



**Nombre de alumno: Firidiana Dominguez  
Godínez**

**Nombre del profesor: Daniela Monserrat  
Mendez**

**Nombre del trabajo: Marco teórico**

**Materia: Taller de elaboración de tesis**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: Noveno cuatrimestre**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 4 de junio de 2021

## Capítulo III

### MARCO TEORICO

#### 3.1. Definición de nutrición

La nutrición va más allá de comer, es un proceso muy complejo que considera desde los aspectos sociales hasta los celulares, y se define como “el conjunto de fenómenos mediante los cuales se obtienen, utilizan y excretan las sustancias nutritivas”. Las sustancias nutritivas son conocidas como “nutrimentos que se definen como unidades funcionales mínimas que la célula utiliza para el metabolismo y que son provistas a través de la alimentación”. La alimentación consiste en “la obtención, preparación e ingestión de alimentos”. La dieta es “todo aquello que consumimos de alimentos y bebidas en el transcurso de un día”. Así pues, todos los seres humanos estamos a dieta a diario, la diferencia radica en el tipo de dieta que debe consumir cada persona con base en la edad, el sexo, la estatura, el peso, la condición clínica, económica, y social. Antes de comentar de manera breve los aspectos más relevantes de los nutrimentos para la nutrición humana, es necesario destacar los siguientes aspectos generales: (Lamas, nutrición , 2012)

- ✓ Todos los nutrimentos son importantes, no hay ni buenos ni malos, además si uno de éstos no está presente, es suficiente para que la persona enferme o muera.
- ✓ Cada nutrimento es diferente y la cantidad que se necesita también. (Lamas, nutrición , 2012)
- ✓ La velocidad con la que un nutrimento se absorbe en el organismo es también diferente de un caso a otro, y ello determina la urgencia con que debe obtenerse. Los más importantes para el cuerpo son el oxígeno y el agua, ya que sin ellos moriríamos. (Lamas, nutrición , 2012)
- ✓ El organismo requiere una cantidad óptima de cada uno de los nutrimentos indispensables, si recibe más va a tener una posible toxicidad, y si recibe menos una deficiencia. (Lamas, nutrición , 2012)
- ✓ Para fines prácticos, “los alimentos contienen todos los nutrimentos, por lo que es extremadamente raro que un individuo desarrolle una deficiencia específica; habitualmente se trata de síndromes pluricarenciales”. (Lamas, nutrición , 2012)
- ✓ No hay alimentos buenos o malos, ni uno que aporte más que otro, “todo alimento contiene uno o más nutrimentos y contribuyen a la nutrición”. (Lamas, nutrición , 2012)

### **3.2 Educación en nutrición, salud y bienestar**

La educación en nutrición es una estrategia empleada por muchos países desarrollados y en desarrollo, para mejorar el bienestar nutricional de las poblaciones vulnerables. La educación en nutrición se entiende como la combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para la adopción voluntaria de conductas nutricionales adecuadas que conduzcan a la salud y el bienestar. Es reconocida como uno de los elementos esenciales para contribuir a la prevención y control de problemas relacionados con la alimentación en el mundo. (Landaeta-Jimenez, Educación en nutrición, salud y bienestar, 2011)

En nutrición es importante considerar los factores que determinan el comportamiento alimentario de orden antropológico, biológico y cultural. Estos configuran el marco referencial de los individuos, que vienen a conformar la variabilidad de hábitos, los cuales influyen en la elección de los alimentos. Sin embargo, la elección está limitada por factores ligados a la disponibilidad del alimento, factores sociales como la incorporación de la mujer al trabajo, la industrialización, organización escolar, las modas, nuevos alimentos o abundancia de algunos de ellos, la publicidad de nuevos productos, las innovaciones en tecnología culinaria, los factores religiosos y dentro de ellos podemos incorporar los modelos culturales, tradiciones y tabúes sobre los alimentos y el costo económico. (Landaeta-Jimenez, Educación en nutrición, salud y bienestar, 2011)

En nuestra población permanecen hábitos y costumbres alimentarias producto de nuestra mezcla cultural que dan una variabilidad característica a la alimentación en las regiones. Es así que el oriental consume mayor cantidad de pescado, incorpora el dulce a sus guisos, mientras que en los andes prevalece el consumo de leguminosas, verduras y vegetales.

En Latinoamérica se reportan modelos de educación nutricional, que han sido eficaces en modificar los conocimientos, actitudes, prácticas nutricionales y el estado nutricional de la población, que fundamentalmente se han orientado a la promoción de alimentos tradicionales y locales de alto valor nutritivo y el aprovechamiento integral de los mismos, con lo cual se pretendía cubrir los déficits de vitaminas y minerales y parte de la brecha calórica existente en la población. (Landaeta-Jimenez, Educación en nutrición, salud y bienestar, 2011)

En otros países, se ha probado un modelo de intervención orientado a propiciar estilos de vida saludables en niños y adolescentes, los cuales consideraron la educación alimentaria y el fomento

de la actividad física, con resultados satisfactorios. Dichos programas han integrado acciones de políticas públicas de educación nutricional a la población, como parte de la estrategia de prevención primaria dirigida a contener el incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición.

Por otra parte, varios países presentan una superposición epidemiológica, con la presencia de enfermedades por déficit y carencias nutricionales, incremento sostenido de enfermedades por exceso, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico, todo esto, en poblaciones en situación de pobreza, que añade una mayor complejidad al problema. (Landaeta-Jimenez, Educación en nutrición, salud y bienestar, 2011)

En nuestro país, las enfermedades nutricionales, ya sea por carencias o por excesos, continúan siendo un problema de salud pública. Las primeras, en la segunda mitad del siglo XX y en los años iniciales del siglo actual, han transformado su importancia trasladando los cuadros agudos a la desnutrición silenciosa causante de retardo de crecimiento y de desarrollo. En contraposición, el sobrepeso y la obesidad, están en franco ascenso, con consecuencias en el incremento de la diabetes, del síndrome metabólico y de otros padecimientos asociados con dicho síndrome.

