

Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales

Anorexia nervosa: a review

Ma. Eugenia A. Ibarzábal-Ávila,* José Alberto Hernández-Martínez,* David Luna-Domínguez,*
Juan Enrique Vélez-Escalante,* Marlene Delgadillo-Díaz,* Vanessa Manassero-Baeza,*
Enrique Bernal-Espinoza,* Laura González-Macías,* Ana Griselda Ortiz-Fernández,*
Angélica Moguel-Gloria,* Ana Lilia Córdova-Esquivel,* Martha Helena Ramos-Ostos*

* Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento. Fundación Clínica Médica Sur.

RESUMEN

La anorexia nervosa es un trastorno de la alimentación. Este artículo presenta las consideraciones generales de la anorexia nervosa con un enfoque de origen multifactorial y un abordaje multidisciplinario. Generalmente la anorexia nervosa aparece en la adolescencia temprana, es más frecuente en mujeres; su curso tiende a la cronicidad y coexiste con una alta comorbilidad médica y psiquiátrica. La anorexia nervosa reporta la más alta mortalidad entre todos los trastornos psiquiátricos. La creación de conocimiento sobre esta área es necesaria para que los médicos y el personal del sector salud consideren a la anorexia nervosa como una enfermedad psiquiátrica que difícilmente llega a tener una remisión espontánea. La anorexia nervosa puede afectar de igual manera a individuos adultos que iniciaron con este trastorno en la adolescencia.

Palabras clave. Psiquiatría. Comorbilidad. Prevención.

ABSTRACT

Anorexia nervosa is a specific eating disorder. This article presents the general considerations of anorexia nervosa with a focus on a multifactorial origin and a multidisciplinary approach. Usually anorexia nervosa appears in early adolescence, being more frequent among women, its course tends to chronicity and coexists with high medical and psychiatric comorbidity. Anorexia nervosa has the highest rate of mortality amongst the psychiatric disorders. The creation of knowledge in this area is needed in order for doctors and staff in the health sector to consider anorexia nervosa as a mental illness unlikely to have a spontaneous remission. Anorexia nervosa can likewise affect adult individuals who started with this disorder in the adolescence.

Key words. Psychiatric. Comorbidity. Prevention.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades psiquiátricas generalmente de larga duración, con afectación al individuo en las esferas física, mental y social. Presenta un gran impacto en la familia, provoca sufrimiento, y puede conducir a incapacidad e incluso a la muerte.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, en su 5a edición (APA 2013) (DSM5),¹ incluye tres trastornos específicos que incluyen la anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno por atracón. En este

artículo se realizó una revisión sobre las consideraciones generales de la anorexia nervosa.

CONCEPTOS GENERALES

Las características que definen a la anorexia nervosa son mentales; nunca hay que olvidar que es un padecimiento psiquiátrico y todas las repercusiones físicas que se presenten son secundarias al estado mental del paciente. Este estado mental se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, ya sea a través de una restricción intensa en la ingesta calórica o de

Correspondencia:

Ma. Eugenia A. Ibarzábal-Ávila

Clinica de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad Infantil. Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento. Fundación Clínica Médica Sur
Puente de Piedra, Núm. 150. Col. Toriello Guerra. C.P. 14050, México, D.F.

Tel.: (+52) 55 5424-7200 ext. 3002

Correo electrónico: dra.maruiarbazabal@gmail.com, manualdepareja@aol.com, cidyttca@medicasur.org.mx

Fecha de recibido: junio 18, 2015.

Fecha de aceptado: junio 30, 2015.

un gasto de energía realizando ejercicio excesivo; también es característico el miedo intenso a ganar peso o convertirse en una persona obesa y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.¹ Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarca, pueden sufrir amenorrea (APA 2000). De esta manera, el fenotipo distintivo de la anorexia nervosa es el estado de desnutrición.

El DSM 5 diferencia dos diferentes subtipos (Tabla 1). La anorexia nervosa de tipo con atracones/purgas (antes llamada compulsivo-purgativa, en la que el individuo con desnutrición, además de restringir la ingesta calórica y/o hacer ejercicio excesivo, cursa con atracones y conductas compensatorias inapropiadas) y la anorexia nervosa de tipo restrictiva (en la que el individuo con desnutrición sólo restringe la ingesta calórica y/o realiza ejercicio excesivo, sin recurrir a atracones ni conductas compensatorias).

