

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

C. Ponce de León Hernández y R. Scigliano Herbon

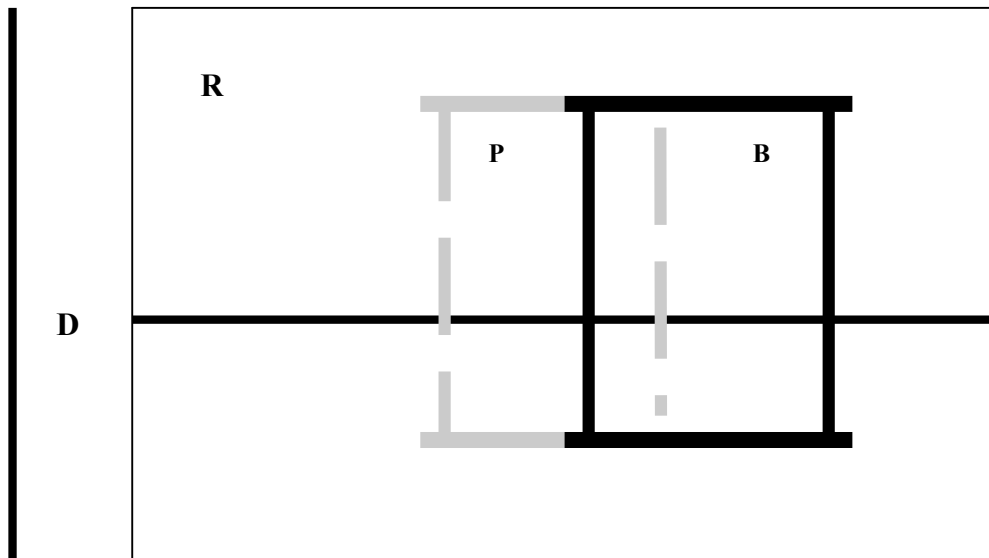
DEFINICION

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales; la bulimia nerviosa, por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o el ejercicio físico excesivo.

En la AN observamos alteraciones del binomio alimentación/peso; en la BN, una pauta conductual específica. Es decir, las descripciones de ambas patologías aluden a elementos de distinto orden que pueden coexistir en el mismo individuo, por lo que aplicar uno u otro término a ciertos enfermos concretos puede resultar difícil o carente de sentido.

La clasificación de la OMS (CIE-10) y el Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) proponen criterios diagnósticos semejantes para AN y BN, excepto en lo que hace referencia a la relación entre ambas patologías. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de BN si esta conducta tiene lugar en el seno de una AN, la CIE-10, por su parte, excluye la AN si se han dado episodios bulímicos de forma regular (Fig. 114.1).

Obesidad



Desnutrición

Restricciones Purgas Bulimias Desnutrición

Figura 114.1. *Beumont, Garner, Touyz (1994). Int. J. Eat. Dis. 349-362*

ETIOPATOGENIA

Desconocemos el origen de los TCA y, aunque se han identificado una serie de factores culturales, psicológicos y biológicos, estos podrían jugar diferentes papeles en cada individuo.

Experiencias infantiles y familiares dan lugar a formas de percibir el mundo y percibirse a sí mismo que determinan ciertas tendencias psicológicas. Los modelos que crea y difunde la cultura sustentan un clima social de sobrevaloración de la delgadez. La predisposición, con posibles componentes genéticos, se vería activada por el estrés psicobiológico que supone la pubertad.

El lugar central que en la etiopatogenia ocupa la privación alimentaria o restricción dietética (Fig. 114.2) cuenta con suficiente apoyo desde la investigación clínica y biológica como para que se haya propuesto englobar estos síndromes bajo la denominación de *Trastornos de la dieta*.