En una consulta realizada desde la Fundación Bengoa a un grupo de profesionales venezolanos pertenecientes al campo de la nutrición, se identificó como problemas prioritarios al sobrepeso y la obesidad, a la carencia de micronutrientes (hambre oculta), especialmente de hierro y ácido fólico, la desnutrición proteico-calórica, el embarazo adolescente, la inseguridad alimentaria y problemas en la calidad e inocuidad de los alimentos. Entre los factores condicionantes señalaron, la falta de educación nutricional en la población, hábitos alimentarios inadecuados, dietas monótonas, alto consumo de azúcares y grasas, muy bajo consumo de frutas y hortalizas, sustitución de preparaciones tradicionales en la dieta habitual y combinaciones inadecuadas. Sin embargo, se señaló como especialmente importante el cambio violento en el estilo de vida con alto sedentarismo y stress. (Landaeta-Jimenez, Educación en nutrición, salud y bienestar, 2011)

En presencia de este panorama nutricional complejo, se necesitan medidas orientadas a afrontar las enfermedades crónicas que constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país. Pero igualmente, hay que fortalecer las acciones para controlar la problemática nutricional por déficit, así como las carencias de micronutrientes en especial de hierro, por sus implicaciones en el desarrollo integral de los niños y de las embarazadas, a lo que se añade, el

incremento del embarazo en adolescentes, junto a las carencias de ácido fólico, calcio y zinc, en grupos específicos.

Todo parece indicar, que la situación descrita, requiere de soluciones oportunas con una política pública, que, asumiendo la complejidad de los factores condicionantes, pueda definir líneas programáticas, que integren acciones de distintos sectores, donde la educación en nutrición, este presente para atacar el problema. El país lo necesita con urgencia, todos debemos participar. (Landaeta-Jimenez, Educación en nutrición, salud y bienestar, 2011)

### **3.3. Importancia de la educación en nutrición ante los problemas de la mal nutrición, en México**

El panorama epidemiológico que presentan, tanto los países desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo, se caracterizan por una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que suponen las principales causas de muerte. Los factores de riesgo para estas enfermedades están estrechamente relacionados con malos hábitos alimentarios, como el bajo consumo de fibra dietética, el alto consumo de grasas animales saturadas, café o bebidas alcohólicas y otros estilos de vida poco saludables, tales como el sedentarismo y el tabaquismo. La elevada morbilidad y mortalidad relacionada con estas enfermedades demanda acciones curativas costosas, que consumen una parte importante del presupuesto asignado a la atención a la salud, que por ende son limitados. De forma simultánea, hay varios países en los que las enfermedades agudas y carenciales aún son prevalentes, pero que participan de una transición epidemiológica hacia el panorama expuesto en primer término. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

Actualmente, son mucho los países del mundo que han replanteado políticas de salud, con miras a reorientar el gasto público en salud, se ha tratado de dar mayor prioridad a las acciones preventivas y de salud colectiva. Sin embargo, para que este cambio de política muestre efectos, se requiere más que la asignación del presupuesto; hay que fomentar entre los integrantes de los equipos de salud un cambio de mentalidad, que lleve a pensar más en términos de la atención primaria. La forma de lograrlo es dando mayor impulso a la medicina preventiva, a través del reforzamiento de sus acciones de prevención primaria, orientadas primordialmente pero no

exclusiva al primer nivel de atención. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

Los principales instrumentos de la prevención primaria son la educación para la salud y la prevención específica. La educación para la salud tiene un ámbito de competencia muy diverso, abarca aspectos tales como la promoción de una alimentación sana y equilibrada, una vivienda higiénica y funcional, fomento de la actividad física, acceso a fuentes de recreación, práctica del descanso reparador, así como la ampliación de la cultura sobre la salud.

Por su parte, la prevención específica va dirigida a evitar particularmente, una o más enfermedades. Un ejemplo conocido es la vacunación. Otras acciones se dirigen a prevenir enfermedades carenciales, como el bocio, mediante la yodación de la sal, la anemia ferropénica o por déficit de folatos a través del enriquecimiento de alimentos de consumo popular o mediante la suplementación directa; el déficit de vitamina A, a través de suplementación periódica de este micronutriente, así como la promoción del consumo de alimentos ricos en carotenos. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

La magnitud de la tarea implica reconocer que el mantenimiento de la salud obedece a muchas causas, que su pérdida tiene un origen multicausal, lo que pone de manifiesto que el ámbito de acción del equipo de salud es muy amplio.

El interés de la nutrición en salud pública, durante muchos años, tendía a entenderse sólo en lo referente a la seguridad alimentaria y, sobre todo, en el contexto de las carencias de nutrientes particulares, que eran responsables uncausalmente de estados carenciales bien definidos, con un corto período de latencia y rápidamente reversibles al administrar el micronutriente que faltaba (anemias, pelagra, escorbuto, raquitismo, entre otros). (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

El énfasis de las acciones relacionadas con los problemas de deficiencias nutricionales, se ha extendido a problemas producidos por el exceso en el consumo de alimentos presente en los países desarrollados, y en grupos de población en los países en desarrollo. Se indica que las enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y estilos de vida poco sanos se están incrementando, por lo que existe una mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, y otras. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

Los patrones actuales de morbilidad y mortalidad requieren una atención creciente por el estudio de la influencia de la nutrición en la prevención de las principales enfermedades crónicas. Fundamentalmente interesa la identificación de los determinantes dietéticos en las enfermedades cardiovasculares y cáncer, aunque también se deben considerar otras afecciones de gran impacto sobre la salud pública, como la diabetes, la obesidad y la osteoporosis. Estos son ejemplos de los problemas que actualmente acaparan la atención de la alimentación en salud pública, y para los que hay que diseñar estrategias eficaces de intervención.

Como resultado del alejamiento progresivo de sus condiciones naturales y de su intrincado carácter biopsicosocial, la alimentación del ser humano se torna cada día más compleja, más sujeta a determinantes no biológicos y más vulnerable a información incorrecta que pueden desviarla cualitativa y cuantitativamente de lo deseable, ya que los mecanismos exclusivamente biológicos para regularla resultan hoy insuficientes. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

La conducta del hombre frente a la alimentación se relaciona con una serie de hábitos que determinan la forma en que elige sus alimentos, los prepara, los sirve, distribuye y consume. En estos hábitos interviene una serie de factores que deben ser estudiados y conocidos en cada región o grupo. La alimentación y, consecuentemente, la educación nutricional son pilares fundamentales de la salud individual y colectiva de la población. Así lo contempla la OMS en sus objetivos de salud para el año 2000 y los recogen los diversos países en sus planes de salud, insistiendo en la importancia de los hábitos alimentarios como determinantes de la salud. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

