

# Identificación precoz de los trastornos del comportamiento alimentario

P. Gual, C. Canedo, L. Lasa

*Dpto. de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra*

**RESUMEN.** Se calcula que alrededor del 10% de la población femenina de menos de 30 años presenta algún trastorno de la conducta alimentaria.

Se revisan los Trastornos del Comportamiento Alimentario más frecuentes: Anorexia y Bulimia Nerviosa con el objetivo de facilitar una identificación precoz de estas alteraciones.

Se evalúan diversas áreas centradas en la alteración de los hábitos alimentarios, psicopatología específica e inespecífica y signos físicos.

Se concluye que al tratarse de Trastornos de curso crónico e intermitente y con frecuentes recaídas, el mejor tratamiento de estas patologías es una adecuada prevención primaria

**SUMMARY.** It is estimated that about 10% of the female population under 30 years show some Eating Disorders. The most frequent Eating Disorders are dealt with: Anorexia and Bulimia Nervosa, to facilitate early identification of these disorders. Several areas focussed on food habits, specific and non-specific psychopathology and physical signs are evaluated.

In conclusion, the best treatment of these pathologies is an adequate primary prevention as they are chronic and intermitent with frequent relapses.

(Rev Med Univ Navarra 1996; 40: 36-43).

Correspondencia: Pilar Gual García  
Dpto. de Psiquiatría y Psicología Médica  
Clínica Universitaria  
Aptdo. 4209  
31080 PAMPLONA

## Palabras clave

Anorexia Nerviosa. Bulimia Nerviosa. Identificación precoz.

## Key words

Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Early identification.

## Introducción

Se calcula que alrededor del 10% de la población femenina de menos de 30 años presenta algún trastorno de la conducta alimentaria.

Estudios recientes (McCallum, 1993; Halmi, 1993) muestran que la tasa de prevalencia en los países occidentales se sitúa en torno al 1% entre mujeres jóvenes para Anorexia Nerviosa y al 1-3% en el caso de la Bulimia Nerviosa. En cuanto al sexo existe unanimidad entre los autores (Vandereycken y Pierloot, 1983; Hindler y cols. 1994): todos coinciden en señalar que los trastornos de la conducta alimentaria se dan preferentemente en mujeres (90% de los casos son mujeres frente al 10% de varones). Otros trastornos alimentarios como la pica (ingesta persistente de sustancias no nutritivas tales como pintura, yeso, cabello etc) o la rumiación son mucho menos frecuentes (Parry-Jones, 1994) y aparecen fundamentalmente en niños.

Aunque se reconoce el origen psíquico de estas patologías, no existe acuerdo acerca de su etiopatogenia. Parece ser que se trata de trastornos multicausales en cuya génesis intervienen factores biológicos, psicológicos, socioculturales, y familiares, por ello el enfoque de los mismos debe ser multidisciplinar.

El hecho de que aparezcan preferentemente en la adolescencia ha sido el motivo por el que se han estudiado las posibles influencias que puedan tener los cambios corporales que acontecen en la pubertad así como las incertidumbres que se originan en la búsqueda de la identidad personal en esta etapa del desarrollo, las relaciones familiares o las presiones socioculturales.

Todos somos conscientes de que en nuestra sociedad se está prestando cada vez más atención a la alimentación y a la dieta. Por otra parte, poseer una figura corporal estilizada se considera un «bien» de alto valor. Inicialmente parece que alcanzar el «tesoro» de la delgadez no conlleva gran dificultad: se trataría simplemente de comer menos, ingerir alimentos bajos en calorías y realizar más ejercicio físico. Sin embargo, en muchas ocasiones este objetivo se convierte en el desencadenante

de una alteración alimentaria. Algunos adolescentes se plantean metas de peso muy por debajo del dintel adecuado según su constitución física, por lo que para alcanzarlas tienen que llevar a cabo conductas claramente patológicas. El peso corporal, la dieta y la preocupación por el físico terminan por dominar sus vidas.

Teniendo en cuenta el aumento alarmante de estas patologías en torno a la alimentación, nos ha parecido interesante centrarnos en el estudio de situaciones o comportamientos que nos puedan ayudar a identificar y afrontar precozmente estos trastornos.

