

Anorexia nerviosa y ejercicios: cuestiones éticas involucrando profesionales de educación física

Luiza Cabus Moreira

Resumen

La anorexia nerviosa afecta alrededor del 0,3% a 1% de mujeres jóvenes. La práctica de ejercicios en exceso es un comportamiento problemático que ocurre en 40% a 80% de los individuos diagnosticados con ese trastorno alimentario. Para que sospechen de la enfermedad los profesionales de educación física deben conocer los distintos comportamientos que esas personas adoptan cuando practican actividad física, estar atentos en cuanto a los riesgos/beneficios de la práctica así como a las cuestiones éticas derivadas por aceptar entrenar individuos en esta situación, puesto que, aunque existan pocos estudios a respecto de esas cuestiones, hay argumentos en contra y a favor de la indicación de ejercicios. De todos modos, el principio básico es el mismo que se aplica a cualquier individuo que practique ejercicios bajo supervisión: promover la salud.

Palabras-clave: Educación y entrenamiento físico. Ejercicio. Deportes. Anorexia nerviosa. Trastornos dismórficos corporales.

Resumo

Anorexia nervosa e exercícios: questões éticas envolvendo profissionais de educação física

A anorexia nervosa acomete cerca de 0,3% a 1% de mulheres jovens. A prática de exercícios em excesso é um comportamento problemático que ocorre em 40% a 80% dos indivíduos diagnosticados com esse transtorno alimentar. Para que suspeitem da doença os profissionais de educação física devem conhecer os vários comportamentos que essas pessoas adotam quando praticam atividade física, estar atentos tanto quanto aos riscos/benefícios da prática como às questões éticas decorrentes de aceitar treinar indivíduos nesta situação, pois, apesar de existirem poucos estudos sobre essas questões, há argumentos contrários e favoráveis quanto à indicação de exercícios. Em todo caso, o princípio básico deve ser o mesmo que se aplica a qualquer indivíduo que esteja praticando exercícios sob supervisão: promover a saúde.

Palavras-chave: Educação física e treinamento. Exercício. Esportes. Anorexia nervosa. Trastornos dismórficos corporais.

Abstract

Anorexia nervosa and exercise: ethical issues involving physical education professionals

Anorexia nervosa affects from 0.3% to 1% of young women. Excessive exercise is a problematic behavior that occurs in 40% to 80% of individuals with this eating disorder. Physical education professionals must observe multiple behaviors to make the suspicious of this disorder, be aware about the risks/benefits as well as the ethical issues of accepting to train people with anorexia nervosa because, even with few studies on this issue, there are favorable and contrary arguments regarding the indication of exercises. In any case, the basic principle is the same of what is applicable in any training practice under supervision: to promote health.

Key words: Physical education and training. Exercise. Sports. Anorexia nervosa. Body dysmorphic disorders.

Doctora luizacabus@hotmail.com – Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil.

Correspondencia

Rua das Violetas, 66 apt° 602 Pituba CEP 41810-080. Salvador/BA, Brasil.

Declara no haber conflicto de interés.

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad psiquiátrica con alta morbilidad. Acomete sobre todo mujeres jóvenes y se caracteriza por el miedo intenso de ganar peso, aunque la persona esté en relación al peso/altura con menos del 15% de lo esperado. Su prevalencia en la población en general varía del 0,3% al 1%¹.

Se estima que el 40% al 80% de los afectados por esa patología practiquen ejercicios con el objetivo de perder peso, lo que mantiene el círculo vicioso de la enfermedad, pudiendo llevar a lesiones físicas (incluso permanentes) e, incluso, a la muerte². Ante la prevalencia de la AN, del rango de edad que ocurre más a menudo (adolescentes y adultos jóvenes) y de su asociación con la práctica excesiva de actividad física, es de esperarse que los profesionales de educación física (PEF) se encuentren con individuos afectados por la patología. Por lo tanto, deben estar capacitados para identificarla.

