

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia

*Psychiatric considerations of eating disorders: Anorexia and bulimia*Jesús M. del Bosque-Garza¹, Alejandro Caballero-Romo²**Resumen**

La anorexia nervosa, la bulimia nervosa y los trastornos inespecíficos del comportamiento alimentario son alteraciones conductuales relacionadas al acto de comer y a la imagen corporal; han sido considerados como entidades estrechamente ligadas a la idolatría por la delgadez, aunque la historia revela que han existido desde tiempos remotos.

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido descritos desde diferentes perspectivas y, recientemente, se les ha comenzado a abordar con un enfoque científico. Su naturaleza y origen son complejos, con interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Según la clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), los trastornos de la conducta alimentaria se dividen en específicos e inespecíficos. Los primeros comprenden a la anorexia y a la bulimia.

En la presente revisión se inicia con una breve introducción y se abordan algunos aspectos psiquiátricos en torno al concepto, la epidemiología, la etiopatogenia, el diagnóstico diferencial, la evolución y generalidades del tratamiento de estos trastornos.

Palabras clave. Anorexia; bulimia; aspectos psiquiátricos.

Summary

Anorexia nervosa, bulimia nervosa and the unspecific disorders of eating behavior are behavioral alterations associated with body image and the act of eating. These disorders have been considered as consequences of the idolatry to be thin, although history reveals they have existed for a long time. Eating disorders have been described from different perspectives and have recently been studied from a scientific perspective. Their complex nature and origin involves biological, psychological and social factors.

According to the classification proposed by The American Psychiatric Association and found in the *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR), eating disorders are divided into specific and unspecific disorders; anorexia and bulimia are included in the group of specific disorders.

This paper reviews some of the psychiatric aspects about the concept, epidemiology, etiopathogeny, differential diagnoses, evolution and generalities of eating disorders treatment.

Key words. Anorexia; bulimia; psychiatric, aspects.

¹Departamento de Psiquiatría, Hospital Infantil de México Federico Gómez; ²Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", México, D. F., México.

Fecha de recepción: 30-09-2008.

Fecha de aprobación: 07-10-2008.

La anorexia nervosa, la bulimia nervosa y los trastornos inespecíficos del comportamiento alimentario, dentro de los que se incluye el trastorno por atracón, son alteraciones conductuales relacionadas al acto de comer y a la imagen corporal. Si bien, a finales del siglo XX y en el siglo XXI, estos padecimientos conductuales han sido considerados como entidades estrechamente ligadas a la idolatría por la delgadez, las revisiones históricas han revelado que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han existido desde tiempos remotos, en particular la anorexia nervosa.¹ Tal vez el entorno cultural en el que éstos se han desarrollado, han matizado las interpretaciones de estas conductas patológicas a lo largo de la historia. En los tiempos modernos, la exigencia social por un cuerpo delgado en el género femenino y atlético en el masculino, se ha constituido como factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos. La publicidad dirigida a los sectores juveniles de la población está notoriamente enfocada a la exaltación de las características corporales consideradas socialmente atractivas. El ser delgado se ha convertido en un salvoconducto para transitar por la vida, es una garantía de seguridad que proporciona al individuo la libertad para el desempeño social sin temor a ser criticado por sus congéneres.²

Autores como Bell,¹ han realizado extensas revisiones documentales sobre la historia del fenómeno anoréxico. En el medioevo existieron personas conocidas como las “santas anoréxicas” que, con fines de trascendencia espiritual o de autoflagelación, practicaban extensos períodos de ayuno que las hacían alcanzar estados de desnutrición grave. Uno de los casos mejor estudiados es el de Santa Catalina de Siena, que vivió en el siglo XIV y quien, además de ayunar, también se provocaba el vómito. Se sabe que tras su muerte y posterior santificación por el Vaticano, la difusión de su forma de vivir ocasionó que otras personas siguieran su ejemplo. No es difícil imaginar que en la Europa de esos tiempos oscuros dominados por la Iglesia Católica, el ser o el tener en la comunidad a una persona que practicara largos períodos de

ayuno, con un afán místico, daba prestigio a la población. Muchas mujeres jóvenes siguieron el ejemplo de Santa Catalina de Siena.

En el siglo XVII, Morton observó estados de inanición a los que llamó “consunción nerviosa”, ya que no podía explicarlos como eventos secundarios a alguna enfermedad médica conocida en sus tiempos, en particular la tuberculosis.

Fue en el año de 1873, cuando Lasègue³ describió la *Anorexie Hysterique* en Francia; entidad clínica que reúne las características de un estado de inanición grave presente en mujeres jóvenes, dividido en tres estadios (en el último de los cuales considera la amenorrea), y sin ningún padecimiento médico causante. Por su parte, al año siguiente, Gull⁴ publicó su trabajo sobre la Anorexia Nervosa, en donde sustenta la naturaleza “nerviosa” y no uterina (*hysterus*) como en la descripción de Lasègue,³ del padecimiento en cuestión; además de haber observado que este trastorno también se presenta en hombres.