Antes de entrar de lleno en el tema, consideramos que puede ser útil recordar cuáles son las patologías más frecuentes con las que podemos encontrarnos y resumir las características clínicas de cada una de ellas.

### Anorexia nerviosa

La primera descripción médica de este trastorno se debe a Richard Morton (1689), quien estudió varios casos de una patología que él denominó «Consumción Nerviosa». Posteriormente otros autores, William Gull (1874) por una parte y Ernest Lassègue (1873) por otra, describieron el cuadro clínico de esta enfermedad con gran precisión; ambos coincidían en atribuirle un origen psicógeno.

Se trata de un trastorno que se caracteriza por una considerable pérdida de peso (peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado). Esta pérdida está originada por el propio enfermo a través de la restricción dietética y la evitación del consumo de alimentos que engordan, vómitos autoprovocados, uso o abuso de laxantes, ejercicio excesivo, y/o uso de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Existe una distorsión de la propia imagen corporal con dismorfofobia y un miedo morboso a engordar. Podemos encontrar asimismo amenorrea en la mujer y si la enfermedad se inicia en etapas tempranas, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso ésta se detiene.

La Organización Mundial de la Salud en su 10ª Revisión (1992) establece los siguientes Criterios Diagnósticos de Investigación para Anorexia Nerviosa (Tabla 1).

Por su parte la American Psychiatric Association, APA (DSM-IV, 1994) establece los siguientes Criterios Diagnósticos para Anorexia Nerviosa (Tabla 2) con sus dos subtipos: Tipo restrictivo y Tipo compulsivo/purgativo.

### Bulimia nerviosa

El síntoma de la hiperfagia se conoce desde la antigüedad. Galeno describió ya la Kynos orexia o «hambre canina». Las descripciones iniciales de la Anorexia

Tabla I

#### Criterios Diagnósticos de Investigación CIE-10 para Anorexia Nerviosa (1992)

- A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos que «engordan».
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. No cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa.

Nerviosa contienen escasas referencias a las conductas bulímicas, a pesar de que sí aparecen en los casos clínicos descritos (Habermans, 1989). Russell (1979) fue el primero en hacer una descripción completa del cua-

Tabla II

#### Criterios Diagnósticos DSM-IV para Anorexia Nerviosa (1994)

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable; o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; p. ej. ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.ej. con la administración de estrógenos).

#### Especificar el tipo:

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p.ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)  
**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente atracones o purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

dro clínico, en establecer los primeros criterios diagnósticos y en introducir el término «Bulimia Nerviosa».

La Bulimia Nerviosa es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de voracidad, es decir, de consumo rápido de grandes cantidades de alimentos en cortos períodos de tiempo, asociados a mecanismos compensatorios para contrarrestar el aumento de peso como los vómitos autoinducidos, el uso y abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos y la hiperactividad. El paciente presenta asimismo preocupación persistente por el peso y la figura y miedo morboso a engordar.

La Bulimia Nerviosa suele aparecer al final de la adolescencia o el inicio de la vida adulta. Los atracones pueden empezar después o durante un período de régimen dietético.

En el momento actual no es posible todavía identificar la causa de este trastorno. La mayoría de autores coinciden en considerar que, al igual que para la Anorexia Nerviosa, sólo desde una perspectiva multidimensional puede comprenderse mejor esta enfermedad cada vez más extendida en nuestra población femenina (López Ibor y Cervera, 1991).

En la tabla 3 se recogen los Criterios Diagnósticos de Investigación para Bulimia Nerviosa (CIE-10).

La APA (DSM-IV, 1994) recoge los Criterios Diagnósticos que se muestran en la Tabla 4 y clasifica este trastorno en dos subtipos purgativo y no purgativo.

Existen sin embargo otros trastornos del comportamiento alimentario que, sin llegar a cumplir todos los

Tabla III

#### Criterios Diagnósticos de Investigación CIE-10 para Bulimia Nerviosa (1992)

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en períodos pequeños de tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
  1. Vómito auto-provocado
  2. Abuso de laxantes
  3. Períodos de ayuno
  4. Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).

