

Anorexia y bulimia

Orientación

■ MERCÈ PIERA FERNÁNDEZ • Médico generalista.

La autora revisa dos trastornos de la conducta alimentaria de gran actualidad, como son la anorexia y la bulimia. La investigación en farmacología, psiquiatría, psicología y nutrición son constantes en este terreno y el farmacéutico debe actualizar sus conocimientos sobre el tema para poder detectar el problema entre sus clientes, alertar con profesionalidad al entorno del afectado, recomendar la visita al médico especialista y asesorar sobre las peculiaridades de las terapias medicamentosas, si son prescritas.

La anorexia y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, y empiezan a ser considerados como un importante problema de salud pública. Estos trastornos suelen afectar, aunque no exclusivamente, a las mujeres adolescentes. La persona afectada de anorexia o de bulimia presenta un comportamiento anómalo en cuanto a la alimentación, como resultado de una serie de conflictos psicosociales que la afectan. La anoréxica o bulímica cree que el conseguir y/o permanecer siempre delgada es un factor decisivo para resolver estos conflictos.

ANOREXIA

El perfil del paciente anoréxico es el de una adolescente que presenta una pérdida exagerada de peso o un retraso del crecimiento para su edad, y cuyo comportamiento tiene como objetivo perder peso o mantenerlo a un nivel mínimo dentro de la normalidad. Ade-



más, muestra un miedo irracional a engordar y tiene distorsionada su percepción de la imagen corporal (fig. 1). Junto a estas alteraciones psicológicas, se encuentran trastornos hormonales y ausencia de menstruación. La tabla I recoge los principales indicios para reconocer un posible caso de anorexia nerviosa.

Causas

La aparición de la anorexia nerviosa se debe a múltiples factores. Así, se ha demostrado que existe cierta predisposición genética a desarrollar la enfermedad, pues el hecho de tener una hermana anoréxica aumenta las probabilidades de presentar también este trastorno. La sobreprotección, la sobreexigencia y la rigidez por parte de los padres son también factores de riesgo que favorecen el desarrollo de anorexia en hijos predispuestos. Finalmente, cabe destacar los factores sociales y culturales como predisponentes a este tipo de trastorno. Nuestra sociedad valora de forma excesiva e inculca la necesidad de tener una figura estilizada y este mensaje de «cuerpos perfectos» impacta especialmente entre las adolescentes que intentan seguir los cánones estéticos impuestos. Por otro lado, profesionales como las bailarinas o las modelos, a las que se les exige tener un peso bajo, pueden acabar cayendo en la anorexia, pues el inicio de una dieta restrictiva es el principal factor desencadenante de este trastorno.

Consecuencias

Las consecuencias de la anorexia nerviosa se deben a la propia delgadez y/o a las acciones que se llevan a cabo con el fin de perder peso (fig. 2). Las consecuencias físicas son más importantes si la restricción de comida tiene su inicio antes de la pubertad. En este caso, no solamente se pierde peso, sino que además se detiene el crecimiento. Aunque posteriormente (después de la pubertad) se vuelva a comer bien, no se recupera la talla, pues los huesos largos ya han quedado soldados. Entre las alteraciones físicas se halla una mayor sensibilidad al frío (por la pérdida de grasa subcutánea), frialdad en manos y pies, sequedad de la piel, pelo y uñas sin brillo y quebradizos, aparición de un vello fino y largo (lanugo) en espalda, brazos y mejillas, trastornos de la pigmentación, grandes protrusiones óseas y vientre hundido. La tabla II recoge otras posibles complicaciones de la anorexia nerviosa.

