencia relevante.

2) la mayoría de las personas con TCA no reciben tratamiento. Uno de los factores determinantes de esto es la inadecuada pesquisa de la enfermedad.

Por ejemplo, se ha reportado que en los servicios de atención primaria alrededor de 40% de las personas con TCA no son derivados a atención especializada y quedan sin tratamiento adecuado.

Validación de la versión en español del EDDS. JR Silva, et all. Rev. Med. Chile 2012; 140: 1562-1570.

- 17,8% de las mujeres encuestadas presentaron problemas en esta esfera de la conducta.
- La bulimia nerviosa alcanza una presencia de 6,1% del total de evaluados.
- Además, el 6,8% de los hombres reportaron algún tipo de alteración alimentaria, incluyendo 3,3% de presencia de bulimia.
- Esta información debe considerarse para (a) el fortalecimiento de investigación básica y aplicada en el área y (b) el establecimiento de políticas explícitas para el abordaje de la problemática, tanto en los niveles epidemiológico, preventivo y de intervención.

Estudio multicéntrico para la validación de la versión en español del Eating Desorder Diagnostic Scale. Rev. Med 2012; Vol.140: 1562-1570.

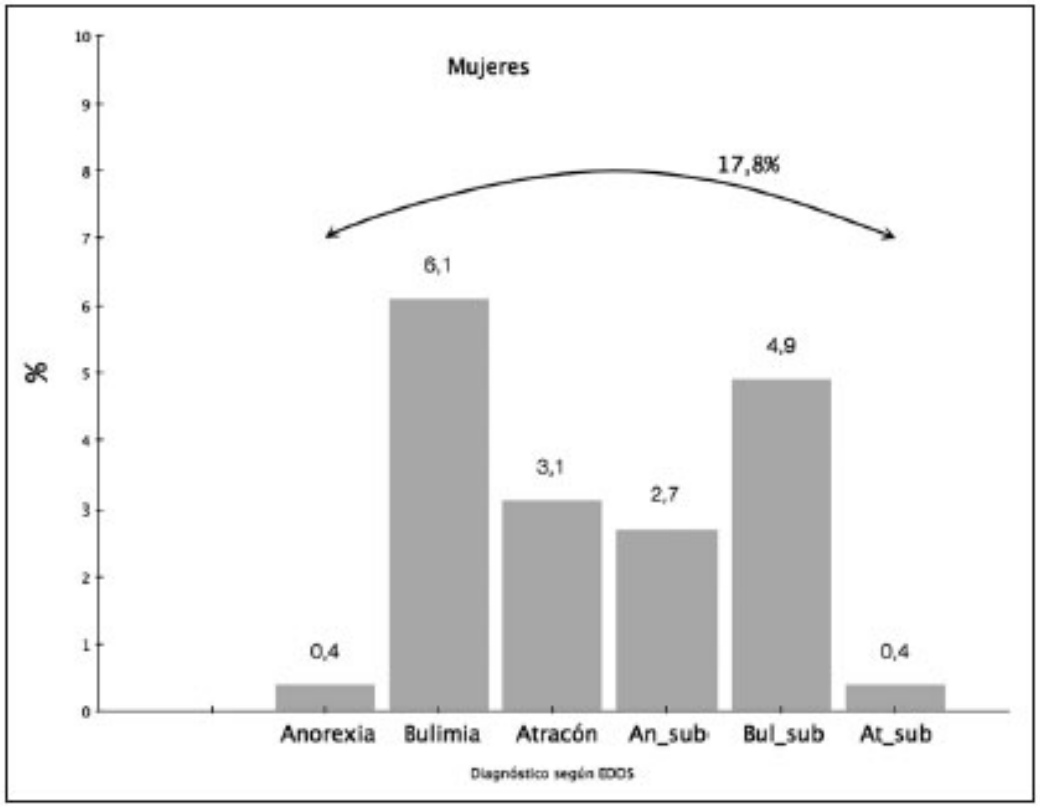


Figura 1. Porcentaje de diagnósticos según el EDDS en mujeres en relación a muestra total (n = 1.964). Nota al pie: EDDS= Escala de Diagnóstico de Desórdenes Alimentarios; An_sub=Anorexia sub-umbral; Bul_sub=Bulimia sub-umbral; At_sub=Trastorno por Atracón sub-umbral.

Estudio multicéntrico para la validación de la versión en español del Eating Desorder Diagnostic Scale. Rev. Med 2012; Vol.140: 1562-1570.

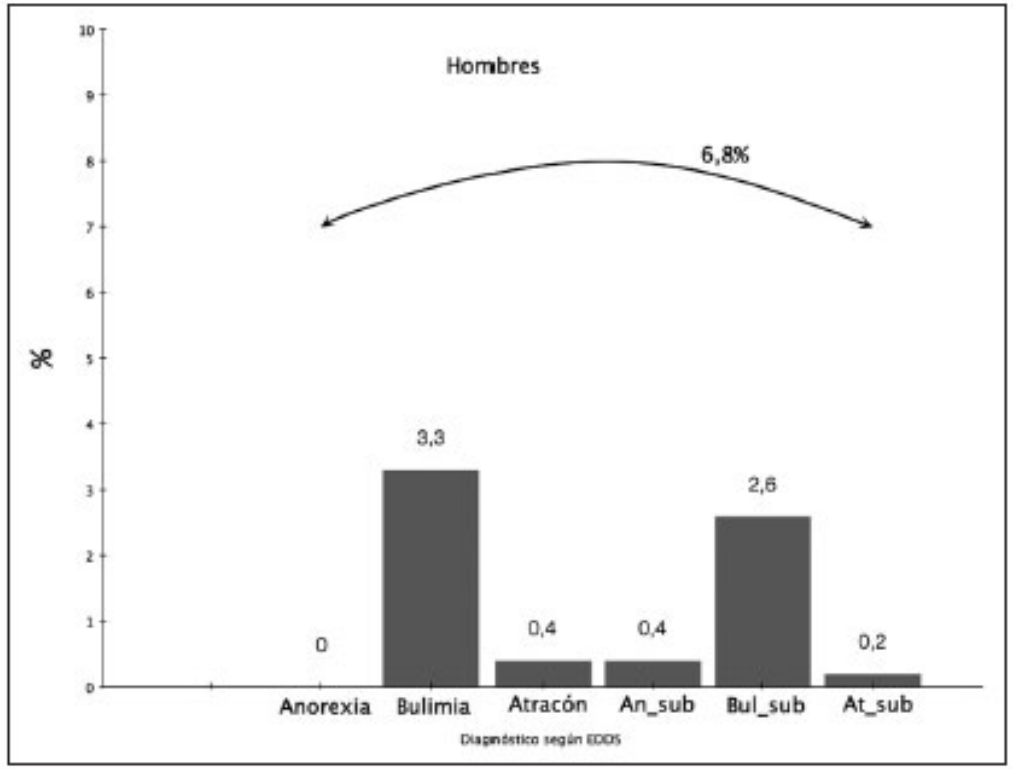


Figura 2. Porcentaje de diagnósticos según el EDDS en hombres en relación a muestra total (n = 1.964). Nota al pie: EDDS= Escala de Diagnóstico de Desórdenes Alimentarios; An_sub=Anorexia sub-umbral; Bul_sub=Bulimia sub-umbral; At_sub=Trastorno por Atracón sub-umbral.

