

CAPÍTULO 9

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA

*“El amor es la única razón que logra hacer soportable
una dieta de adelgazamiento”*

Almudena Grandes

CARLOS BUIL RADA

ANA GARCÍA LÓPEZ

ANTONIO PONS TUBÍO

INTRODUCCIÓN

Nueve años después del nacimiento de Johann Sebastian Bach (1685-1750) y de Georg Friderich Händel (1685-1759), Richard Morton describió un cuadro que denominó –consunción nerviosa– y que podría considerarse la primera descripción escrita del cuadro que actualmente conocemos como anorexia nerviosa.

Antecedentes históricos

Más adelante, en 1874, mientras Charles Darwin proclamaba la teoría de la evolución de las especies, el médico de la corte victoriana William W. Gull, y el francés Ernest Charles Lasègue, describen un cuadro clínico que se presentaba en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades entre 16 y 25 años y que cursaba con delgadez extrema, disminución o falta de apetito, sin causa física demostrable, con amenorrea, bradicardia, astenia, estreñimiento e hiperactividad psicomotriz, que definieron como anorexia nerviosa y anorexia histérica respectivamente.

Gull: anorexia nerviosa

Lasègue: anorexia histérica

Bulimia: James: "boulimus"

La bulimia tampoco es un trastorno nuevo, ya en 1743 James describe un conjunto de síntomas que define como "boulimus", aunque no es hasta la década de los 70, cuando la bulimia es reconocida como una entidad clínica, a raíz de un artículo publicado en 1979 por G. Russell.

Actualidad de los cuadros clínicos

Poco ha cambiado desde entonces, pero ese poco nos puede dar respuestas a algunas de las preguntas que nos planteamos en este texto.

¿Por qué la rabiosa actualidad de unos cuadros clínicos, que como hemos visto fueron descritos hace siglos, y que han pasado desapercibidos socialmente prácticamente hasta la actualidad? ¿Existe un límite claro entre la anorexia y la actual tendencia generalizada al adelgazamiento? ¿Existen factores de riesgo detectables que puedan marcar a una persona como posible enfermo de estas patologías? ¿Es la malnutrición y sus consecuencias biológicas causa o consecuencia de la organicidad de la enfermedad? ¿Quién puede detectar y quién debe tratar este tipo de patologías? ¿Cuál es el papel de la familia? ¿Hay algo claro?

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es uno de los trastornos psicológicos cuyo desenlace puede ser la muerte. En la mayoría de los casos el inicio de la enfermedad suele coincidir con el de la adolescencia. Aunque el rango de edad ha ido variando a lo largo de la historia de la enfermedad, el inicio del trastorno se sitúa entre los 14 y los 18 años, encontrándose la franja de riesgo entre los 10 y los 24 años, sin embargo en la actualidad se están describiendo casos en niñas cada vez más pequeñas, este dato, unido al aumento de la edad pediátrica hasta los 14 años, hace que se trate de un cuadro que se pueda detectar desde la consulta del Pediatra.

La característica fundamental de la anorexia nerviosa consiste en una pérdida significativa de peso, por debajo del nivel normal mínimo, originada por la propia persona, mediante un exhaustivo control de la ingesta de alimento, asociado a un intenso miedo a ganar peso y a una distorsión grave de su imagen corporal (dismorfia), esta pérdida de peso lleva asociado un trastorno hormonal que se manifiesta en la mujer como amenorrea.

La pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total, acabando en la mayoría de los casos con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Les cambian los hábitos alimentarios, obvian el comer con más gente, sin embargo les encanta preparar comidas con un alto grado calórico para que disfruten los demás de ellas. Existen otras formas de perder peso como la utilización de vómitos autoprovocados y el uso de laxantes y diuréticos (purgas), así como el ejercicio excesivo.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, podemos distinguir dos subtipos en la anorexia nerviosa:

- *Tipo restrictivo*: este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estas personas no recurren a atracones ni purgas.
- *Tipo compulsivo/purgativo*: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones y purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir

Población de riesgo:
mujeres adolescentes

pequeñas cantidades de comida.

La población que podríamos denominar de riesgo para padecer esta enfermedad, es fundamentalmente las mujeres en edad adolescente, ya que su inicio corresponde con la adolescencia en un 80% de las veces, con un claro predominio del sexo femenino, en una proporción de 1/10 varones/mujeres.

Clase media-alta.
Ambiente urbano y
desarrollado

Socio-culturalmente pertenecen a la clase media-alta, ambientes urbanos y desarrollados, en los que se ha producido una idealización de la imagen corporal. La prevalencia de la enfermedad va en aumento, los estudios más fiables nos hablan de entre el 0,2 y el 0,8 % de la población (prevalencia en adolescentes de escuelas privadas del 1,1%).