Aunque la patología sea bien descrita en la literatura, hay poca discusión sobre la supervisión asistida de las actividades físicas en ese grupo específico de pacientes, pero tenemos que mencionar los estudios de la autora Simona Giordano en sus reflexiones sobre el tema^{3,4}. Los médicos pueden dejar de reflejar sobre algunas cuestiones importantes referentes a la práctica de ejercicios asistidos; la consideran, a veces, parte integrante de la enfermedad y la prohíben. En ese sentido, es fundamental que en el tratamiento de la AN diversos profesionales estén involucrados, sobre todo los PEF.

El objetivo de este trabajo es reflejar sobre cuestiones éticas relacionadas a la práctica de ejercicios supervisados en pacientes con el diagnóstico – o bajo sospecha – de anorexia nerviosa.

Diagnóstico de la AN y la práctica de ejercicios en exceso

La hiperactividad es una de las primeras señales de la AN, surgiendo antes mismo que la familia o los amigos perciban la pérdida de peso. Considerando tal hecho, el PEF puede ser uno de los primeros a notar, por la práctica de ejercicios con patrón peculiar, que no está tratando solo con una persona que quiere mejorar su salud o performance. La actividad física practicada con el objetivo principal de la pérdida de peso puede ser importante componente en la patogénesis y mantenimiento de la AN⁵.

Esa característica – la hiperactividad – es fundamental para el diagnóstico precoz. Es común que se diagnostiquen pacientes con AN solo cuando

cumplen todos los criterios del DSM IV o el CID 10 (marco anexo)^{6,7}. Los individuos que no cumplen todos los criterios diagnósticos (la mayoría) se clasifican como portadores de las llamadas *formas parciales*. Esas, sin embargo, son tan graves cuanto la forma clásica⁸.

Así, los PEF deben estar atentos a algunas señales y comportamientos que pueden indicar la presencia de la AN:

- apariencia adelgazada o bajo peso a la admisión (examen inicial) o pérdida de peso y/o masa muscular evidentes con el pasar del tiempo;
- aunque perca peso, la persona dice que se alimenta bien. Observar que no ingiere alimentos o meriendas antes o después de la actividad física, aunque los compañeros o amigos lo hagan. Puede también rehusarse a ingerir agua (hay el falso supuesto que beber agua engorda);
- el alumno puede pesarse repetidas veces: antes, durante y después de la actividad física;
- observación minuciosa (por ejemplo, en caminadoras o bicicletas) de cuantas calorías está perdiendo;
- el tiempo en el entrenamiento es largo y tiende a aumentar a cada día. Pueden frecuentar, si estuvieren en un gimnasio, diversas clases con diferentes profesores para que no se les noten. Prefieren actividades aeróbicas y demuestran excesiva preocupación con la barriga, que suponen estar prominente – lo que, en la mayor parte de los casos, no corresponde a la realidad;
- cambiar el horario de la actividad física si advertidos del exceso de horas de entrenamiento;
- usar varias ropas con el objetivo de sudar más y así perder peso o sentir más frío que lo esperado debido a la escasez de gordura corporal;
- expresar repetidas veces que están gordos y que necesitan resolver eso;
- interés excesivo por ejercicios que queman más calorías;
- idas frecuentes al baño para vomitar, orinar (abuso de diuréticos) y defecar (abuso de laxantes);
- calambres repetidas, vértigo y síncope;
- ansiedad excesiva por faltar un día al gimnasio o entrenamiento. Necesidad de compensar la ausencia;
- ante lesiones físicas repetidas e, incluso con lesión resultante del ejercicio, mantener la práctica.

Aunque se detallen los principales aspectos del comportamiento compulsivo ligado a la anorexia nerviosa, los ítems descritos anteriormente tornan evidente que el límite entre la normalidad y el comportamiento abusivo es tenue en muchos casos. El patrón ideal socialmente difundido de perfección asociada a la delgadez, la idea de que la práctica de ejercicios siempre es benéfica y el hecho de que no todo paciente con AN está en situación extrema de bajo peso son factores que pueden hacer que la enfermedad pase desapercibida.