Durante el siglo XX, este padecimiento llamó considerablemente la atención, tanto de psicoanalistas como de psiquiatras. Bruch⁵ hizo varias aportaciones al estudio de estos trastornos; introdujo el concepto sobre el trastorno de la imagen corporal, que hoy es un criterio básico para el diagnóstico de anorexia nervosa, describió la incapacidad de estas pacientes para reconocer estados internos como son las emociones y la propia sensación de hambre, y ahondó sobre los sentimientos de ineficacia que estas pacientes sufren.⁶ En Italia, Selvini-Palazzoli⁷ postuló que este padecimiento se sustenta en el sentimiento de inadecuación de la mujer; sin dejar de plantear la importancia de la familia como un agente mediador entre los valores sociales y la persona afectada. Al respecto, Minuchin⁸ describió cuatro características en familias de pacientes con anorexia nervosa: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos.

En cuanto a los estados bulímicos, las descripciones históricas son mucho menores. Se sabe que

los romanos practicaban el vómito autoinducido después de un banquete, y durante la edad media se reportan casos de personalidades que se entregaban a dicha práctica. Por su lado, el interés médico por la bulimia la situó algunas veces como síntoma y otras como diagnóstico, sobre todo durante el siglo XIX, período en el que Gull⁴ advirtió su asociación con la anorexia nervosa.

El síntoma bulímico fue considerado durante mucho tiempo como parte de la anorexia nervosa o de la obesidad. Stunkard⁹ describió las características del síndrome bulímico, pero no incluyó las conductas compensatorias como el vómito o el uso de laxantes.¹⁰

No fue sino hasta bien entrado el siglo XX que Russell¹¹ describió con toda claridad lo que hoy conocemos como bulimia nervosa. Se trata de una condición en la que se asocian los atracones objetivos con conductas postprandiales, generalmente de tipo purgativo, que los compensan, resaltando el miedo a engordar (y en algunas ocasiones el trastorno de la imagen corporal), como una condición que necesariamente presentan estas pacientes. Russell¹¹ consideró que ésta condición era una variante ominosa de la anorexia nervosa, haciendo énfasis en la plasticidad de este síndrome.

Los TCA han sido descritos desde diferentes perspectivas y, sólo en los últimos años, se les ha comenzado a abordar con un enfoque científico. En la actualidad se considera que su naturaleza y origen son complejos, con interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que, junto con las complicaciones médicas que se observan en estos padecimientos, los convierte en un campo de creciente interés para su estudio y tratamiento.

Concepto

Según la clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en la última versión revisada (DSM-IV-TR),¹² los TCA se dividen en específicos e inespecíficos. Los pri-

meros comprenden a la anorexia y a la bulimia nervosas; mientras que los segundos incluyen a los síndromes parciales de ambos trastornos específicos, al masticar y escupir sin deglutir los alimentos y al trastorno por atracón.

La anorexia nervosa se caracteriza por la consecución de un peso corporal mucho menor al esperado para el género, la estatura y la edad de las personas afectadas, quienes además presentan un rechazo al incremento ponderal. Al inicio del padecimiento, durante la disminución ponderal y, en algunos casos, también en los estados de desnutrición grave, se observa la alteración en la percepción de la imagen del propio cuerpo y del peso o de la silueta corporal. La amenorrea secundaria por más de tres ciclos consecutivos no tarda en aparecer una vez que el índice de masa corporal ha disminuido a 17.5 kg/m^2 , mientras que las chicas que no han tenido aún su menarca presentan amenorrea primaria. En varones es frecuente encontrar disminución de la libido. El rechazo a mantener un peso corporal normal es notable, tal y como sucede con el miedo a subir de peso o convertirse en sujetos obesos. Este trastorno se divide en dos subtipos, según la predominancia sintomática: el restrictivo y el compulsivo/purgativo (aquellas que combinan también conductas purgativas con importantes ingestiones descontroladas de alimentos). Es importante señalar que, mientras existan suficientes criterios para sustentar este diagnóstico, no puede coexistir simultáneamente el de bulimia nervosa. Sin embargo, a lo largo de la vida existen pacientes que pueden virar de la anorexia nervosa a la bulimia nervosa y viceversa.

La bulimia nervosa consiste en la presentación de episodios de ingestión voraz de una gran cantidad de alimentos, con sensación de pérdida de control, que se llevan a cabo en cuestión de minutos hasta en un lapso menor a dos horas. Para el DSM-IV-TR, estas tres características son indispensables para identificar los atracones, los cuales son seguidos, en forma inmediata, por conductas compensatorias inadecuadas de tipo purgativo,

tales como la provocación del vómito, el uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas; o de estrategias no purgativas como el ayuno prolongado o la práctica de ejercicio físico, el cual generalmente tiene características compulsivas. Existe insatisfacción corporal en la mayoría de los pacientes, y algunos desarrollan alteración de la imagen corporal idéntica a la que sucede en la anorexia nervosa. Existen dos tipos: el purgativo y el no purgativo, según el predominio de las conductas compensatorias utilizadas.

