

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Ángeles Carbajal

Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. UCM.

<https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/>

Colegio Mayor Isabel de España. 10 de noviembre de 1993

En la última década ha surgido una nueva teoría acerca del comportamiento alimentario del hombre y de sus trastornos: el concepto de "alimentación reprimida" que se refiere a la tendencia a restringir el consumo de alimentos con objeto de controlar el peso.

En el terreno de la nutrición existen muchas situaciones de restricción total o parcial de alimentos, por ejemplo:

- "Hambrunas" por falta de alimentos
- Ayunadores voluntarios profesionales
- Ayunadores por huelga de hambre
- Ayunadores por motivos religiosos o filosofías personales
- Ayunadores por prescripción médica
- Ayunadores por mantener el físico de moda

A todas ellas debe, en gran parte, la Ciencia de la Nutrición la información existente sobre los efectos del ayuno.

Uno de los aspectos más actuales de la alimentación de los países desarrollados es la tendencia a restringir el consumo de alimentos por motivos puramente estéticos, llegando a ser este el factor determinante de la elección de los alimentos y de la dieta. En estos países la gran mayoría de las mujeres están obsesionadas con su peso. Aproximadamente un 50% de las mujeres jóvenes y un 20% de los hombres han realizado algún régimen dietético. Sin embargo, en realidad, sólo un 12% presentan un peso superior al ideal.

La gordura femenina se considera antiestética. El afán por adelgazar en busca de la figura perfecta se ha convertido en algo obsesivo y los cánones sociales de belleza y apariencia física se hacen cada vez más exigentes e inalcanzables y, al mismo tiempo, el comportamiento de las mujeres para lograr estos objetivos es cada vez más patológico. La imagen que propone nuestra cultura consumista es la de una mujer idealmente delgada como sinónimo de éxito en la vida, con unas proporciones que difícilmente pueden alcanzarse de una manera biológica. La adolescencia y los problemas del desarrollo que conlleva hacen a estas mujeres especialmente vulnerables a esta mezcla de mensajes.

Como consecuencia de todo lo anterior, en la última década se ha observado un aumento espectacular del índice de perturbaciones psicológicas de la alimentación y de la imagen corporal entre las que se incluyen la ANOREXIA NERVIOSA (AN) y la BULIMIA NERVIOSA (BN). Su incidencia ha sido tal que diversos autores han empleado el término de "epidemia" para caracterizarlos. La prevalencia de estas dolencias alcanza ya el 20% entre la población femenina entre los 18 y 45 años. Aunque se han observado preferentemente en mujeres, especialmente adolescentes, están siendo cada vez más frecuentes en los hombres y en las mujeres de mayor edad. Son típicas de personas de nivel socioeconómico medio-alto de las sociedades desarrolladas.

<https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/>

ANOREXIA NERVIOSA

Las primeras referencias de casos de AN datan del siglo IV. Sin embargo, la primera descripción clínica se debe a Sir Richard Morton hace 300 años quién en su obra "Of a nervous Consumption", identifica correctamente lo que hoy se conoce como AN con un "consumo nervioso" que casi siempre va acompañado de tristeza y ansiedad. Morton describe al paciente con AN como un "esqueleto sólo vestido con piel".

El término de AN como una entidad clínica sin causa física fue utilizado por primera vez por Sir William Gull (1868) para describir una situación de inanición severa que observó en mujeres jóvenes.

Desde entonces hasta ahora se ha intentado profundizar en el tema, pero todavía quedan muchos interrogantes aún sin resolver.

Hay mucho de paradójico en la AN y lo primero es el nombre. Aunque anorexia significa pérdida de apetito, en realidad hay hambre y mucha. Sólo un 50% han llegado a perder el apetito en las últimas etapas.

En la actualidad se estima que afecta a un 3-5% de las mujeres de menos de 25 años, existiendo una relación de 1 hombre/ 3-4 mujeres.

ETIOPATOGENESIS

La verdadera etiopatogenia de la AN aún no está clara, existiendo numerosas hipótesis y teorías. Por ello, debemos describirla como un trastorno multifactorial sin una etiología definida y en la que hay que tener en cuenta tres perspectivas diferentes: sociocultural, psicológica y neuroquímica.