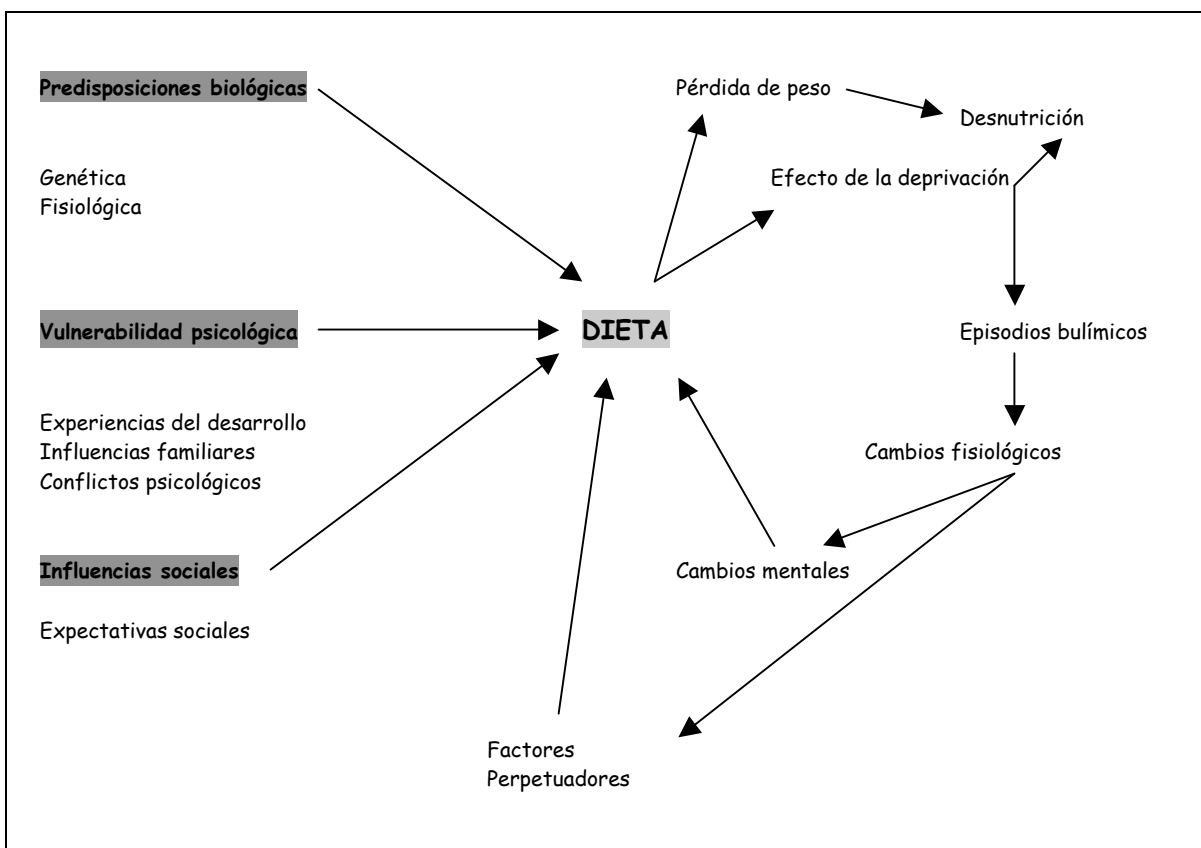


Figura 114.2. Etiopatogenia de los TCA. Modelo multidimensional

SINTOMATOLOGÍA

La *restricción alimentaria* suele afectar en primer lugar a los hidratos de carbono y a las grasas para, posteriormente, incluir toda clase de alimentos sólidos y, en algunas ocasiones, también líquidos. El proceso, que puede haberse iniciado bajo la supervisión médica y con el beneplácito de los familiares, será lento y gradual o rápidamente progresivo.

A medida que disminuyen las cantidades ingeridas, aumentan y se diversifican los rituales y actividades destinados al control de la comida y sus consecuencias digestivas y ponderales (Tabla 114.2). El paciente anoréxico se va aislando en una autodisciplina en la que únicamente el rendimiento académico o laboral suele preservarse hasta estadios avanzados.