Epidemiología

La anorexia nervosa tiene dos picos de presentación en la adolescencia, entre los 13 y 14 años y entre los 17 y 18 años, puede perdurar hasta la vida adulta. Con una prevalencia de 0.5%,^{1,2} la Encuesta Nacional de Salud Mental Adolescente en población mexicana (aplicada en el 2005), evaluó una población de adolescentes entre 12 y 17 años, encontrando una prevalencia de 0.5%.³ Más frecuente en mujeres que hombres con una proporción 10 a 1.¹ Tiene tendencia a la cronicidad y suele presentarse en adultos que empezaron en la adolescencia, con una tasa de remisión que puede ser tan baja como 28% con el seguimiento a un año, de 76% en seguimiento a cinco años de tratamiento y de 68 a 84% en seguimiento a ocho a 16 años.

Impacto físico

Las pacientes con anorexia nervosa en general lucen muy delgadas, con una edad menor a la que tienen, la piel puede tener un tono naranja-amarillento por consumo excesivo de alimentos ricos en carotenos (verduras rojas y naranjas); pueden referir intolerancia al frío aunque se cubran con varias prendas de vestir; cuando se levantan bruscamente pueden presentar hipotensión ortostática, en los brazos pueden tener lanugo, bradicardia, edema en miembros inferiores, los dientes pueden perder el esmalte si la paciente vomita frecuentemente. En adolescentes se puede detener el crecimiento y llegar a presentar osteopenia, incluso osteoporosis, que puede llevar a fracturas, aunque las pacientes sean muy jóvenes.²

Se presentan las principales alteraciones físicas (Tabla 2) y de laboratorio y gabinete (Tabla 3) que pueden presentar los pacientes:

Estas complicaciones pueden o no presentarse, pero no quitan la gravedad del trastorno. Lo que determina la gravedad en general es "el estado mental del paciente", aunque en estados avanzados o en una fase muy aguda las complicaciones físicas pueden ser muy severas que tienen que ser atendidas en un Servicio de Urgencias y posteriormente en internamiento hospitalario. Debido a los vómitos, el abuso de laxantes y diuréticos, podemos observar alteraciones hidroelectrolíticas que ponen en riesgo la vida, además pueden cursar con falla hepática por el abuso de otros medicamentos anorexigénicos.³

Otras complicaciones a nivel cardiovascular son lipotimias, síncope, arritmias y falla cardíaca, que puede llevar incluso a un paro cardíaco.^{4,5} Otra complicación, aunque poco frecuente, es la ruptura del estómago y pancreatitis después de un atracón.⁶

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia nervosa según DSM5.

-
- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
 - B. Miedo intenso a ganar peso o engordar (comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo).
 - C. Alteración en la forma de percepción de su propio peso o constitución.

Subtipos:

- **Tipo restrictivo.** Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se debe, sobre todo, a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo durante los últimos tres meses.
 - **Tipo con atracones/purgas.** Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).
-

Modificado de: American Psychiatric Association (2013).¹

Tabla 2. Alteraciones físicas de acuerdo con DSM5.

-
- Piel y anexos:
 - Pérdida del tejido subcutáneo
 - Pérdida del cabello
 - Aparición de lanugo
 - Atrofia de uñas
 - Sistema endocrino:
 - Amenorrea
 - Hipercortisolemia
 - Osteopenia y osteoporosis
 - Alteraciones tiroideas
 - Cardiovascular:
 - Hipotensión ortostática
 - Bradicardia
 - Arritmias
 - Gastrointestinales:
 - Retraso en el vaciamiento gástrico
 - Alteraciones en la percepción de hambre/saciedad
 - Neuropsiquiátricas:
 - Fallas en la atención y concentración
 - Fallas en la regulación emocional
 - Distorsión de la imagen corporal
-

Modificado de: American Psychiatric Association (2013).¹

La complicación psiquiátrica más importante son los intentos suicidas. Se considera el padecimiento con más alta mortalidad entre todos los trastornos psiquiátricos.⁵ Se ha estimado una tasa de mortalidad cruda (el porcentaje de muerte por cada 1,000 habitantes en una población dada, en un periodo específico) hasta de 8%.