Perspectiva sociocultural. El valor que en las sociedades desarrolladas tiene la delgadez, juega un papel muy importante en el desarrollo de la AN. La insatisfacción con la imagen corporal es uno de los factores más importantes en la etiología de los desórdenes alimentarios en las mujeres. Existen también ocupaciones específicas en las que el riesgo de sufrir este tipo de trastornos es mayor: bailarinas, modelos, gimnastas, patinadoras, jockeys, corredores, luchadores, etc.

Perspectiva psicológica. La evidencia del posible origen psíquico de la AN se apoya en un amplio espectro de anomalías psíquicas y de la conducta (distorsión de la percepción de la imagen corporal, fobia a los alimentos, etc.) que no siempre se relaciona con una pérdida de peso. Por otra parte, existen muchos signos, síntomas e incluso anormalidades neuroendocrinas similares entre AN y depresión. De hecho, se estima que un 50% de los pacientes con AN presentan desordenes depresivos. El miedo a crecer y afrontar la propia sexualidad podría ser otra posible causa de AN.

Perspectiva neuroquímica. La búsqueda de alteraciones neuroquímicas primarias en la AN resulta difícil ya que ésta va acompañada de un estado de inanición que puede, por si mismo, originar grandes cambios en las funciones hipotalámicas y metabólicas. Se especula con: aumento en los niveles de diversas hormonas, alteración del metabolismo de los opiáceos, niveles anormales de algunos metabolitos del SNC, inmadurez hipotalámica, etc.

Por último, algunos autores han sugerido que podría ser consecuencia de alteraciones nutricionales - deficiencia de zinc- o que podría existir una cierta predisposición genética.

<https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/>

Junto con los factores etiológicos hay que mencionar también otros que, con frecuencia, pueden desencadenar la AN:

- La muerte o separación de un familiar próximo.
- El alejamiento o separación del entorno familiar.
- El fracaso escolar.
- La existencia de un ligero sobrepeso.
- La confrontación con la problemática sexual.

En definitiva, según Morandé (1989), el perfil del individuo en riesgo de desarrollar AN sería el siguiente:

- Mujer (9:1).
- Adolescente joven (1-18 años).
- Status* socioeconómico medio-alto.
- Procedencia urbana o periurbana.
- Hija de padres con nivel de educación superior a la media.
- Con madre que trabaja fuera del hogar.
- Con antecedentes psicopatológicos (de tipo afectivo y/o abuso de alcohol).
- Obesa en algún momento de la vida y/o con madre con sobrepeso u obesa.
- Con desarrollo normal o precoz, excepto en el área psicosexual.
- Con alteraciones alimentarias en la lactancia o en la primera infancia.
- Rendimiento escolar alto, escasa adaptación social, inadecuado uso del tiempo libre.
- Con trastornos cognitivos que las hacen fácilmente influenciables.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

A pesar de la complejidad de la AN, tanto desde el punto de vista etiopatogénico, clínico como evolutivo, existe una clara coincidencia acerca de las características anómalas que aparecen en los pacientes con AN. Los criterios de diagnóstico más aceptados son los publicados por la Asociación de Psiquiatras Americanos (DSM III) (1987).

- intenso miedo a convertirse en obeso.
- distorsión de la imagen corporal.
- pérdida de peso de al menos un 15% del inicial.
- negativa a mantener el peso por encima del mínimo normal para altura y edad.
- no existencia de enfermedad física conocida.
- amenorrea (más de tres ciclos consecutivos).

CARACTERÍSTICAS Y ALTERACIONES DE LA ENFERMEDAD

En gran parte son consecuencia del estado de inanición que presenta el paciente y generalmente remiten al normalizarse el peso. Pueden clasificarse en tres grandes grupos (Morandé, 1989):

1. ALTERACIONES COMPORTAMENTALES

- Restricción voluntaria de alimentos.

<https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/>

- Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha.
- Disminución de la ingesta de agua y líquidos.
- Gran preocupación por el alimento y conducta alimentaria extraña.
- Aumento de la actividad física.
- aumento de horas de estudio y actividades supuestamente útiles.
- Disminución de las horas de sueño.
- Irritabilidad.
- Pesarse compulsivamente.
- Uso de laxantes y vómitos autoinducidos.
- Aislamiento social.

