



SALUD MENTAL: LEY DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CHILE (#LeyTCA)

ANTECEDENTES:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración en la alimentación y en el comportamiento del individuo, lo cual genera una alteración en el consumo de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física y del funcionamiento psicosocial. Los TCA además suelen traer aparejada una sobrestimación de su cuerpo, alterando la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Estos trastornos no son considerados, actualmente, por nuestra legislación, generando como consecuencia que el Estado no reconozca su existencia ni actúe oportunamente en la prevención, atención, diagnóstico y tratamiento de los TCA.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Asimismo, cabe destacar que durante la pandemia, los TCA han aumentado en un 30%. Por lo que se hace urgente una legislación que se haga cargo de la situación.

Dentro de los TCA contemplados en el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM 5), se comprende la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, el Trastorno por Atracción y otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Sin embargo, en la práctica profesional, se han reconocido otras patologías dentro de la categoría de TCA, tales como vigorexia, ortorexia, permarexia, fatorexia, los cuales presentan sintomatologías que van desde aspectos físicos como la amenorrea; aspectos conductuales, como realizar dietas continuas, excesivo ejercicio, vómito y conductas compensatorias inadecuadas como utilización de laxantes, diuréticos, ayunos, etc.

A nivel internacional, algunos estudios recientes, refieren la prevalencia reportada en adolescentes para anorexia y bulimia entre un 1 y 3%, y en Chile una prevalencia de 3,8% en adolescentes de nivel socioeconómico bajo en Santiago (s.f). Es importante mencionar que las últimas cifras oficiales del Ministerio de Salud sobre la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria corresponden al año 2007,



mientras que el Colegio Médico actualizó sus cifras el año 2011. Frente a este contexto, Silén y colaboradores (2020), señalan que es de vital importancia conocer la incidencia, la edad de inicio, y la actualización en las cifras, con el fin de determinar adecuadamente los recursos para la prevención, detección y tratamiento de los trastornos alimentarios, lo cual en nuestro país ha sido totalmente abandonado.

FACTORES QUE INFLUYEN

En cuanto a los factores que influyen en el origen de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, estos pueden ser múltiples y variados: genéticos, situaciones personales, neurocognitivas (sistema serotoninérgico), psicológicos y socioculturales. Algunos de los gatillantes más comunes son la preocupación excesiva por la apariencia en el entorno cercano, las conversaciones negativas relacionadas con el cuerpo, la insatisfacción corporal, el antecedente de hacer dietas, la disfunción familiar y el abuso sexual durante la infancia, además de la gordofobia normalizada y la violencia simbólica. Del mismo modo, Olivares (2021) clasifica estos factores en tres grandes grupos: predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

Para profundizar, es necesario mencionar que con el concepto “gordofobia” nos referimos a aquellos discursos, acciones y actitudes sesgadas de forma automática que discrimina, objetiviza y minusvalora a las personas con sobrepeso, especialmente si esas personas son mujeres. Del mismo modo, el estigma que existe actualmente hacia las personas con cuerpos más grandes, refuerza el ideal de delgadez, es decir, el estigma de peso incrementa el riesgo de que una persona sufra un trastorno de la conducta alimentaria (Bristow et al., 2020) el cual se ve reafirmado por la publicidad y comerciales que presentan cuerpos de extrema delgadez como algo deseable de alcanzar o incluso como sinónimo de belleza, salud, perfección y éxito.

La presión social por tener y mantener un estado de delgadez genera situaciones de baja autoestima, siendo más susceptibles las mujeres. Según una investigación realizada por las psicólogas Nerea de Ugarte y Sofía Paz Alvarado (2021), al 60,3% de las mujeres se les vienen palabras autoagresivas cuando se miran al espejo, tales como “cerda, asquerosa, deforme, demacrada, deteriorada, imperfecta, incompleta, insuficiente, repudio, vaca, indeseable, decepción”. Asimismo, según el Colegio Médico en el año 2011, 500.000 jóvenes entre 14 y 30 años de edad sufrían anorexia o bulimia, con un 20% de mortandad. Aproximadamente, hasta 2016, habían 2.000.000 de personas afectadas en nuestro país.

Lo anterior es posible evidenciarlo en lo expresado por Quiroga (2009), quien mediante los datos entregados por el Centro especializado en la prevención, investigación y tratamiento de bulimia, anorexia y sobrepeso (BACE), ubicado en Argentina, expresa que entre el 12% y el 15% de los adolescentes padecen de anorexia o bulimia nerviosa, siendo el 90% de los afectados mujeres y el 10% varones. No



obstante, según este mismo autor, en la actualidad, la cantidad de varones con estos trastornos ha ido en aumento (Quiroga, 2009).

Si bien, en lo mencionado anteriormente se expone la situación de hombres diagnosticados con Trastorno de la Conducta Alimentaria, las cifras e investigaciones son escasas, debido a que, “se ha prestado menos atención a la prevalencia de los TCA entre varones” (Murray et al., 2017, citado en Silén et al., 2020). Se hace necesario indicar que por lo general, los hombres representan del 5-10% de los casos de anorexia y del 10-15% de los casos de bulimia.