La *compensación* por medio de vómitos, abuso de laxantes y diuréticos o hiperactividad física es más frecuente entre los pacientes bulímicos, pero también se da en anoréxicos, a veces tras ingestas mínimas.

Los episodios bulímicos se estiman presentes en más del 50% de los casos de AN y en todos los sujetos diagnosticados de BN; pueden ser incapacitantes y suelen complicarse con otros comportamientos impulsivos que conllevan riesgo para la salud física y psíquica (consumo de sustancias, hurtos, relaciones tumultuosas, etc.).

El paciente que presenta un TCA ve dificultado su desarrollo personal por una situación que no es capaz de cambiar, una secuencia comportamental cerrada, en la que cada uno de los elementos que componen el ciclo conduce al siguiente y así sucesivamente (Figs. 114.4 y 114.5).

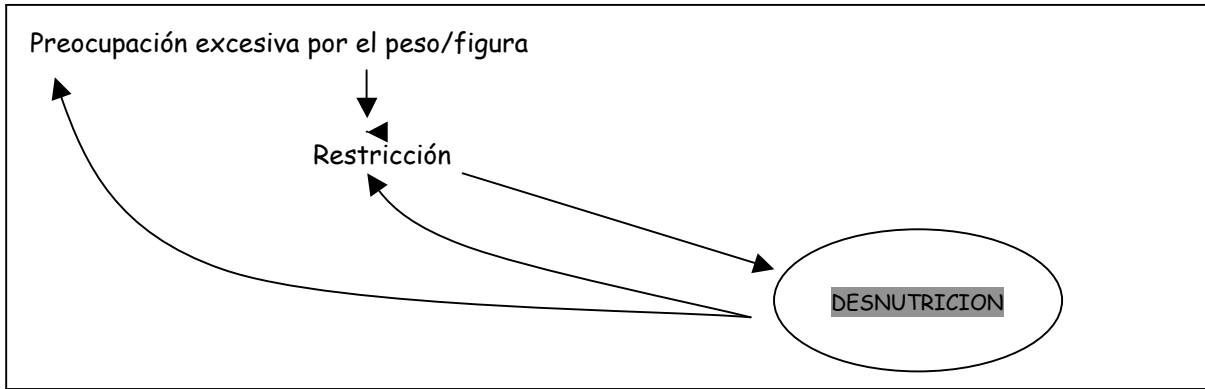


Figura 114.4. Anorexia nerviosa.