Impacto psicológico

Involucra diversas alteraciones en la estructura emocional de una persona; los falsos ideales de belleza, el alto nivel de perfeccionismo y una baja autoestima pueden causar alteraciones de la imagen corporal, distorsiones en el pensamiento, síntomas de ansiedad, depresión y comportamientos obsesivos-compulsivos que contribuyen al agravio del trastorno alimentario.⁷ La conciencia de enfermedad es muy limitada, si bien casi nula, manifestándose una gran preocupación por el peso, la comida y la figura, estimulada por la distorsión de imagen corporal. Estos individuos presentan rasgos de personalidad que anteceden y perpetúan el cuadro clínico, como una gran inseguridad interpersonal, un alto grado de perfeccionismo, de obsesión e intolerancia a la afectividad negativa o al rechazo, un grado elevado de responsabilidad, culpa, competitividad y rigidez.⁸

Tabla 3. Alteraciones en los exámenes de laboratorio y gabinete en DSM5.

-
- Biometría hemática:
 - Anemia, leucopenia, trombocitopenia
 - Química sanguínea:
 - Hipoglicemia, nitrógeno ureico elevado y deshidratación, hiperamilasemia
 - Electrolitos séricos:
 - Hipokalemia
 - Hiponatremia
 - Hipofosfatemia
 - Hipocloremia
 - Pruebas de función hepática:
 - Enzimas hepáticas elevadas
 - Pruebas de función tiroidea:
 - Hipotiroidismo subclínico
 - Electrocardiograma:
 - Bradicardia, inversión de la onda T, prolongación del intervalo QT
 - Densitometría ósea:
 - Disminución de la densidad ósea
 - Resonancia magnética de cráneo:
 - Disminución del volumen cerebral
-

Modificado de: American Psychiatric Association (2013).¹

En aquellos individuos que cursan con el subtipo atracones/purgas, es más frecuente encontrar rasgos como impulsividad y agresividad. La malnutrición y el estrés cada vez más intenso son producidos por el rechazo a su propio cuerpo y provoca sentimientos de tristeza, irritabilidad y aislamiento social progresivo que genera un círculo vicioso y dificulta la culminación del trastorno alimentario. Es una enfermedad que disminuye la calidad de vida de la persona que lo padece y de las personas que lo rodean.

Importancia de la familia

La anorexia nervosa, a pesar de no tener una prevalencia elevada, está considerada entre las enfermedades más graves, peligrosas y letales, pues trastorna el desarrollo vital de 40% y mata a 8% de las personas que la padecen.⁹ Esta amenaza permite entender el impacto que el padecimiento ejerce en las familias que cuentan con algún integrante dominado por esta enfermedad. Los efectos en la familia están asociados a la configuración de la misma; está definida tanto por el nivel individual, el relacional y el psicosocial. En el plano individual cuentan tan-

to la vulnerabilidad psicológica como los recursos resilientes de sus integrantes (sobre todo, qué tan competentes son los padres en sus prácticas de crianza). En el nivel relacional también es central el estado de la relación de pareja y el equipo parental que han logrado construir para ejercer buenos tratos y firmeza. En el nivel psicosocial están implicadas las condiciones del contexto social que protege a las personas con su cultura e instituciones y facilita un tratamiento en caso de requerirlo, o en sentido contrario, favorece la injusticia social que se suma a los estresores que una familia enfrenta cuando atiende a uno de sus miembros.

Lo que las familias experimentan, en parte, está asociado con los mitos que predominan sobre los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo: que los padres (y en particular la madre) son los responsables de que su hija o hijo padezca el trastorno, que se trata de un padecimiento voluntario porque quieren morir, no crecer o castigar a los padres, sólo quieren llamar la atención o es parte de la rebeldía normal de la adolescencia que se supera. Estas creencias producen reacciones de negación, ira, culpa, miedo, ansiedad, angustia. También confrontaciones y sobrecuidados. Se agudizan los conflictos preexistentes entre los integrantes de la familia y se complican sus relaciones. Es por todo esto que la terapia familiar forma parte integral e imprescindible del tratamiento, pues inadvertidamente puede llegar a favorecer la permanencia y complicación del trastorno y cuando se realiza contribuye en forma importante a la recuperación.¹⁰

Diagnóstico

Dado que la enfermedad es de origen multifactorial y puede afectar al área física, psicológica y social del individuo, el diagnóstico debe ser multidisciplinario, que abarque la evaluación del impacto, incluyendo médico internista o pediatra según la edad del paciente, psiquiatra, psicoterapeuta individual, familiar, nutriólogo y fisioterapeuta.