Criterios diagnósticos para anorexia nervosa (DSM-IV-TR)

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior a 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior a 85% del peso esperado).

- a) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- b) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- c) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Especificación del tipo

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación

del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación de vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios diagnósticos para bulimia nervosa

a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

b) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son: provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

www.medigraphic.com

Especificación del tipo

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos se han generado principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica y en Europa. La prevalencia de la anorexia nerviosa va de 0.2 a 0.5%, y de la bulimia nerviosa de 2 a 3%, primordialmente en el género femenino, entre la segunda y la tercera década de la vida.¹³ El ratio de presentación por sexos es de aproximadamente 1:10 para ambos trastornos a favor de las mujeres, según varios estudios citados en una extensa revisión. La tasa cruda de mortalidad es de 5.9% para la anorexia nerviosa, según un meta-análisis de 42 estudios publicados,¹⁴ y de 0.3% en 88 estudios publicados en bulimia nerviosa.¹⁵

En México no existen estudios epidemiológicos representativos de la población en riesgo; sin embargo, varios reportes hablan de la presencia de conductas alimentarias de riesgo, como en el caso de un estudio que incluyó a 9 755 adolescentes entre los 12 y los 19 años de edad, de los cuales 0.9% de los varones y 2.8% de las mujeres presentaron tres o más indicadores clínicos que podrían constituir grupos de alto riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.¹⁶

También se ha reportado riesgo elevado a padecer TCA en un grupo de estudiantes universitarias mexicanas mediante cuestionarios especializados. Estos resultados también reflejan la existencia de conductas alimentarias de riesgo en poblaciones jóvenes urbanas.¹⁷

En un estudio llevado a cabo en 962 preadolescentes escolares, cuyas edades fluctuaron entre los 9 y los 13 años, 44% presentó insatisfacción corporal y 54% alteración de la imagen corporal, de

las cuales, 29% la sobreestimó, mientras que el grupo de 11 años de edad tuvo el mayor porcentaje de dietas dirigidas al control de peso y la aceptación más prominente del estereotipo cultural delgadez-atracción.

Otro reporte¹⁸ ya había descrito las tendencias encontradas en un grupo de 200 preadolescentes de ambos sexos que sobreestimaron su peso corporal, además de que quienes se consideraban menos atractivos tenían un índice de masa corporal más alto, y viceversa. Por otro lado, dos reportes han señalado la presencia de conductas alimentarias de alto riesgo en grupos de bailarinas de ballet en México.¹⁹

Otro estudio que comparó la sintomatología alimentaria (preocupaciones y rituales) entre una población clínica mexicana y otra norteamericana, encontró que el grupo mexicano presentó mayor severidad sintomática, especialmente en los rituales, siendo importante resaltar que las pacientes de México no habían recibido tratamiento previo especializado para su trastorno alimentario.²⁰

Etiopatogenia

Factores de riesgo

A la fecha se han considerado diversos factores que pueden elevar el riesgo para que una persona desarrolle TCA, entre los que se han mencionado a la menarca temprana, el haber padecido sobrepeso u obesidad en la infancia, las burlas respecto al cuerpo de parte de hermanos o compañeros en la escuela, los comentarios adversos concernientes a la forma de comer o al cuerpo, provenientes de los padres, y el hacer dietas restrictivas. Los estudios que se han ocupado de esta área han obtenido resultados diversos y controvertidos. Recientemente se publicó un estudio prospectivo que incluyó a 1 103 adolescentes que fueron seguidas a lo largo de tres años, el cual detectó que la preocupación por un cuerpo delgado y la presión social son factores de riesgo importantes para el desarrollo de TCA en adolescentes.²¹

Factores biológicos

En este rubro se han estudiado varios aspectos, entre los que destacan los sistemas de neurotransmisión, los neuroendocrinos, las áreas cerebrales relacionadas con la modulación del apetito y la obesidad, entre otros.

Uno de los campos que han aportado información interesante es el de la genética. Los estudios familiares han mostrado repetidamente que los parientes de probandos con anorexia nervosa tienen mayor prevalencia de TCA al compararlos con familiares de sujetos control.²²⁻²⁴

Los estudios con gemelos monocigotos con anorexia nervosa han reportado tasas de concordancia de 52 a 56%, mientras que las tasas de concordancia para los gemelos dicigotos han sido estimadas entre 5 y 11%.²⁵⁻²⁷ Estos hallazgos sugieren una fuerte influencia de factores genéticos en el desarrollo de estas entidades.

