

# TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) anorexia y bulimia nerviosas (AN Y BN) constituyen un problema importante en la atención de niños y adolescentes. El aumento de la frecuencia de ambos trastornos, la larga duración del tratamiento y la tendencia frecuente a la cronicidad constituyen un reto importante en la asistencia pediátrica.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos para la anorexia y la bulimia nerviosa:

### **Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa DSM-IV (A.P.A., 1993)**

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15 por 100 esperado. En casos de crecimiento, fracaso en alcanzar el que le correspondería en un 15% inferior al esperado.
- B.** Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aun estando emaciada.
- C.** Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.
- D.** En mujeres posmenárquicas ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (ejemplo, estrógenos).
- Subtipo bulímico: durante el período de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta.
  - Subtipo restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

**Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa DSM-IV (A.P.A., 1993)**

- A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:  
(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 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 del alimento (p. ej., 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 del 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 corporales.
- E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
- Especificar tipo:  
Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes o enemas en exceso.  
Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

La preocupación por el peso y excesiva autoevaluación del mismo y de la figura corporal, son comunes tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa. Muchos pacientes presentan cuadros mixtos con síntomas de anorexia y bulimia nerviosa. Por ejemplo, más del 50 % de pacientes con anorexia nerviosa desarrollan síntomas bulímicos, así como, algunos pacientes bulímicos desarrollan síntomas de anorexia nerviosa.

Se distinguen dos tipos de anorexia nerviosa: restrictivo y purgativo, a veces el mismo paciente puede variar de un tipo a otro.

Los pacientes de bulimia nerviosa se clasifican también en dos subtipos: purgativo y no purgativo.

Algunas características de los trastornos psicológicos de la anorexia nerviosa son consecuencia de la desnutrición. En un estudio llevado a cabo con un grupo de

voluntarios sometidos a dieta durante tres meses que perdían el 25% de su peso al final de la experiencia, presentaban síntomas similares a los pacientes de AN: preocupación por el peso, alteraciones de la personalidad con síntomas depresivos, irritabilidad etc.

Aunque los pacientes con BN pueden presentar un aspecto físico dentro de los parámetros normales, también presentan trastornos psicológicos similares a los pacientes de AN como rasgos obsesivos, irritabilidad y tendencias depresivas.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

La prevalencia de la AN a lo largo de la vida entre mujeres oscila entre el 0.5 % y el 3.7 %. En lo que respecta a la BN la prevalencia oscila según estudios entre el 1,1-4.4 %.

Los trastornos de la alimentación son mas frecuentes en mujeres con una ratio estimada de prevalencia hombre-mujer del 1:6 al 1:10 .

Parece haber un aumento de los TCA en distintas culturas. Japón es el único país no occidental que está experimentando un importante y continuo aumento de los trastornos de la alimentación. También aumenta en mujeres chinas de Hong Kong que están expuestas a los tipos de vida occidental. Así mismo, se aprecia este crecimiento en España y Argentina.

## **SATISFACCIÓN CORPORAL Y SEGUIMIENTO DE DIETAS**

Recientes estudios realizados en Canadá, Estados Unidos e Inglaterra demuestran que la insatisfacción con el cuerpo y el seguimiento de dietas es común. El número de jóvenes que se ven con sobrepeso está aumentando. A los 18 años más del 50 % de las jóvenes se ven gordas aunque, el 85 % tienen un peso normal. Por encima de los 18 años más del 80% desearían perder peso. La frecuencia de las dietas en jóvenes está alcanzando niveles epidémicos y es raro encontrar una joven de 18 años que no haya hecho dieta alguna vez.

## **ACTITUD ANTE LAS DIETAS**

Dada la frecuencia con la que las jóvenes se someten a dietas de adelgazamiento, es importante poder distinguir los predictores de un trastorno de la alimentación de los que no lo son .