Cómo abordar el problema

Como ya se ha señalado, la anorexia nerviosa puede llegar a tener graves consecuencias. Por este motivo, ante la

Tabla I. Características de la anorexia nerviosa

Pérdida de peso importante o retraso del crecimiento en función de la edad y el sexo
Ausencia de menstruación o amenorrea
Síntomas característicos de malnutrición. En principio se altera la voluntad de comer y posteriormente, desaparece también la sensación de hambre
Distorsión importante de la imagen corporal que hace que la adolescente se vea gorda aunque su peso esté por debajo de la normalidad para su talla y edad. Su preocupación excesiva por la imagen hace que se mire constantemente al espejo, se ajuste la ropa, se pese muchas veces, etcétera
Miedo irracional o fobia a engordar
Desmesurada alegría cada vez que se consigue perder peso
Intensa actividad física para perder peso
Interés desmesurado por temas relacionados con la alimentación o con la moda
Una manera característica de comer. Comen poco y muy lentamente, masticando una y otra vez antes de ingerir pequeñas cantidades, manipulan los alimentos, suelen trocear la comida en porciones minúsculas y extenderlas en el plato separando toda porción que contenga la más mínima cantidad de grasa. Esconden comida que luego tiran, etcétera. Prefieren comer solas y se irritan cuando se sienten vigiladas o controladas. En cuanto pueden, se saltan alguna comida
Pérdida de interés por las relaciones sexuales. Suelen tener un aspecto aníado

sospecha de que alguien cercano a nosotros pueda presentar anorexia, es importante abordar el tema con cuidado. La tabla III muestra algunos consejos sobre cómo hacerlo.

Objetivos del tratamiento

El tratamiento de la anorexia nerviosa es personalizado y requiere la colaboración tanto de la paciente como de su familia. El primer paso que debe reali-

Fig. 1. Las enfermas, tanto de anorexia como de bulimia, presentan una distorsión de su imagen corporal

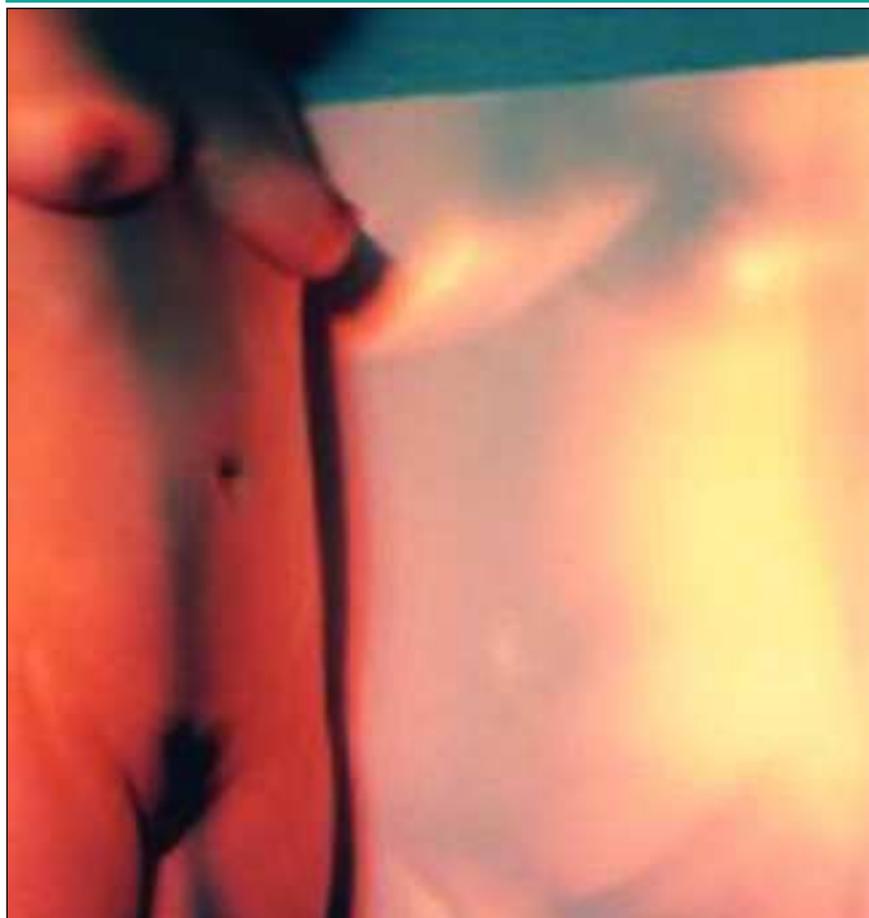


Fig. 2. Enferma de anorexia



zar la persona con anorexia para poder curarse es aceptar que presenta un trastorno de la conducta alimentaria que atenta contra su salud y que, por consiguiente, es imprescindible solucionarlo. La familia, por su parte, debe sustituir su postura «persecutoria» o «acusadora» por la de «colaboradora». Los objetivos del tratamiento de la anorexia comprenden:

Recuperar el peso

Es el objetivo principal, pues la mayoría de los pensamientos alterados con respecto a la comida, el peso o la figura están sustentados por la malnutrición. Generalmente, cuando se recupera peso mejora el estado de ánimo depresivo y la preocupación por el esquema corporal. Ganar peso no es tan difícil como mantenerlo.

Volver a aprender a comer con normalidad

La persona afectada de anorexia pierde la capacidad de ver la alimentación como una función más del organismo, por consiguiente, debe volver a aprender las señales de hambre y saciedad.

Tratamiento psicológico

Este tipo de tratamiento va encaminado a resolver aquellos problemas psicológi-

Tabla II. Otras posibles complicaciones de la anorexia nerviosa

Trastornos cardiovasculares	Disminución de la frecuencia cardíaca Disminución de la tensión arterial Alteraciones del ritmo cardíaco (hasta provocar un paro cardíaco)
Trastornos gastrointestinales	Náuseas Vómitos
Trastornos hematológicos	Anemia
Trastornos hormonales	Amenorrea
Trastornos óseos	Debilitación ósea con mayor riesgo de fractura Talla baja (si el alimento se restringe antes de la pubertad)
Trastornos renales	Deshidratación
Trastornos psíquicos	Trastornos afectivos Ansiedad Síntomas obsesivo-compulsivos Trastornos del sueño

cos, familiares o sociales que concurren con la anorexia. Para ello se utiliza la terapia familiar, la terapia de grupo, la terapia individual, la terapia cognitivo-conductual y las técnicas de relajación.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento con fármacos se aplica junto a las técnicas de modificación de la conducta y como tratamiento de los trastornos psicológicos asociados, como depresión (antidepresivos), ansiedad (ansiolíticos o sedantes) o alteraciones del sueño (somniaferos). Estos tratamientos se aplican de forma ambulatoria, si el estado de la paciente lo permite y si el apoyo familiar es positivo, con una actitud relativamente colaboradora. El tratamiento ambulatorio es menos traumático, desestructura menos la vida cotidiana y permite ir comprobando las repercusiones en las relaciones familiares, laborales y personales. La función de los padres es fundamental, pues actúan como coterapeutas, supervisando y controlando la dieta, las conductas de purga y dando soporte y ayuda a la paciente. Por el contrario, si la paciente se muestra poco predispuesta, presenta inestabilidad psicológica o

un trastorno psiquiátrico asociado y el ambiente familiar es poco cooperador, se recomienda el ingreso hospitalario para llevar a cabo el tratamiento.

Entre los fármacos empleados en el tratamiento de la anorexia figuran, principalmente:

Ciproheptadina

Es un fármaco antihistamínico con propiedades antiserotónicas que estimulan el apetito. Su uso está indicado en pacientes anoréxicas con hiperactividad. La dosis recomendada inicial es de 4 mg 2 veces al día, que se puede llegar a aumentar hasta 8 mg 3 veces al día. Se utiliza en forma líquida y requiere control mediante un hemograma completo.

Fluoxetina

Se clasifica como antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Se recomienda administrarlo en pacientes anoréxicas que ya han recuperado el peso. Está indicado en los casos de depresión grave y en conductas obsesivo-compulsivas importantes. Su uso requiere control mediante hemograma y evaluación del sueño.