Tienen un especial, a menudo obsesivo, interés por la comida y la nutrición y un extenso conocimiento de las calorías y del valor calórico de los alimentos. Piensan en calorías. Pueden pasarse horas en la cocina preparando comidas para otros. Obtienen gran satisfacción viendo a la gente comer lo que han preparado pero siempre encuentran alguna excusa para no comerlo ellos. Son muy ritualísticas con la comida, poniendo la mesa, la comida en el plato, sirviendo la comida siempre en el mismo orden, etc.

Toman pequeñas cantidades y mastican despacio. Esconden la comida (desarrollando una habilidad extraordinaria) debajo de otros alimentos para que parezca menos. Vigilan cuando les preparan la comida.

El individuo anoréxico dirige siempre sus preferencias hacia aquellos alimentos que le permiten conseguir su mayor deseo: no ganar peso. Por ello se observa una general predilección hacia el consumo de verduras, ensaladas y frutas, evitando por todos los medios los alimentos con alto contenido energético como pan, patatas, dulces y, especialmente, las grasas. La mujer anoréxica muestra una especial "sabiduría" nutricional y generalmente las dietas que eligen, aunque deficientes en energía, tienen una alta densidad de nutrientes.

2. ALTERACIONES MENTALES Y EMOCIONALES

- Fobia a subir de peso.
- Trastorno severo de la imagen corporal.
- Negación total o parcial de la enfermedad.
- Negación de sensaciones de hambre, sed, cansancio, sueño.
- Dificultad de concentración y aprendizaje.
- Desinterés sexual.
- Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.
- Sensación de vacío, inutilidad, soledad y alejamiento.
- Dificultad en reconocer sus propias emociones.
- Temor a perder el autocontrol.
- Sintomatología depresiva y/u obsesiva.

3. ALTERACIONES FÍSICAS

- Importante reducción de peso.
- Amenorrea.
- Alteraciones en la piel (seca, descamada). Hirsutismo, lanugo.
- Pelo seco, delgado y quebradizo.

- Uñas frágiles.
- Afecciones en los labios (queilosis).
- Alteraciones dentales y gingivales, hipertrofia parotídea.
- Disminución de la función cardíaca (hipotensión, lipotimias, bradicardia, arritmias).
- Alteraciones gastrointestinales (vaciamiento gástrico lento, hinchazón, flatulencia, estreñimiento, ..).
- Alteraciones renales (oliguria, deshidratación, edemas, etc.).
- Cambios hemáticos (anemia, ...).
- Hipotermia, acrocianosis distal, intolerancia al frío.
- Alteraciones del sistema inmune.
- Alteraciones nutricionales (deficiencias de energía y nutrientes).
- Disminución del metabolismo basal.

Paradójicamente, el estado de desnutrición al que se puede llegar en la AN es similar pero no idéntico al observado en la inanición por falta de alimentos. Las principales diferencias figuran a continuación:

	INANICIÓN	ANOREXIA NERVIOSA
* DESNUTRICIÓN	impuesta	autoimpuesta
* CRECIMIENTO	disminuido	no alterado
* INICIATIVA	ninguna	muy elevada
* ASPECTO FÍSICO	desinterés	cuidado
* ACTIVIDAD	falta	exceso

TRATAMIENTO

El tratamiento de la AN debe ir dirigido a restablecer el peso y unos hábitos alimentarios correctos y a conseguir, a medio y largo plazo, resolver los problemas psíquicos y mantener el peso estable. Debe de ser realizado por un equipo multidisciplinario (nutriólogo, psiquiatra, psicólogo, médico, etc.) y debe ser un tratamiento individualizado.

Tratamiento nutricional. Debe estar basado en la administración de una dieta equilibrada, siendo a veces necesario el uso de suplementos energéticos, proteicos y mineral-vitámicos. Al comienzo de la rehabilitación se deben emplear dietas bajas en energía, aumentando gradualmente el aporte calórico hasta conseguir el peso deseado. Es importante conseguir la colaboración y el consentimiento del paciente y, negociar, en muchos casos, sus propias dietas, incluyendo aquellos alimentos por los que tienen especial preferencia y evitando aquellos que podrían ser conflictivos.