Se han publicado estudios de ligamiento genético que sugieren la existencia de susceptibilidad a padecer anorexia y bulimia nervosas. El estudio de la fundación *Price* es un esfuerzo multicéntrico llevado a cabo en varios países de América y de Europa.²⁸ En el año 2002, este grupo reportó evidencia sugestiva de la presencia de un locus de susceptibilidad para anorexia nervosa localizado en el cromosoma 1p.²⁹ Posteriormente, también se publicó el hallazgo de un locus de susceptibilidad para bulimia nervosa localizado en el cromosoma 10p.³⁰

La modulación de la saciedad y del metabolismo implica a la leptina (proveniente del tejido adiposo), insulina, colecistoquinina, péptido-1 glucagón-like, ghrelina, y al péptido YY3-36 (provenientes del aparato gastrointestinal). Estas sustancias actúan en el núcleo arcuato y en el núcleo del tracto solitario, respectivamente. El neuropéptido Y, péptido agouti y la orexina (originadas en el cerebro), estimulan el apetito, mientras que las melanocortinas y la hormona estimulante de la melanocortina alfa son agonistas de la saciedad. La ghrelina estimula el apetito y tanto la colecis-

toquinina como el péptido-1 glucagón-like y el YY3-36 provocan saciedad. El tejido adiposo informa al cerebro acerca de los depósitos de energía a través de la leptina, adiponectina y resistina. Recientemente se han efectuado estudios que han explorado la regulación del peso corporal por el cerebro y se ha propuesto la existencia de una relación estrecha entre la alimentación y la emoción. Esto ha surgido de diversas investigaciones del sistema de las melanocortinas y del neuropéptido Y, sustancias endógenas que regulan la homeostasis energética y las emociones.³¹

Factores psicológicos

En este campo, las investigaciones pertinentes han asociado ciertos rasgos de personalidad con algún trastorno alimentario específico. A la anorexia nervosa se le ha relacionado con el perfeccionismo y la rigidez, a la bulimia nervosa se le asocia con la impulsividad y con el perfeccionismo. En la literatura especializada se reconoce que la forma de diagnosticar trastornos de la personalidad, actualmente es categórica y heterogénea, por lo que es mejor estudiar a la personalidad desde un enfoque dimensional, lo cual viene bien cuando se ponderan los diversos fenómenos psicológicos concomitantes observados en los diversos TCA. Según Wonderlich y Mitchell,³¹ existen tres posibilidades de relación entre las dimensiones de la personalidad y los trastornos alimentarios:

1. Los rasgos de personalidad predisponen o incrementan el riesgo para padecerlos.
2. Estos trastornos por sí mismos incrementan la gravedad de ciertos rasgos de personalidad mediante la propia sintomatología alimentaria o emocional concomitante.
3. La existencia de un tercer factor que a su vez incrementa el riesgo a padecer algún trastorno de la personalidad o de la conducta alimentaria, o bien ambos.

La relación entre la personalidad y los TCA bien podría considerarse como una interacción com-

pleja, y la asociación de síndromes en estas dos áreas deja entrever un continuo psicopatológico. Basta decir que los estudios empíricos de pacientes con anorexia nervosa compulsivo-purgativa sugieren que sus estilos de personalidad se parecen más a los que despliegan los pacientes con bulimia nervosa que los de los pacientes con anorexia nervosa del tipo restrictivo.³²

Factores familiares

No se ha demostrado a la fecha una relación causa-efecto entre la psicopatología familiar y los TCA. No obstante, en la práctica clínica es evidente que existen fenómenos inherentes a la dinámica familiar que pueden mediar o mantener el TCA, complicando enormemente su tratamiento. La familia pues, se convierte también en sujeto de evaluación y tratamiento en los casos que lo requieren.

Los estudiosos en este campo han elaborado el modelo sistémico que considera a la anorexia nervosa como el síntoma de una familia enferma y desde este enfoque se han propuesto diversas estrategias para su tratamiento.

Factores socioculturales

Toro,² ha hecho una extensa revisión en este campo. Es de destacar que la influencia sociocultural tiene un papel disparador y mantenedor de las conductas alimentarias anómalas. El culto a la delgadez como sinónimo de autocontrol y de éxito es un fenómeno omnipresente y desencadenante de la realización de dietas restrictivas, que, como sabemos, constituye en sí un factor de riesgo para el desarrollo de patologías alimentarias.