Frente a este contexto, es importante destacar que, 1 de cada 10 hombres con Trastorno de la Conducta Alimentaria incurre en vómitos auto-inducidos comparado a un tercio de las mujeres. Del mismo modo, ellos tienden a abusar de laxantes, diuréticos, píldoras para perder peso y otras sustancias, con más frecuencia que las mujeres. Siguiendo la misma línea, la insatisfacción corporal ha incrementado en hombres de un 15% a un 43% en las últimas tres décadas. Este aumento es preocupante, pues es uno de los factores precipitantes para el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (Toro-Alfonzo et al., 2010). Por lo cual, es importante hallar un dispositivo que pueda recabar información al respecto.

Si bien, hay información sobre mujeres y hombres con TCA, existe una invisibilización al respecto de la comunidad trans, debido a que no se encontraron estudios detallados y actualizados al respecto, lo que no quiere decir que no puedan desarrollar un TCA. Las únicas cifras encontradas hasta el momento son que un 8,8% de los adolescentes con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria, se sienten parte de la comunidad LGTBIQ+. Además, se ha demostrado que individuos con diagnóstico de disforia de género presentan mayor riesgo de TCA en comparación a la población cisgénero y hombres o mujeres homosexuales (Olivares, 2021). Por lo que, en definitiva, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la insatisfacción corporal, las inseguridades y la dismorfia corporal no discriminan en edad, género, clase social, etnia, creencias, nacionalidad, etc.

En cuanto a la situación de países vecinos, podemos observar que Argentina es el segundo país en liderar los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Perú no está muy lejos de alcanzar las cifras, ya que allí los TCA ocupan el tercer lugar dentro de las enfermedades crónicas en adolescentes mujeres de países industrializados. Esto se ve reflejado en los estudios, ya que se han incrementado y reportado prevalencias entre 0,5% y 1% en los últimos decenios.

Considerando la situación de otros países, incluir los Trastornos de la Conducta Alimentaria dentro de nuestra legislación permitiría mejorar la prevención epidemiológica y futuras recaídas de personas que lo padecen, en conjunto con apoyo psicosocial y psicoeducativo para familiares de las y los pacientes. Este objetivo se vería fuertemente potenciado por la disminución de la violencia simbólica en medios y



redes sociales, promoviendo que las personas no asocien la extrema delgadez con salud y puedan desarrollar relaciones sanas con la comida.

VIOLENCIA SIMBÓLICA

Esta es acuñada por Pierre Bourdieu, sociólogo francés, que la describe como “violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento” (Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, 2018).

Algunos medios entre los cuales encontramos presente este tipo de violencia son en la televisión, a través de comerciales, programas de televisión, etc. También en redes sociales, como por ejemplo: post de Instagram, Facebook, etc. Además de revistas y diarios, y hasta las grandes industrias, como son el mundo de la moda, spots publicitarios sobre maquillaje, tinturas, depilación, etc. Aquello se debe a que se promueven cánones de belleza que evocan hacia la presión social de ser perfectos bajo ciertos estándares. Asimismo, estos hacen todo lo posible para lucrar con nuestras inseguridades y así obtener mejores resultados en sus ganancias.

Este tipo de violencia, muy comúnmente ejercida sobre las mujeres, es un factor importante a la hora de hablar de Trastornos de la Conducta Alimentaria, pues los comerciales y las redes sociales constantemente utilizan cuerpos desproporcionados o extremadamente delgados que no son alcanzables por personas sanas, con un ritmo de vida normal, y las muestran como algo deseable, que es sinónimo de éxito, felicidad y belleza.

CONSECUENCIAS

En primer lugar, es relevante mencionar que cuando una persona tiene un Trastorno de la Conducta Alimentaria todo su contexto se ve involucrado, por lo tanto, su familia también se verá afectada, debido a que están viviendo la patología de cerca, por lo que se hace necesario programas de educación y planes de contención para ellas.

Por otro lado, el tratamiento para las y los usuarios es sumamente costoso, ascendiendo aproximadamente a \$1.000.000. Sin embargo, dentro de este valor no se consideran exámenes y medicamentos. Incluso, cuando recaen estas personas, internar puede llegar a costar \$15.000.000 (Fuentes, 2016). Esto genera una gran afectación económica a la familia de quien padece el TCA y también genera que sea inaccesible para gran parte de la población que no puede costearlo.