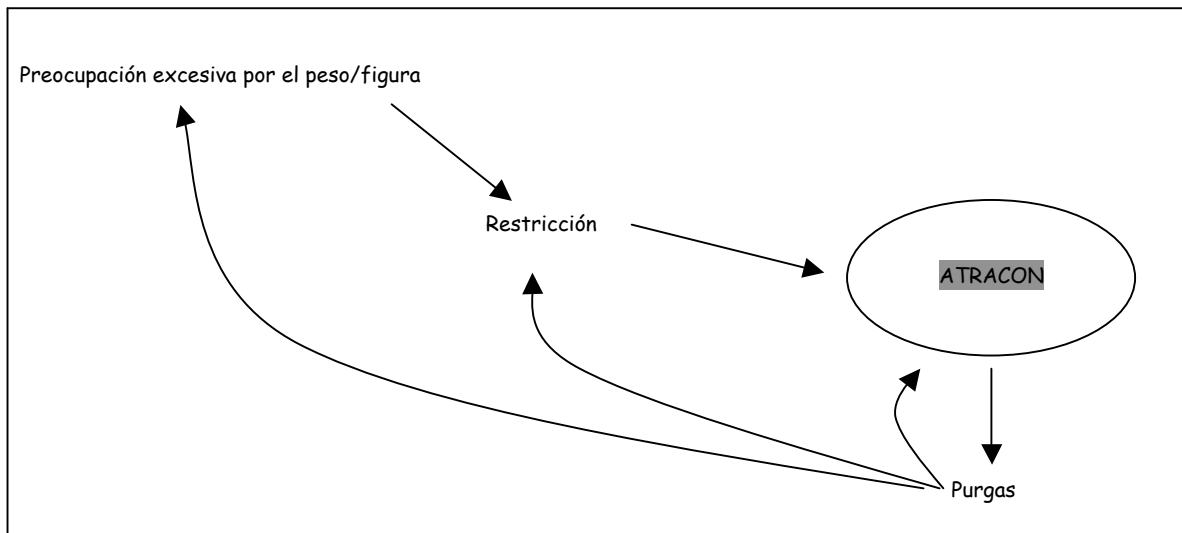


Figura 114.5. Bulimia nerviosa

Los TCA son patologías con tendencia a la cronicidad y altas tasas de mortalidad. Actualmente se estima que un 18% de pacientes mueren por complicaciones físicas de la enfermedad o por suicidio (Tabla 114.6).

Tabla 114.6 **COMPLICACIONES FISICAS DE LOS TCA**

<p>Cardiovasculares</p> <p>Acrocianosis. Hipotensión. Bradicardia. Arritmias.</p> <p>Gastrointestinales</p> <p>Elevación de enzimas pancreáticas. Elevación de enzimas hepáticas. Hipertrofia parotídea. Esofagitis. Vaciado gástrico lento. Estreñimiento. Perforación gástrica.</p> <p>Hidroelectrolíticas</p> <p>Hipopotasemia. Hiper o hipobatremia. Hiper o hipocloremia. Alcalosis metabólica.</p>	<p>Renales</p> <p>Edemas. Litiasis. Fracaso renal agudo.</p> <p>Hematológicas</p> <p>Anemia Leucopenia Trombocitopenia</p> <p>Endocrinometabólicas</p> <p>Hipercolesterolemia Hipercarotenemia Alteración de la termorregulación Alteraciones ginecológicas Osteoporosis</p> <p>Dentarias</p> <p>Erosión del esmalte</p>
---	--

EPIDEMIOLOGÍA Y DETECCIÓN

No disponemos de datos epidemiológicos en nuestro país, pero estimamos que, al igual que en otros lugares de Europa, se está incrementando la prevalencia de TCA entre los jóvenes de 15-24 años, con una proporción hombre-mujer de 1:10.

El fundamental grupo de riesgo lo forman mujeres adolescentes que viven en ambientes en que la *delgadez* es un valor cultural y la realización de *dietas*, una práctica común.

Tabla 114.3

Conductas relacionadas con la alimentación y el peso

- Comprobación de medidas (báscula, palpación, etc.).
- Preocupación excesiva por la indumentaria.
- Expectación ante comentarios sobre el propio aspecto.
- Lectura de textos sobre nutrición y adelgazamiento.
- Cálculos mentales del valor energético de la comida.
- Coleccionismo de recetas y objetos culinarios.
- Preparación de guisos y postres.
- Observaciones de cómo y qué comen los otros.

Ritualización del acto de comer

- Aislamiento durante la ingesta.
- Modificación de horarios.
- Preferencia por lugares, posturas y utensilios.
- Elección obsesiva de compañeros de mesa.
- Evitación de clases y combinaciones de alimentos.
- Sazonado, troceado y mezclas en el plato.

Las prevalencias estimadas en los diferentes niveles de morbilidad (Tabla 114.7) indican que únicamente un 12 % de los casos de BN y un 45% de los de AN son detectados en Atención Primaria.

Tabla 114.7. PREVALENCIAS ANUALES POR 100.000 MUJERES (HOEK, 1995)

Nivel de morbilidad	AN	BN
1.- Comunidad -----> 1er. Filtro:detección del trastorno	370	1.500
2.- Detectado en Atención Primaria ----> 2.º Filtro: derivación al especialista	160	170
3.- Totales en Salud Mental	127	87

No existe ninguna prueba objetiva que nos permita descartar un TCA, los hallazgos de la exploración física o bioquímica (Tablas 114.8 y 114.9) son orientativos, pero variables. Ello, unido a la actitud de los pacientes, que tienden a manifestar quejas de sufrimiento somático o psíquico (Tabla 114.10), pero evitan describir ante el médico su desorden conductual, reduce la capacidad diagnóstica del profesional de AP. La presunción de existencia de un TCA por parte de este último debe ser suficiente para recomendar al usuario que acuda a Salud Mental.