Tabla IV

#### Criterios diagnósticos DSM-IV para Bulimia Nerviosa (1994)

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por 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 mínimo, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 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, diuréticos 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.

criterios diagnósticos de las entidades clínicas antes señaladas, suponen una clara alteración en los hábitos alimentarios y que la APA incluye en un bloque que denomina Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (Tabla 5).

### Identificación precoz de los trastornos del comportamiento alimentario

Como ya hemos señalado anteriormente, nos parece especialmente interesante poder identificar precozmente esta patología por lo que nos detendremos en cómo llevar a cabo una adecuada evaluación en las diversas áreas.

#### A) Alteraciones en los hábitos alimentarios

Podemos detectar inicialmente alguno de estos trastornos observando los hábitos alimentarios de los adolescentes, para ello nos centraremos, por una parte, en

Tabla V

**Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (DSM-IV)**

**La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:**

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

el estudio de los posibles cambios en la composición de su dieta, horarios, cantidad etc. y por otra observaremos su comportamiento durante las comidas. Para recoger esta información es necesaria en muchas ocasiones la colaboración de la familia o de aquellas personas con las que conviven.

Las presiones socioculturales acerca de cuál debe ser el ideal estético en la mujer son cada vez más fuertes. Poseer un físico estilizado, delgado y dinámico se convierte en la meta de muchas adolescentes. Es muy frecuente entre la población femenina realizar dietas de adelgazamiento. Generalmente estas dietas las realizan sin ningún tipo de supervisión médica y van siendo modificadas según los resultados obtenidos. Es frecuente también que estas jóvenes vayan recabando toda la información disponible en relación a productos adelgazantes, preparados comerciales que sustituyan alguna de las comidas, etc. con el fin de poder ejercer un control absoluto sobre su peso.

En el caso de pacientes anorécticos, el medio utilizado para estar delgados es la restricción dietética rigurosa. Inicialmente no describen su conducta como rechazo a la alimentación sino que dicen que «están llenos», que no toleran determinados alimentos o que no tienen hambre. Podemos observar también que lle-

van a cabo una importante selección, consumen alimentos bajos en calorías y ricos en fibra, evitan totalmente las grasas, salsas, hidratos de carbono y azúcares. Su dieta se compone casi exclusivamente de verduras sin aceite, frutas, leche y yogures desnatados, queso fresco, y filetes a la plancha.

Algunos pacientes, cuando el trastorno ya está avanzado pueden llegar a mantenerse con uno o dos yogures, algún trozo de queso y una manzana. En algunos casos muy extremos, y ya en plena inanición, se llega incluso a la restricción de la dieta líquida con el consiguiente riesgo de deshidratación, lo que les obliga a una hospitalización urgente.

En relación a la conducta alimentaria es frecuente que los pacientes anorécticos presenten hábitos alimentarios inusuales. Llama la atención su manera 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 muy pequeñas y extenderlas a lo largo del plato, mezclan diversos tipos de alimentos, y los condimentan con vinagre. Mantienen una gran concentración en el acto de comer. Se irritan cuando se sienten vigilados o controlados y sobre todo si se les insiste en que coman más. A veces, esconden y luego tiran la comida con el fin de engañar a los familiares.

Prefieren comer solos y en cuanto pueden evitan alguna comida, incluso realizan ayuno casi total durante algún día. Presentan dificultades en las relaciones interpersonales, se aíslan y generalmente evitan realizar las comidas con los demás miembros de la familia. No aceptan tampoco compromisos que conlleven comer en restaurantes o fuera de casa.

Encontramos además otros trastornos conductuales encaminados también a conseguir la pérdida de peso. La actividad de estos pacientes es excesiva. Sorprende a cualquier observador que una persona con tan bajo peso sea capaz de realizar una actividad tan intensa. Su finalidad: «quemar calorías». Son aficionados al deporte, se les suele ver estudiando de pie o en posturas que les permitan mantener los músculos en tensión. Tanto la comida como el peso ocupan un lugar relevante en su vida. Para muchos de estos pacientes el peso les sirve para «autoevaluarse» por lo que se pesan varias veces al día. Tras la ingesta se encuentran especialmente tensos e inquietos, no son capaces de permanecer en reposo y en algunas ocasiones el método utilizado para aliviar la ansiedad es la autoprovocación del vómito.