Las jóvenes normales cuando comienzan una dieta, suelen tener una meta clara que puede ser por ejemplo, poder ponerse alguna prenda de vestir de una talla inferior. Una vez que lo consiguen se sienten satisfechas, se encuentran de mejor humor, disminuye la actitud autocrítica hacia el cuerpo, mejora la relación social y tienen reglas normales.

Por el contrario, las pacientes con anorexia nerviosa se plantean metas sucesivas, primero llegar a un determinado peso que sucesivamente es sustituido por otro más bajo. A medida que adelgazan la insatisfacción con su imagen aumenta, están de peor humor, suelen disminuir los contactos sociales y tienen amenorrea.

## **ETIOLOGÍA**

Aunque la causa de los TCA es desconocida la mayoría de los autores sugieren una perspectiva multifactorial en el origen de la enfermedad clasificándose en tres tipos de factores:

- **Individuales**

Son jóvenes muy preocupadas por la autonomía la identidad y la separación. Viven los cambios de etapa con gran ansiedad como por ejemplo, el paso de EGB al bachiller.

Al inicio de la enfermedad, a veces, existe una identidad previa. Tienen baja autoestima y un estilo cognitivo negativo y pesimista. Están muy preocupados por la imagen y presentan tendencia a la autocrítica. Se ha sugerido que el ejercicio exagerado puede conducir a los TCA.

Otros trastornos psiquiátricos se asocian con los TCA con una frecuencia del 42 al 75 %. Trastornos del humor, personalidad obsesivo-compulsiva, trastorno de personalidad por evitación y abuso de sustancias.

El abuso sexual durante la infancia también se ha señalado como un factor etiológico en los TCA. Describiéndose tasas que oscilan entre el 20-50 %. Los antecedentes de abuso sexual son más frecuentes en los pacientes con BN y estos pacientes tienen tasas altas de comorbilidad psiquiátrica.

- **Familiares**

Hay evidencia de factores genéticos en la transmisión de TCA. Según la literatura existente, los familiares de primer grado de pacientes de AN tienen tasas alta de anorexia nerviosa. En estudios de gemelos se demuestra mayor concordancia para la AN en gemelos homocigóticos que en dizigóticos.

La evidencia de factores genéticos en la BN es poco clara, algunos estudios demuestran mayor incidencia en familiares de primer grado y otros la niegan. En las familias con bulimia nerviosa se encuentran tasas altas de consumo de sustancias (especialmente alcoholismo) y mayor frecuencia de trastornos afectivos y obesidad.

Las familias con TCA establecen un tipo de interacción con los hijos que dificulta la separación y la autonomía. Las características de estas familia son

según Minuchin la sobreprotección, la rigidez en las relaciones, la intromisión y la falta de intimidad. Aunque las describió como típicas de todos las AN, se ha demostrado que no es así y que estas características corresponderían a un subgrupo de TCA.

- **Culturales**

La gran presión que se ejerce sobre los adolescentes con las tendencias de la moda y la consecución del éxito juegan también un papel importante. Aunque parece lógico pensar que si la influencia de estos factores fuera muy importante la frecuencia de los TCA sería mucho mayor. Se acepta que estos factores pueden jugar un papel desencadenante en sujetos predispuestos.

## CLÍNICA

- **Síntomas cognitivos**

La característica común en los TCA es un miedo obsesivo e irracional a la posibilidad de engordar. El miedo a engordar que no disminuye a medida que se pierde peso sino que aumenta y la sobreestimación del tamaño son los síntomas claves de los TCA.

La distorsión de la imagen en la mayoría desaparece cuando están muy delgadas, aunque ya no se ven gordas no toleran engordar ni un gramo. Solo en los casos más graves la sobreestimación del tamaño persiste aún en estados de extrema delgadez.

La sobreestimación del tamaño no es debida a fallos perceptivos sino que es causada por la insatisfacción corporal y la baja autoestima . Por otra parte estas no son características exclusivas de los TCA sino que se dan también en personas obesas, accidentados con desfiguraciones físicas y mujeres adolescentes de la población general.