La OMS establece la recomendación sobre cantidades de energía y nutrientes diarios, de acuerdo a los diversos grupos de edad, sexo y actividad física. Ahora bien, la educación para una correcta alimentación es algo más que la consecución del equilibrio nutritivo y, por tanto, la educación nutricional ha de contemplar también los aspectos sociales y culturales que forman parte de ella. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

El objetivo general de la educación nutricional es buscar actitudes y hábitos que resulten en una selección inteligente de alimentos y en el consumo de una dieta nutritiva para todas las edades. Para lograr estos objetivos es necesario el conocimiento de los principios básicos de la educación nutricional y también el estudio profundo del hombre, en todas sus manifestaciones que guardan relación con la alimentación.<sup>8</sup> Estos principios básicos son:

El hombre necesita aprender a comer, en la especie humana el instinto no es una guía segura para obtener una dieta adecuada. Se debe educar el paladar del niño e introducir gradualmente en su alimentación distintos alimentos para que su dieta llegue a ser apropiada. Los hábitos alimentarios son acumulativos, al introducir en una familia un nuevo hábito alimentario, este se transmite a las siguientes generaciones. Así vemos familias que guardan recetas y recomendaciones dietéticas a través del tiempo, donde algunas fueron adquiridas por familiares, amigos o personas ajenas. Los hábitos alimentarios no son estáticos, pueden cambiar con nuevos enfoques y significados que adquiere el alimento, especialmente con las nuevas técnicas de elaboración que facilitan la labor culinaria. La educación puede modificar los hábitos alimentarios, cada individuo adquiere sus hábitos gracias a la enseñanza paciente y sistemática de los adultos que lo educaron, y también por medio de las personas ajenas al hogar, con quienes se relacionó. Esta educación alimentaria debe cumplir una función social, una sociedad mal nutrida no puede bastarse a sí misma. Es más propensa a enfermedades y su rendimiento mental también se afecta. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

El componente de educación en la nutrición, la promoción de una alimentación adecuada y estilos de vida sanos, recobra fuerza en la época actual: "Uno de los mayores desafíos con los que se enfrenta, es la tarea de mejorar la nutrición y promover mejores hábitos alimentarios que favorezca la salud. Todas las recomendaciones destinadas a alentar y apoyar dietas adecuadas y formas de vida sanas deben ser aceptables desde el punto de vista cultural y viables desde el punto de vista económico" (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

A lo largo de los años, la población ha recibido mensajes diversos acerca de cómo alimentarse adecuadamente. Estos mensajes o estas campañas no han sido sistemáticos, ni homogéneos, los materiales, contenidos e impacto de los programas, no han sido evaluados. Las diversas instituciones involucradas en el cuidado de la salud de la población (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Nacional del Consumidor, Instituto Nacional de la Nutrición, entre otros) han realizado intentos aislados -y por lo mismo poco fructíferos- por orientar a la población. Mientras los esfuerzos no sean coordinados, los resultados serán por demás insuficientes. La publicidad de alimentos es un arma peligrosa mientras no exista una reglamentación estricta para ella que evite que los esfuerzos que se llevan a cabo en otros niveles disten mucho de tener el éxito esperado. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)



La Comisión Nacional de Alimentación (CONAL), a través del Programa Nacional de Alimentación (PRONAL) inició un nuevo esfuerzo por orientar a la población en materia de alimentación, y publicó los Esquemas Básicos para la Orientación Alimentaria. En estos esquemas se maneja la misma clasificación de tres grupos de alimentos que en el Sistema Alimentario (SAM), pero con la mejoría, de que estos se nombran de acuerdo a los tipos de alimentos que se incluyen en cada grupo, en lugar de los nutrientes que aporta, es decir, reconoce lo que al público le importa y le es útil -al menos en la primera etapa- en lo cotidiano y no los conceptos fisiológicos o científicos. En estos esquemas básicos se habla de cómo integrar una dieta recomendable, de cuáles son las prioridades de la alimentación de acuerdo a la edad de los individuos y a su estado fisiológico, e inclusive se tratan aspectos importantes para la prevención de las enfermedades de lenta evolución, en las cuales la mala alimentación puede ser un factor causal. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

El impacto de los programas de educación y orientación alimentaria sobre la población receptora no se ha evaluado, lo que impide emitir un juicio objetivo en cuanto a la utilidad de los diversos esfuerzos, por demás aislados. Todo programa, por pequeño que sea, debe evaluarse con el fin de optimizar los recursos, por demás escasos. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

Cuando se tenga conciencia de que la buena alimentación de cada día es el mejor seguro para la salud, se habrá adelantado un paso definitivo hacia la derrota de las enfermedades.

Finalmente, se puede recomendar la implementación de políticas de orientación alimentaria en México cuyas principales bases sean:

- ✚ La certeza de que ciertos conceptos permitan mejorar en forma notable la alimentación de amplios sectores de la población, a pesar de las limitaciones económicas y de infraestructura. Los conceptos que se transmitan a este respecto deben ser claros, simples y prácticos.
- ✚ El conocimiento de que los mensajes deben ser reiterados, cuidadosamente meditados y únicos en su parte medular para que no incurran en contradicciones que confundan al público. Sin embargo, deben ser adaptados a cada zona y a cada estación del año, pues la disponibilidad de alimentos difiere con la región y con la época. Para ello debería haber una coordinación entre las dependencias del sector público y del sector privado.

- ✚ La temática se debe centrar en la alimentación y sus aspectos cotidianos pues es lo que al público más le interesa.
- ✚ Es preciso cambiar algunos hábitos, pero otros deben reforzarse pues si bien es cierto que la cultura alimentaria nacional tiene algunos defectos, también lo es que tiene muchas cualidades que conviene fomentar. Urge prestigiar alimentos y patrones autóctonos pues presentan mejores alternativas desde el punto de vista económico, social y ecológico.
- ✚ Es fundamental reglamentar la publicidad comercial, a menudo mentirosa o por lo menos exagerada, puesto que puede representar un enemigo de los intereses de la sociedad.
- ✚ Es necesario que las demandas alimentarias creadas se sustenten tanto en el abastecimiento oportuno de los productos, como en la factibilidad de acceso a ellos.
- ✚ Es aconsejable propiciar la participación activa de la comunidad en la planificación de los programas de orientación alimentaria para evitar esquemas pasivos que consideran al público sólo como receptor. (Barragán, La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México, 2007)