Tabla 114.8 ÍNDICE DE QUETELET O BMI (ÍNDICE DE MASA CORPORAL)

<ul style="list-style-type: none"> ➤ > 40 Obesidad morbida ➤ 35-40 Obesidad importante. ➤ 30-35 Obesidad. ➤ 25-30 Sobrepeso. ➤ 20-25 Aceptable. ➤ 18-20 Normnutrido. ➤ 16-18 Desnutrición moderada. ➤ < 16 Desnutrición severa.

BMI = PESO (Kg)/Altura² (m)

Tabla 114.9. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

<p>Parámetros bioquímicos</p> <p>Recuento de linfocitos:</p> <ul style="list-style-type: none">- N.º < 1.500: estado nutricional deficiente.- N.º 1.000: estado nutricional <i>muy</i> deficiente. <p>Proteínas de vida media larga. Albúmina total</p> <ul style="list-style-type: none">- Su normalidad no significa que la nutrición proteica sea adecuada. <p>Proteínas de vida media corta</p> <ul style="list-style-type: none">- Prealbúmina- Transferrina <p>Vitaminas (valorar deficiencias individuales)</p> <p>Micronutrientes (valorar deficiencias individuales)</p> <ul style="list-style-type: none">- Hierro- Zinc- Magnesio- Cobre

Tabla 114.10. MOTIVOS DE CONSULTA EN AP

<ul style="list-style-type: none">- Edemas- Pirosis- Dispepsia- Estreñimiento- Diarreas- Astenia- Lipotimias- Nerviosismo- Insomnio- Dificultades de concentración- Depresión- Problemas familiares- Problemas relacionales

Un interrogatorio sencillo, comenzando con preguntas acerca de datos somáticos objetivos, para concluir con otras más personales (Tabla 114.11), realizado con una actitud cálida y natural, puede facilitar la comunicación con un adolescente que ha reclamado nuestra ayuda de forma indirecta y –consiguientemente– aumentar la eficacia del segundo *filtro*. La atención a las conductas y contenidos ideatorios o emocionales que vinculan alimentación e imagen corporal nos permitirá fundamentalmente una *sospecha* e iniciar la derivación a Atención Especializada.

Tabla 114.11. CUESTIONARIO

- ¿Cuál ha sido el peso más alto que has mantenido?
- ¿Cuándo y durante cuánto tiempo?
- ¿Cuál ha sido el peso más bajo al que has llegado?
- ¿Cuándo y durante cuánto tiempo?
- ¿Con qué frecuencia sueles pesarte?
- ¿Has realizado o realizas alguna clase de dieta?
- ¿Utilizas o has utilizado laxantes?
- ¿Sueles preocuparte por lo que has comido o vas a comer?
- ¿Tienes alguna dificultad con la alimentación?

TRATAMIENTO

La recuperación del peso mediante rehabilitación nutricional y su mantenimiento en valores saludables son la base y el objeto del tratamiento de la AN.

La hospitalización es un recurso terapéutico no siempre necesario, pero frecuentemente utilizado en estos pacientes (Fgs. 114.12 y 114.13).