Cada uno debe evaluar el impacto del trastorno en el individuo y determinar el riesgo o presencia de complicaciones, de enfermedades agregadas y riesgo de muerte o secuela.

El diagnóstico diferencial debe realizarse en principio contra otras entidades médicas, sobre todo aquéllas que estén relacionadas con una pérdida grave de peso, entre ellas alteraciones gastrointestinales y hepáticas, alteraciones endocrinas como diabetes mellitus e hipertiroidismo; alteraciones inmunológicas graves que debuten con un síndrome de consunción, enfermedades infecciosas como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o bien, presencia de neoplasias.¹ Es importante recordar que cualquiera de estas alteraciones comúnmente no cursa con

una alteración de la imagen corporal, además que el individuo sí puede evaluar la gravedad de la pérdida de peso. Sin embargo, es frecuente observar que una descompensación en el peso, secundaria a alguna anormalidad médica, puede anteceder a la aparición de la anorexia nervosa, por lo que si tras la pérdida sustancial de peso se instalara un rechazo a recuperarlo, este dato levantaría sospecha importante de la presencia de un trastorno alimentario.

Desde el punto de vista psiquiátrico, debe hacerse diagnóstico diferencial con cualquier trastorno psicótico; en este caso, explorar el contenido de las ideas delirantes nos arrojará el dato diferencial (p. ej. la creencia de que se carece de órganos al interior del cuerpo en un síndrome de Cotard).¹ Del mismo modo, debe hacerse diagnóstico diferencial con un trastorno obsesivo compulsivo de tipo somático, cuyas ideas obsesivas limiten el aporte nutricional (p. ej. miedo a ingerir alimentos por la creencia de que algún evento catastrófico podría suceder consigo mismo o al exterior).¹ Lo que hace necesario que el grupo de especialistas sea experto en el tema.

Tratamiento

El tratamiento primordial del individuo con anorexia nervosa es alcanzar la renutrición, siempre supervisada por el médico y por el apoyo nutricional especializado. Las metas del tratamiento en anorexia son restaurar el peso, normalizar los patrones alimentarios, lograr percepciones normales de hambre y saciedad y corregir las secuelas biológicas de la desnutrición.^{11,12} La American Psychiatric Association (APA) indica que son necesarios tratamientos altamente estructurados para obtener ganancias de peso en pacientes con < 85% de su peso ideal. Los tratamientos deben realizarse en el medio hospitalario cuando el peso es significativamente bajo (< 75% del peso ideal), cuando la pérdida de peso ha sido rápida o cuando hay signos médicos de malnutrición, como bradicardia, hipotensión, hipotermia, desequilibrio hidroelectrolítico o cualquier complicación que ponga en riesgo la vida del paciente. Es importante vigilar los signos del síndrome de realimentación, que es una complicación que se puede presentar cuando el individuo empieza a comer.¹³⁻¹⁵

Es indispensable la educación en nutrición como coadyuvante de otras modalidades terapéuticas, ya que minimiza la restricción de alimentos e incrementa la variedad de la comida.