### **3.3.1 Quienes deben recibir educación nutricional.**

La educación nutricional es necesaria en todos los ámbitos para proteger la salud de la población, pero los recursos públicos son escasos y las necesidades urgentes tienen prioridad. Para velar por el desarrollo adecuado, tanto mental como físico, de sus hijos las madres deben conocer y poner en práctica algunas pautas esenciales, como comer bien ellas mismas, amamantar en exclusiva al bebé hasta los seis meses y, a continuación, dar al bebé alimentos complementarios ricos y nutritivos sin dejar de amamantarlo. Los niños en edad escolar, que es el momento decisivo para formar unos hábitos alimentarios adecuados, deben aprender a comer diversas frutas y hortalizas y disfrutar de ellas evitando a la vez el exceso de dulces, bebidas azucaradas y alimentos con alto contenido de sal. Conviene que las personas que viven con el VIH/SIDA entiendan que una buena dieta contribuye a desarrollar la resistencia a la infección. Sin embargo, no hay que restringir demasiado el campo de acción: no solo las madres, sino también sus esposos, las familias, la comunidad y los asesores profesionales deben entender que la vida y el futuro de sus hijos dependen de lo que coman. Quienes tienen a su cargo niños y jóvenes o cuidan de enfermos también deben recibir educación nutricional; las familias y los maestros han de aprender no solo a comer bien ellos mismos, sino a ser fuentes de educación al respecto. Los asesores en materia de agricultura deben saber qué cultivos son más fáciles de producir con el

objeto de lograr mejoras rápidas y cruciales en las comidas familiares o enriquecer los alimentos para bebés, como entender que es urgente comunicar este conocimiento. (FAO, desconocido )

### **3.3.2 Derecho a la alimentación**

La necesidad de la educación nutricional se ha visto reforzada en gran medida por el concepto del derecho a la alimentación. El público necesita información y capacitación para ser consciente de sus derechos en materia de alimentación y aprender a participar en la adopción de decisiones que le afectan. Las partes en el Pacto Internacional están obligadas a facilitar información y educación en materia de regímenes alimentarios adecuados, inocuidad de los alimentos, enfermedades de origen alimentario y etiquetado, elaboración, producción y preparación de alimentos, mientras que incorporando en los planes de estudios la agricultura, la inocuidad de los alimentos, el medio ambiente, la nutrición y la educación en materia de salud se fomenta la capacidad de los ciudadanos de alcanzar y mantener la seguridad alimentaria por su cuenta. A ello se debe que la educación nutricional sea un mecanismo básico para establecer los derechos en materia de alimentación. (FAO, desconocido )

## **3.4 Enfermedades por la falta de educación nutricional**

### **3.4.1 Obesidad**

La obesidad es una de las alteraciones metabólicas más frecuentes y de mayor repercusión sanitaria y socioeconómica en muchos países del mundo. Sin embargo, su definición ha sido objeto de intensos debates. Uno de los enunciados más aceptados de la obesidad, que emana del Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos hace referencia a la «excesiva acumulación de energía en forma de grasa», en contraposición con el concepto clásico de desequilibrio ponderal en relación a la talla, que depende en algunos casos del aumento de tejido magro en deportistas o de otras circunstancias, como el embarazo. El contenido en grasa «fisiológico» en la mujer es del orden del 30 %, que es notablemente mayor que el varón, ya que en éste se sitúa por debajo del 20 % en personas sanas, cuando se compara en situaciones similares de edad, trabajo y actividad física. La asociación de obesidad con reducción de la expectativa de vida es un fenómeno conocido desde antiguo y ya descrito por Hipócrates, quien afirmaba que «la muerte repentina, es más común en las personas de constitución gruesa que en las delgadas». Hoy en día está plenamente aceptado que las personas obesas afrontan un riesgo superior de sufrir hipercolesterolemia, insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes mellitus y cáncer que las no obesas, con mayor morbilidad y mortalidad a edades más tempranas, así como y una disminución

de la calidad de vida y de la autoestima. Otros trastornos y patologías asociadas a la obesidad son problemas inflamatorios y hematológicos, depresión y alteraciones psiquiátricas, etc. También las enfermedades articulares, las hernias de hiato, el estreñimiento, el hígado graso, la gota y las alteraciones endocrinas se cuentan entre las complicaciones y manifestaciones clínicas asociadas al sobrepeso y obesidad. La idea de peso «saludable» está basada y relacionada con las tasas de mortalidad y con el supuesto de que a partir de los 20- 30 años el peso debe permanecer más o menos estable. (Martínez, 2014)

#### **3.4.1.1 Etiología de la obesidad**

El resultado final de obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético y en ella pueden influir inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida sedentario, factores sociológicos, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas y componentes hereditarios. También se han mencionado como posible origen de la obesidad y exceso de peso determinadas infecciones y procesos inflamatorios crónicos leves, el menor número de horas de sueño de la población y el estrés en la sociedad actual, las alteraciones endocrinas, como hipotiroidismo, la nutrición perinatal de la madre y del recién nacido, las relaciones sociales más frecuentes entre personas obesas con predisposición genética, la edad y la mayor fertilidad de la mujer con sobrepeso, algunos efectos secundarios a fármacos, el cambio climático, etc. En todo caso, el papel del excesivo consumo de calorías en forma de grasa y azúcares junto a la tendencia al sedentarismo en la sociedad actual son dos de los agentes causales más conocidos en la etiología y desarrollo de la obesidad. De hecho, la ingesta excesiva de azúcares aparece como un factor causal tan importante como el de las grasas. (Martínez, 2014)

#### **3.4.1.2 Clasificación de la obesidad**

Existen varias clasificaciones de la obesidad, algunas de ellas completamente en desuso y otras con poca significación fisiopatológica a pesar de ser muy empleadas, como la que divide la obesidad en endógena y exógena. Otra con la significación bastante utilizada tiene en cuenta los tipos morfológicos, partiendo de la base de que la masa grasa del varón y de la mujer son diferentes, no solamente en cantidad, sino también en su distribución. Así, el varón tiene de un 12 - 20 % de grasa y la mujer de 20 a 30%. Basándonos en este concepto, dividiremos la obesidad en androide y ginoide. (Juana Hernández Conesa, 2004)