Estudio multicéntrico para la validación de la versión en español del Eating Desorder Diagnostic Scale. Rev. Med 2012; Vol.140: 1562-1570.

Consideraciones de errores y sesgos en los estudios epidemiológicos

La mayoría no son estudios de prevalencia de TCA:

1ª Fase – aplican un test (EAT-40) y pocos utilizan además DSM V / CIE 10

- Los cuestionarios de autoinforme evalúan actitudes ante la alimentación, peso y figura corporal.
- No puede establecerse a partir de ellos una cifra de prevalencia de TCA, sino de población en riesgo de desarrollar el trastorno.

L.N. Iride Jiménez López
2019

FACTORES SOCIOCULTURALES

Son aquellas ideologías, actitudes y conductas de moda socialmente promovidas que pueden desencadenar un TCA

FACTORES SOCIOCULTURALES

Sociedad ➡ industrializada

Delgado = atractivo, exitoso

Anhelo de delgadez

Aparento, ... luego soy. . .

LOS FACTORES SOCIOCULTURALES PREDISPONENTES

Son aquellos que podrían influenciar o desencadenar la enfermedad y son, en general, la presión y los estereotipos sociales, que se demuestran en:

- ***Los trastornos culturales, representados por la cultura de la delgadez y concesión de importancia al "Mito de la Belleza".***
- ***La discriminación y el rechazo social hacia los obesos.***
- ***Discriminación laboral.***
- ***Discriminación en cuanto al mundo de la moda.***
- ***La manipulación social.***

La búsqueda desenfrenada de la figura como medio para alcanzar el éxito y la aceptación social .

- **Búsqueda del sentido de identidad**

- **Delgado, según las propagandas** en países industrializados, es una característica para triunfar social y profesionalmente

- **Mensajes que hacen referencia a la imagen corporal** trasmiten la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito

FACTORES SOCIOCULTURALES

Valoración negativa de la Obesidad.

"El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que piense que lo es y que esto le afecte"

ANOREXIA NERVOSA - The September E.p - 2005 - Black métal (Angelic Music) pour les fans d'Anorexia –

“un hermoso regalo para los partidarios de Anorexia”

ANOREXIA NERVOSA - Suicide Is sexy - 2004 - Black métal (Apokalypse records)

Promoción del suicidio y el sexo.

ANOREXIA NERVOSA - Exile - 1997 - Black métal (Season of mist)
Basado en la exploración de la locura, de la neurosis y de la negativa de la existencia.

FACTORES SOCIOCULTURALES

- ***Sociedad de consumo:*** *mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: "fast food, pero de poco valor nutritivo y de alto valor "calórico" (engordante).*

- ***Mensajes que hacen referencia a la imagen corporal*** *y con ellos se transmite la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito.*

- ***Presión comercial de ropa inadecuada es excesiva.*** *Los anunciantes presentan modelos jóvenes anoréxicos como paradigma de deseo sexual*

- ***La ropa se diseña y exhibe para los cuerpos delgados*** *a pesar de la realidad de que pocas mujeres podrían llevarlas con éxito.*

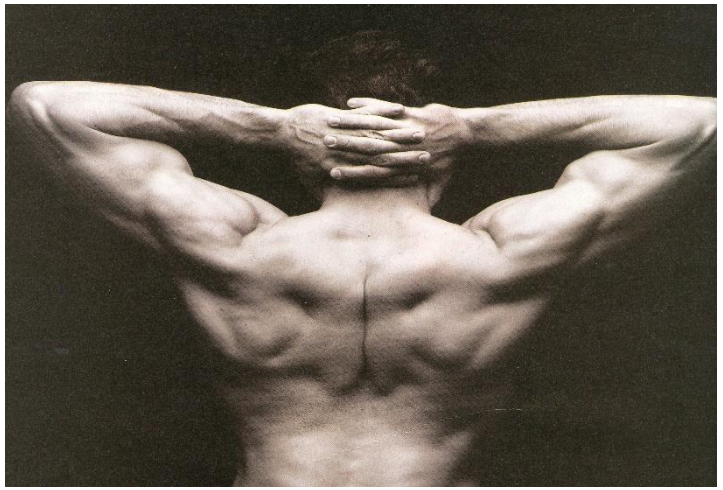
- ***Aprobación externa es mayor riesgo en la baja autoestima:*** *se basa en su totalidad en la apariencia física.*

FACTORES SOCIOCULTURALES

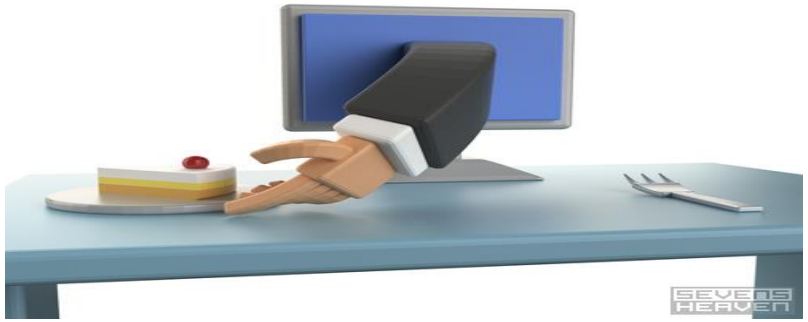
Ser flaco es sinónimo de éxito" o

"si soy flaco todo será más fácil":

Son creencias cada vez más instaladas en la sociedad que llevan a depositar las ***expectativas*** *y los* ***esfuerzos*** *en seguir la "****dieta mágica****" para lograr el "****cuerpo ideal****".*



FACTORES SOCIOCULTURALES



- ***Dominados por un ideal de cuerpo*** *que no coincide con las normas reales que posee la mayoría, en nuestra sociedad.*

- ***Presiones culturales para conseguir o mantener la delgadez,*** *muchas personas, especialmente las inseguras, llegan a la conclusión de que sus fracasos personales están relacionados solo con su peso.*

- ***Deseo de ser absolutamente perfectas*** *puede mejorar probablemente su autoestima. Pero provocando enfermedad.*

FACTORES SOCIOCULTURALES

- ***Dietas desbalanceadas promocionadas por moda*** *desembocan en síntomas, como comer por atracones y sufrir abruptos cambios en el estado anímico.*

- ***Sistema de valores sociales inadecuados***

provocando los síntomas de los desordenes de la alimentación considerándolos normales para la gente común.