- **Manifestaciones fisiológicas**

1. *Cardiovascular*: Bradicardia que se interpreta como un intento del organismo de conservar energía. Algunos pacientes creen que es un signo de fortaleza física y llegan a decir que tienen corazón atlético. Hipotensión secundaria a la deshidratación que acompaña a los cuadros de AN graves y arritmias por desequilibrios electrolíticos.
2. *Digestivos*: Retraso de vaciado gástrico consecuencia de la flacidez y atrofia de las paredes del estómago. Distensión abdominal después de las comidas.

Estreñimiento como consecuencia de la deshidratación y el tipo de alimentación. Dolor abdominal.

3. *Sistema nervioso central*: Apatía. Disminución del poder de concentración. Signos de pseudoatrofia cerebral con aumento del tamaño de los ventrículos y disminución de la sustancia gris. Estos signos de atrofia se pensaba que se recuperaban cuando las paciente volvían a un peso normal. En un estudio en el que comparan sujetos normales con anoréxicos recuperados y pacientes de anorexia nerviosa encuentran que aun después de la recuperación del peso persisten alteraciones en la morfología cerebral de consecuencia neuropatológicas que todavía no están bien estudiadas.
4. *Endocrino*: Amenorrea e hipotermia. Consecuencia de la desnutrición y de la disfunción hipotalámico-hipofisiaria.

- **Manifestaciones conductuales**

Aparecen en primer lugar, cambios en el patrón normal de la ingesta. Con frecuencia comienzan con una restricción de hidratos de carbono que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos, y, por lo tanto, prohibidos. Posteriormente, la restricción de alimentos se generaliza a los lípidos o grasas y, finalmente a las proteínas. Algunos pacientes llegan a restringir incluso el consumo de agua, con el consiguiente peligro de deshidratación.

Generalmente si alguien les pregunta el por qué de la dieta que llevan a cabo, responden con evasivas o argumentan llevar a cabo un tipo de dieta sana. Sin embargo, pronto comienzan los engaños y las mentiras a la hora de la comida. Suelen evitar comer tanto con los demás miembros de su familia como en cualquier situación social que implique sentarse alrededor de la mesa. Dado que la mayor parte de las relaciones sociales conllevan el típico "vamos a comer o a beber algo", pronto comienza un deterioro en las relaciones sociales que a lo largo del tiempo, puede llegar a ser un aspecto muy deficitario en la vida de estas personas.

Aparecen frecuentemente conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida (tiran, esconden, seleccionan, trocean los alimentos, etc.). Se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, que normalmente llegan a saberse de memoria. Pesan cada ración de comida que van a ingerir, se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso, o bien, evitan la báscula.

La anorexia bulímica y la bulimia nerviosa se caracterizan además por frecuentes episodios de hiperfagia en los que la paciente describe la sensación de pérdida de control. En dichos episodios se produce la ingestión incontrolada de bastante cantidad de comida que generalmente suele ser muy rica en calorías y, durante un período de tiempo que varía de minutos a horas.

Tras el episodio de hiperfagia se produce sensación de hinchazón y fuertes sentimientos de culpa, lo que da lugar a que la paciente recurra a métodos

purgativos tales como el vómito y/o abuso de laxantes y diuréticos. El cuadro suele instaurarse de forma lenta y progresiva, de forma que cada vez se suceden con más frecuencia los atracones y los vómitos varias veces al día.

En cuanto a la apariencia personal de las jóvenes que sufren anorexia, suelen ir vestidas con ropas amplias y superpuestas cuya función es en un principio, disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, gluteos, etc...) y, finalmente, su función es doble. Por un lado, no pasar frío (padecen de hipotermia) y, por otro lado, disimular su delgadez extrema.

Es más propio de la anorexia nerviosa la búsqueda de la reducción de peso, a través del incremento del consumo energético, así realizan ejercicio de forma compulsiva, comen de pie, duermen poco, etc. La actividad física es una variable fundamental en la génesis y mantenimiento del problema.