Sin embargo, no hay consenso entre los investigadores sobre lo que consiste la práctica excesiva de ejercicios. No hay consenso también en términos de número de horas o días por semana. Lo más aceptable, conforme algunos autores parece relacionada a la definición de práctica en exceso, no es solamente la cantidad de horas en sí, sino la naturaleza obligatoria de la actividad física y el sentimiento de culpa si no cumplida⁹⁻¹¹.

En la verdad, tal patrón se revela muy semejante al de la dependencia química. En las dos situaciones ocurre la pérdida del control que, en el caso de la AN, se manifiesta por adoptar ejercicios más intensos y/o por más tiempo en escala progresiva. También a ambas se evidencia el comprometimiento de actividades sociales y/o académicas. Además de esos aspectos, indica la posibilidad de la práctica excesiva de ejercicios, el mantenimiento de la actividad aunque que haya lesión física persistente o incapacidad debido a la desnutrición¹², situación que expresa falta de control que afecta tanto el dependiente químico cuanto los pacientes con AN.

Para que el profesional de educación física identifique un probable portador de AN, es necesario observar no solo la cantidad de horas que el individuo practica actividad física bajo su supervisión. Debe atentarse, sobre todo, a la naturaleza compulsiva de la persona, considerando el mantenimiento de esquema rígido y ritualístico de entrenamientos y la manifestación de la sensación de culpa cuando no logra cumplir integralmente lo propuesto.

Riesgos y beneficios de la actividad física en la AN y cuestiones éticas

Tanto aceptar cuanto rechazar la supervisión de las actividades físicas de un individuo con AN son decisiones que tienen implicaciones éticas. Esas implicaciones se relacionan a la beneficencia y no maleficencia y a cuestiones morales y legales. Para que los PEF tomen la decisión de aceptar o no paciente

con AN en programa de ejercicios físicos o el entrenamiento en áreas específicas de competencia, sugiero que se planteen algunas cuestiones técnicas y éticas, aunque no todas las respuestas se establezcan bien en la literatura, a saber:

- ¿cuáles las complicaciones de la enfermedad para el individuo?
- ¿el ejercicio causa daños a quien tiene AN?
- ¿el ejercicio puede causar algún beneficio en esa situación? ¿Si el ejercicio es benéfico, cuál el tipo, frecuencia y duración adecuados?
- ¿si el paciente presenta alguna complicación leve o grave durante la práctica de ejercicios, cuáles las consecuencias legales? ¿Cómo debe el PEF conducirse ante el riesgo inminente?
- ¿si el paciente hace ejercicios sin supervisión, eso no aumentará su riesgo de presentar complicaciones?
- ¿no sería éticamente más correcto hacer la supervisión de la práctica física que dejar el paciente a merced de su patología?

Para responder, es necesario saber que la AN está asociada a muchas complicaciones. Las más significativas, en lo que respecta al mayor riesgo durante la práctica de ejercicios, son bradicardia, hipotensión, arritmias, anormalidades hidroelectrolíticas (más comunes en pacientes que purgan) y osteoporosis¹³⁻¹⁵. Las formas más graves de la enfermedad presentan alteraciones en la frecuencia cardíaca, temperatura, presión arterial y peso, que indican la necesidad de internación del paciente (tabla anexa) y – obviamente – contraindican la práctica de ejercicios.

Sin embargo, no hay estudios suficientes en Brasil que evalúan la práctica de ejercicios como intervención terapéutica en pacientes con AN, especialmente en los casos en que la enfermedad se manifiesta de forma más leve. Hay evidencias de que la actividad física recomendada para adultos saludable en Estados Unidos (EE.UU) – 150 minutos/semana de ejercicios y musculación dos veces/semana – no se recomiende a individuos con AN¹⁶. Sin embargo, no hay cualquier recomendación acerca de cuál tipo de ejercicio se adecue a pacientes con AN; así como no se sabe la intensidad en que deben ser practicados o su duración.