Las prevalencias de estas entidades reportadas en países de Asia o del norte de África son mucho menores de las encontradas en los países occidentales; sin embargo, también se ha observado que las poblaciones de inmigrantes provenientes de otras culturas que radican en los Estados Unidos de Norteamérica aumentan su prevalencia a por-

centajes similares a las encontradas en el país que los acoge. Este fenómeno forma parte de lo que se conoce como “aculturación”, término que se refiere a la adaptación que atraviesan los inmigrantes a otra cultura. Al respecto, se ha reportado que los síntomas alimentarios se asocian en forma significativa al nivel de integración de sujetos hispanos a la cultura norteamericana.³³

También se ha detectado el fenómeno de la aculturación y de las conductas alimentarias alteradas en la población de origen mexicano que ha radicado en los Estados Unidos de Norteamérica por varias generaciones. En mujeres de origen mexicano, se encontró una relación positiva entre las actitudes alimentarias y los niveles de aculturación, siendo las correspondientes a la segunda generación quienes registraron los niveles más altos.³⁴ En el estudio de Becker se detectaron alteraciones en la conducta alimentaria en una población recientemente expuesta a la televisión, lo cual, aunque no se trata de un fenómeno de aculturación en sí, descubre la influencia de los medios en estas conductas anómalas que responde al entorno cultural.

Diagnóstico diferencial

Anorexia nervosa

Los criterios diagnósticos categóricos que estipula el DSM-IV-TR permiten un diagnóstico relativamente fácil de esta entidad alimentaria; sin embargo, es importante mencionar que deben descartarse otras enfermedades médicas que cursan con disminución ponderal acentuada, entre las que se encuentran la diabetes tipo I, el hipertiroidismo primario o secundario, las neoplasias, el síndrome de la arteria mesentérica superior y la propia desnutrición carencial. En el ámbito de las enfermedades mentales, habrá que descartar el trastorno dismórfico corporal y las alteraciones del esquema corporal derivadas de la epilepsia. Hay casos aislados de fobia simple (a los alimentos), fobia social (entre cuyas características está la incapacidad de comer en público) y del llamado “*globus hystericus*”

caracterizado por una sensación de cuerpo extraño en la faringe que le impide a la persona deglutir naturalmente sus alimentos.

Bulimia nervosa

El diagnóstico diferencial de este padecimiento debe tomar en cuenta cualquier condición de origen gastrointestinal o sistémico que curse con vómitos repetidos o con la presencia de poliuria o diarrea. Muchas veces los pacientes son llevados al médico en contra de su voluntad, y en esta situación es difícil obtener los datos para un diagnóstico preciso. La clave aquí es que las conductas purgativas en la bulimia nervosa son provocadas por la propia paciente y habrá que hacer un interrogatorio a los familiares de ésta en relación a las conductas periféricas a los vómitos (vg. pararse al baño después de comer, poner música o hacer ruidos mientras se está en el baño, etc.) o si han descubierto diuréticos o laxantes en poder de la enferma sin tener una indicación médica para ellos. Se pueden observar estigmas físicos como el signo de Russell (excoriación o cicatriz en el dorso de la mano con la que se provocan usualmente el vómito, causado por el roce frecuente con los incisivos superiores), la hipertrofia de parótidas por el vómito crónico, el desgaste del esmalte dental y la presencia de Petequias periorbitarias observables recién provocado el vómito. Es importante mencionar la existencia de una entidad neurológica conocida como el síndrome de Klein-Levin, que cursa con somnolencia y episodios de atracón. Éste predomina en hombres y en la mayor parte de los casos desaparece en la edad adulta.

Integración diagnóstica

Una vez que se encuentran datos que sugieran algún TCA es necesario referir a las pacientes a alguna clínica especializada para su evaluación, ya que se requiere de un equipo interdisciplinario y de un tratamiento que contemple varias etapas según el padecimiento y el estado de la paciente.

La evaluación inicial comprende una historia clínica médico-psiquiátrica completa, haciendo énfasis en la conducta alimentaria previa, la historia ponderal, la presencia de episodios previos de amenorrea en relación con el peso corporal y la esfera neurológica para descartar condiciones que puedan estar asociadas o ser las causantes de la sintomatología alimentaria. La antropometría, por su parte, es esencial y debe incluir el peso, la estatura, el cálculo del índice de masa corporal ($\text{kg}/\text{estatura}^2$ [m]) y la plicometría. Los estudios paraclínicos más útiles son: biometría hemática completa, electrolitos séricos, glucemia en ayunas, perfil básico de hormonas tiroideas, y electrocardiograma. En las pacientes con anorexia nervosa es conveniente medir las concentraciones de fosfato en sangre y solicitar densitometría ósea de columna lumbar y cadera, para evaluar la densidad mineral ósea, ya que frecuentemente estas pacientes cursan con osteopenia u osteoporosis. La morfología cerebral debe evaluarse con una tomografía axial computada o un estudio de resonancia magnética, ya que se conoce que estas pacientes con desnutrición crónica pueden presentar pseudoatrofia cerebral.

Evolución

Anorexia nervosa

Los estudios que han analizado el resultado de la anorexia nervosa a lo largo del tiempo difieren en metodología, tiempo de seguimiento y definición del "resultado". Sin embargo, la mayor parte coincide en que la tasa de un resultado favorable es de 50% de los pacientes, 30% obtienen un resultado moderadamente favorable y 20% es desfavorable.³⁵ No obstante, también se reconoce que aún las personas recuperadas presentan deterioro en su funcionamiento físico, psicológico y social después de haber alcanzado un estado nutricional normal y haber recuperado sus ciclos menstruales. Además, la alteración de la imagen corporal o la preocupación por los alimentos y el temor a engordar persisten tras la recuperación física.