Debido al estreñimiento pertinaz se habitúan pronto al uso de laxantes. Pueden llegar a consumir tam-

bién diuréticos o anorexígenos con el mismo fin: «perder peso».

En el caso de los pacientes bulímicos observamos que sus patrones alimentarios son variables e irregulares, es frecuente que durante el día sigan una dieta más o menos restrictiva y que a partir de media tarde presenten episodios de voracidad en los que ingieren grandes cantidades de alimentos preferentemente hipercalóricos y ricos en hidratos de carbono. La cantidad es variable, pero pueden llegar a consumir alrededor de 3.000-4.000 Kcal en un único atracón (Chinchilla, 1994). Su duración puede variar desde unos minutos a horas, durante este tiempo los pacientes experimentan una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, existiendo durante los mismos una dificultad para poder parar de comer. El alimento se suele tomar en secreto, generalmente de forma rápida, y muchas veces se traga sin masticar. Tras la sobreingesta se reanuda la dieta estricta con el fin de contrarrestar el posible aumento de peso y se cierra así lo que podríamos denominar el ciclo dieta-atracón-dieta.

Así lo refleja una enferma:

*«Mi conducta respecto a la alimentación era bastante desordenada. Los días que me cuidaba que solían ser de lunes a sábados tomaba un yogur desnatado con cereales de fibra, al mediodía verdura y por la noche una manzana. Había días que sólo tomaba frutas, sobre todo después de un atracón. El domingo me daba un atracón y entonces comía cualquier cosa, siempre solía ser después de las siete de la tarde, cuando estaba muy nerviosa y ya no aguantaba más. Mientras comía no podía saborear la comida porque pensaba en lo que me iba a comer luego. En estos momentos mi única idea era la comida. Después me dolía la tripa de haber comido. A veces pensaba que me estaba volviendo loca, me sentía culpable por lo que estaba haciendo».*

En relación al tipo de alimentos ingeridos durante los atracones, no existe actualmente consenso. Woell (1989) estudiando exhaustivamente el registro dietético de 30 pacientes bulímicas, llegó a la conclusión de que el análisis de macronutrientes contenidos en un atracón no difiere sensiblemente del que se obtiene en una comida considerada «normal». Por el contrario, Van der Ster Wallin (1994), Rosen (1986) y Hadigan (1989), en sus estudios sobre hábitos alimentarios en pacientes bulímicas, comprobaron que durante los atracones, dichos pacientes ingerían aquellos alimentos que eran considerados «tabú» durante las comidas normales.

En un reciente estudio realizado en nuestro Departamento (Gual y cols. 1995) en el que se analizaron los

hábitos alimentarios de 30 pacientes que cumplían criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa, se observó que más del 60% de los mismos evitaban en su dieta aquellos alimentos que consideraban altamente energéticos y que era precisamente durante el atracón, cuando ingerían alimentos con un alto contenido en hidratos de carbono fácilmente disponibles, como, por ejemplo, helados, golosinas, chocolates etc. Por otra parte, se confirmó que un elevado porcentaje (66%) realizaban una dieta estricta y que ésta facilitaba el atracón.

Al igual que los pacientes anoréticos, pueden presentar otros trastornos conductuales encaminados a contrarrestar el aumento de peso que se produciría por la sobreingesta de los atracones. Así podemos encontrar vómitos autoprovocados inmediatamente después del atracón o pasadas incluso algunas horas. La provocación del vómito puede llevarse a cabo mediante diferentes maniobras como son la introducción de los dedos en la boca, presiones en el abdomen, etc. Para comprobar si la pérdida de peso tras el vómito ha sido suficiente estos pacientes pueden llegar a pesarse antes y después del mismo.

Estas conductas, al igual que en los casos de anorexia, alteran las relaciones familiares o sociales de estos pacientes, puesto que rechazan cualquier instancia a comer por miedo a no poder controlarse o por no poder disponer de un sitio asequible para provocarse el vómito. Durante las comidas familiares, aunque no suelen ser tan conflictivas como en el caso de pacientes anoréticos, llama la atención que se levanten inmediatamente de la mesa tras la comida y que permanezcan mucho tiempo en el cuarto de baño. En ocasiones, esta es la primera señal de alarma.