Daves *et al*¹⁷, en un estudio nacional realizado en el Reino Unido, evaluaron a través de encuestas si las 66 unidades asistenciales que informaban atender pacientes con AN tenían consenso, protocolo o guía para orientación de programa de actividades físicas supervisadas a los pacientes que estaban internados. Cuarenta y tres (65%) respondieron a la

encuesta elaborada por los autores. De esos, 22 el (51%) dijeron tener documentación escrita orientando la práctica de ejercicios y solamente cuatro (9%) definían por escrito lo que sería la “práctica saludable” de ejercicios físicos.

Algunos criterios fueron mencionados para que el individuo fuera liberado para la práctica de ejercicios en algunas de las instituciones, como, por ejemplo, estar con IMC > 14 kg/m²; ausencia de complicaciones médicas significativas; mantenimiento del aumento de peso y practicar los ejercicios solo bajo supervisión. Pero, el hallazgo más importante de ese estudio fue que no había consenso entre los diversos centros sobre los criterios adoptados para la práctica de ejercicios y el tipo de intervención que realizaban, indicando la falta de conocimiento específico sobre el asunto.

Calogero *et al*¹⁸ criaron programa de ejercicios para pacientes internadas, con sesiones de 60 minutos, cuatro veces por semana, incluyendo ejercicios de fuerza, postura, yoga, uso de bolas, actividad aeróbica y juegos de recreación. Las mujeres con AN que practicaban esa actividad física presentaron aumento de peso un 33% por encima de las que no lo hacían. A pesar de incluir un número mayor de pacientes con AN que otros estudios en esa área específica, el tiempo de continuación del estudio fue corto, lo que dificulta consolidar los resultados.

Hay, sin embargo, algunas evidencias de que las necesidades calóricas para aumento de peso en pacientes con AN que practican ejercicio moderado no se distinguen de los que no lo practican. Sin embargo, los datos son insuficientes para indicar la práctica de ejercicios como parte del tratamiento¹⁹. A pesar de la ausencia de recomendaciones en esa área específica, pacientes con AN que se ejercitan en exceso difícilmente dejarán de practicar alguna actividad física cuando mejoran clínicamente. Prohibir el ejercicio se ha revelado medida inocua e imponer ese tipo de restricción puede empeorar la relación médico-paciente²⁰.

Un dato importante a considerarse es que pacientes con trastorno alimentario (TA) tienden al aislamiento y la práctica de ejercicios puede facilitar las relaciones sociales, mejorar la autoestima, la imagen corporal y el humor²¹. Para Giordano³, también hay razones éticas para permitir que pacientes con TA practiquen actividades físicas supervisadas: 1) preservar la autonomía del paciente respetando sus elecciones individuales; 2) mitigar el daño a corto plazo: o sea, proteger contra consecuencias más serias que podrían surgir de la ausencia de supervisión; 3) mitigar el daño a largo plazo: prevenir la

sensación de pérdida de la autonomía y control; 4) promover el autocontrol y responsabilidad.

Existen razones éticas para permitir que personas con AN practiquen ejercicio, pero no hay obligación moral del PEF ejercer la función de supervisión²². Hay varias razones técnicas y éticas que se pueden alegar por los profesionales para no aceptar esos individuos como participantes de actividades físicas. Lo más significativo es el PEF referir que no tiene formación para ello. Los entrenamientos de deportes y las clases en gimnasios son diseñadas o preparadas para personas que teóricamente no corren riesgos evidentes con la práctica. En el caso de los portadores de AN, la práctica de ejercicios físicos puede contribuir para el agravamiento de la enfermedad ya sea a través de la pérdida de peso o de lesiones resultantes del esfuerzo, situación que colocaría los PEF en posición éticamente delicada.