**3.4.1.2.1. Obesidad androide** Más frecuente en el varón que en la mujer. Por efecto de la testosterona y de los corticoides, hay una acumulación de masa adiposa en la parte superior del cuerpo. Generalmente, no se da un aumento de volumen en caderas y extremidades inferiores. Una característica de esta obesidad es la hiperingesta, consecuencia de una polifagia más o menos importante. Otra peculiaridad que las complicaciones suelen ser metabólicas. A partir de los 40 años, vemos obesos de estas características a efectos de diabetes, arterosclerosis, hiperuricemias o hiperlipemias, factores todos ellos de riesgo coronario. La obesidad abdominal puede asociarse a la hiperinsulinemia, resistencia a la insulina e hipertrigliceridemia (síndrome plurimetabólico, a menudo ligado a la hipertensión). Existen criterios para valorar el riesgo cardiovascular de los pacientes con obesidad abdominal. (Juana Hernández Conesa, 2004)

**3.4.1.2.2. Obesidad ginoide:** Frecuentemente, se observa en la mujer con actividad ovárica. El aumento de la grasa en la parte inferior del organismo parece ser consecuencia de los estrógenos. La mujer con este tipo de obesidad no suele hacer una dieta excesivamente calórica. Las complicaciones más habituales de la obesidad ginoide son las de ambulatoria somotoras, como la artrosis de columna o rodillas, y los problemas de circulación de retorno (varices, etc.). Tras los trabajos de Hirsch, algunos autores clasifican la obesidad en hiperplásica e hipertrófica. (Juana Hernández Conesa, 2004)

**3.4.1.2.3. Hiperplásica:** Cuando se inicia en la infancia o adolescencia, en la que hay un aumento del número de adipocitos. Correspondería a las obesidades «rebeldes», con ingestas no desmesuradas, y con escasas posibilidades de éxito en el tratamiento (personas que engordan con mucha facilidad y, en cambio, adelgazan con gran dificultad). De ahí la importancia del control de la obesidad en los primeros años de vida. (Juana Hernández Conesa, 2004)

**3.4.1.2.4. Hipertrofia:** Cuando la obesidad aparece en la edad adulta. En ella hay un aumento del contenido lipídico de las células del tejido adiposo, es decir, del tamaño de los adipocitos. Esta obesidad es menos rebelde que la anterior, en general responde bien a la dieta hipocalórica. (Juana Hernández Conesa, 2004)

**3.4.1.2.5. Mixta:** Cuando se da una asociación de obesidad hipertrófica e hiperplásica. En realidad, se ha demostrado que si bien la obesidad hiperplásica suele corresponder a la iniciada en edad temprana y la hipertrófica a la que aparece en la edad adulta, cuando hay un estímulo suficiente el tejido adiposo escapa de aumentar el número de células (produciendo se una obesidad hiperplásica e hipertrófica a la vez). (Juana Hernández Conesa, 2004)

### 3.5. Desnutrición

La desnutrición proteínico energética (DPE), una enfermedad que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, es potencialmente reversible y se produce por una disminución drástica, aguda o crónica, en la incorporación de los nutrimentos a las células del organismo. Desde el punto de vista fisiopatológico es un estado de adaptación, funcional y de comportamiento, para sobrevivir a agresiones como la carencia de nutrimentos y el exceso de pérdidas. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas. (Gómez, 2003)

La asimilación deficiente de alimentos por el organismo, conduce a un estado patológico de distintos grados de seriedad, de distintas manifestaciones clínicas, que se llama Desnutrición. El término Desnutrición, ya adoptado definitivamente en la terminología de nuestro Hospital, ha venido a simplificar extraordinariamente, la confusión y variedad de nombres, que existían en las distintas escuelas de Pediatría y que se usaban para denominar padecimientos semejantes: las entidades clínicas llamadas Hipotrepisia, Hipotrofia, Distrofia, Atrepisia, Atrofia de Parrott, Descomposición, Consunción, Malnutrición y otras más, son, sencillamente, distintos grados de un mismo padecimiento de etiología variada, que ahora denominamos genéricamente con el nombre de Desnutrición. La palabra desnutrición señala toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, sin prejuzgar en sí, de lo avanzado del mal, pues igualmente se llama desnutrido a un niño que ha perdido el 15% de su peso, que al que ha perdido 60% o más, relacionando estos datos siempre al peso que le corresponde tener para una edad determinada, según las constantes conocidas. La desnutrición puede ser un trastorno inicial único, con todo el variado cortejo sintomático de sus distintos grados o puede aparecer secundariamente como síndrome injertado a lo largo de padecimientos infecciosos o de otra índole y, entonces sus síntomas y manifestaciones son más localizadas y precisas. La clasificación de los distintos grados de desnutrición ha sido objeto de terminología también distinta y a veces confusa y poco connotativa; nosotros seguimos la terminología simplista que iniciamos en el Hospital y que señala con bastante claridad, el estado que guarda un niño desnutrido en sus distintas etapas. Llamamos desnutrición de primer grado a toda pérdida de peso que no pase del 25% del peso que el paciente debería tener, para su edad; llamamos desnutrición de segundo grado cuando la pérdida de peso fluctúa entre el 25 y el 40%, y, finalmente llamamos desnutrición de tercer grado, a la pérdida de peso del organismo más allá del 40%. (Gómez, 2003)

### 3.5.1 Clasificaciones

La DPE se puede clasificar de acuerdo con su etiología, su presentación clínica y su expresión antropométrica. Etiología La DPE se clasifica como primaria cuando el individuo recibe una dieta inadecuada por su situación socioeconómica y cultural, la cual condiciona una pobre disponibilidad de alimentos y escasa información nutricional; a ello se le suele sumar infecciones digestivas y respiratorias intermitentes, especialmente en el lactante. Se considera desnutrición secundaria cuando es el resultado de enfermedades que se asocian a otros mecanismos además de a la baja ingestión, como malabsorción, incremento de los requerimientos energéticos o pérdida anormal de nutrientes. En los países en vías de desarrollo se pueden combinar los factores sociodemográficos y los patológicos, en cuyo caso se considera DPE mixta. Punto de vista clínico Se identifican tres tipos de DPE grave: (Gómez, 2003)

- ✚ Kwashiorkor, que se caracteriza por una caída brusca en la concentración de albúmina por déficit en la ingestión de proteínas o exceso de pérdidas.
- ✚ Marasmo, que se refiere a un déficit importante de la reserva de energía caracterizada principalmente por una atrofia muscular generalizada.
- ✚ El tipo mixto, que conjunta ambos tipos clínicos de desnutrición, más común entre los 12 y los 24 meses de edad y es la entidad más grave y de peor pronóstico de las tres. (Gómez, 2003)