Tratamiento psiquiátrico. Psicoterapia individual, familiar, terapia conductista, etc.

Tratamiento farmacológico. La farmacoterapia juega un papel limitado en el tratamiento de la AN, aunque es frecuente su utilización (antidepresivos, antagonistas de la dopamina, antagonistas serotoninérgicos, neurolepticos, etc.).

PRONÓSTICO

Los criterios para comparar la evolución del paciente son diversos pero, en general tienen en cuenta la recuperación del peso, el retorno de las menstruaciones, la mejoría de las alteraciones psíquicas o el conjunto de los aspectos somáticos. Aunque las recaídas son frecuentes, se llega a la curación en el 50-

60% de los casos.

Como signos de mal pronóstico pueden incluirse los siguientes:

- Diagnóstico tardío.
- Edad tardía de comienzo.
- Mayor duración de la enfermedad.
- Mayor grado de adelgazamiento.
- Depresión durante la enfermedad.
- Problemas en las relaciones familiares.
- Existencia de bulimia.

En la actualidad, la mortalidad se estima en torno al 5%, siendo las principales causas la hipotermia, hipocalemia, desequilibrio hidroelectrolítico y, en algunos casos, el suicidio.

BULIMIA NERVIOSA

Aunque la BN aparece como una entidad separada de la AN, es relativamente frecuente que se produzca una transición de AN a BN en el mismo individuo (aproximadamente en un 50% de los pacientes con AN desarrollan posteriormente este trastorno).

Parece que la bulimia es más frecuente en mujeres que en hombres, apareciendo generalmente entre los 18 y 20 años. Es más común que la AN, especialmente durante los últimos años de la adolescencia y en los adultos jóvenes. Se estima una prevalencia del 13%, con una relación 7/1 = mujeres/hombres. Esta condición parece afectar en mayor medida a individuos pertenecientes a grupos socioeconómicamente bajos, si se compara con las pacientes con AN.

Stunkard (1959) fue el primero en describir el síndrome de ingesta compulsiva, característica central de la bulimia, como un patrón específico que conduce a consumir grandes cantidades de alimento en periodos relativamente breves, durante situaciones emocionales y de estrés. La bulimia es un auténtico "ataque de hambre", de ahí su nombre, término derivado de "bulimos" que significa "hambre canina". El "atracción" finaliza generalmente con la inducción del vómito, en un intento de no aumentar de peso.

Sin embargo, hasta 1980, no se establecieron los criterios para definirla que quedaron recogidos igualmente en el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM III) (1987). Estos criterios son los siguientes:

1. Frecuentes episodios de ingestas compulsivas.
2. Al menos 3 de los siguientes aspectos:
 - Consumo de alimentos ricos en energía y fáciles de digerir durante las ingestas compulsivas.
 - Las ingestas se realizan de manera disimulada.
 - El final de la ingestión compulsiva está determinado por dolores abdominales, sueño, interrupciones sociales o vómitos inducidos.
 - Intentos repetidos de perder peso mediante dietas restrictivas, vómitos inducidos o uso de laxantes y/o diuréticos.
 - Frecuentes fluctuaciones de peso de más de 5 kg ocasionados por la alternancia entre ingestas compulsivas y vómitos.

<https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/>

3. Ser consciente de que el modelo alimentario es anormal y miedo a no poder parar de comer voluntariamente.
4. Los episodios bulímicos no se deben a ningún desorden físico.

Durante el ataque de bulimia el sujeto se siente incapaz de controlarse y sufre sentimiento de culpa, pesadumbre y grandes preocupaciones por la ganancia de peso que se le avecina y escapa de esta situación generalmente provocando el vómito. Se encuentran atrapados en un círculo de atracones y vómitos del que difícilmente pueden salir.

La bulimia está unida a una compleja psicopatología y en un 60-80% de los casos tiene una base causal depresiva. Existe una creciente tendencia a considerarla como una adicción al alimento y principalmente a los hidratos de carbono. Aunque el alimento no es una droga, el comportamiento alimentario de muchos individuos se ajusta a los criterios de la OMS para definir la adicción. Existe una necesidad incontrolable de incorporar una sustancia para modificar los sentimientos.