OTROS FACTORES SOCIOCULTURALES

- ***La incorporación de la mujer al mundo laboral***

- ***Ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida*** *(un papel tradicionalmente atribuido a la madre)*

- ***Una alimentación irregular*** *es un disparador de la enfermedad grave.*

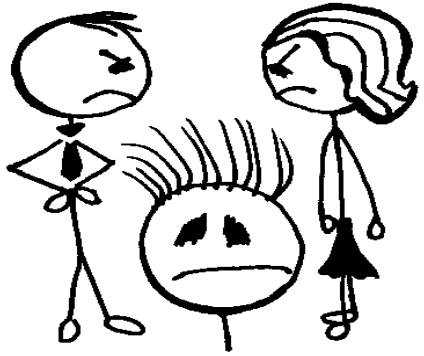
- ***Comer o cenar en familia están desapareciendo de las casas****. aspectos tradicionales, para la cohesión familiar.*

- ***Voluntariosidad en las comidas:*** *ahora en las familias cada quien escoge lo que desea.*

- ***Los niños aprenden a comer mal****, por imitacion.*

TU ERES MAS
QUE UNA IMAGEN
entrar

FACTORES FAMILIARES



Factores familiares
Teóricos de la Terapia Familiar Sistémica afirman:

Minuchin afirma:

Que se presenta un tipo de familia homeostática.

Las familias con trastorno de alimentación se caracterizan:

1. *La tendencia a evitar el conflicto y la sobreprotección.*
2. *Dificultad de los padres para asumir en primera persona el liderazgo.*
3. *Dificultad para enfrentar los problemas dentro de la familia.*

Factores familiares
Teóricos de la Terapia Familiar Sistémica afirman:

- Selvini afirma que se desarrollan seis estadios en un proceso interactivo familiar que desemboca en conducta anoréxica:

1. *Un juego de la pareja parental.*
2. *Implicación precoz de la hija en el juego de los padres.*
3. *Sentimientos de abandono, por el desplazamiento de la atención de la madre hacia otro miembro de la familia.*
4. *Desafío a la madre mediante la dieta.*
5. *Sentimientos de rencor y desprecio hacia su padre.*
6. *Rol del síntoma. Se descubre el poder que le confiere su síntoma en el juego familiar; por medio de un vínculo pseudo simbiótico con su madre encubre la hostilidad y el control*

Factores familiares

FACTORES FAMILIARES

- ***Entorno familiar permanentemente estresante***
- ***Familias protectoras y rígidas***
- ***Familias Auspiciadoras de conductas competitivas***
- ***Familias obesas, con trastornos alimenticios o trastornos emocionales y/o adictivos***

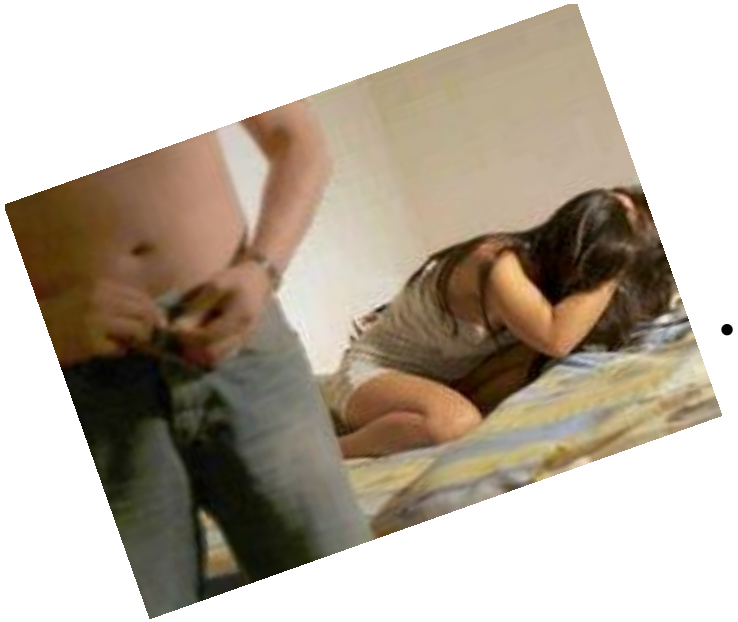
Factores familiares

Entorno familiar permanentemente estresante

- ***Escasa comunicación entre los miembros de la Familia. (no escuchar, ni entender)***
- ***Distorsión en la comunicación.***
- ***Luchas por el poder y la autoridad entre los integrantes.***
- ***Dificultad en el manejo de los sentimientos de enojo, culpa, ansiedad entre sus integrantes.***
- ***Conflictividad dentro de la familia.***
- ***Menor organización y cohesión familiar con pobre relación afectiva con padres.***
- ***Dificultad en el desarrollo del proceso de individualización.***
- ***Sin horarios de comida fijos.***

Factores familiares

Entorno familiar permanentemente estresante



- ***Mal manejo de sentimientos: (inexpresivos, dominantes, represivos).***
- ***Poca capacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.***
- ***Abuso sexual en el seno de la familia.***
- ***Ausencia de limites generacionales roles inadecuados. (Jóvenes con papel de madres).***
- ***Falta de figura paterna o materna.***
- ***Poca o nula interacción familiar, ambiente intranquilo y desagradable.***
- ***Regresión, confusión y/o fusión en el vínculo afectivo con la madre.***
- ***Separación de la familia (estudio, trabajo, divorcio, duelo)***

Factores familiares

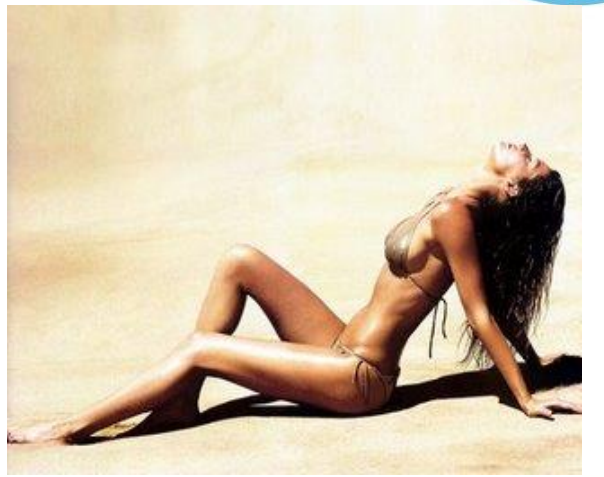
Familias protectoras y rígidas

- ***Sobreprotección por parte de los padres.***
- ***Falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas.***
- ***Reglas inadecuadas para el momento histórico social de la familia.***
- ***Rigidez y falta de flexibilidad en las reglas y normas familiares***
- ***Familia Homeostática con trastorno de alimentación que intenta mantener el status quo.***
- ***Valores superficiales: (****reconocimiento, prestigio, triunfo, exceso de responsabilidad, autocontrol, autoexigencia, convencionalidad, moral victoriana, evitar el placer).*
- ***Posición en el nacimiento: (****El primero o el último de los hijos puede ser un factor, que en un adolescente se presenten problemas alimentarios).*

Factores familiares

Familias auspiciadoras de conductas perfeccionistas y competitivas

- *Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos.*
- *Familias que fomentan el culto a la figura corporal.*
- *Familias que viven de la imagen externa.*
- *Familias con alta sensibilidad a la critica.*
- *Familias que no identifican necesidades propias e intentan satisfacerlas a través de terceros.*