### 3.5.2. Causas que producen la desnutrición

Se puede decir que el 90% de los estados de desnutrición en nuestro medio, son ocasionados por una sola y principal causa: la sub-alimentación del sujeto, bien sea por deficiencia en la calidad o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos. (Gómez, 2003)

A su vez la sub-alimentación la determinan varios factores: alimentaciones pobres, miserables o faltas de higiene, o alimentaciones absurdas y disparatadas y faltas de técnica en la alimentación del niño. El 10% restante de las causas que producen la desnutrición lo encontramos causado por las infecciones enterales o parenterales, en los defectos congénitos de los niños, en el nacimiento prematuro y en los débiles congénitos; por último, hay un sector que tiene como origen la estancia larga en hospitales o en instituciones cerradas, es decir, el hospitalismo. El hospitalismo es una entidad patológica indeterminada y misteriosa que altera profundamente el aprovechamiento normal de los alimentos y que se instala en el organismo de los niños hospitalizados por largo tiempo, a pesar de que están rodeados de todas las atenciones higiénicas

y médicas y a pesar también, de que la alimentación a que están sometidas sea correcta desde todos los puntos de vista que se la considere. Es una especie de desminución profunda de la facultad reaccional, defensiva y de aprovechamiento que normalmente tiene el organismo del niño, que afecta la fisiología normal del sistema digestivo y que repercute hondamente en todos los procesos de anabolismo. (Gómez, 2003)

En la época del arzobispo Lorenzana, 1780, los frailes que atendían la Casa de Cuna anotaban en sus libros que “los niños morían de tristeza”; no encontraban en ellos mal alguno, solamente no progresaban, no querían comer, se ponían tristes y morían. Muchos años después hemos comprobado nosotros –Rev. Mex. De Puericultura. Tomo III. Pág. 245.– como la desnutrición se instalaba en niños de la Casa a pesar de toda la técnica médica y dietológica de que se les rodeaba; para salvarlos sólo había una medida, cambiarlos de la Institución Cerrada a su propio hogar o a un hogar substituto. Está probado el mal que resiente el sistema de defensas, reacciones y aprovechamiento alimenticio de un niño menor de dos años después de cuatro o más meses de hospitalización. (Gómez, 2003)

La sub-alimentación, causa principal de la desnutrición, tiene múltiples orígenes, pero en nuestro medio son la pobreza, la ignorancia y el hambre las causas que corren parejas disputándose la primacía en la patogenia de la sub-alimentación, que acarrea la desnutrición. Por lo general el niño alimentado al pecho, aun viviendo con una madre en situación precaria de higiene y de abandono, progresa satisfactoriamente hasta los seis o siete meses de edad; pasado este tiempo se inicia la tragedia lenta pero segura del estacionamiento o de la pérdida de peso que lleva al niño hacia la desnutrición. El pequeño sigue creciendo y aumentando en edad, y la madre, por el contrario, entra en la fase negativa de la lactancia y cada día está menos capacitada para satisfacer, solamente con su pecho, las necesidades alimenticias del niño; la ignorancia le impide saber qué otra cosa puede darle o la pobreza le impide adquirir lo que ella sabe que su hijo puede comer; la criatura medio se sostiene con los restos de leche materna que le da una mujer mal alimentada y ya en el periodo de hipogalactia fisiológica; primeramente hay estancamiento en el peso, después se inicia la desproporción entre el peso y la edad y posteriormente la desproporción entre los tres factores, peso, edad y talla, que normalmente siguen curvas paralelamente ascendentes. En la desnutrición la única curva que se mantiene normal es la de la edad, estableciendo con las otras, una extraordinaria divergencia. Cuando el niño cumple un año, apenas si conserva el peso que tenía a los seis meses; unos meses antes o en esta época, se ha iniciado el destete y la alimentación mixta, a veces disparatada y a veces miserable por su



exigua cantidad y calidad; en un caso o en otro se sigue arruinando la fisiología de los sistemas de aprovechamiento del organismo y acentuándose el desplome de la curva del peso; las infecciones se implantan fácilmente en este terreno debilitado, afectando, bien sea las vías enterales o localizándose en los sitios parenterales más susceptibles que complican el cuadro con diarrea periódica que agota progresivamente las exiguas reservas que al organismo le van quedando. En esta pendiente de desnutrición, el niño rueda con mayor o menor rapidez pasando de la desnutrición ligera a la media y de la desnutrición media a la muy grave, en forma insensible y progresiva, si no hay la mano médica experta y oportuna que lo detenga en su caída. (Gómez, 2003)

### 3.5.3 Cuadros clínicos

- ✓ **Desnutrición de primer grado:** El niño se vuelve crónicamente llorón y descontento, contrastando con la felicidad, el buen humor y el buen sueño que antes tenía; este paso es insensible y frecuentemente no lo notan las madres, a menos que sean buenas observadoras; tampoco se aprecia que adelgace, pero si se tiene báscula y si se compara su peso con los anteriores, se nota que éstas se han estacionado en las últimas cuatro o seis semanas. En este periodo no se observa diarrea, sino por el contrario ligera constipación, no hay vómitos u otros accidentes de las vías digestivas que llame la atención. Las infecciones respetan al niño que aún conserva su capacidad reaccional y defensiva casi íntegra, como generalmente acontece en la iniciación del mal. Así, el dato principal que se observa, y solamente si se busca, es el estacionamiento en el peso o un ligero descenso de él que persiste a través de las semanas; el niño avanza en edad y el peso se va quedando a la zaga, avanzando penosamente o estacionado. (Gómez, 2003)
- ✓ **Desnutrición de segundo grado:** Insensiblemente la pérdida de peso se acentúa y va pasando del 10 ó 15%, a pérdidas mayores; la fontanela se hunde, se van hundiendo también los ojos y los tejidos del cuerpo se hacen flojos, perdiendo su turgencia y su elasticidad; el niño duerme con los ojos entreabiertos, es pasto fácil de catarros, resfriados y otitis, se acentúa su irritabilidad; fácilmente hay trastornos diarreicos y a veces se percibe, desde esta etapa de la desnutrición, discretas manifestaciones de carencia al factor B, así como edemas por hipoproteinemia. El final de la etapa segunda en la desnutrición es ya francamente alarmante y obliga a los padres a recurrir al médico si antes no lo habían hecho. Si el médico es impresionado por el accidente enteral agudo, o por la faringitis o la otitis y sin hacer una cuidadosa búsqueda en la dieta del pequeño

