

ARTICULOS DE INTERES

LA ANOREXIA NERVIOSA MENTAL O COMO PROBLEMA SOCIAL

Hoyos Serrano Maddelainne¹

RESUMEN

Se considera a la anorexia nerviosa como un trastorno de comportamiento alimentario, en el cual el paciente se niega a mantener un peso mínimo normal, conduciéndole malnutrición progresiva y la muerte si no es tratado. Muchos estudios insinúan que es una de las enfermedades psicológicas que afectan a adolescentes mujeres de países occidentales, siendo la población de riesgo las bailarinas, modelos, gimnastas y aquellas que están sometidas a controlar su peso.

Se desconoce la causa exacta de la anorexia nerviosa, por lo que es considerada como una enfermedad de origen multifactorial en el que intervienen factores biológicos, genéticos, familiares, socio-culturales entre otros, a su vez existen criterios para su diagnóstico, los cuales están aprobados por la Academia Americana de Psiquiatría DMS-IVTR y la OMS, que incluyen: pérdida de peso que está originada por el propio enfermo y es obtenida por varias medidas, distorsión de la imagen corporal, trastorno endocrino que afecta al eje hipotálamico-gonadal y si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, e incluso se detiene, de este modo el tratamiento es integral, por lo que debe estar encaminado a abarcar varias disciplinas que puedan tratar a la enfermedad en su totalidad.

¹ Univ. Cuarto Año Facultad de Odontología UMSA

PALABRAS CLAVE

Anorexia nerviosa. Trastornos de comportamiento alimenticio. Distorsión de la imagen corporal.

INTRODUCCION

La cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) define a la anorexia nerviosa (AN) como un trastorno psicopatológico grave, en el cual el paciente se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, logrado a través de medios extremos tales como ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas que le conduce a una malnutrición progresiva y rasgos psicopatológicos peculiares (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad).^{1,2,3}

EPIDEMIOLOGIA

Múltiples estudios han observado que la población de riesgo corresponde a adolescentes (80% de los casos), en su mayoría mujeres (proporción de 1 varón/ 10 mujeres) de países occidentales, de clase media-alta, y de ambientes urbanos y desarrollados, que refieren no estar satisfechas con su peso y aspecto corporal, por lo que recurren a dietas y otras formas de controlar el peso.^{1,4}

Una reciente revisión sistémica de cinco estudios en Europa, en una población de 19 años encontró en 12 meses una cifra de 0,2- 0,9% de prevalencia y 5-19

casos nuevos /100.000 habitantes, por otro lado, otros estudios dan cifras más altas y aparentemente se pronostica que esta patología está en aumento de forma importante en la población de riesgo.¹

ETIOPATOGENIA

Se desconoce la causa específica de la anorexia nerviosa, por lo se considera un trastorno de origen multifactorial, en los que resaltan los siguientes factores:

a) **Factores predisponentes:** Entre los cuales se encuentran:

- **Factores biológicos:** Se ha evidenciado la presencia de anomalías en el sistema de los neurotransmisores hipotalámicos, fundamentalmente en los siguientes:

- a) Noradrenérgicos, que aumenta la ingesta en cada comida, favoreciendo la preferencia por carbohidratos y disminuyendo la de proteínas,
- b) Serotoninérgicos, el cual disminuye la cantidad y la duración de las comidas y
- c) Dopaminérgicos, que depende del horario, por la mañana aumenta la ingesta de carbohidratos y en la cena la de las grasas.^{1,5}

- **Factores genéticos:** La sugerencia de predisposición genética a esta patología se debe a la prevalencia de la misma en un familia, así como su predominio entre el sexo femenino, por otro lado el riesgo es mayor entre hermanas, con un grado de concordancia gemelar monocigótica del 55%, mientras que sólo ocurre en el 10% de los dicigóticos.^{1,5}

- **Factores psicológicos:** El paciente que padece anorexia tiene un perfil de pobre relación social, baja autoestima, hiperactividad, trastones afectivos, personalidad insegura, ambiciosa, autoexigente y trabajadora, creencias irracionales sobre la apariencia física, escasa tolerancia a la frustración, perfeccionismo, talante inseguro, elevado rendimiento escolar y dificultades de maduración e independencia.^{1,5}

- **Factores familiares:** Los cuales incluyen presencia de Trastornos de Comportamiento Alimenticio (TCA) en miembros de la familia, malos tratos, abuso sexual o abandono, familia sobreprotectora con dificultad para resolver conflictos y que dan mucha importancia a la imagen corporal.¹

- **Factores socio-culturales:** Los cánones de belleza femenina que llevan a la búsqueda de la delgadez como señal de triunfo y felicidad, la presión social a través de los medios de comunicación y las modas, es tan alarmante que muchas personas ajenas al mundo sanitario considerarían normales los criterios médicos para diagnosticar un TCA.^{1,5}

b) **Factores precipitantes**

Se refiere a los acontecimientos acelerará la patología en el sujeto (separación familiares, crisis amorosas, ofensas y agresiones de amigos o enfermedad física), insatisfacción con el peso y la figura corporal, actividad física de gran demanda, conductas alimentarias restrictivas inconvenientes, y los cambios corporales propios de la pubertad.¹

c) Factores perpetuantes

Entre los que se encuentran: la malnutrición, el refuerzo social de conseguir disminuir de peso, por lo que se consideran poblaciones de riesgo las bailarinas, modelos, gimnastas y atletas que tienen que controlar su peso, el aislamiento o interacciones social alterados, los problemas familiares y al falta de un adecuada respuesta familiar y social.¹

CLASIFICACION

La anorexia nerviosa se clasifica principalmente en dos tipos:

- Tipo restrictivo: en la cual durante el episodio de anorexia nerviosa, el paciente no recurre regularmente a atracones (rápida e intensa ingesta de alimentos) para luego realizar conductas purgativas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diurético, enemas y anorexígenos).^{1,6}
- Tipo purgativo: Que de manera contraria al anterior, durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo si recurre regularmente a atracones o purgas.^{1,6}

DIAGNOSTICO

La Academia Americana de Psiquiatría DMS-IVTR y los datos por la OMS define los siguientes criterios diagnósticos:¹

- Pérdida significativa de peso (índices de masa corporal de Quetelet menos de 17,5) los enfermos prepúberes no puede experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de 1)evitación del consumo de

alimentos, 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, de pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamico-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual.
- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, e incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primera, en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Debe considerarse que la AN se diagnostica principalmente por la historia clínica y el examen físico general, y que los exámenes complementarios sólo dan una pauta de la parte somática de la enfermedad.

Historia clínica: Es necesario conocer: Cuándo y cómo se inició el trastorno, pérdida de peso, peso ideal que cree el paciente, métodos utilizados para perder peso, historia dietética, qué conductas anómalas en relación con la comida, actitud ante el peso, distorsión de la imagen corporal, historia menstrual, historia social: familia, escuela/ trabajo, amigos, pareja, uso de drogas y

repercusiones de la enfermedad en el entorno social.¹

Examen físico general: En los que se tomará en cuenta peso y talla actuales, signos vitales, índice de masa corporal, pliegues cutáneos, perímetro braquial entre otros de similar importancia.¹

Exámenes complementarios: Los cuales incluyen: hemograma completo con VSG, glucemia urea, creatinina, transaminasas, fosfatasas alcalinas, colesterol, triglicéridos, proteínas totales, albúmina, hierro, ferritina, electrolitos, gasometría, T3 libre, T4 libre, TSH, análisis de orina, Mantoux, ECG, etc.¹

Evaluación psiquiátrica: En los que se evaluará: grado de obsesión del paciente por la comida y el peso, el deseo de recibir ayuda, el valor del funcionamiento del paciente en casa, colegio, con los amigos y descartar la existencia de procesos psiquiátricos comórbidos que pueden ser causa o consecuencia de AN, explorar la presencia de ideación suicida, historia de violencia, abuso físico o sexual e investigar la reacción de los padres ante el trastorno.¹

TRATAMIENTO

El tratamiento de la AN debe ser integral, abordando la nutrición, posibles complicaciones médicas, aspectos psiquiátricos del paciente y de la familia, de modo que adaptará el tratamiento según la situación del paciente en: AN leve: multidisciplinar con participación activa del joven y la familia, AN moderado: multidisciplinar sobre la nutrición, educación u psicoterapia con pactos y AN grave: hospitalización con pérdida de autonomía para el tratamiento de problemas nutricionales y psiquiátricos, en este último caso el tratamiento consistirá.¹

Hospitalización

La decisión de hospitalizar a un paciente se basa en su estado médico, en general, los pacientes con peso menor del 20% deberían ingresar a un hospital; y aquellos con peso inferior al 30% del esperado requerirán ingreso psiquiátrico de 2 a 6 meses, por ello, la primera consideración en el tratamiento es restaurar el estado nutricional del paciente que pueden conducir a un grave compromiso de la salud.

Durante la hospitalización el paciente requiere de: ser pesados todos los días por la mañana, controlar diariamente la ingesta de líquidos y su posterior evacuación y determinar regularmente los niveles séricos de electrolitos y calcemia, por otro lado se aconseja dar una dieta de sólo 500 calorías por encima de las requeridas para mantener un el peso normal, repartíendose a lo largo del día y en forma de suplementos nutritivos en forma líquida.³

Psicoterapia

La psicoterapia expresiva de apoyo y dinámica se usa en el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa, en este tipo de tratamientos los terapeutas deben ser flexibles, persistentes y firmes al enfrentarse a los deseos del paciente de boicotear cualquier esfuerzo por ayudarles, a su vez también existe las terapias cognocitivo-conductuales que ayudan a controlar la ganancia de peso y posterior mantenimiento, así como para reconducir las conductas alimentarias.³

Terapia biológica

La evidencia muestra que ninguno de los psicofármacos disponibles ha mostrado una eficacia consistente, por otro lado en casos aislados, se ha reportado buenos resultados con amitriptilina, clomipramina e inhibidores selectivos de

la recaptación de serotonina, litio y ciproheptadina.³

BIBLIOGRAFIA

1. Hidalgo H. V. Güemes H. Trastornos de comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia. *Pediatr Integral*. 2008 [acceso el 30 de julio de 2013]. XII(10). Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Trastornos_comportamiento_alimentario_anorexia_bulimia.pdf
2. López C. L. Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2011. [acceso el 30 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf
3. Staudt M. A. Rojo N. M. Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. [acceso el 30 de julio de 2013]. 2006:156. Abril Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.htm
4. Buil C. R. García A. L. Pons A. T. Anorexia y Bulimia. Trastorno de conducta alimentaria. *Contracepción*. [acceso el 30 de julio de 2013] 9: 267-269. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/09%20Salud%20reproductiva%20e.pdf
5. Hernando B. Trastornos de conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. [acceso el 30 de julio de 2013]. 2000:24(2). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/anorexia.pdf>
6. Rodríguez L. Antolín M. Vaz F. García M. A. Trastornos del comportamiento alimentario:

Anorexia y Bulimia. Junta de Extremadura. Consejería de Salud y Consumo. 2006 [acceso el 30 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.doredin.mec.es/documentos/00920062000036.pdf>