Los estudios que se han enfocado a la mortalidad en la anorexia nervosa también difieren mucho en su metodología y la mayor parte utiliza tasas crudas en lugar de tasas estandarizadas, lo cual ayuda mucho en la observación del comportamiento de las cifras, comparadas con las tasas de mortalidad esperadas en la población general pareadas por grupos de edad, a lo largo de los años. Los primeros reportes encontraron tasas de mortalidad de alrededor de 10% y, aparentemente, ha habido una disminución en las cifras en las últimas dos décadas, en promedio 4.4%.³⁵ Estas cifras provienen, en su mayor parte, de poblaciones clínicas que han sido detectadas y tratadas en diversos centros de atención, lo que constituye un sesgo de selección y deben ser tomadas con cautela. Recientemente se publicó un estudio poblacional, retrospectivo, de supervivencia, que reportó una tasa de mortalidad estandarizada de 0.71 (intervalo de confianza [IC] de 95% 0.42-1.09), por lo que no difirió con lo esperado.³⁶ Las causas de muerte en este estudio incluyeron: suicidio, desnutrición grave y complicaciones del alcoholismo. En contraste, otro estudio ha publicado una tasa de mortalidad estandarizada en anorexia nervosa de 3.3 (IC 95% 2.2-4.9).³⁷ En cuanto a la bulimia nervosa, los datos arrojados por los estudios no son firmes en las tasas de mortalidad estandarizada, aunque ciertamente es menor con relación a la anorexia nervosa.³⁸

Los predictores pronósticos más consistentes son:³⁹

Buen pronóstico:

1. Edad de inicio temprana.
2. Intervalo breve antes de la hospitalización.
3. Menor número de hospitalizaciones.

Mal pronóstico:

1. Peso muy bajo.
2. Duración prolongada de la enfermedad.
3. Anormalidades premórbidas clínicas o del desarrollo.
4. Presencia de conductas purgativas.
5. Disfunción familiar.

Bulimia nervosa

Existen los mismos problemas metodológicos que en los estudios sobre anorexia nervosa. En los grupos estudiados a corto plazo, generalmente por un año después de haber recibido terapia cognitivo-conductual, alrededor de 50% de las pacientes mantienen la mejoría obtenida. Un estudio evaluó la recuperación en 50 sujetos (49 mujeres y un hombre) a los 10 años, y encontraron que 46% mantenían un buen resultado, 26% presentaban aún conductas bulímicas residuales, 8% tenía bulimia nervosa subclínica y 8% tenía bulimia nervosa completa.⁴⁰ Según otras experiencias reportadas, la mejoría clínica puede alcanzarse a mediano o a largo plazo, lo cual es alentador. Por otro lado, las tasas de recaída reportadas después de períodos variables de recuperación completa o con síntomas mínimos también varían mucho. Derivado de ello, es necesario considerar que este padecimiento se caracteriza por períodos activos y de remisión parcial o total intercalados, lo cual dificulta la definición de “recuperación”. Algunos autores sugieren que se debe esperar durante un prolongado período en el que el paciente se mantenga asintomático antes de considerar que se ha recuperado completamente de la enfermedad.

Los predictores de buen pronóstico son:

1. Edad temprana de presentación.
2. Motivación al tratamiento.
3. Presencia de red de apoyo (amistades).

Los predictores de mal pronóstico son:

1. Severidad del trastorno alimentario y de la frecuencia basal de vómitos.
2. Fluctuaciones de peso acentuadas.
3. Impulsividad.
4. Baja autoestima.
5. Presencia de trastornos comórbidos.
6. Conductas suicidas.

Generalidades del tratamiento

Actualmente se concibe un enfoque terapéutico interdisciplinario para el tratamiento de los TCA; éste comprende la intervención de profesionales de diversas especialidades que trabajen en coordinación conjunta desde la evaluación inicial y durante el progreso del tratamiento. Es menester tomar en cuenta que los pacientes acuden a consulta, la mayor parte de las veces, en contra de su voluntad y sin conciencia de enfermedad. Por lo tanto, el tratamiento debe incluir un programa de psicoeducación que les enseñe al paciente y a sus familiares los pormenores de la enfermedad, las consecuencias físicas y psicológicas de estos padecimientos y las recomendaciones de manejo en casa. El objetivo es proveer información clara y detallada que favorezca tanto la conciencia de enfermedad como el involucro de la familia.