Es casi constante la presencia de hiperactividad, y en su intento por conseguir la pérdida de peso a cualquier precio, pueden llegar a consumir fármacos. Los más usados son los laxantes, diuréticos y anorexígenos (anfetaminas o extractos tiroideos).

## **B) Alteraciones Psicopatológicas**

La mayoría de autores están de acuerdo en afirmar que el trastorno de la vivencia corporal, la alteración de la percepción de la propia imagen (dismorfofobia) y la preocupación persistente por el peso y la figura constituyen factores nucleares de los trastornos de la alimentación (Slade, 1973; Garner y Garfinkel, 1979; Fairburn y cols, 1985; Mora y Raich, 1993). Los pacientes anoréticos a pesar de estar extremadamente delgados, cuando no caquéticos, niegan la evidencia, siguen

viéndose gordos, sobrevalorando sus dimensiones. No siempre estas distorsiones afectan a todo el cuerpo o a la imagen global del mismo. Es frecuente que se limite a zonas concretas especialmente muslos, abdomen, caderas y nalgas. Este descontento con su imagen corporal es el principal motivo que les induce a la pérdida de peso, sobre todo en aquellos pacientes en las que se asocia a baja autoestima o depresión.

Junto a las modificaciones cognitivas y conductuales, propias de estos trastornos, existen otros síntomas psicopatológicos inespecíficos. En el caso de los pacientes anoréticos y a modo de resumen, recogemos en la Tabla 6 las áreas psicopatológicas más afectadas encontradas en un grupo de 50 pacientes anoréticos atendidos en nuestro Departamento durante el período comprendido entre enero de 1987 y diciembre de 1989, y evaluadas a través del AMDP (Quintanilla B, Cervera S, 1992).

Se nos plantea así una importante cuestión que ha sido motivo de numerosas investigaciones. Algunos autores (Eckert y cols., 1982; Swift y cols., 1986) han llegado a sugerir que la Anorexia Nerviosa podría ser una variante del trastorno afectivo. Los pacientes suelen manifestar sintomatología depresiva: tristeza, reducción de intereses, baja autoestima, aislamiento social, llanto frecuente, insomnio, etc. Desde el trabajo de Keys y cols. (1950) se conoce que la sintomatología depresiva puede estar determinada por la reducción de peso, por lo que algunos autores (Laessle y cols. 1987) consideran que estos síntomas afectivos son secundarios al trastorno alimentario.

Tabla VI

#### Áreas Psicopatológicas afectadas

- a) **Síntomas afectivos:**  
tristeza, angustia, desesperanza, sentimiento de insuficiencia y ruina.
- b) **Síntomas obsesivos:**  
fobias, hipocondría, compulsiones.
- c) **Negación de la enfermedad:**  
ausencia de conciencia y sentimiento de enfermedad, desconfianza, rechazo del tratamiento e irritabilidad.
- d) **Empobrecimiento afectivo:**  
Trastorno de sentimientos vitales, sentimiento de vacío afectivo, necesidad de cuidados, disminución de la sociabilidad.
- e) **Otros trastornos:**  
Trastorno de la fijación y de la memoria, falta de concentración, adinamia psíquica, enteltecimiento.

Quintanilla y Cervera, 1992.

La sintomatología ansiosa parece ser también frecuente. Existe una ansiedad difusa, constantemente experimentada, que tiende a agudizarse e incrementarse con el devenir del trastorno anorético. El sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, etc. pueden influir tanto en su aparición como en su mantenimiento. Podemos decir sin embargo que el fenómeno esencial del trastorno anorético es la fobia al sobrepeso real o supuesto.

Por otra parte la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la Anorexia Nerviosa también ha sido descrita con frecuencia por diversos autores (Schütze, 1980; Hecht y Fichter, 1983). Los pensamientos que la paciente tiene acerca de su cuerpo, su peso, su necesidad de control, las comidas, etc, son reiterados y constantes. Suelen tener auténtico carácter intrusivo: «no me los puedo quitar de la cabeza», «siempre estoy pensando en esas cosas». Son pensamientos que provocan ansiedad y que frecuentemente, aunque no siempre, desearían suprimir. Algunos pacientes incluso pueden llegar a sospechar o a aceptar que estos pensamientos son absurdos o irracionales, sin embargo, es cierto que no los ven ajenos a sí mismos.