Factores familiares

Familias auspiciadoras de conductas perfeccionistas y competitivas

- ***Ridiculizar con bromas acerca de la forma de vestir o de la figura o del peso corporal.***
- ***Querer y hasta exigir Hijas /os "perfectas/os".***
- ***Familia convencional que sostiene las apariencias a cualquier precio.***
- ***Familias encerradas en sí mismas que temen al mundo exterior*** *(unidas por un funcionamiento patológico, que centran toda su voluntad en tratar de evitar conflictos internos e intentando mostrarse como perfectas).*

Factores familiares

Familias obesas o familias con trastornos alimenticios o trastornos emocionales y/o adictivos

- *Historias familiares que incluyen depresión, alcoholismo o TCA.*
- *Padres con trastornos emocionales. Trastorno del comportamiento alimentario.*
- *Padres con trastornos adictivos.*
- *Familias disfuncionales, agresión física y/o psicológica.*
- *Familias donde se Clasifican los alimentos como buenos y malos, nutritivos o no, chatarra.*

Factores Familiares

Rol Materno:

- Personaje fuerte, rígido, dominante, pero poco cálido.
- Madres con mayor insatisfacción con su imagen corporal.
- Depresivas (amenazas y tentativas de suicidio)
- Madre que se percibe a si misma como débil, desbordada y desvalorizada.
- Madres "abandónicas" incapaces de reconocer y valorar el mundo emocional y afectivo de sus hijos.

Factores Familiares

Rol Materno:

- **Madres Frustradas cuando estas no logran todo el esplendor social esperado.**

- **Vínculo de madre dependiente donde le hace tomar a la paciente sus necesidades como propias.**

- **Carácter agresivo de la madre debido a que los jóvenes lentamente se apartan del rol esperado por ellas.**

- **Madres destructoras de la relación idealizada y ambivalente que mantenía con su hija**

- **Ambivalencia con su hija/o: funciona como un doble consolador:**

1. **Lo que no fue su propia madre o**
2. **Como representante de ésta.**

Factores Familiares

Rol paterno:

- ***Padre con Carácter borrado, sumiso, excluido de la vida familiar.***
- ***Padre con incapacidad para dar muestras de autoridad.***
- ***Padre depresivo, con mal manejo del rol dentro de la dinámica familiar .***
- ***Padre con invalidez psicológica, desvalorizado o con incapacidad para sustentar las necesidades básicas familiares.***
- ***Padre con identidad mal asegurada y en especial respecto de sus identificaciones femeninas.***

Factores Familiares

Rol paterno:

- *Desacuerdo desmedido queriendo tener participación en todas las decisiones.*
- *Demuestra una preocupación excesiva, con habituales críticas y deficientes intentos de manejo de la autoridad.*
- *Predominan los sentimientos de culpa y ansiedad.*
- *Padres que sienten miedo a la Responsabilidad.*
- *Padres que son incapaces de dar la contención necesaria al paciente, frente a problemas cotidianos.*

Factores Familiares

Rol paterno:

- **Padres pseudo implicados, que demuestran preocupación e interés, pero que en realidad no están dispuestos a realizar cambios. (**con miedo al cambio y suavizan los sentimientos de culpa frente a la situación).

- **Padres con poco compromiso emocional, que intentan manipular a sus hijos** (y el tratamiento y al equipo profesional).

- **Padres que Generalmente, centran su interés en el peso y no en los procesos psicológicos de sus hijas/os.**

FACTORES PREDISPONENTES

FACTORES PREDISPONENTES QUE FOMENTAN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Factores socioculturales

Factores familiares

Factores Psicológicos

Hipotálamo
Amígdala

Factores Genéticos

Mecanismos Neurofisiológicos

Neurotransmisores

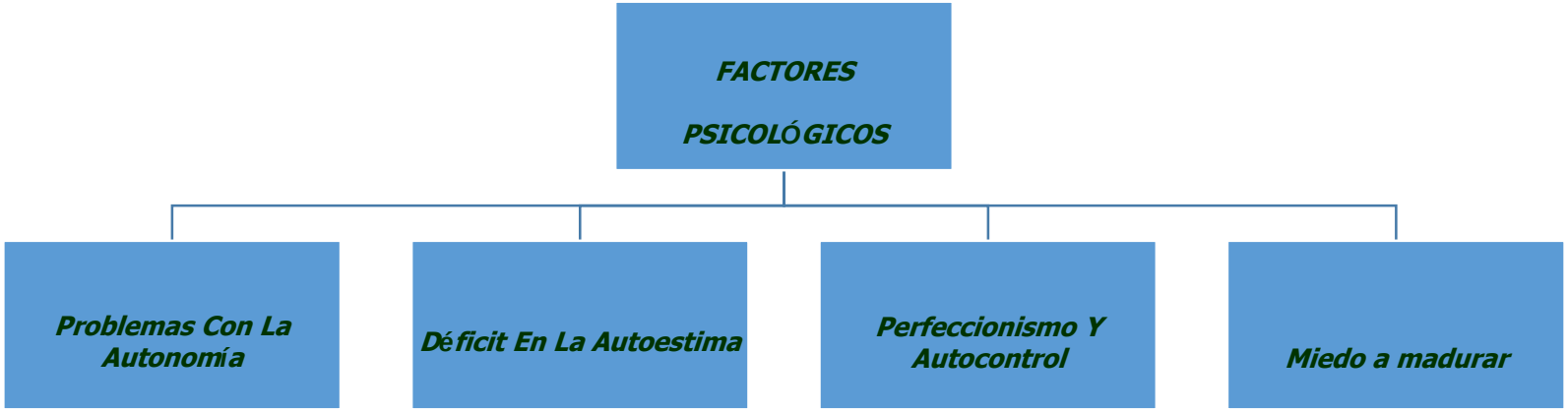
(TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Alcohol, Drogas, Fármacos)

ADICCIONES

FACTORES PSICOLOGICOS

Signos y síntomas que pueden desencadenar actitudes o conductas premorbidas en los TCA

FACTORES PSICOLOGICOS



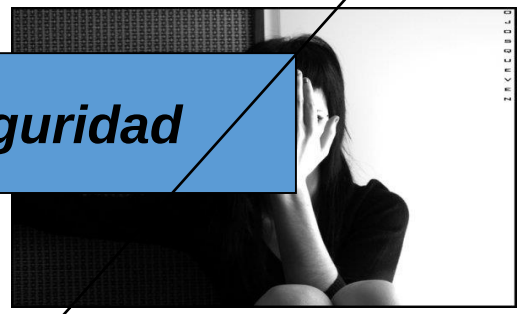
FACTORES PSICOLOGICOS

PROBLEMAS CON LA AUTONOMIA

Fijación en la etapa oral

Fobia social

Dependencia emocional



Inseguridad

FACTORES PSICOLOGICOS

PROBLEMAS CON LA AUTONOMIA

Conflictos con su sexualidad

Mal manejo de Situaciones de estrés

Falta de Asertividad

Aislamiento y rechazo a las compañías.