Tabla III. Consejos a la hora de abordar el problema

<p>Buscar un lugar privado y tranquilo para poder hablar con calma. Dirigirse a la persona con tacto y cariño</p> <p>Recordar con ella algunas de las ocasiones en las que nos hemos preocupado por sus rituales con la comida, como cortar los alimentos en porciones minúsculas o esconder la comida para luego tirarla</p> <p>Expresar lo que uno siente ante estas situaciones, mostrando apoyo y sin provocar la discusión. Por ejemplo, utilizar frases con «yo» («yo me preocupo porque no quieres tomarte el desayuno o la comida» o «yo me asusto cuando te oigo vomitar»), evitar frases acusatorias con el «tú» («tú debes comer algo», «tú debes estar loca» o «tú no controlas») y no dar soluciones simples («si dejas de hacerlo, todo se arreglará»)</p>
--

Fig. 3. Erosión dental en una enferma de bulimia



Clomipramina

Es otro fármaco antidepresivo pero de tipo tricíclico. Al igual que el anterior, es preferible aplicarlo una vez se ha recuperado el peso y en pacientes con conductas obsesivo-compulsivas graves. Se debe iniciar el tratamiento con dosis muy bajas, por los efectos secundarios asociados, y controlarlo mediante hemograma y medición de la presión arterial.

Clorpromazina

Es un fármaco antipsicótico indicado en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo grave. La dosis inicial recomendada es de 10 mg 3 veces al día, y puede ir aumentándose progresivamente. Se administra en forma líquida. Este tratamiento requiere de un control de la presión arterial, hemograma y pruebas hepáticas.

BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por la ingestión periódica, voraz, impulsiva y rápida de enormes cantidades de alimentos ricos en calorías. Tras la ingestión, la persona se siente muy mal físicamente, además de tener sentimientos de culpa y vergüenza. Por este motivo, adopta conductas para eliminar la comida ingerida provocándose el vómito o tomando laxantes. Al igual que la anorexia, la persona con bulimia muestra una gran preocupación por su peso e imagen corporal y un miedo atroz a estar obesa. La tabla IV recoge las principales características para reconocer un posible caso de bulimia nerviosa.

Causas

Al igual que en la anorexia, las causas de la bulimia son múltiples, hallándose también entre ellas una predisposición gené-

Tabla V. Consecuencias de la bulimia nerviosa

Alteraciones digestivas	Úlceras esofágicas Aumento de las glándulas salivales Dilatación o rotura del estómago Pérdida del esmalte dental y caries
Alteraciones respiratorias	Ronquera crónica Neumonía por aspiración del vómito
Alteraciones cardiovasculares	Arritmia Hipotensión arterial Roturas capilares Hemorragias oculares
Alteraciones neurológicas	Atrofia cerebral Crisis epilépticas
Alteraciones hormonales	Irregularidades menstruales o amenorrea
Alteraciones renales	Deshidratación Trastornos en los valores de sodio, potasio y cloro
Alteraciones psíquicas	Depresión Consumo de drogas o alcoholismo Trastornos de pánico Ansiedad Fobia Trastornos del sueño Trastornos de la personalidad Intentos de suicidio

tica y la influencia de los cánones de belleza impuestos por la sociedad actual. De la misma forma, tener un ambiente familiar conflictivo o una personalidad depresiva y solitaria son factores que favorecen el desarrollo de la bulimia. Por otro lado, varios estudios han demostrado que las personas con bulimia presentan una disminución en la función de la serotonina, neurotransmisor responsable de informar al cerebro de la sensación de saciedad después de comer. Esto explicaría por qué las bulímicas tienen grandes dificultades para dejar de ingerir comida durante el atracón.

Consecuencias

Las complicaciones más importantes son las derivadas de los vómitos y del

abuso de laxantes. El paso del ácido del vómito desde el estómago hacia la boca puede provocar úlceras en el esófago y la pérdida del esmalte dental, con el consiguiente riesgo de caries (fig. 3). El contacto del vómito con el dorso de las manos, al provocarse el mismo introduciéndose los dedos en la garganta, ocasiona unas callosidades en esta localización que se conocen como signo de Russell.

Los vómitos y el uso indiscriminado de laxantes pueden alterar las concentraciones de potasio, provocando arritmias e incluso la muerte.