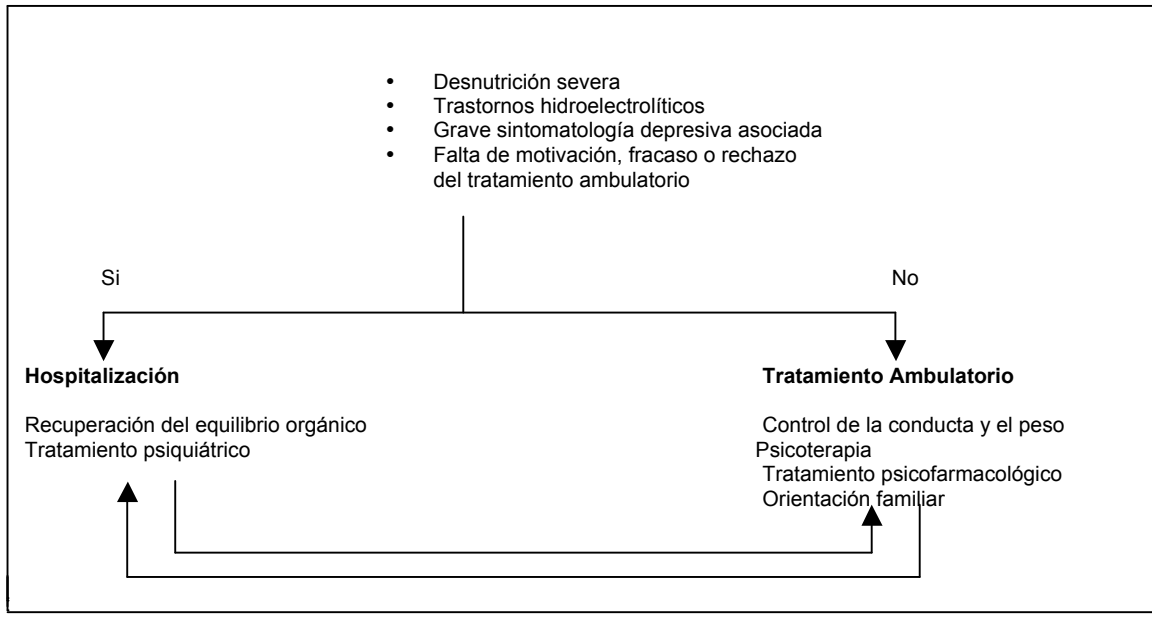


Figura 114.12 **Anorexia nerviosa**

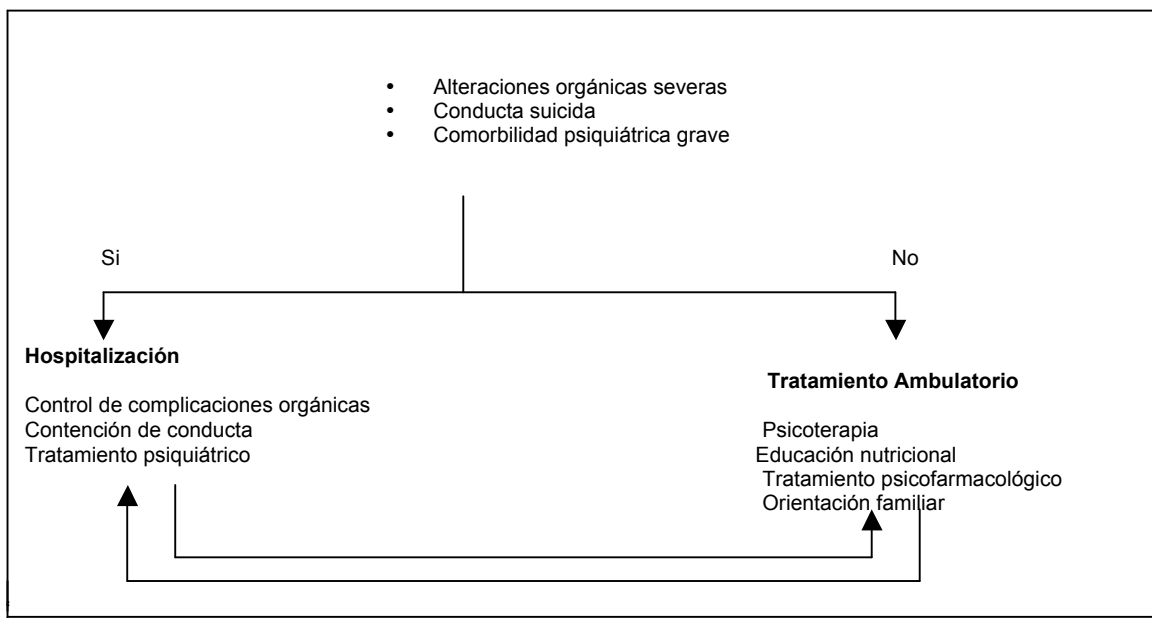


Figura 114.13 **Bulimia nerviosa**

El restablecimiento de una pauta alimentaria normal debe acompañarse de un apoyo adecuado al equilibrio emocional del enfermo anoréxico y/o bulímico (Tabla 114.14).

Figura 114.14 TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

- 1.- Diagnosticar y tratar las complicaciones médicas y las conductas que las indujeron.
- 2.- Reestablecer una nutrición normal.
- 3.- Utilizar técnicas conductuales para normalizar la ingesta.
- 4.- Educar acerca de la alimentación y el ejercicio.
- 5.- Combatir las actitudes y pensamientos alterados mediante terapia cognitiva.
- 6.- Mejorar el apoyo familiar.
- 7.- Estimular la autonomía, facilitar la formación de la identidad y mejorar la autoestima por medio de psicoterapia.

De manera simultánea y posterior se persigue la corrección de las perturbaciones psicológicas, familiares y sociales presentes en la vida del paciente, independientemente de si son previas, concomitantes o consecuencia del trastorno de la conducta alimentaria. Las psicoterapias cognitivo-conductuales (Tabla 114.15) son las más utilizadas y su combinación con orientación nutricional y farmacoterapia conforma un tratamiento eficaz.

Figura 114.15 ETAPAS DE LA PSICOTERAPIA

- Paso I.** Establecimiento de control sobre la ingesta.
- * Aprender a observar la propia conducta.
 - * Romper el ciclo bulimia-purga.
 - * Romper el ciclo ayuno-bulimia.
 - * Educar respecto a conductas y problemas y
 - antecedentes
 - consecuencias
- Paso II.** Identificar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales.
