

**Bulimia y anorexia nerviosa (2).****Dr. Antonio Iñesta García.**

La palabra anorexia procede del griego y significa falta de apetito. Aunque la anorexia nerviosa comenzó a conocerse en la década de los 60, casos de abstinencia alimentaria han sido descritos desde tiempos bíblicos. En la anorexia nerviosa existe el persistente deseo de mantener un peso corporal por debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación en su caso y la distorsión de la imagen corporal. Se habla de ella en femenino porque afecta mayoritariamente a mujeres.

Las pacientes con anorexia tienen una imagen distorsionada de sus propios cuerpos y sienten obsesión por estar delgadas, le otorgan gran importancia al peso cuando se autoevalúan como personas y minimizan el peligro que implica para la salud su bajo peso corporal. Sienten un temor patológico a recuperar el peso y frecuentemente dicen no sentir hambre cuando están en completo ayuno.

Algunos signos que presentan las pacientes anoréxicas son: pérdida de peso deliberada, negativa a comer, negación constante de que tienen hambre, miedo patológico a ganar peso, sensación de estar pasadas de peso cuando están excesivamente delgadas, sensibilidad al frío, problemas menstruales, pérdida de cabello, aparición de un cabello muy fino en cuerpo y cara, mal humor, falta de concentración y práctica excesiva de ejercicio físico.

No es cierto que las pacientes anoréxicas no tengan hambre, de hecho, la mayor parte del tiempo tienen hambre. Muchos de estos pacientes literalmente se mueren de hambre.

El rasgo común de este trastorno es intentar mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere. Desarrollan hábitos inusuales, como por ejemplo evitar el alimento y las comidas, seleccionar algunos alimentos, ingerirlos en cantidades pequeñas, pesarlos y repartirlos cuidadosamente. Las personas con anorexia pueden comprobar repetidamente su peso corporal, y muchas adoptan otras técnicas para controlar su peso, tales como realizar ejercicio intenso y compulsivo o purgarse por medio de vómitos y abuso de laxantes, enemas y diuréticos.

En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos períodos de restricción. La víctima niega la sensación de hambre, crea excusas para evitar las comidas tales como «ya he comido» o «no me siento bien», o esconde la comida que dice haber comido. Las muchachas con anorexia experimentan a menudo un inicio retrasado de su primer período menstrual.

Los síntomas incluyen:

– Resistencia a mantener el peso corporal en o sobre un peso mínimamente normal para la edad y la altura;

menos del 85% del peso mínimamente normal (índice de masa corporal igual o menor (17,5 kg/m²) o una ganancia de peso inferior a la esperada durante el período de crecimiento.

– Miedo intenso a ganar peso o a llegar a estar gorda, incluso aunque estén por debajo del peso normal.

– Trastornos en la forma en que perciben su peso corporal o forma, influencia indebida del peso corporal o forma en la autoimagen o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.

– Períodos menstruales infrecuentes o ausentes (en las mujeres que han alcanzado la pubertad).

Signos y síntomas escogidos en el sitio www.eating.ucdavis.edu para personalizar la anorexia:

– La paciente tiene miedo a comer. Ha perdido el 25% de su peso corporal.

– Se esfuerza por ser perfecta. Ha perdido el deseo sexual.

– Tiene arrebatos de enojo. Ha dejado de tener el período.

– Se siente aislada. Siempre tiene frío.

– Desea tener control. Se siente débil.

– Niega tener hambre. Le ha aparecido un vello fino por todo el cuerpo.

– Está deprimida. Sufre insomnio.

– Tiene una imagen distorsionada de su cuerpo. Su latido cardíaco es irregular.

– Anhela atención. Está o ha estado a punto de morir.

El tratamiento de la anorexia nerviosa no es fácil porque la paciente no es consciente de que «algo no marcha bien» en relación con ella. En los estadios iniciales es muy difícil hacer el diagnóstico, porque puede pasar como una pérdida de peso voluntaria, tan usual en la sociedad contemporánea, con más del 42% de la población con sobrepeso.

El curso y resultado de la anorexia nerviosa varía entre individuos: algunos se recuperan completamente después de un solo episodio; otros tienen un patrón que fluctúa entre el aumento de peso y la recaída, y otros experimentan un curso crónico deteriorante de la enfermedad durante muchos años.

La anorexia no tratada puede tener una mortalidad del 20%. La tasa de mortalidad entre las personas con anorexia se ha estimado en 0,56% por año, que es cerca de 12 veces el índice de mortalidad anual debido a todas las causas de muerte de las mujeres entre 15 y 24 años en la población general.

El tratamiento de la anorexia necesita un programa específico que implique tres fases principales: (1) restaurar el peso perdido por dietas y purgas; (2) tratar los tras-

tornos psicológicos tales como distorsión de la imagen del cuerpo, baja autoestima y conflictos interpersonales, y (3) alcanzar la remisión y la rehabilitación a largo plazo o la recuperación completa. El uso de medicación psicotrópica en pacientes con anorexia debe ser considerado solamente después de que se ha establecido la ganancia de peso. Los ensayos clínicos con medicamentos han sido decepcionantes (evidencia modesta = menos de cuatro ensayos, ninguno de calidad superior; ningún efecto beneficioso).