FACTORES PSICOLOGICOS

Déficit en la Autoestima

- ***Egodistonía***
- ***Problemas de identidad.***
- ***Inestabilidad emocional***
- ***Problemas de imagen corporal***

FACTORES PSICOLOGICOS

Déficit en la Autoestima → ***Angustia***

Experiencias dolorosas en la infancia.

Depresión recurrente

Liberación de emociones negativas

FACTORES PSICOLOGICOS

Pensamientos y actitudes irracionales

Mal manejo de la aprehensión

Continuas ritualizaciones

Rasgos obsesivos-compulsivos

Comportamientos impulsivos y compulsivos

Inteligencia superior al termino medio

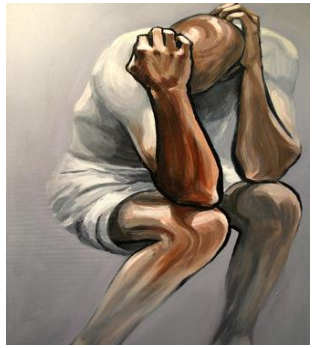
PERFECCIONISMO Y AUTOCONTROL

FACTORES PSICOLOGICOS

PERFECCIONISMO Y AUTOCONTROL

Trastornos de la Personalidad asociados

Ansiedad cognitiva



Uso de sustancias adictivas

Irritabilidad

razonamiento dicotómico

FACTORES PSICOLOGICOS

Conductas regresivas e inseguridad

Experiencias dolorosas en la infancia.

Actitud infantil

Conflictos con su sexualidad

MIEDO A MADURAR

Sentimientos de incapacidad

Temores y miedos

Represión de sentimientos

Mal manejo emocional

ANOREXIA NERVIOSA

DEFINICION (AN)

- Trastorno alimenticio.
- Enfermedad psiquiátrica
- Significa "sin apetito“, “falta de alimentación”
- Obsesión de una persona con respecto a la dieta o al ejercicio, la conduce a una pérdida excesiva de peso.
- Desviaciones en los hábitos alimentarios que se expresa por un rechazo contundente a mantener el peso corporal en los valores mínimos aceptados para una determinada edad o estatura.

Tabla I. Criterios diagnósticos DSM para la anorexia nerviosa

DSM-IV	Modificaciones DSM-5
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a 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% de lo esperable) *B*. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal *C*. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal *D*. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea (p. ej., ausencia de, al menos, 3 ciclos consecutivos)	– *Criterio A:* 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: • Desaparece el término rechazo a mantener un peso normal del criterio A, por ser difícil de establecer en tanto que el paciente puede no ser capaz de verbalizarlo • Se define bajo peso como un peso inferior al peso mínimo considerado normal para la edad, talla y sexo, sin centrarse en ninguna cifra en concreto – *Criterio B*, sin cambios – *Criterio C*, sin cambios – Se retira el *Criterio D* en referencia a la presencia de amenorrea por su imposibilidad de aplicación a varones, mujeres premenarquia, postmenopáusicas o bajo tratamiento con contraceptivos orales

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

CLASIFICACION (AN)

- Tipo restrictivo: no recurre regularmente a atracones o a purgas. Ayuno
- Tipo compulsivo/purgativo: recurre regularmente a atracones o purgas

Purgas:
provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ejercicio excesivo.

Especificar el tipo
1. *Tipo restrictivo*: durante los últimos tres meses el sujeto no ha presentado episodios de atracones o acciones purgativas (vómitos autoinducidos, uso subrepticio de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe aquellos casos en los que la pérdida de peso se consigue a expensas de dietas restrictivas, ayuno y/o ejercicio excesivo 2. *Tipo compulsivo/purgativo:* durante los últimos 3 meses el sujeto ha presentado episodios de atracones o acciones purgativas (vómitos autoinducidos, uso subrepticio de laxantes, diuréticos o enemas) Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimentos en un periodo corto de tiempo (p. ej., 2 h) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias, junto con sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos
Especifique si:
– *En remisión parcial:* tras haber reunido todos los criterios diagnósticos de AN, el sujeto ya no presenta el criterio A, pero persisten los criterios B o C – *En remisión total:* tras haber reunido todos los criterios diagnósticos de AN, el sujeto no presenta ninguno de ellos por un periodo de tiempo relevante
Especifique severidad en la actualidad:
– *Basado en el IMC:* el mínimo nivel de severidad está basado en los adultos en el IMC y en los niños en el percentil de IMC. Los rangos provienen de la clasificación de la delgadez de la Organización Mundial de la Salud. El nivel de severidad puede aumentar para reflejar síntomas clínicos, grados de disfuncionalidad y la necesidad de seguimiento/vigilancia: • *Leve* IMC ≥ 17 kg/m^2 • *Moderada* IMC entre 16 y 16,99 kg/m^2 • *Severa* IMC entre 15 y 15,99 kg/m^2 • *Extrema* IMC < 15 kg/m^2

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

Tabla II. Criterios CIE-10 para la anorexia nerviosa

- *Pérdida significativa de peso* (IMC < 17,5 kg/m^2). Los pacientes prepuberales pueden no experimentar la ganancia de peso propia del crecimiento
- *La pérdida de peso está originada por el propio enfermo,* a través de evitar el consumo de "alimentos que engordan", y por uno o más de los síntomas siguientes:
  - Vómitos autoprovocados
  - Purgas intestinales autoprovocadas
  - Ejercicio excesivo
  - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos
- *Distorsión de la imagen corporal* consistente en una psicopatología específica, caracterizada por la persistencia –con carácter de idea sobrevalorada intrusa– de pavor ante la gordura o flacidez corporales, de modo que el paciente se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite mínimo de peso corporal
- *Trastorno endocrino generalizado* que afecta al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida de interés y de la potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías de la secreción de insulina
- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en la mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

RITUALES ALIMENTARIOS

- Eliminar grupos de alimentos

Alimentos prohibidos: “engordativos” - “disparadores”

Azúcares - Grasas – Hidratos de Carbono
(frituras, refrescos, postres, dulces, pan)
Proteína (alimentos de origen animal)
Vegetarianas

Alimentos permitidos: “saludables”

Alimentos light, bajos en grasa, sin azúcar,
0% grasa, 0% azúcar, zero =
Sin calorías

RITUALES ALIMENTARIOS

- Ingesta excesiva de agua natural (+4L) “caliente”
- Contar calorías de los alimentos
- Comer lentamente (+1hr)
- Partir alimentos en pedazos muy pequeños
- Utilizar cubiertos para todo tipo de alimentos
- Evitar tocar los alimentos
- Evita las comidas familiares, argumentando que tiene que estudiar, que le duele la cabeza o el estómago o que ya ha comido fuera.
- Comer a solas
- Las cantidades de alimentos son cada vez más pequeñas.