Amenorrea.
Consultas ginecológicas

La desaparición de la menstruación, suele ser muy precoz, puede producirse incluso antes de perder peso de forma significativa, cuando empieza la obsesión, aunque en la mayoría de los casos suele padecer una amenorrea en los tres primeros meses de evolución. Es en este punto donde la labor del ginecólogo puede llegar a ser muy eficaz en el diagnóstico de la anorexia, ya que suele ser frecuente que los casos de amenorrea, acudan en primer lugar a las consultas ginecológicas, si además ésta no va acompañada de una pérdida excesiva de peso, por lo que se tiene que estar alerta ante un posible diagnóstico de esta enfermedad.

Consulta pediátrica niña-
adolescente
Problemas con los hábitos
alimentarios

Sin embargo, hay que plantearse que en primer lugar se acuda a la consulta pediátrica, ya que nos estamos refiriendo en la mayoría de los casos a una niña-adolescente, que generalmente va acompañada de la madre (habitualmente obesa), la cual está muy preocupada porque la niña come m u y poco y está adelgazando mucho. En muchas ocasiones esta demanda viene enmascarada bajo síntomas más inespecíficos y que son causa de

frecuentes consultas en la edad adolescente, como pueden ser los dolores abdominales, el estreñimiento, etc. Es en este punto donde el compromiso del profesional está en poder discriminar lo importante de lo leve. Si desde la consulta del pediatra, se deja pasar un proceso anoréxico estructurado sin diagnóstico, se pospone un tratamiento, empeorando el pronóstico, sin embargo con esto hay que tener cuidado, ya que también se puede valorar un simple rechazo alimentario como anorexia nerviosa, y con ello lo que se crea es una alarma familiar totalmente innecesaria.

Aunque no existe un perfil de personalidad anoréxica, podríamos decir que fundamentalmente son personas muy inmaduras, que no quieren madurar y se aferran a la niñez, no aceptando los cambios corporales que conlleva el cambio de la niñez a la adolescencia. Con una autoestima muy baja. Con una rigidez y un autocontrol muy grandes, y muy perfeccionistas.

Perfil de personalidad:
Inmadurez
Baja autoestima
Rigidez y autocontrol
Perfeccionamiento

BULIMIA NERVIOSA

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Estos métodos pueden ser, vómitos autoprovocados (suele ser el más empleado) abuso de laxantes y diuréticos, periodos de ayuno o consumo de fármacos.

Atracones y métodos compensatorios, vómitos autoprovocados, laxantes y diuréticos

En la bulimia nerviosa, hay una excesiva preocupación por la comida, existiendo un trastorno en el control de los impulsos, con una gran dificultad para evitar los atracones o acabarlos, consumiendo grandes cantidades de comida, en periodos cortos de tiempo.

Trastorno en el control de los impulsos

DSM-IV

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, se pueden

Tipo purgativo emplear los siguientes subtipos para determinar la

Tipo no purgativo

Prevalencia sexos presencia o ausencia del uso regular de métodos
Mujeres 2-3%
Varones: diez veces menor
Edad comienzo 16-20 años

- Obesidad
- Anorexia

Perfil de personalidad:

- Baja autoestima
- Falta control de los impulsos
- Baja tolerancia a la frustración
- Autoimagen negativa

de purga, con el fin de compensar la ingestión de

Multicausal

alimento durante los atracones:

- *Tipo purgativo*: este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
Importancia mediática
Mundo moda
- *Tipo no purgativo*: este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.
Factores predisponentes y precipitantes

La bulimia nerviosa es más común que la anorexia nerviosa entre la población. La prevalencia de esta enfermedad entre las adolescentes es aproximadamente del 2-3%, entre los varones es diez veces menor. En la mayoría de los casos el comienzo de la enfermedad se encuadra entre los 16 y 20 años, aunque esta edad de inicio parece adelantarse, en la actualidad.

Alarma social,
presión familiar

En la bulimia hay pacientes que con anterioridad han sido obesas, en mayor proporción que en la anorexia. Otras que llegan a episodios bulímicos desde la anorexia.

El perfil de personalidad de la adolescente bulímica, suelen ser personas que tienen una baja autoestima, falta de control de los impulsos, una baja tolerancia a la frustración, un elevado egocentrismo, una autoimagen negativa y dañada, tendencia al perfeccionismo.

Antecedentes familiares,
trastornos alimentarios y
afectivos

ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Podríamos decir que no existe una sola causa, sino que es multicausal, ya que depende tanto de factores personales, como psicológicos, sociales y culturales, interpersonales y familiares.

Disfunción familiar
Cuadros depresivos

No podemos dejar de hablar de la influencia e importancia de los medios de comunicación y del mundo de la moda, en el desarrollo y prevalencia de estos trastornos, sobre todo por el énfasis que pone nuestra sociedad en la delgadez, entre la población femenina, asociando las adolescentes el éxito a su imagen corporal.