Aunque el empleo inicial de psicofármacos no ha mostrado modificar la distorsión de la imagen corporal y las distorsiones cognitivas focalizadas en los alimentos, el uso

específico de antipsicóticos de segunda generación (la olanzapina es el medicamento que mayor evidencia ha adquirido) sí promueve una respuesta adecuada a la ansiedad, la depresión, la agresividad, la angustia y tolerancia al periodo de renutrición.¹⁶⁻¹⁸ Una vez que la renutrición se ha alcanzado, el empleo de fluoxetina ha demostrado prolongar la sobrevida y evitar la recaída.^{16,18} Sumado al tratamiento psiquiátrico, el apoyo psicológico para el paciente debe integrarse en el tratamiento, y el objetivo será modificar las distorsiones cognitivas,^{16,18-21} fortalecer áreas de autoestima, regulación afectiva¹⁸ y de los impulsos, y mejorar la capacidad de integración social. La terapia de familia juega un papel especial en el tratamiento de la anorexia nervosa, ya que es una de las principales estrategias terapéuticas que ha ganado mayor evidencia científica para el tratamiento de la anorexia nervosa en niños y adolescentes.^{16,18-20}

Se hace necesaria la intervención del resto del equipo de especialistas, la psicoeducación en las sesiones de terapia de familiar para ayudar a la familia a entender el proceso de la enfermedad y que sean un apoyo para la recuperación. La psicoterapia individual va fortaleciendo al paciente a comprender la enfermedad y trabajar en las creencias de la enfermedad, en su imagen y que vaya descubriendo sus propios recursos para el manejo emocional. El seguimiento médico es indispensable para tratar la comorbilidad médica asociada y sus complicaciones.

CONCLUSIONES

Los trastornos de la conducta alimentaria son padecimientos psiquiátricos graves por dos aspectos principales:

- Detienen el desarrollo emocional cuando la persona los padece, se presentan más en la adolescencia, lo que puede afectar y producir limitaciones graves en el desarrollo emocional, se manifiesta en inestabilidad y dificultad para establecer vínculos interpersonales (relacionarse con otras personas). Cuando esto sucede, el ajuste social se empobrece y la probabilidad de suicidio consumado incrementa.
- Son un riesgo contra la salud y la integridad física de quien lo padece. Todos los trastornos de la conducta alimentaria tienen impacto en la salud física y mental del individuo. Puede ir desde afectación leve a grave, desde aguda o crónica, y que lo pueden llevar hasta el extremo de estar en riesgo de muerte.

Es importante destacar que la detección oportuna facilita la recuperación, así como el manejo adecuado,

y evita la recaída; de no detectarse a tiempo tiende a hacerse crónica y su manejo se torna difícil y tórpido. Es de gran relevancia que el médico no psiquiatra sospeche que un paciente puede padecer un trastorno alimentario cuando presenta síntomas o signos mencionados, ya que la referencia oportuna del paciente con el equipo multidisciplinario experto del tema puede mejorar el pronóstico.

REFERENCIAS

1. APA, A. P. A. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders 5, American Psychiatric Publishing, 2013.
2. APA, A. P. A. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders IV, Text Revised. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2000.
3. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental* 2012; 35: 483-90.
4. Keel PK, Brown TA. Update on Course and Outcome in Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 195-204.
5. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1073-4.
6. Lawson EA, Klibanski A. Endocrine abnormalities in anorexia nervosa. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism* 2008; 4: 407-14.
7. Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Int J Eat Disord* 2011; 44: 95-104.
8. Katzman DK. Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Int J Eat Disord* 2005; 37: S52-S59.
9. Mascolo M, Trent S, Colwell C, Mehler PS. What the Emergency Department Needs to Know When Caring for Your Patients with Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 977-81.
10. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 438-43.
11. Hay P, Touyz S. Treatment of patients with severe and enduring eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 28: 473-7.
12. Lock J. An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 44: 707-21.
13. Sullivan P. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1073-4.
14. Kohn MR, Madden S, Clarke SD. Refeeding in anorexia nervosa: increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition. *Curr Opin Pediatr* 2011; 23: 390-4.
15. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 348-58.
16. Bodell LP, Keel PK. Current treatment for anorexia nervosa: efficacy, safety, and adherence. *Psychology Research and Behavior Management* 2010; 3: 91-108.
17. Flament MF, Bissada H, Spettigue W. Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2011; 15: 189-207.
18. Brown TA, Keel PK. Current and Emerging Directions in the Treatment of Eating Disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment* 2012; 6: 33-61.

19. Yager J. Implementing the revised American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 185-99.
20. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med* 2013; 43: 2477-500.
21. Chakraborty K, Basu D. Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. *Indian J Psychiatry* 2010; 52: 174-86.