Además de las afectaciones en el entorno familiar y social los TCA pueden producir una serie de consecuencias a nivel físico. Estas consecuencias pueden variar de individuo a individuo pero dentro del espectro encontramos:

1. Consecuencias metabólicas: como Hipoglucemia.
2. Consecuencias en la médula ósea: Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia. Arritmias y taquicardia, Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado).
3. Consecuencias Pulmonares : Neumotórax (raramente).
4. Consecuencias Gastrointestinal: Hematemesis, Úlcera gástrica, Baja Motilidad intestinal (constipación).
5. Consecuencias Renales: Alta Úrea y Creatinina, Oliguria, Anuria.
6. Consecuencias Neurológicas o de la función cognitiva: Convulsiones metabólicas, Encefalopatías metabólicas, Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.), Disminución del volumen cerebral.
7. Consecuencias Músculo esqueléticas: Disminución de la masa ósea, Pérdida de fuerza muscular, Miopatía proximal.
8. Consecuencias Endocrinas: Amenorrea, Ovario poliquístico, Hipotiroidismo, Altos niveles de Cortisol (hormona que se libera como respuesta al estrés), Secreción inapropiada de hormona antidiurética.
9. Otras secundarias a purgas: Esofagitis, Erosiones del esmalte dental, Síndrome de Mallory-Weiss, Ruptura esofágica o gástrica, Neumonía aspirativa, Acidosis metabólica, Deshidratación crónica, Aumento nitrógeno ureico sanguíneo, Predisposición a nefrolitiasis, Hiperuricemia.

Por último, una de las consecuencias de un TCA es la muerte. De hecho, a nivel internacional la tasa de mortalidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria es la más elevada entre las enfermedades mentales, siendo la anorexia nerviosa la enfermedad con la tasa predominante entre estos trastornos. Frente a este contexto, Arcelus et al. (2011), realizaron un metaanálisis de 36 estudios, concluyendo que la tasa de mortalidad para la anorexia fue de un 5.1% en un periodo de 10 años.

Ahora bien, entre las causas asociadas se encuentra; la inanición, las complicaciones producto de las purgaciones, el abuso de sustancias y el suicidio. Cabe destacar que, actualmente hay limitaciones económicas por parte de la atención



sanitaria, existiendo el riesgo de realizar un diagnóstico tardío y un desafío a la hora de brindar una atención integral (Marks, 2019).

IDEA MATRIZ:

Este proyecto de ley tiene por objeto que el Estado reconozca los Trastornos de la Conducta Alimentaria como una enfermedad que puede tener consecuencia de muerte, que vele por su prevención, tratamiento e investigación.

PROYECTO DE LEY:

Artículo 1: Reconocimiento e identificación

El Estado reconocerá los Trastornos de la Conducta Alimentaria como una enfermedad. El Estado chileno deberá garantizar en todo el territorio el diagnóstico diferencial y la atención de las patologías comprendidas en la presente ley. Además deberá promover la investigación de agentes causales, el diagnóstico y la implementación de medidas tendientes a evitar su propagación.

Artículo 2: Clasificación

Para efectos de la presente ley serán considerados Trastornos de la Conducta Alimentaria las siguientes patologías: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados, Ortorexia, Vigorexia, Permarestia y Fatorexia.

Artículo 3: Violencia simbólica

El Estado deberá velar para que los anuncios y comerciales publicitarios no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud y/o belleza, y ofrezcan una imagen más plural de las personas, en particular de las mujeres. Asimismo, cuando los anuncios publicitarios utilicen imágenes o videos de personas deberán alertar indicando en algún lugar visible del anuncio que dichas imágenes se encuentran alteradas. Por lo tanto, será deber del Estado promover que los anuncios publicitarios utilicen una pluralidad de cuerpos que se condiga con la realidad.

Artículo 4: Equipo Multidisciplinario

El Estado debe promover la existencia de equipos multidisciplinarios en los centros de salud públicos y privados a lo largo del país, dichos equipos estarán conformados por profesionales que estén capacitados en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Además el Ministerio de Salud deberá promover capacitaciones en esta temática con el objetivo de actualizar conocimientos sobre esta materia. Asimismo se



entregará psicoeducación a familiares y entorno cercano de personas pacientes de TCA que lo requieran.

Artículo 5: Atención y tratamiento

Será deber del Estado que las instituciones de salud, públicas y privadas, cuenten con la disponibilidad suficiente de profesionales y horas para realizar atenciones semanales dependiendo de la gravedad en la que se encuentre la salud física, psicológica y nutricional de la persona afectada.

Artículo 6: Prevención

El Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación deberá promover programas de salud desde los establecimientos educativos que eduquen y promuevan conductas nutricionales saludables y de integración social. Del mismo modo, se incitarán charlas preventivas realizadas por profesionales capacitados(as).

Artículo 7: Investigaciones actualizadas

Será deber del Estado incentivar estudios e investigaciones sobre tratamientos y prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y velar por una actualización constante de datos sobre prevalencia y consecuencias de los TCA.



María Francisca Bello Campos
Diputada de la República



FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. FRANCISCA BELLO C.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. CAMILA MUSANTE M.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. MARCELA RIQUELME A.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. CAROLINA TELLO R.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. FLOR WEISSE N.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. EMILIA SCHNEIDER V.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. PATRICIO ROSAS B.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. ANA MARÍA BRAVO C.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. CAMILA ROJAS V.

FIRMAO DIGITALMENTE:
H.D. HELIA MOLINA M.