Se ha sugerido que los bulímicos pueden estar fisiológica o genéticamente predispuestos a este desorden ya que muchos pertenecen a familias caracterizadas por alcoholismo y depresión. Algunos bulímicos responden rápidamente a tratamientos antidepressivos.

SÍNTOMAS

- Daño en los dientes. Erosión del esmalte dental. Caries dental.
- Labios agrietados, erosión de las encías.
- Inflamación e hipertrofia de glándulas salivares.
- Rotura de venas de la cara.
- Irritación y ulceración del tracto gastrointestinal.
- Dilatación gástrica aguda y rotura en casos extremos.
- El prolongado uso de laxantes conllevan sangrados rectales.
- Irregularidades en la menstruación.
- Desequilibrios hidroelectrolíticos.
- Daño en los riñones.
- Miopatías irreversibles causadas por la ingestión de eméticos.
- Deficiencia de calcio.
- Hipoglucemia.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la BN es similar al de la AN. Tienen que llegar a aceptar la configuración corporal, no vomitar, no purgarse y adoptar una dieta y unos hábitos alimentarios normales.

Finalmente, quizás sea interesante destacar las principales diferencias entre ambos trastornos:

ANOREXIA NERVIOSA

- Fobia hacia los alimentos
- Introverso
- Evita la intimidad
- Negación del papel femenino
- Mantiene un rígido control. Perfeccionismo
- Distorsión de la imagen corporal
- Negación de la enfermedad
- Pérdida de peso significativa y anormal de >25%
- Intenso miedo a ganar peso

- Disminución de la ingesta de alimentos
Negación del hambre
- Ejercicio intenso a pesar de fatiga y debilidad
- Manera muy peculiar de tratar los alimentos

- Amenorrea en las mujeres
- Algunos episodios bulímicos seguidos de vómitos o laxantes
- Síntomas de desequilibrios hidroelectrolíticos
anemia, alteraciones endocrinas, etc.
- Muerte por inanición, hipotermia, fallo cardíaco

BULIMIA NERVIOSA

- Atracción por el alimento
- Extroverso
- Busca la intimidad
- Aspira a desarrollar el papel femenino
- Pérdida de control
- Distorsiones infrecuentes
- Reconoce la enfermedad
- Variaciones de 1-2 kg en el peso normal
- Preocupación por el peso e intentos de controlarlo (dieta, vómitos, laxantes, etc.)
- Alternan atracones y ayuno

- Mantienen en secreto los atracones
- Los alimentos consumidos durante el atracón tienen un alto contenido calórico
- Episodios de depresión

- Muerte por hipocalcemia o suicidio

Bibliografía

Núñez C, A Carbajal, O Moreiras. Parámetros hematológicos básicos en pacientes con anorexia nerviosa. *Análisis Clínicos* 1997;XXII/86:44-49.

Núñez C, O Moreiras, A Carbajal. Pautas para el tratamiento dietético de pacientes con anorexia nerviosa basadas en la evaluación de su estado nutricional. *Revista Clínica Española* 1995;195/4:226-233.

Núñez C, A Carbajal, O Moreiras. Refeeding efficacy on body composition in hospitalized patients with anorexia nervosa. *Nutrition Research* 1994;14/10:1457-1463.

Moreiras-Varela O, C Núñez, A Carbajal, G Morandé. Nutritional status and food habits assessed by dietary intake and anthropometrical parameters in anorexia nervosa. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research* 1990;60/3:267-274.

Moreiras-Varela O, Carbajal A, Núñez C, Morandé G. Modelo dietético de un grupo de adolescentes con anorexia nerviosa y/o bulimia. *Nutrición Clínica. Dietética Hospitalaria* 1989;9/3:9-20.

Algunos aspectos nutricionales de la anorexia nerviosa. En: *Anorexia nerviosa y nutrición*. Fundación Española de la Nutrición (FEN). Serie Informes nº 8:9-29. Ayala SL. Madrid. 1995 (ISBN: 84-605-2688-7). <http://fen.org.es/storage/app/media/imgPublicaciones/19-Anorexia.pdf>

<https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/>

<https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/>