El tratamiento agudo de la pérdida de peso grave debe ser realizado en el hospital, en unidades especiales y con un equipo multidisciplinario que entienda el padecimiento. En algunos casos, se recomienda la alimentación intravenosa. El tratamiento consistirá en mucho más que cambiar los hábitos de alimentación. Los afectados necesitan tratamiento psicológico que les ayude a solucionar su problema desde la raíz. Una vez se haya corregido la desnutrición y el aumento de peso haya comenzado, la psicoterapia puede ayudar a las personas con anorexia a superar la autoestima baja y a tratar pensamientos y patrones de conducta distorsionados (evidencia modesta = menos de cuatro ensayos, ninguno de calidad superior; ligero efecto beneficioso).

El apoyo de la familia (terapia basada en la familia para adolescentes: evidencia moderada = al menos cuatro ensayos o dos ensayos de calidad superior; efecto beneficioso moderado) y los amigos es indispensable en el tratamiento de la anorexia, ya que la paciente necesita sentirse segura (al empezar a comer siente que ha perdido la batalla). Es un problema complejo, basado en el intento de la paciente de encontrar la solución a problemas emocionales con la pérdida de peso.

Características dominantes de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

1. Características que permiten discriminar entre AN y BN:

a. Peso: los pacientes con AN están bajos de peso (< 85% del peso corporal normal durante el tiempo que reúnen realmente los criterios para AN; pueden reunir criterios para BN en algunos momentos de su vida; pueden no reunir los criterios para ambos trastornos en algunos puntos de su vida).

b. Los bulímicos tienen SIEMPRE episodios de atracones; mientras que los anoréxicos pueden tener episodios, pero algunos no se atiborran (tipo restrictivo).

c. Los bulímicos pueden o no purgarse para compensar los episodios de atiborramiento. A veces sólo practican el

hábito de comer o lo restringen para compensar sus episodios de atiborramiento.

2. Características comunes a AN y BN:

a. Ambos tipos de paciente tienen una imagen distorsionada de su cuerpo; creen que parecen gordos, sea o no verdad.

b. Ambos asignan una importancia indebida a la forma y el peso del cuerpo para la determinación de su autoestima.

c. Ambos tienen un miedo profundo a ganar peso.

El papel de la atención primaria ha de estar encaminado a la prevención, a la detección precoz y a evitar las recaídas, sin olvidar el seguimiento del tratamiento, que ha de ser compartido con la atención especializada. El papel de la atención farmacéutica está dentro de lo establecido para la atención primaria, pero parece existir poca experiencia publicada.

Bibliografía de (1) y (2)

- American Psychiatric Association. Practice guidelines for treatment of patients with eating disorders (review). *Am J Psychiatry* 2000;157(suppl):1-39.
- Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating Disorders. *NEJM* 1999;340:1092-8.
- Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C, et al. Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003;361:407-16.
- Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP, Cecilia Rodríguez M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). *Aten Primaria* 2003;31(3):178-80.
- Zhu AJ, Walsh BT. Pharmacologic treatment of eating disorders. *Can J Psychiatry* 2002;47(3):227-34.

Cursos

- Lectura crítica, redacción y presentación de trabajos en el ámbito sanitario. Tendrá lugar en Madrid en la Escuela Nacional de Sanidad, del 2 al 4 de julio, con 20 horas lectivas. Los objetivos del curso son: conocer y utilizar los métodos para la redacción y publicación de trabajos científicos y los principios básicos sobre los que debe descansar la lectura crítica de trabajos en Ciencias de la Salud. Informa: Escuela Nacional de Sanidad. Tel.: 913 87 78 01 y 65. Fax: 913 87 78 64; secretaria.cursos@isciii.es <http://www.isciii.es/ens-atentar/apartado cursos>

BOLETÍN ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA es una publicación derivada de una línea de investigación dirigida por el Dr. Antonio Iñesta de la ENS - ISCIII, destinada a los farmacéuticos que han seguido cursos de formación continuada en Atención Farmacéutica, para apoyar sus actividades y ponerles al día sobre aspectos útiles en su actividad. Este Boletín es una copia del que se publica en el web <http://www.isciii.es/ens-atentar/>

Director: Dr. Antonio Iñesta. Escuela Nacional de Sanidad. Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. Correo electrónico: ainesta@isciii.es

Consejo de redacción: Prof. M.^a José Faus, Universidad de Granada, España; Prof. Q.F. Catalina Domecq, Santiago, Chile; Prof. Fela Viso, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México; Q.F. María Isabel Suiffet, Montevideo, Uruguay; Q.F. Denise Funchal, São Paulo, Brasil; Dra. Ana Domínguez, Escuela Nacional de Sanidad; Dra. M.^a Ángeles de Marino, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; Dra. Ana Plaza, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Farmacéuticos comunitarios: Flor Álvarez de Toledo, Oviedo; José I. Centenera, Guadalajara; Carmen Granados, Jaén; Ana Isabel López-Casero, Campo de Criptana (Ciudad Real); Dr. Julio Andrés, Valdepeñas (Ciudad Real); Fernando Peña, Sevilla; Nuria Rodrigo, Guadalajara; Concha Vicedo, Cullera (Valencia).

Consultas e información: Dr. Julio Andrés. Correo electrónico: julioandres@redfarma.org