Signos de alerta

Pero ¿existen más casos o se diagnostican más? Como hemos comentado con anterioridad parecen existir factores predisponentes y precipitantes, por lo que nos encontramos actualmente con mayor número de casos. Factores a tener en cuenta, además de la delgadez como ideal en el actual modelo femenino, podrían ser los nuevos sistemas de clasificación de las enfermedades mentales (sólo lo conocido se diagnostica) y la mayor sensibilidad por parte de los profesionales. Aunque también podríamos decir que en la actualidad existe una gran alarma social y presión por parte de los familiares y profesionales, ante una enfermedad con una prevalencia y mortalidad muy inferior a otras patologías (asma por ejemplo), pudiendo ser incluso catalogada en algunas ocasiones, desde los medios de comunicación, como una epidemia.

¿Base genética?

Cultura occidental

Interacción: factores ambientales genéticos

Entrevista inicial

Centrar el problema

HISTORIA CLÍNICA

En los antecedentes familiares se deberán recoger no sólo las patologías clásicas, sino que deberemos profundizar en la historia de antecedentes de trastornos alimentarios, afectivos, actitudes sobreprotectoras sobre el/la adolescente, etc. Existe una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en familiares de pacientes afectados de anorexia nerviosa.

Hay que valorar la existencia de disfunción familiar y de cuadros depresivos, aunque tiene que quedar claro que la presencia de este tipo de procesos, no puede tomarse como un factor

predisponente para que un adolescente desarrolle un cuadro anoréxico. En la vivencia familiar de un conflicto de este tipo, la disfunción y las crisis entre los diferentes miembros de la familia van a ser habituales. Naturalmente, aparecen porcentualmente más trastornos depresivos en familias con problemas en la conducta alimentaria (hasta el triple que en una familia tipo), pero también esto ocurre en familias de depresivos, ansiosos y otro tipo de patologías, serán por lo tanto signos de alerta, pero no específicamente de procesos anoréxicos.

En la familia pueden existir varios casos (hermanos, madre-hija) con trastornos en la conducta alimentaria, por lo que podemos pensar en una base genética en este tipo de patologías. Se ha determinado una concordancia del 50% en gemelas monocigóticas, frente a un 7% en gemelas dicigóticas. Pero algo más debe desencadenar este proceso cuando no existe ningún caso descrito entre la población del tercer mundo, pero sí cuando emigrantes de estas poblaciones se integran en nuestra cultura occidental. ¿Qué es lo que se predispone genéticamente? La anorexia o una cierta predisposición a la inestabilidad emocional o a un escaso control de los impulsos, que combinado con los factores ambientales pueda desencadenar esta enfermedad.

Inicio del proceso. Decisión de adelgazar

Es importante plantear una serie de preguntas durante la entrevista que nos ayuden a centrar el problema:

- Mecanismos de control de peso que utiliza la adolescente.
- Cuánto le gustaría pesar.
- Cuándo comprueba su peso.
- Cuál es su imagen corporal. ¿Se ve gorda o delgada? ¿Existe alguna parte de su cuerpo con la que esté menos satisfecha?

Prácticas deportivas, figura y/o peso determinado

Diagnóstico de TCA
Criterios DSM-IV

- Si está utilizando algún fármaco: purgantes, diuréticos, pastillas adelgazantes.
- ¿Tiene algún comportamiento adelgazante (vómitos)?
- Indagar sobre si existen episodios de atracones, ya que aproximadamente la mitad de las pacientes anoréxicas, fundamentalmente a partir de los 17 años, presentan episodios bulímicos.
- Cambios de comportamiento. Todo lo relacionado con el objetivo de perder peso, es realizado de forma compulsiva (ejercicio en exceso, pautas de alimentación).
- Irritabilidad, ansiedad y depresión aparecen frecuentemente.
- Rendimiento escolar. La actitud compulsiva también llega a este área, inicialmente este hecho es valorado positivamente por la familia, pero podría constituir una señal de alerta.
- Existencia de amenorrea (pérdida de al menos tres ciclos seguidos). Este dato constituye un importante criterio diagnóstico, está asociada a una regresión de la estructura ovárica secundaria a una disfunción hipotalámica. La amenorrea, aparece aproximadamente en el 80% de las mujeres al perder un 12% de su peso ideal.

Delgadez extrema
Aspecto caquético
Hipotermia
Pérdida del esmalte dentario
Lanugo

Descartar patología orgánica

Otro punto fundamental de la historia clínica, es localizar el punto de inicio del proceso. Este comienza en la mayoría de los casos después de una decisión personal de adelgazar, por lo general como consecuencia de un desacuerdo con el peso (aunque sólo una pequeña parte de las pacientes tienen sobrepeso en el momento de tomar la decisión).