## **EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO**

El porcentaje de curación de los pacientes con AN es modesto. En una revisión de diversos estudios encuentran que 4 años después del inicio de la enfermedad el 44 % de los pacientes estaba bien (reglas normales y una variación no mayor del 15 % del peso teórico), el 24 % evolucionó peor (peso por debajo del 15 % del peso recomendado y ausencia de regla), en un 28 % la evolución oscilaba entre los dos primeros grupos y el 5 % de los pacientes había fallecido.

En un estudio de adolescentes hospitalizados por anorexia nerviosa, tras un seguimiento de 10 a 15 años, el 76 % cumplen criterios de completa recuperación en un tiempo que oscila entre 57 y 76 meses.

La mortalidad a consecuencia de paro cardíaco o suicidio aumenta a lo largo del seguimiento. En pacientes seguidos durante más de 20 años la mortalidad alcanza el 20 %.

Sin embargo, en los más jóvenes en seguimiento de 10-15 años no se encuentran fallecimientos.

## INDICADORES DE PRÓNOSTICO EN PACIENTES CON AN

**BUENO** → **Inicio precoz. 1º episodio**  
**Buena adaptación social y escolar**  
**No vómitos ni episodios bulímicos**

**MALO** → **Inicio tardío. Larga evolución.**  
**Varios tratamientos. Consumo de drogas**  
**Vómitos y episodios bulímicos**  
**Patología premórbida**

### Predictores fisiológicos

En un trabajo en el que evalúan 84 pacientes de AN durante 12 años encuentran que niveles de albúmina ( $< 36$  g/l) y bajo peso ( $< 60$  % del promedio) en la exploración inicial fueron variables predictivas de una evolución fatal. Además, niveles elevados de creatinina y ácido úrico son predictores de una evolución crónica.

### BULIMIA NERVIOSA

No se conoce bien el pronóstico a largo plazo de pacientes no tratados de bulimia nerviosa.

La mejoría corto plazo en pacientes que han seguido tratamientos psicosociales y medicación esta entre el 50-70 %.

En un estudio a largo plazo 6 años después de acabado el tratamiento de seguimiento, el 60 % de los pacientes estaba bien, en el 29% su evolución fue intermedia, en el 10 % mala y uno había fallecido.

### TRATAMIENTO ANOREXIA NERVIOSA

a) **Dietético.** El fin del tratamiento dietético es restaurar el peso normal y corregir las secuelas biológicas y físicas de la desnutrición. Como medida del estado nutricional se utiliza el índice de masa corporal. El índice se calcula



con la fórmula *peso* (en kg) /*altura* (en metros) al cuadrado. Los sujetos que tienen un índice menor de 18.5 se considera que pesan por debajo de lo normal. El índice de masa corporal menor o igual a 17.5 en presencia de otros criterios diagnósticos indica anorexia nerviosa.

b) **Tratamientos psicosociales.** La finalidad de los tratamientos psicosociales es:

1º Mejorar la cooperación del paciente con el tratamiento nutricional.

2º Ayudar a entender el trastorno que presenta y tomar conciencia de enfermedad.

3º Mejorar el funcionamiento social.

4º Tratar la patología comórbida que mantiene y refuerza el trastorno de la alimentación.

En pacientes muy desnutridos, dada la actitud negativista y obsesiva de los mismos, es difícil y poco eficaz el abordaje psicoterápico como único tratamiento. La psicoterapia individual de orientación cognitivo-conductual parece ser la más eficaz.