RITUALES ALIMENTARIOS

- Ingerir cantidades mínimas de alimentos (sólo agua, café, té jugos, cereal integral, atún, yogurt natural y light, lechuga, jitomate, jícama, pepino, zanahoria y toronja)
- Evitar morder alimentos, mordidas pequeñas
- Desea preparar la comida y cocina para toda la familia.
- Juega con el plato y desmenuza los alimentos.
- Cada vez que come va al baño
- Esconder comida – tirarla
- Ingerir cereal con agua (integral)
- Ejercicio excesivo y compulsivo
- Dietas estrictas (hipocalóricas)

TRATAMIENTO (AN)

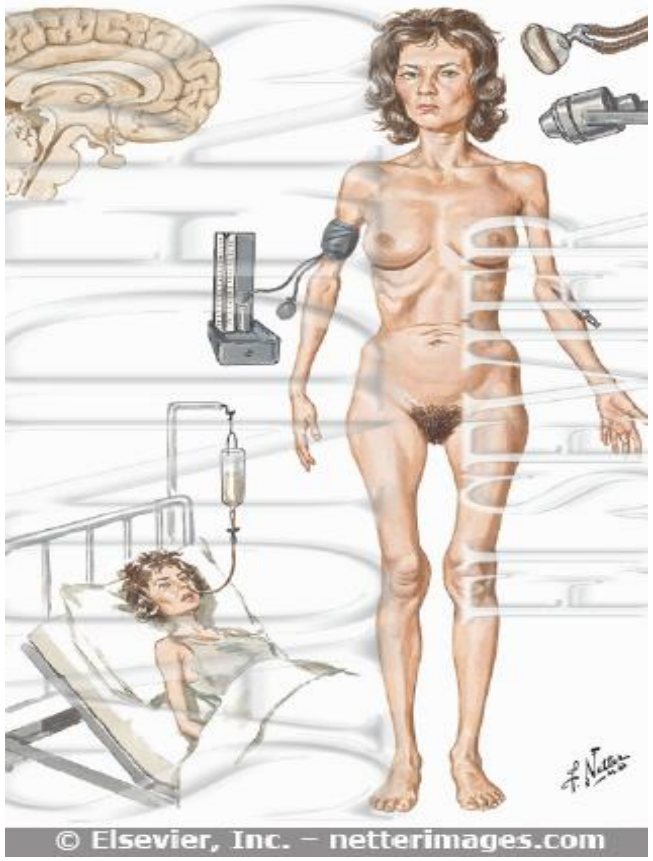
- ✓ Tratamiento integral, equipo multidisciplinario
- ✓ Médico: internista/ endocrinólogo
  - Estabilizar estado de salud
- ✓ Nutricional: progresivo
  - Estabilizar estado nutricio
  - Peso corporal saludable
- ✓ Psicológico: psicoterapia
  - Personalidad, obsesión, perfeccionismo, control
  - Sentimientos relativos a la comida
  - Terapia Cognitivo Conductual
  - Psicoanalítica: experiencias infantiles
  - Terapia individual, grupal, familiar
- ✓ Psiquiátrico: farmacológico
  - TAC, Resonancia magnética
  - Antipsicóticos
  - Antidepresivos
  - Estabilizadores de ánimo

Frecuencia de visitas en función de la evolución y su gravedad		Semanal	Quincenal	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
Exploración clínica general	Cavidad oral				x	x	x
	Hipertrofia parotídea			x	x	x	x
	Palpación tiroidea						x
	Estado de hidratación	x	x	x	x	x	x
	Hipertricosis					x	x
	Signo de Rusell (callosidades en el dorso de las manos)			x	x	x	x
	TA y frecuencia cardiaca	x	x	x	x	x	x
	Auscultación cardiaca y pulmonar		x	x	x	x	x
	Palpación abdominal	x	x	x	x	x	x
	Presencia de edemas	x	x	x	x	x	x
	Desarrollo puberal					x	x
	Temperatura corporal	x	x	x	x	x	x
	Acrocianosis	x	x	x	x	x	x
	Pelo seco, áspero y frágil, uñas quebradizas			x	x	x	x
	Fragilidad capilar y hematomas			x	x	x	x
	Lesiones cutáneas (autolesión)	x	x	x	x	x	x
	Presencia de ginecomastia en el varón					x	x

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

CONSECUENCIAS FISICAS

- Desnutrición
- Deshidratación
- Desequilibrio de los electrolitos.
- Hipoglucemia, desmayos
- Anemia, avitaminosis
- Disminución en el conteo de glóbulos blancos y rojos, resultado de la depresión de la médula ósea.
- Metabolismo basal bajo
- Glandulares: amenorrea, hipo/hipertiroidismo
- Disminución de la temperatura corporal
- Intolerancia al frío
- Problemas dentales (vómito autoinducido)
- Metabólicas: hipofosfatemia



CONSECUENCIAS FISICAS

- Edema o distensión.
- Pérdida de cabello y/o crecimiento de vello delgado en el cuerpo (lánugo)
- Erosión de los ángulos labiales y caries dentales.
- Parálisis, resultado de deficiencias vitamínicas
- **Corazón**

Disminuye el tamaño del corazón.
Prolapso de la válvula mitral.
Derrame pericárdico.
Bradicardia e hipertensión.
Arritmias

Hipotensión, disminución de frecuencia cardiaca

CONSECUENCIAS FISICAS

- **Densidad ósea**

Osteopenia, osteoporosis

Disminución de la masa ósea como consecuencia de la pérdida de la menstruación.
Tasas bajas de minerales en los huesos y mayores niveles de hormonas tiroideas.

- **Problemas gastrointestinales**

Estreñimiento

Gastrítis, úlceras

Sangrado de tubo digestivo

Flatulencia, estreñimiento.
Dificultad en el vaciamiento gástrico.
Reducción del tamaño del estómago.

- **Cerebro**

Daños neurológicos, pseudoatrofia cerebral
Calambres, hormigeos.
Niveles bajos de leptina (regulador del apetito)

Convulsiones relacionadas con el cambio de líquidos debido a la diarrea o vómito excesivos.

Tabla III. Valoración de los pacientes con AN en el medio ambulatorio en función de la gravedad de la enfermedad

GRAVEDAD QUE CONDICIONA LA INTENSIDAD DEL PROCESO

1. Fase del tratamiento (inicio, medio, fase de curación o cronicidad)
2. Enfermedad intercurrente e incidencias
3. Disminución ponderal
4. Rango de IMC
5. Disfunción de la conducta nutricional
6. Gravedad en la distorsión de la imagen corporal
7. Deterioro de su situación anímica
8. Falta de apoyo sociofamiliar
9. Proximidad temporal con hospital de día/hospitalización (altas recientes o ingresos programados)

Mayor gravedad	Menor gravedad
Mayor intensidad del tratamiento	Menor intensidad del tratamiento

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

Tabla XII. Aspectos a considerar en el abordaje terapéutico de la anorexia nerviosa