Anorexia nervosa

El objetivo principal del tratamiento inicial es la recuperación ponderal hasta restaurar un peso sano, en el cual la menstruación y la ovulación se presenten en forma natural en las mujeres, y normalización de las hormonas sexuales en los hombres. Habrá que tratar también las complicaciones físicas derivadas de la desnutrición y tratar los padecimientos psiquiátricos comórbidos. Debido a que, generalmente, las pacientes no desean cooperar con su tratamiento desde el principio, es necesario también proveer educación a ellas y a los familiares sobre las características y complicaciones del padecimiento, con el objetivo de estimular la aparición de conciencia de enfermedad y motivarlos al cambio. Es necesario asesorar a la familia y tratar la disfunción familiar que frecuentemente se presenta en estos casos.

La rehabilitación nutricional debe ser establecida y dirigida por un nutricionista, quien tomará en cuenta los objetivos de ganancia ponderal a lo largo de las semanas. El aumento de peso debe ser paulatino para evitar el síndrome de realimentación secundario a una disminución acentuada de

fósforo en el suero, condición que puede ser letal. Algunos recomiendan un incremento de peso de alrededor de 1.5 kg por semana en los pacientes internados y hasta 0.5 kg por semana en pacientes externos.⁴¹ Durante la fase de realimentación, la monitorización médica es indispensable y debe incluir toma de signos vitales, búsqueda de edema o de datos de insuficiencia cardiaca congestiva, así como de síntomas gastrointestinales asociados, particularmente distensión gástrica, dolor tipo cólico, reflujo gastroesofágico y estreñimiento. Es importante verificar periódicamente los electrolitos séricos, incluyendo al fósforo. La actividad física debe estar limitada a reposo relativo en casa o en el hospital. Además, a lo largo del tratamiento deberán incluirse paulatinamente los alimentos temidos por la paciente, en coordinación con el tratamiento psicoterapéutico asociado.

La psicoterapia es una herramienta fundamental en el manejo de la anorexia nervosa. Sin embargo, es necesario considerar que si no existe un proceso de rehabilitación nutricional concomitante, seguramente los resultados serán modestos en el mejor de los casos. El miedo a comer es activado por pensamientos distorsionados sobre los alimentos y sobre el peso. La restricción alimenticia reduce el temor a ganar peso y tiene un efecto positivo en la autoestima del enfermo. Los factores cognitivos que mantienen a la anorexia nervosa son la baja autoestima, las dificultades en el manejo de las relaciones interpersonales y las preocupaciones exageradas sobre la figura corporal y el peso. Esto las lleva a la práctica de dietas estrictas con la consecuente pérdida de peso. El incremento natural de la sensación de hambre y la preocupación por los alimentos aumentan, efectuando una restricción aún más severa y la pérdida ponderal empeora. Esta asociación de fenómenos cognitivos y conductuales sustenta los preceptos básicos de la terapia cognitivo-conductual para este trastorno.

La restricción alimentaria es una fobia a los alimentos que se perpetúa a sí misma. Los pensamientos relacionados a transgredir la restricción alimentaria provocados por el hambre causan miedo.

La anorexia nervosa es el medio para resolver problemas, teniendo así una función positiva en la vida de las pacientes. El padecimiento alivia los miedos y las tensiones derivadas de los modos de afrontamiento deficientes. La restricción de alimentos le da a la paciente sentimientos de confianza, de control y de competencia.

Las técnicas cognitivas están dirigidas a corregir la distorsión en los pensamientos relacionados con el consumo de alimentos y con su evitación. El objetivo de los métodos conductuales es incrementar el peso. La combinación de ambas reduce la ansiedad asociada con el cambio conductual. A lo largo del tratamiento se clarifican las conexiones entre las dificultades interpersonales y la restricción de los alimentos, además de identificar las áreas deficientes en la resolución de problemas y desarrollar habilidades de afrontamiento diferentes y efectivas.

Bulimia nervosa

A diferencia de la anorexia nervosa, este padecimiento no se caracteriza por desnutrición. El objetivo principal del tratamiento es la reducción

de los atracones y de las conductas compensatorias (vómitos, uso de laxantes, de diuréticos o de enemas, así como de los períodos prolongados de ayuno o el ejercicio físico compulsivo). La terapia cognitivo-conductual enfocada a la bulimia nervosa es el manejo psicoterapéutico más apropiado. El manejo psicofarmacológico puede ser de gran ayuda, reconociéndose la eficacia de los antidepresivos, en particular de los inhibidores de la recaptura de la serotonina, para la sintomatología bulímica, amén de que las pacientes frecuentemente presentan comorbilidad con depresión mayor o distimia.⁴²

Si bien, las investigaciones sobre los TCA se han multiplicado de manera extraordinaria durante los últimos años, sin duda ahora sabemos un poco más de hacia dónde deberán dirigirse nuestros esfuerzos para entender mejor los aspectos psiquiátricos de estos desórdenes que han despertado creciente interés en los ámbitos médico, psicológico y social.