La psicoterapia familiar en pacientes jóvenes, ha demostrado también ser eficaz. Los tratamientos de grupo hay que emplearlos con prudencia y en las primeras fases, en sujetos muy desnutridos, pueden ser incluso perjudiciales, ya que muchas veces los pacientes establecen una competición entre ellos para ver quién está más delgado. Una vez recuperado el peso, los tratamientos psicoterápicos son más eficaces y pueden ayudar al paciente a comprender su enfermedad y evitar las recaídas.

c) **Hospitalización**

### **CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

**Desnutrición grave >30 %. BMI <16**

**Graves desequilibrios hidroionicos. Hipokalemia**

**Cronicidad de más de un año**

**Vómitos provocados continuos**

**Compulsiones bulímicas**

### c) Tratamientos farmacológicos

- *Antidepresivos*

La fluoxetina puede ayudar en algunos pacientes resistentes a la restauración del peso normal. En un estudio reciente se demuestra que el tratamiento con fluoxetina no es superior a las intervenciones psicosociales en pacientes hospitalizados. Los antidepresivos pueden ser eficaces después de la restauración del peso. En otro estudio después del alta hospitalaria los pacientes que toman fluoxetina tienen menos pérdida de peso, están mejor de humor y tienen menos rehospitalizaciones que los del grupo control (que no recibían tratamiento con fluoxetina).

- *Otras medicaciones*

Se utilizan también ansiolíticos antes de las comidas y antipsicóticos a bajas dosis en pacientes con marcados rasgos obsesivos o con síntomas psicóticos.

También se utiliza el tratamiento con estrógenos en pacientes con amenorrea crónica o para reducir el riesgo de osteoporosis. El único estudio controlado que existe, donde se investiga el efecto de la administración de estrógenos en pacientes de AN, muestra que no hay diferencias en la masa ósea en relación con los pacientes del grupo control.

Además, la inducción artificial de las reglas puede reforzar la actitud del paciente a no ganar peso al tener una sensación de normalidad. Por lo que se recomienda que antes de dar estrógenos hay que esforzarse en la recuperación del peso normal.

**d) Grupos de apoyo.** Los grupos de apoyo supervisados por profesionales proporcionan a los pacientes y a su familia soporte mutuo y educación concerniente a los trastornos de la alimentación.

Cada vez con más frecuencia los pacientes y sus familias acceden a internet buscando información y apoyo en las paginas web, news groups o chat rooms. En un estudio en la universidad de Standord en el que participan 60 mujeres, demuestran la utilidad de internet en la educación nutricional con mejora de la imagen corporal y disminución de las conductas que buscan el adelgazamiento.

Aunque, teniendo en cuenta la cantidad de información disponible que puede ser mal interpretada, el profesional debe aconsejar y contrastar con los pacientes y sus familias la información obtenida a través de internet.

## **TRATAMIENTO DE LA BULIMIA NERVIOSA**

### **a) Dietético**

Hay evidencia que los programas de tratamiento que incluyen un seguimiento dietético son mas eficaces que los que no lo incluyen.

### **b)Psicosocial**

Se ha demostrado la eficacia de los tratamientos psicoterápicos de tipo cognitivo-conductual

### **c)Farmacológico**

Diversos estudios demuestran la utilidad de los antidepresivos (fluoxetina, tricíclicos) en la reducción de los síntomas bulímicos así como en la reducción de recaídas cuando se emplean como terapia de mantenimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.P.A. 1995.

American Psychiatric Association. Practice guidelines for eating disorders. Am. J. Psychiatry 150:2, February 1993.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). Supplement to American Journal of Psychiatry. Volume 157. Number 1. January 2000.

Herzog W. Deter HC. Medical findings and predictors of long term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12-year. Psychological Medicine. 27(2):269, 1997 Mar.

Mateos-Parra A. Solano-Pinto N. Trastornos de la alimentación : Anorexia y Bulimia. Revista electrónica de Psicología. Vol 1, Nº 1, Julio 1997.

Steiner H. Lock J.. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in children and adolescents: A review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1998. 37(4): 352-359., 1998 Apr.

Woodside Bkake D. A Review of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Current Problems in Pediatrics. February 1995.

Winzelberg AJ. Epstein D. Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 68(2) :346-50, 2000 Apr.

Web sites: <http://www.anred.com> ; <http://www.something-fishy.org>