En algunos casos, suelen presentar alexitimia que se traduce en una dificultad para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos y para describir con palabras sus emociones.

Por otro lado, las conductas más o menos extravagantes relacionadas con la comida y el peso, realizadas día a día, ocasión tras ocasión, siempre de la misma manera y reiteradamente, practicadas con un aparentemente escásimo grado de libertad, semejan auténticas compulsiones.

En el caso de los pacientes bulímicos encontramos también en la exploración psicopatológica una intensa preocupación acerca del peso, la imagen corporal y la comida. Estos pensamientos rumiativos llegan a adquirir el carácter de intrusiones y obsesiones puesto que son una constante en su día. La preocupación excesiva por la comida se acompaña de deseos irresistibles de comer que son incapaces de controlar, junto al miedo morboso a engordar. Es conocido que estos pacientes presentan también actitudes patológicas respecto a su cuerpo. El aumento de peso repercute de manera importante en su autoestima y por el contrario la pérdida de peso refuerza su sentimiento de seguridad personal.

La ansiedad previa al atracón suele desaparecer con la realización del mismo y puede ser sustituida por intensos sentimientos de culpa, vergüenza, tristeza o deses-

peración (Gual y cols. 1995). Los episodios de voracidad pueden desencadenarse por circunstancias variadas, pero destacan la interacción entre estados emocionales adversos y la sensación de hambre determinada por el ayuno total o parcial practicado durante el día.

La presencia de psicopatología inespecífica derivada del descontrol de los impulsos (alcoholismo, drogodependencias, autoagresiones, cleptomanía, etc) así como sintomatología depresiva es también frecuente en estos pacientes (Fichter y cols. 1994).

### C) Signos físicos

En la Anorexia Nerviosa encontramos una considerable pérdida de peso (Índice de Masa Corporal < 17.5). Este adelgazamiento excesivo se observa en la paciente a través de su aspecto físico: ojos hundidos, aspecto de envejecimiento, huesos prominentes, caída de cabello. Podemos encontrar también hipertrichosis, lanugo, piel escamosa, edemas, bradicardia, bradipnea, hipotermia y estreñimiento

Los trastornos de la menstruación —amenorrea— se requieren como criterio diagnóstico, sin embargo, la amenorrea no es un signo específico, se deriva de las alteraciones endocrinológicas que se ocasionan cuando se produce un importante descenso ponderal. El estado de semi-inanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades médicas acompañantes como son anemia normocítica normocrómica, alteración de la función renal (asociada a deshidratación crónica e hipotatemia) y trastornos cardiovasculares (APA, 1994).

En pacientes bulímicos encontramos una serie de síntomas determinados por los vómitos autoprovo-cados tales como erosiones dentales, callosidades en el dorso de las manos (signo de Russell) producidas por las maniobras que realizan para provocarse los vómitos, hipertrofia de glándulas salivares (sobre todo de parótidas), irregularidades menstruales, edemas, hin-

chazón abdominal, debilidad, y en ocasiones grandes oscilaciones del peso. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica (para estimular la motilidad intestinal), pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas llegan a ser de la suficiente importancia como para constituir un problema médico grave. Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo (desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas). En comparación con los enfermos que padecen Bulimia Nerviosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos como alteraciones de líquidos y electrolitos (APA, 1994).

### Conclusión

El pronóstico de un paciente con algún trastorno del comportamiento alimentario varía según la gravedad, el tiempo de evolución, el apoyo familiar, social y terapéutico que tenga. Sin embargo, no cabe duda que se trata de patologías que persisten durante un largo período de tiempo. En general, su curso es crónico e intermitente y son frecuentes las recaídas. De ahí que podamos decir que el mejor tratamiento es una adecuada prevención primaria que reduzca su creciente incidencia. La educación en los diferentes niveles: sociocultural, comunitario, escolar y familiar, sobre la prevalencia, síntomas y consecuencias de estas alteraciones, beneficiaría a un amplio sector de la población femenina con mayor riesgo y evitaría que actitudes y conductas alimentarias en el límite cristalizaran en una alteración clínica. Por otra parte, la detección precoz de cualquier anomalía en los hábitos alimentarios y el adecuado consejo de un profesional, pueden contribuir de una manera claramente eficaz en la detención de lo que podría desembocar en una patología bien definida.

### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

2. Chinchilla A. Guía Teórico-Práctica de los trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Barcelona: Masson 1994.

3. Eckert DE, Golberg SC, Halmi KA, Casper RC, Davis JM. Depression in anorexia nervosa. *Psychol Med* 1982; 12: 711-2.

4. Faiburn CG, Cooper PJ, Kirk J, O'Connor M. The significance of the neurotic symptoms of Bulimia Nervosa. *J Psychiatr Res* 1985; 19/2-3: 135-40.

5. Fichter MM, Quadflieg N, Rief W. Course of multi-impulsive bulimia. *Psychol Med* 1994; 24: 591-604.

6. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-9.

7. Gual P, Lasa I, Cervera S. Modelo alimentario en pacientes con bulimia

nerviosa. *Psiquiatría Biológica* 1995;2:71-77

8. Gull WW. Apepsia hysterica: anorexia nervosa. *Transcripts of the Clinical Society of London* 1874;7:22-28

9. Habermas T. The Psychiatric History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Weight Concerns and Bulimic Symptoms in Early Case Reports. *Int J Eating Disorders* 1989; 10: 1-15.

10. Hadigan CM, Kissileff HR; Walsh BT. Pattern of food selection during meals in women with bulimia. *Am J Clin Nutr* 1989; 50:759-66.

11. Halmi KA. A multimodal model for eating disorders. APA Symposium, San Francisco. 1993

12. Hecht HM, Fichter M, Postpischil F. Obsessive-compulsive disorder and Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry* 1984; 141,12: 1594-7.

13. Hindler CG, Crisp AH, McGuigan S, Joughin N. Anorexia nervosa: change over time in age of onset presentation and duration of illness. *Psychol Med* 1994; 24: 719-29.

14. Keys A, Brozek J, Itenschel A, et al. *The Biology of Human Starvation*. University of Minnesota Press, Minneapolis (1950)

15. Laessle RG, Kitte S, Fichter MM, et al. Major Affective Disorder in Anorexia Nervosa and Bulimia. A Descriptive

Diagnostic Study. *Br J Psychiatry* 1987;151:785-9.

16. Lassègue EC. Anorexia hysterique. *Arch Gen Med* 1873;21:385-403

17. López Ibor JJ, Cervera S. La entidad nosológica de la Bulimia Nervosa. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1991; 19,6: 304-25.

18. Mc. Callum K. Eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 1993; 6:480-485

19. Mora M, Raich RM. Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1993; 20,3: 113-5.

20. Morton R. *Phthiologica. Or a Treatise of Consumption* 2nd ed. London, England: Smith 1720

21. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos Mentales y del Comportamiento 10ª revisión*. 1992

22. Parry Jones WLL, Parry Jones B. Implications of Historical Evidence for the Classification of Eating Disorders. *Br J Psychiatry* 1994;165:287-292

23. Quintanilla B, Cervera S. Anorexie mentale: manifestacions psychopathologiques fondamentales. En *L'approche clinique en psychiatrie: histoire, role, applications*. Laboratoires Delagrang/Synthelabo. pp. 195-224, 1992.

24. Rosen JC, Leitenberg H, Fisher C, Khazam C. Binge-eating episodes in bulimia nervosa: the amount and type of food consumed. *Int J Eating Disorders* 1986; 5: 255-67.

25. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-448.

26. Schütze. *Anorexia Nervosa*. Bern: Huber 1980: 121-31.

27. Slade PD. A short Anorexia Behavior Scale. *Br J Psychiatry* 1973; 122: 83-5.

28. Swift WJ, Andres D, Barcklage EN. The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *Am J Psychiatry* 1986; 143,3:290-9.

29. Van der Ster Wallin G, Norrig C, Holmgren S. Binge eating versus non purged eating in bulimics: is there a carbohydrate craving after all?. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:376-81.

30. Vandereycken W, Pierloot R. The significance of subclassification in anorexia nervosa: A comparative study of clinical features in 141 patients. *Psychol Med* 1983; 13,3: 543-9.

31. Woell C, Fichter MM, Pirke KM, Wolfram G. Eating behavior of patientes with bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1989; 8: 557-8.