paciente para estimar su calidad y su rendimiento energético, pasa por alto este renglón vital de orientación, y prescribe “para la infección”, el niño habrá dado un paso más en la pendiente fatal de la desnutrición. Por otra parte, si las medidas dietéticas y terapéuticas a que se acuda no son lo suficientemente cuidadosas y efectivas, el paciente cae en una exquisita intolerancia a toda clase de alimentos y a toda cantidad que se le dé; esta intolerancia obliga a cambios frecuentes en la dieta, y a nuevos intentos de acomodación digestiva por parte del organismo, en los cuales se pierde tiempo, se va aumentando la destrucción de sus reservas, y el desplome de la curva de peso, que cada vez se aleja más del paralelismo normal con la curva de la edad. (Gómez, 2003)

- ✓ **Desnutrición de tercer grado:** La desnutrición de tercer grado se caracteriza por la exageración de todos los síntomas que se han enumerado en las dos etapas anteriores de desnutrición, y el niño llega a ella bien sea porque no hubo una mano experta que guiara la restitución orgánica, o porque la miseria y la ignorancia hicieron su papel homicida, o porque a pesar de las medidas tomadas, ya la célula y su mecanismo metabólico habían entrado en una fase negativa o de desequilibrio anabólico que no permiten que se aproveche ni las cantidades mínimas para sostener la pobre actividad del paciente. Los ojos se hundén, la cara del niño se hace pequeña y adquiere el aspecto de “cara de viejo”; se ven prominentes todos los huesos de la cara y la bola grasosa de Bichat hace su grotesca aparición como última reserva grasosa de este sector del organismo. Los músculos de los miembros cuelgan como pesadas cortinas forrados de piel seca y arrugada; los huesos de los miembros superiores, del dorso y del tórax se observan forrados de una piel escamosa, arrugada, sin vitalidad y sin la menor elasticidad. Los ojos de la criatura quedan vivos, brillantes y siguen con una gran avidez, los movimientos que a su alrededor se desarrollan, como buscando ansiosamente el alimento que le podría servir de salvación. (Gómez, 2003)

Muchos desnutridos llegan a esta etapa sin tener edemas por carencia proteica o manifestaciones de carencias vitamínicas y en cambio a otros se les ve hinchados de sus piernas, del dorso de las manos y de los párpados y sobre estos edemas hay manifestaciones peligrosas hipercrómicas, acrómicas y discrómicas, que dan el conocido, mosaico de colores y de formas, que en Yucatán se conoce con el nombre de “culebrilla”. Sobre el estado angustioso de autoconsunción, se observan como síntomas predominantes, la intolerancia absoluta a la alimentación, que toman a veces vorazmente; los vómitos fáciles, los accidentes digestivos de

aspecto agudo o semi-agudo y las infecciones focales que estallan con periodicidad desesperante y virulencia cada vez mayor. (Gómez, 2003)

El cuerpo del paciente se encuentra en completa bancarrota orgánica; las células solamente tienen capacidad para transformar en alimentos de consumo, los aminoácidos que extraen de las miserables reservas proteicas que van quedando en los músculos; no hay alimento por sencillo, puro y apropiado que se busque, que pueda aprovecharse y a veces ni siquiera tolerarse. Es la etapa de los balances negativos en todos los sistemas del organismo que en estado normal se encadenan, se equilibran y se complementan para la asimilación. El catabolismo aumenta su curva desproporcionadamente, y su función de arrastre y desecho adquiere proporciones catastróficas y destructoras, llevándose todo lo poco utilizable que va quedando en el desastre, de moléculas proteicas, de reservas glicogénicas o de reservas grasosas. Las sales minerales y el agua también tienen abiertas sus compuertas y no es extraño que un cuadro de anhidremia aguda se implante con el más ligero accidente diarreico. La terminación de estos cuadros es generalmente acelerada por accidentes digestivos agudos o por infecciones enterales o parenterales, que dan la más diversa sintomatología final. (Gómez, 2003)

### **3.4.3 Trastornos alimenticios**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas debilitantes que se caracterizan por una alteración persistente de los hábitos de alimentación o de las conductas del control del peso cuyo resultado es una alteración importante de la salud física y del funcionamiento psicosocial. Hay criterios diagnósticos propuestos por la American Psychiatric Association (APA) para la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) y el trastorno alimentario compulsivo (TAC). (L. Kathleen Mahan, 2013)

#### **3.4.3.1 Trastornos de la conducta alimentaria en los niños**

Los trastornos de la conducta alimentaria se manifiestan en la mayoría de los casos durante la adolescencia o al principio de la edad adulta. Cuando se sospecha uno de estos trastornos en un niño o adolescente joven, el uso de los criterios DSM puede ser problemático, ya que la presentación clínica difiere de la que se observa en los adolescentes mayores y los adultos jóvenes. Las quejas de náuseas, dolor abdominal y dificultad para tragar pueden coexistir con la

preocupación por el peso, la forma y la gordura corporales. El niño puede evitar los alimentos, provocarse el vómito y hacer demasiado ejercicio, pero es raro que abuse de los laxantes. Todo niño o adolescente que efectúe prácticas no saludables de control del peso o que piense de forma obsesiva en la comida, en la forma o el tamaño de su cuerpo o en el ejercicio corre el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Además, estos niños pueden mostrar otras conductas obsesivas o depresión. El comienzo precoz de la AN puede dar lugar a un retraso o a una limitación del crecimiento lineal, osteopenia y osteoporosis. La AN se ha descrito en niños de tan solo 7 años de edad. La proporción de varones a mujeres puede ser mayor en este grupo de edad y el trastorno aparece en muchas culturas y grupos étnicos distintos. La BN es rara en los niños (APA, 2006). (L. Kathleen Mahan, 2013)