Tratamiento precoz: – Todos los pacientes con trastornos de la alimentación deben ser evaluados y recibir tratamiento de forma precoz
Signos/síntomas de buen pronóstico: – IMC > 17 kg/m^2; ausencia seria de complicaciones médicas; alta motivación para cambiar comportamientos y buen soporte familiar y social
Signos/síntomas de mal pronóstico: – Vómitos en pacientes severamente desnutridos, comienzo en la etapa juvenil y no en la adolescencia; coexistencia de enfermedad psiquiátrica o desórdenes de la personalidad, relaciones familiares patológicas/conflictivas
Equipo terapéutico: – Se recomienda la participación de equipos multidisciplinarios para un tratamiento óptimo. No se conoce cuál es la composición del equipo ideal pero debería incluir especialistas en nutrición, psiquiatría, psicología, enfermeras y dietistas
Tratamiento ambulatorio: – El tratamiento ambulatorio debe ser la primera línea de tratamiento
Tratamiento en hospital de día: – Es una alternativa que podría ser útil en el manejo de algunos pacientes con TCA que necesitan un tratamiento más intensivo que el ofrecido por los regímenes ambulatorios, pero sin los inconvenientes de la hospitalización
Tratamiento hospitalario: – El tratamiento hospitalario se reserva para pacientes con complicaciones médicas con riesgo para la vida, aquellos que no mejoran en consulta externa o los que tienen riesgo de suicidio o de autolesiones – El tratamiento hospitalario en niños y adolescentes con AN debe hacerse en centros con servicios separados para edades y con capacidad para ofrecer programas educacionales
Tránsito entre niveles asistenciales: – El tránsito entre distintos niveles asistenciales y servicios debe hacerse de forma escalonada y coordinada

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

Tabla IV. Recomendaciones para toda la familia en las etapas iniciales con el fin de fomentar nuevos hábitos de alimentación

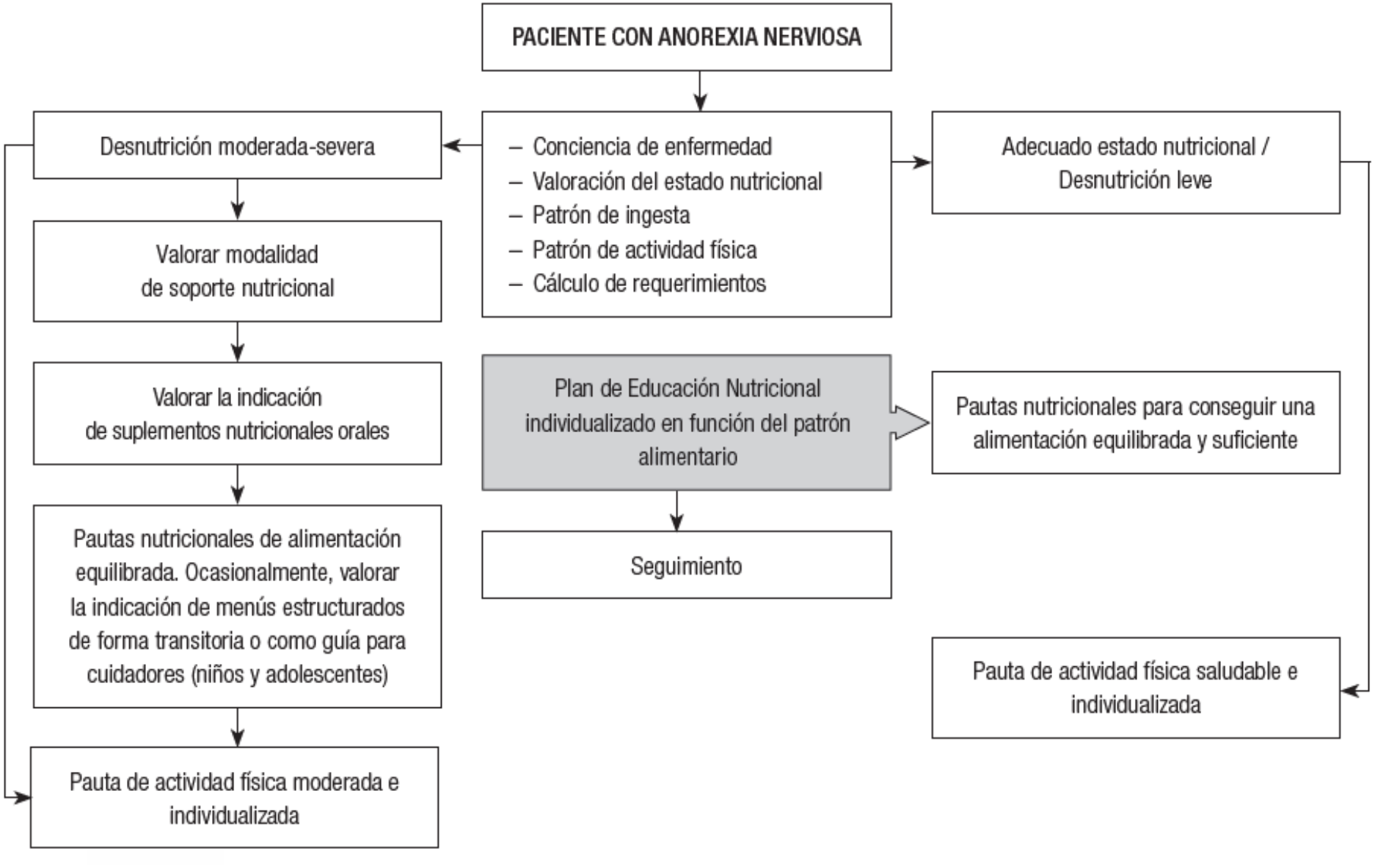
- El paciente no participará en la compra de alimentos, ni los manipulará, ni los cocinará
- El paciente no presenciará la preparación de las comidas; solo permanecerá en la cocina a las horas de las comidas si se realizasen allí
- La alimentación se organizará en cinco ingestas a lo largo del día. Se beberá agua y líquidos con moderación a lo largo del día
- Las comidas las realizará siempre sentado a la mesa y acompañado; nunca solo y no realizará otras actividades (leer, ver la televisión, trabajo doméstico, etc.)
- No abandonará la mesa hasta el final de la comida
- Salvo acuerdos especiales, al paciente no se le preparará un menú especial; deberá comer el mismo menú que los demás miembros de la familia
- La comida siempre le será servida, pactando previamente en la consulta la cantidad
- El paciente procurará consumir toda la comida presentada (sin negociar las raciones)
- Seguirá el orden adecuado de los platos (primero, segundo y postre)
- Se deberá comer con corrección, haciendo un uso adecuado de los cubiertos. No triturará, desmenuzará ni desmigajará la comida
- Se procurará que la duración de las comidas no sea menor de 30 minutos, ni mayor de una hora
- Durante la comida, se evitarán los temas que versen sobre la comida o sobre su enfermedad
- Tampoco es el momento adecuado para todo tipo de reproches
- Los comensales que comparten la mesa con el paciente procurarán no estar pendientes de él y de su ingesta
- Se intentará que sean momentos relajados para todos. No se forzará al paciente a comer
- Se procurará respetar el tiempo de reposo tras las comidas
- Se evitará que el paciente vaya al baño hasta que pase una hora desde la última ingesta
- Cuando salga a comer fuera de casa procurará elegir los mismos alimentos que elijan sus familiares o amigos
- Y para finalizar, recordarle que estas instrucciones son transitorias y que a lo largo del programa de tratamiento aprenderá a comer de forma saludable y adecuada
- Y se le dará el alta por curación cuando llegue el momento