Hay entre los PEF los capacitados y entrenados a trabajar con situaciones específicas como ancianos o gestantes. Sin embargo, son situaciones diferentes, visto que la especificidad de la condición no está oculta. En esos casos, el PEF conoce los riesgos potenciales y puede orientar las actividades apropiadas. Para esos grupos hay inequívocos beneficios resultantes del ejercicio físico planeado, lo que todavía no se puede afirmar en relación a la AN.

El rechazo del profesional de educación física de trabajar con individuos con AN puede ocurrir aunque se sepa el diagnóstico. Puede argumentar que dada la naturaleza compulsiva del ejercicio practicado por personas con esa patología, los riesgos como el de mayor pérdida de masa muscular y peso se amplían. Ese proceso puede llevar a la amenorrea y complicaciones como osteopenia y osteoporosis, que, a su vez, pueden propiciar fracturas¹⁵. Puede no aceptar trabajar con anoréxica(o)s argumentando que su trabajo puede resultar maleficio al individuo, en lugar del beneficio esperado.

Las dos principales causas de muerte en la anorexia son el suicidio y alteraciones cardíacas. El riesgo inminente de arritmia cardíaca fatal tiene que ser tomado en cuenta. La mayor parte de los adolescentes y niños admitidos en emergencias con complicaciones de la AN lo hacen debido a anomalías cardíacas²³. Ante eso, el profesional puede rechazar la supervisión porque necesita contar con soporte técnico (aparato de cardioversión) y entrenamiento para lidiar con caso de emergencia.

El PEF está prestando un servicio como el médico, o el abogado o el psicólogo y puede no sentirse apto a realizarlo. Ese es un derecho y un deber

incontestable del profesional. Moralmente, explicar las razones del rechazo se impone. Direccionar ese individuo a buscar ayuda médica especializada es de extrema importancia. Si es un menor de edad, es obligación del PEF comunicar a sus responsables legales. En esa situación, el adolescente o el niño pueden ser avisados de que sus padres serán avisados dependiendo de cada caso. Documentar los hechos en la ficha de atención es fundamental porque legalmente estará respaldado caso ocurra algún problema posterior. Si los responsables legales no comparecen para tener conocimiento de los hechos y habiendo sospecha del riesgo de vida inminente, cabe al profesional informar al defensor de menor.

Aunque haya un certificado médico informando que el menor o incluso un adulto con AN puede practicar la actividad física, el PEF debe revisar esa liberación a lo largo del tiempo. Necesita estar atento al hecho de que en algunos días o semanas la condición de la persona puede deteriorarse y el médico puede no haber sido informado o los padres no haber notado. En ese caso, cabe al profesional actuar en favor de la salud del individuo, avisándolo o a sus familiares de los probables daños relacionados a la actividad física en tales condiciones.

Así, ante tantas incertidumbres y planteamientos, ¿qué sería ideal? Como en cualquier área que trabajo con la salud, los mejores resultados siempre se los obtienen a partir del trabajo en conjunto: que el PEF tuviera acceso directo a los médicos, psicólogos y a los padres y que todos, juntos, evaluaran la situación para proponer la mejor estrategia, obviamente consultando también la persona con AN. De esa manera, es posible encontrar respuestas y adoptar comportamientos que promuevan el bienestar y

la autonomía del individuo, restituyendo la salud y salvaguardando su vida.

Consideraciones finales

Por lo expuesto aquí, es relevante que los PEF discutan sobre aceptar o no que personas con AN practiquen ejercicios o deportes bajo supervisión. La cuestión se torna aun más crucial porque individuos en esa situación tienden a usar la práctica de la actividad física como mecanismo de pérdida de peso y, así, perpetuar un ciclo que agrava la enfermedad.

Es probable que centenas o miles de personas afectadas por la AN frecuenten gimnasios y entrenamientos de deportes, sin que se tomen los debidos cuidados. Así siendo, el profesional de educación física debe estar apto a identificar señales y comportamientos que puedan sugerir la presencia de una patología grave como esa.