La relación entre las conductas alimentarias problemáticas de los niños y el desarrollo de trastornos alimentarios en etapas posteriores de la vida es un motivo de preocupación. Un estudio longitudinal realizado en 800 niños demostró que los conflictos alimentarios, las dificultades con las comidas y las comidas desagradables eran factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (Kotler et al., 2001). Los trastornos de la conducta alimentaria en los niños descritos por Bryant-Waugh (2007) engloban la AN y, rara vez, la BN, así como el trastorno emocional con evitación alimenticia, las comidas selectivas, las comidas restrictivas, el rechazo de alimentos, la disfagia funcional y el síndrome de rechazo generalizado. Igualmente, se han propuesto y se están formulando diversas modificaciones de los criterios diagnósticos para TCA en la población pediátrica en el DSM-5 (Bryant-Waugh et al., 2010). (L. Kathleen Mahan, 2013)

#### **3.4.4 Anorexia mental**

La anorexia mental es un síndrome caracterizado por un adelgazamiento voluntario producido por una disminución importante de la ingesta y un miedo intenso a convertirse en obesa, a pesar de que se tenga un peso muy inferior a lo normal. El diagnóstico, según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales IV de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM-IV), responde a los siguientes criterios: (Pilar CERVERA, 2004)

- ✓ Rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal según la edad y la talla.
- ✓ Miedo intenso aumentar de peso, a convertirse en obeso, aun estando por debajo del peso teórico.

- ✓ Alteración en la percepción del peso o la silueta y negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- ✓ En las mujeres pospuberales, amenorrea de al menos tres ciclos consecutivos. (Pilar CERVERA, 2004)

### **Especificar tipo:**

- ✚ Tipo restrictivo: el individuo no recurre habitualmente a atracones y purgas.
- ✚ Tipo compulsivo/purgativo: el paciente recurre regularmente a atracones o purgas.

La anorexia en la segunda etapa de la adolescencia es de pronóstico más grave. Generalmente la anorexia aparece entre los 15 y 23 años, en la mujer y (menos en el hombre), siempre con amenorrea y con adelgazamiento a veces desmesurado (entre el 10 y el 50 % del peso inicial). Este adelgazamiento es debido a una reducción importante de la ración alimentaria, especialmente a expensas de los hidratos de carbono, que llega a veces a un aporte de 300-500 kcal/día. Esta disminución se produce a pesar de la persistencia del hambre que la paciente se esfuerza en negar. A veces se presentan crisis de bulimia intensas seguidas de vomito provocado y de ingestión de laxantes. Todo esto desemboca en episodios de diarreas, estreñimientos y dolores abdominales. Otras características que completan el cuadro son una hiperactividad incansable, tanto física como intelectual, y un rechazo pertinaz a admitir la gravedad potencial o real de este cuadro clínico. (Pilar CERVERA, 2004)

Las personas con anorexia nerviosa suelen estar interesadas en los temas de nutrición, conocer muy bien el valor calórico de todos los alimentos y rechazarlos en función de dicho valor y no por sus cualidades organolépticas. Las constantes clínicas corresponden a las de una desnutrición crónica bien tolerada: hipotensión, bradicardia, palidez sin anemia; algunas veces también existe una pigmentación cutánea. Puede aparecer insuficiencia hipofisaria secundaria y funcional. Cuando la persona anoréxica utiliza muchos laxantes y diuréticos durante mucho tiempo pueden aparecer deshidratación y alcalosis con intensa hipopotasemia que en algunos casos ha llegado a producir la muerte. La potomania es frecuente y puede ser responsable de hiponatremia. (Pilar CERVERA, 2004)

### **3.5 Bulimia nerviosa**

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno caracterizado por episodios recidivantes de atracones compulsivos seguidos de una o varias conductas compensatorias inadecuadas con las que se

trata de evitar la ganancia de peso. Estas conductas son la provocación del vómito, el abuso de laxantes y diuréticos, el ejercicio compulsivo o el ayuno. La prevalencia de la BN a lo largo de la vida en las mujeres adultas jóvenes estadounidenses es del 1 al 3%, mientras que, en los varones, su frecuencia es aproximadamente de la décima parte que en las mujeres. A diferencia de los pacientes con AN del subtipo compulsivo/ purgativo, es típico que los que sufren BN tengan un peso normal. Igual que en la AN, estos pacientes le dan gran importancia a la forma y al tamaño del cuerpo, y a menudo están frustrados por su incapacidad para lograr un estado de peso inferior al normal. Suele creerse que el vómito es la principal característica de la BN, pero el factor fundamental para su diagnóstico es la conducta de atracones compulsivos. Un atracón es el consumo de una cantidad anormalmente grande de comida en un período concreto (en general aproximadamente 2 h), en el que se tiene una sensación de pérdida del control. Aunque la cantidad de alimentos y el contenido calórico de un atracón son variables, el número de calorías suele oscilar entre 1.000 y 2.000 (Fairburn y Harrison, 2003). A pesar de que los pacientes con BN suelen consumir cantidades muy grandes de alimentos ricos en energía, como postres y tentempiés salados, los atracones pueden también componerse de alimentos poco calóricos, como fruta y ensaladas. (Pilar CERVERA, 2004)

Los pacientes pueden referir un episodio de comida compulsiva cuando la cantidad de alimento que han consumido no es en absoluto excesiva. Aunque estos «atracones subjetivos» pueden no apoyar el diagnóstico de BN, los sentimientos que estas personas tienen con respecto a su conducta alimentaria merecen un estudio más detenido. Los pacientes con BN desarrollan conductas compensatorias con las que intentan contrarrestar las comidas compulsivas. La elección de las conductas compensatorias permite subdividir a la BN en purgativa y no purgativa. (Pilar CERVERA, 2004)

Los pacientes con BN de tipo purgativo se entregan de manera periódica a la provocación del vómito o al abuso de laxantes, enemas o diuréticos. Los que sufren una BN de tipo no purgativo no realizan este tipo de conductas, sino que ayunan o hacen un ejercicio excesivo para compensar sus atracones. Para cumplir los criterios del DSM-IVTR de BN, los episodios de comida compulsiva y las conductas compensatorias inadecuadas repetidas deben ocurrir al menos dos veces a la semana por término medio y durante un período de 3 meses; es probable que la frecuencia con la que deben darse estos episodios se reduzca en los criterios revisados del DSM. Los pacientes con BN presentan a menudo estados emocionales adversos del tipo del estado de ánimo lábil, frustración, ansiedad e impulsividad y también son habituales

comorbilidades psiquiátricas como depresión, trastornos por ansiedad, trastornos de la personalidad, consumo de drogas y conductas autolesivas. (Pilar CERVERA, 2004)