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

Tabla V. Instrucciones que debería recibir el paciente para llevarse a casa

- Respetar las 5 ingestas del día
- No intervenir en la elección ni preparación de comidas
- Comer en compañía
- Definir quién servirá la comida y qué cantidad
- Alguna consideración especial sobre algún tipo de alimento
- Cantidad y tipo de líquidos a ingerir a lo largo del día
- No acudir al baño hasta 1 hora después de las comidas
- Pactar los tiempos de reposo en el día
- Pactar su capacidad para realizar su actividad habitual (escolar o laboral)
- Concretar la actividad física o deporte a realizar, marcando el tiempo adecuado
- Si precisa suplementos nutricionales orales, definir bien: el tipo, la dosis, el sabor, el momento del día y tiempo para ingerirlo, y si precisa supervisión
- Si precisa otra medicación (vitaminas, minerales, antiácidos, fibra…), dar las pautas oportunas
- Si se acuerda realizar algunos autorregistros, explicar cuáles, cuándo y con qué frecuencia
- Negociar los objetivos y la fecha de la siguiente cita en la consulta ambulatoria

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48



Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

Herramientas recomendadas para cuantificar la ingesta	
Registro alimentario de 3-7 días	– Aporta información sobre la ingesta de alimentos cuali-cuantitativa. – Permite evaluar el progreso de la educación nutricional – Útil emplear medidas caseras (platos, cucharas) y fotos para reconocer el tamaño de las raciones
Frecuencia habitual de consumo de alimentos	– Permite una visión global y cualitativa de la ingesta – Permite identificar los alimentos aceptados y rechazados
Registro de sensaciones hambre/apetito	– Puntuar en escala de 1-5 – Permite identificar el motor de la ingesta

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

Tabla IX. Criterios de riesgo de desarrollo de síndrome de realimentación

Presencia de al menos un criterio mayor	– IMC < 16 (kg/m²) – Pérdida de peso no intencionada > 15% en los 3-6 meses anteriores – Muy poca/escasa ingesta durante > 10 días – Bajos niveles de K, P o Mg antes de la alimentación
Presencia de al menos dos criterios menores	– MC < 18,5 (kg/m²) – Pérdida de peso no intencionada > 10% en los 3-6 meses anteriores – Muy poca/escasa ingesta durante > 5 días – Historia de consumo de alcohol, drogas o diuréticos

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

Tabla VIII. Previsibles efectos de los suplementos nutricionales orales en pacientes con anorexia nerviosa

Efectos beneficiosos	Efectos adversos
– Disminución de los conocidos efectos adversos asociados a la desnutrición (aumento de morbilidad y mortalidad, y disminución de calidad de vida), especialmente en los casos de cronicidad y de mayor gravedad y en grupos especialmente vulnerables como niños, adolescentes y gestantes – Durante la primera mitad del tratamiento, conlleva una mejor y más rápida recuperación nutricional junto con la alimentación pactada – Reducción de estancias hospitalarias – Acortamiento de la duración del tratamiento – Para aportar un porcentaje considerable de los requerimientos energéticos necesarios para la ganancia de peso en un volumen menor, y evitar saciedad precoz	– Evitar el esfuerzo de los pacientes en progresar en su alimentación, reforzando sus conductas de evitación de alimentos o que pudieran fomentar la dependencia de fuentes de alimentación artificial

Nutr Hosp 2017;34(Supl. 5):11-48

Tabla X. Propuesta de posibles actividades terapéuticas en el HDTCA según la disponibilidad de cada centro*

Aspectos relacionados con el estado nutricional	– Control de la evolución clínica – Exploración física – Control del peso e IMC. Bioimpedancia (BIA) – Parámetros analíticos – Control del cumplimiento del consumo de la medicación y de SNO – Posible consumo de alcohol, drogas o diuréticos
Aspectos relacionados con el control de las ingestas y educación nutricional	– Comidas terapéuticas – Análisis de la ingesta realizada – Educación nutricional grupal o individualizada
Psicoterapia	– Individual – Grupal – Imagen corporal – *Mindfulness* (atención y consciencia plena en el presente)
Talleres	– Taller de salud – Taller de educación emocional: imagen corporal, autoestima, habilidades sociales, resolución de conflictos, seguimiento de normas, *mindfulness*... – Taller de relajación – Taller de adolescentes – Escuela de padres y/o pareja
Terapia ocupacional	– Ejercicio físico adaptado – Cinefórum – Taller de teatro – Taller de informática – Taller de prensa – Musicoterapia – Maquillaje – Juegos de mesa – Arte-terapia – Juegos de concentración y atención – Manualidades varias – Taller de juegos (edad infantil) – Apoyo escolar
[illegible]	– Individuales

RESULTADOS

- 50% resultados favorables

30-40% recuperan la normalidad

- 30% resultado moderadamente favorable

30-40% mantienen sintomatología anoréxica, significativamente mejorada

- 20% desfavorable

10% y un 20%, siguen un cuadro de cronificación del trastorno

5 a 10% fallecen como consecuencia de la enfermedad o por suicidio.

CASO CLINICO 1 (AN)

- **ADRIANA:** adolescente de 15 años miembro del equipo de atletismo de su colegio. Consulta a su pediatra por un episodio de pérdida de conocimiento mientras competía en una carrera de 100 metros. Antes de la carrera se sentía mareada, pero no refería palpitaciones o alteraciones visuales. Llama la atención baja de 15 kg de peso en el último año.
- **Historia actual**
- Adriana refiere calambres y cefalea en las últimas dos semanas. Hace seis meses presentó episodio de dolor abdominal y precordial. Los síntomas cedieron luego del uso de antiácidos y cambios en sus hábitos alimentarios. Cuando comenzó a comer comidas en cantidades más pequeñas y con mayor frecuencia.
- **Encuesta alimentaria**
- Para prepararse para la carrera, Adriana había estado comiendo en las últimas dos semanas una dieta rica en proteínas, y baja en grasas e hidratos de carbono. Veinticuatro horas antes de la competencia recibió dos comidas ricas en hidratos de carbono (galletas habaneras integrales).
- Adriana refiere que le agrada comer pero que evita comer grasas para no subir de peso. Ella admite haber tenido pequeñas fluctuaciones en su peso en el último año y trata de mantener éste alrededor de 45 kg aumentando la actividad física. Ella niega el uso de laxantes o diurético y la presencia de vómitos. Ella frecuentemente se salta las comidas pero compensa consumiendo colaciones. Durante la entrevista da a entender que se encuentra poco musculosa como para poder seguir con sus prácticas de atletismo. Basada en una encuesta alimentaria de recordatorio en las últimas 24 horas, Adriana está recibiendo entre 1000 y 1100 kcal /día.