La falta de datos en la literatura sobre el papel del ejercicio causando beneficio en el tratamiento de la patología genera un dilema. No existe respuesta única y definitiva. Ante eso, es importante promover la discusión interdisciplinaria para reflejar sobre la complejidad de la situación y encontrar la mejor alternativa para todos los involucrados. Al tomar la actitud de aceptar o no que personas con AN practiquen actividades físicas, el PEF necesita estar al tanto de que asume riesgos y consecuencias tanto aceptando cuanto rechazando la supervisión. Esa decisión, por lo tanto, debe ser respaldada en conocimiento sobre el tema y en discusión interdisciplinaria, con el objetivo de promover la salud y bienestar a los portadores de anorexia nerviosa.

Referencias

1. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Shivola E, Bilik CM *et al.* Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry.* 2007;164(8):1.259-65.
2. Zunker C, Mitchell JE, Wonderlich SA. Exercise interventions for women with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2011;44(7):579-84.
3. Giordano S. Exercise and eating disorders an ethical and legal analysis. New York: Routledge; 2010.
4. Giordano S. Understanding eating disorders: conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. New York: Oxford University Press; 2005.
5. Hechler T, Beumont P, Marks T, Touyz S. How do clinical specialists understand the role of physical activity in eating disorders? *Eur Eat Disord Rev.* 2005;13(2):125-32.
6. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: APA; 1994.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
8. Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder criteria among youth. *Int J Eat Disord.* 2007;40(5):409-17.
9. Boyd C, Abraham S, Luscumbe G. Exercise behaviors and feelings in eating disorder and non-eating disorder groups. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15(2):112-8.

10. Cook BJ, Hausembas HA. The role of exercise dependence for the relationship between exercise behavior and eating pathology: mediator or moderator? *J Health Psychol.* 2008;13(4):495-502.
11. Scroff H, Reba L, Thornton LM, Tozzi F, Klump KL, Barlettini WH *et al.* Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2006;39(6):454-61.
12. Klein DA, Bennett A, Schebendach J, Foltin RW, Devlin MJ, Walsh T. Exercise "addiction" in anorexia nervosa: model, development and pilot data. *CNS Spectrum.* 2004;9(7):531-7.
13. Palla B, Litt IF. Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics.* 1988;81(5):613-23.
14. Swenne I, Larsson PT. Heart risk associated with weight loss in anorexia nervosa and eating disorders: risk factors for QTc interval prolongation and dispersion. *Acta Paediatr.* 1999;88(3):304-9.
15. Golden NH. Osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa. *Adolesc Med.* 2003;14(1):97-108.
16. US Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. [Internet]. Washington: HHS; 2008 (acceso 28 abr. 2012). Disponible: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>
17. Daves S, Parech K, Etelepaa K, Wood D, Jaffa T. The impatient management of physical activity in young people with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16(5):334-40.
18. Calogero R, Pedrotty K. The practice and process of health exercise: an investigation on the treatment of exercise abuse in women with eating disorders. *Eat Disord.* 2004;112(4):273-91.
19. Hausembas HA, Cook BJ, Chittester NI. Can exercise treat eating disorders? *Exerc Sport Sci Rev.* 2008;36(1):43-7.
20. Beumont PJV, Arthur B, Russell JD, Touyz SW. Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposal for a supervised exercise program. *Int J Eat Disord.* 1994;15(1):21-36.
21. Fossati M, Amati F, Painor D, Reiner M, Haemi C, Golay A. Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* 2004;9(2):134-8.
22. Giordano S. Risk and supervised exercise: the example of anorexia to illustrate a new ethical issue in the traditional debates of medical ethics. *J Med Ethics.* 2005;31:15-20.
23. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Kimbarki A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med.* 2005;165(5):561-6.
24. Sylvester CJ, Forman SF. Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. *Curr Opin Pediatr.* 2008;2008(4):390-9.
25. Golden NH, Katzman DK, Kreipi RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J *et al.* Eating disorders in adolescents: position paper of The Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health.* 2003;33(6):496-503.
26. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence Identifying and Treatment Eating Policy Statement. *Pediatrics.* 2003;111(1):204-11.