Debido a los esfuerzos para vomitar, puede producirse la rotura del estómago y la aparición de puntos rojizos en la cara y en el cuello a consecuencia

Tabla IV. Características de la bulimia nerviosa

Distorsión de la imagen corporal
Ingestión masiva, desaforada y sin control de gran cantidad de comida y/o alimentos ricos en calorías (atracon). No se come por hambre y se hace de forma sucia y sin orden, con las manos, sin masticar y apretando la comida dentro de la boca. El atracón termina cuando se acaba la comida, por extenuación física o por malestar, con náuseas, vómitos y dolor de estómago
Después del atracón, la mayoría de personas con bulimia se inducen el vómito para eliminar toda la comida ingerida con el fin de evitar aumentar de peso. Otras conductas que adoptan para compensar el atracón son el abuso de laxantes y diuréticos, el consumo de fármacos que inhiben el apetito, la práctica excesiva de ejercicio físico o el ayuno
Tras el episodio, la persona se siente malhumorada, triste, autocompasiva y menospreciable
La frecuencia de los atracones puede ir desde una o 2 veces al mes hasta varias veces en un mismo día
Debido a que las bulímicas son más conscientes de su enfermedad que las anoréxicas, realizan los atracones de forma escondida para que nadie las vea

de roturas de pequeños vasos sanguíneos, al igual que hemorragias en la conjuntiva de los ojos.

Además, las personas afectadas de bulimia presentan agotamiento físico y psíquico, con disminución de los rendimientos escolares y laborales. Pueden llegar a abandonar totalmente sus obligaciones, su aseo y su persona. La tabla V recoge las complicaciones asociadas a la bulimia nerviosa.

Tratamiento

El tratamiento de la bulimia nerviosa suele hacerse de forma ambulatoria. Solamente en los casos complicados se opta por el ingreso hospitalario. Al igual que en la anorexia nerviosa, los objetivos del tratamiento se centran en estabilizar el peso y recuperar los patrones normales de alimentación. Se inicia una dieta equilibrada haciendo a la paciente responsable de la misma desde el primer día. Así, se deben hacer todas las comidas, procurando comer despacio, masticando y dejando los cubiertos de vez en cuando. Debido a que el deseo de darse un atracón puede durar varios meses, es importante no acumular alimentos en casa. La enferma de bulimia no ha de pesarse más de una vez por semana. El hecho de comprobar que son capaces de controlar su peso mediante una dieta armónica les eleva el estado de ánimo y de autoestima, lo que supone un buen refuerzo positivo.

El éxito del tratamiento de estas dos entidades depende fundamentalmente de la colaboración del paciente y su familia

Al igual que en la anorexia, es de vital importancia una actitud cooperadora por parte de la paciente para el éxito del tratamiento. Así, deberá abandonar el uso de diuréticos y laxantes y evitar o controlar el consumo de drogas y alcohol. También desempeña un papel muy importante la familia, por lo que el tratamiento psicológico se encaminará a mejorar las relaciones familiares e interpersonales mediante terapia individual, de grupo o familiar. Resulta fundamental identificar los factores estresantes que actúan como desencadenantes, o como factores de mantenimiento, y anticiparse a los problemas para prevenir situaciones de riesgo.

En cuanto al tratamiento farmacológico, puede ser necesario el uso de fármacos antidepresivos para mejorar el estado de ánimo y la autoestima. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Bel M. Terapia familiar en la anorexia nerviosa. En: Turón V. Trastornos de la Alimentación. Barcelona: Masson, 1997.
- Cervera S, Quintanilla B. Anorexia nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. Pamplona: Eunsa, 1995.
- Chinchilla A. Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria; anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson, 1995.
- Fernández F, Turón V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson, 1997.
- Sánchez I, Olmedo N. Terapia cognitiva de los trastornos del comportamiento alimentario bajo ingreso hospitalario. En: Turón V. Trastornos de la alimentación. Barcelona: Masson, 1997.
- Toro J, Vilardell E. Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca, 1987.