Autor de correspondencia: Dr. Jesús M. del Bosque Garza.
Correo electrónico: dr.jesusdelbosque@yahoo.com.mx

Referencias

1. Bell RM. Holy anorexia. Chicago: University of Chicago Press; 1985.
2. Toro J. El cuerpo como delito. España: Editorial Ariel, S.A.; 1996.
3. Lasègue C. De l'anorexie hystérique. Arch Gen Med. 1873; abril: 385-403.
4. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia histérica). Trans Clin Soc Lond. 1874; 7: 22-8.
5. Bruch H. The golden cage. The enigma of anorexia nervosa. Cambridge: MA. Harvard University Press; 1978.
6. González A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. Aust Fam Physician. 2007; 36: 614-9.
7. Selvini-Palazzoli M. L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare. Italia: Feltrinelli; 1975.
8. Minuchin S. Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
9. Stunkard AJ. Presidential address, 1974: From explanation to action in psychosomatic medicine: The case of obesity. Psychosom Med. 1975; 37: 195-236.
10. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of association. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37: 409-21.
11. Russell GFM. "Evolución histórica y síntomas nucleares en la AN". En: Rojo L, Cava G, editores. Anorexia nervosa: desde sus orígenes al tratamiento. Madrid: Ariel; 2003.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Barcelona: American Psychiatric Association; 2000.
13. Hsu LKG. Epidemiology of the eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 1996; 19: 681-700.
14. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry. 1995; 152: 1073-4.
15. Keel PK, Mitchell JE. Long-term outcome in bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56: 63-9.
16. Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Alcantar EN, Fleiz C, Hernández SA. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. Rev Invest Clin. 2000; 52: 140-7.

17. Mancilla JM, Mercado L, Manríquez E, Álvarez GL, López X, Román M. Factores de riesgo de los trastornos alimentarios. *Rev Mex Psicol.* 1999; 16: 37-46.
18. Gómez G. Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Rev Mex Psicol.* 1997; 14: 31-40.
19. Unikel C, Gómez G. Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo y clínico. *Rev Mex Psicol.* 1999; 16: 141-51.
20. Caballero AR, Sunday SR, Halmi KA. A comparison of cognitive and behavioral symptoms between Mexican and American eating disorders patients. *Int J Eat Disord.* 2003; 34: 136-41.
21. The McKnight Investigators: Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *Am J Psychiatry.* 2003; 160: 248-54.
22. Strober M. Controlled family study of anorexia and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 393-401.
23. Hudson JL, Hudson RA, Pope HG. Psychiatric comorbidity and eating disorders. En: Wonderlich S, Mitchell J, editores. *Eating disorders review. Part 1.* Oxford: Radcliffe Publishing; 2005. p. 43-58.
24. Lilienfeld LR. A controlled family study of AN and BN: Psychiatric disorders in first degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 1998; 55: 603-10.
25. Holland AJ, Hall A, Murray R, Russell GF, Crisp AH. Anorexia nervosa: A study of 34 twin pairs and one set of triplets. *Br J Psychiatry.* 1984; 145: 414.
26. Holland AJ, Sicotte N, Treasure J. Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. *J Psychosom Res.* 1988; 32: 561-71.
27. Wade TD, Bulik CM, Neale M, Kendler KS. Anorexia nervosa and major depression: An examination of shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 469-71.
28. Kaye WH, Nagata T, Theodore E, Weltzin LK, George H, Mae S, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry.* 2001; 49: 644-52.
29. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, Strober M, Woodside DB, Treasure JT, et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet.* 2002; 70: 787-92.
30. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *Int J Eat Disord.* 2003; 33: 293-8.
31. Wonderlich S, Mitchell JE. The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. *Psychiatr Clin North Am.* 2001; 24: 249-58.
32. Garner DM, Garfinkel PE, O'Shaughnessy M. The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1985; 142: 581-7.
33. O'Hara SK, Smith KC. Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient Educ Couns.* 2007; 68: 43-51.
34. Chamorro R, Flores-Ortiz Y. Acculturation and disordered eating patterns among Mexican American women. *Int J Eat Disord.* 2000; 28: 125-59.
35. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1996; 19: 843-59.
36. Komdorfer SR, Lucas AR, Suman VJ, Crowson CS, Krahn LE, Melton LJ 3rd. Long-term survival of patients with anorexia nervosa: A population-based study in Rochester, Minn. *Mayo Clin Proc.* 2003; 78: 278-84.
37. Millar HR, Wardell F, Vyvyan JP, Najji SA, Prescott GJ, Eagles JM. Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999. *Am J Psychiatry.* 2005; 162: 753-7.
38. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2001; 24: 201-14.
39. Hoffman L, Halmi K. Comorbidity and course of anorexia nervosa. *Eat Growth Disord.* 1996; 2: 129-37.
40. Collings S, King M. Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *Br J Psychiatry.* 1994; 164: 80-7.
41. Chang KD, Ketter TA. Mood stabilizer augmentation with olanzapine in acutely manic children. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003; 10: 45-9.
42. Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D, Sothgate L, Treasure J. A systemic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med.* 2007; 37: 1075-84.