Anexo

Marco. Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa según el DSM-IV y la CID-10	
DSM-IV	CID-10
A. El rechazo a mantener el peso corporal en un nivel igual o por encima del mínimo normal adecuado a la edad y a la altura (por ej., pérdida de peso llevando al mantenimiento del peso corporal debajo del 85% de lo esperado; o fracaso en tener el aumento de peso esperado durante el período de crecimiento, llevando a un peso corporal menor que el 85% de lo esperado).	A. Hay pérdida de peso o, en niños, falta de aumento de peso, y el peso corporal se mantiene en por lo menos el 15% debajo de lo esperado.
B. El miedo intenso de ganar peso o de tornarse gordo, aun estando con peso inferior.	B. La pérdida de peso es autoinducida por la evitar "alimentos que engordan".
C. Perturbación en el modo de experimentar el peso, tamaño o formas corporales; excesiva influencia del peso o de la forma corporales en cómo autoevaluarse; negación de la gravedad del bajo peso.	C. Hay distorsión en la imagen corporal en forma de una psicopatología específica de un pavor de engordar.
D. En lo que respecta específicamente a las mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos, cuando se espera ocurrir el contrario (amenorrea primaria o secundaria). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos menstruales ocurren solo después del uso de hormonas, por ejemplo, estrógeno administrado.	D. Un trastorno endócrino generalizado involucrando el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal se manifiesta en mujeres como amenorrea y en hombres como una pérdida de interés y potencias sexuales (una excepción aparente es la persistencia de sangramientos vaginales en mujeres anoréxicas que reciben terapia de reposición hormonal, más comúnmente tomada como una píldora anticonceptiva).
Tipo: - Restrictivo: no hay episodio de comer compulsivamente o práctica purgativa (vómito auto inducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas) - Purgativo: existe episodio de comer compulsivamente y/o purgación.	Comentarios: si el inicio es prepuberal, la secuencia de eventos de la pubertad se tarda o incluso se detiene (el crecimiento cesa; en las niñas, las mamas no se desarrollan y hay una amenorrea primaria; en los niños, los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, a menudo la pubertad se completa normalmente, pero la menarca es tardía; los siguientes aspectos corroboran al diagnóstico, pero no son elementos esenciales: vómitos auto inducidos, purgación auto inducida, ejercicios excesivos y el uso de anorexígenos y/o diurético.

Tabla. Indicaciones de internación en adolescentes con anorexia nerviosa

Criterio	Sociedad de Medicina de la Adolescencia (EE.UU 2003) ²⁴	Academia Americana de Pediatría (EE.UU, 2003) ²⁵	Asociación Americana de Psiquiatría (EE.UU, 2006) ²⁶
Peso	≤ 75 % de lo ideal para la altura	≤ 75 % de lo ideal para la altura	≤ 85 % del peso saludable Pérdida aguda con negación a alimentarse
Frecuencia cardíaca	< 50 bpm de día < 45 bpm a la noche	< 50 bpm de día < 45 bpm a la noche	40 bpm
TA (mmHg)	< 80/50	sistólica < 90	< 80/50
alteraciones ortostáticas			
↑ FC	> 20	> 20	> 20
↓ TA	> 10	> 10	>20
Temperatura	< 36°C	< 35,6°C	< 36,1°C
Electrólitos	Hipopotasemia Hipofosfatemia Hiponatremia	K < 3.2 mEq/L Cl < 88 mEq/L	Hipofosfatemia Hipomagnesemia
Generales	Fallo en el tratamiento ambulatorio	Fallo en el tratamiento ambulatorio	Fallo en el tratamiento ambulatorio