No obstante, en algunas ocasiones, la decisión de adelgazar es debida a otras causas, destacando entre ellas, algunas prácticas deportivas que precisan una figura y/o un peso determinado. Entre los deportes de riesgo se encuentran la

danza, gimnasia, carreras de fondo, patinaje artístico, natación, saltos y culturismo en mujeres. Boxeo, lucha, carreras de fondo, halterofilia y remo, en varones.

Si hemos realizado una historia clínica adecuada, podemos acercarnos al diagnóstico de la existencia de un Trastorno de la conducta alimentaria (TCA), basándonos como anteriormente nos hemos referido, a la presencia o no de los criterios de diagnóstico del DSM-IV.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Si la historia nos centra en el diagnóstico, la exploración puede confirmárnoslo e incluso indicarnos signos de mal pronóstico.

Es probable que la primera impresión que tenemos de nuestros pacientes cuando entran en la consulta, no sea excesivamente valorable. El/la paciente anoréxico suele vestir ropa ancha o llevar varios jerseys que disimulen su delgadez. Una vez desnuda la paciente, nos encontramos a la simple exploración visual, con una delgadez extrema, en ocasiones de aspecto caquéctico, piel fría y con acrocianosis, lesiones hiperqueratósicas en el dorso de los dedos y pérdida del esmalte dentario secundario a la provocación efectiva de vómitos (sobre todo en la bulimia), lanugo, hipertrofia parotídea. Si profundizamos en los controles, detectaremos: bradicardia, arritmias, hipotensión, hipotermia, edemas, etc.

Aún con todos estos datos, debemos plantearnos la necesidad de realizar exámenes complementarios que descarten una patología orgánica como causante de los signos comentados. Hiper o hipotiroidismo, diabetes mellitus, síndromes malabsortivos, tumores cerebrales, enfermedad de Addison, entre otras, son patologías que podríamos confundir con una

Leucopenia
Trombocitopenia
Colesterol elevado
Transaminasas ↑
Estradiol ↓
Testosterona ↓
Hipokaliemia
Hiponatremia

Diferencias entre los distintos TCA:

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Mal pronóstico

Hospitalización

anorexia nerviosa.

Tratamiento
Equipos multidisciplinares
Salud mental

En dichos exámenes, dentro del cuadro de anorexia nerviosa, podemos encontrarnos leucopenia, trombocitopenia, colesterol elevado, transaminasas elevadas, T3 baja, hipocomplementemia, BUN elevado, estradiol bajo en mujeres, testosterona baja en varones, hipokaliemia e hiponatremia. La mayoría de estos hallazgos son explicados por la disminución importante del aporte de nutrientes, la desorganización en la ingesta de los mismos, y el empleo de sustancias que favorezcan la pérdida de peso.

Curso de la enfermedad

Con los datos obtenidos tras este enfoque de historia, exploración y pruebas complementarias básicas, podremos haber llegado a diferenciar varios grupos de adolescentes. Probablemente los más llamativos y fácilmente discernibles serían aquellos que presentan signos de mal pronóstico o aquellos que presentan criterios de ingreso hospitalario. Cuando entresaquemos estos grupos poblacionales, tendremos adolescentes que pueden presentar un trastorno inespecífico de la conducta alimentaria y otros grupos con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa, de posible tratamiento ambulatorio.

Criterios de mal pronóstico:

- Comienzo tardío.
- Ambiente familiar disfuncional.
- Obesidad premórbida.
- Desarrollo de bulimia tras fase anoréxica.
- Persistente inmadurez sexual.
- Ingreso previo con fracaso terapéutico.

Criterios de hospitalización:

- Pérdida de más del 30% de peso durante tres meses.

- Alteraciones biológicas graves que supongan riesgo para la vida del paciente.
- Comorbilidad grave, especialmente cuando se trata de un episodio depresivo mayor, con ideación autolítica.
- Desorganización conductual generalizada e interacción familiar gravemente conflictiva.
- Fracaso verificado del tratamiento ambulatorio.

El enfoque del profesional, ante un paciente que pueda diagnosticar dentro de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), debe ser inicialmente el de evitar alarmismo a la familia, adoptar una actitud receptiva hacia el adolescente y, en general, una actitud contenedora de la situación, que permita una evaluación a muy corto plazo de la evolución del proceso y con ello poder derivarlo a los equipos multidisciplinares, relacionados con el campo de la salud mental.

Ya para acabar, decir que en estos tipos de trastornos (TCA) algunas personas pueden recuperarse totalmente después de un único episodio, otras presentaran un patrón fluctuante de ganancia de peso seguida de recaídas, mientras que otras sufren un deterioro progresivo crónico a lo largo de los años, de muy difícil curación.