- Paso III.** Mantenimiento del cambio producido.

La mediación no constituye la primera línea terapéutica, pero los antidepresivos serotoninérgicos (fundamentalmente los ISRS, en dosis equivalentes a 20-60 mg. de fluoxetina/día) parecen aumentar las probabilidades de éxito del tratamiento y de la prevención de recaídas.

BIBLIOGRAFIA

Cervera S, Gual P. Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Vázquez JL (ed). *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid, Biblioteca Aula Médica 1998; 389-405.

Connan F, Treasure JL. *Stress, eating and neurobiology. Ex: Neurobiology in the treatment of eating disorders*. West Sussex, Wiley, 1998.

Fichter MM, Herpetz S, Quadflieg N, Herpetz-Dahlmann B. Structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10: Update revision. *Inter J Eating Disorders*, 1998; 24 (3): 227-251.

Hoek HW, Bartelds AIM, Bosveld JJF, Van der Graaf Y, Limpels VEL, Maiwald M. Spaaij CJK. Impact of urbanitation on detection rates of eating disorders. *Am J Psych*. 1995; 152; 1272-1278.

Morandé Levin G. *Anorexia nerviosa: un peligro*. Madrid, Temas de Hoy, 1995.

Ponce de León Hernández C. *Trastornos de la conducta alimentaria. Libro del año. Psiquiatría*. Madrid, Saned, 1995.

Soria P. *Abordaje nutricional en los trastornos del comportamiento alimentario*. Medicine. Nutrición. Idepsa.

Toro J., Cantó TJ. *Anorexia nerviosa*. *MTA-Medicina Interna* 1997; 15(4): 151-180

Turón Gil VJ. *Trastornos de la alimentación. Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona, Masson, 1998.

Vaz FJ. *Outcome of bulimia nervosa: prognostic indicators*. *J Psych Res* 1998; 45: 391-400.