

Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga"

ANOREXIA NERVIOSA: CARACTERÍSTICAS Y SÍNTOMAS

Lic. Martha Bravo Rodríguez,¹ Dra. Argelia Pérez Hernández² y Dr. Roberto Plana Bouly³

RESUMEN

Se realiza una revisión clínica del síndrome anorexia nerviosa, con énfasis en su concepto, desarrollo y cuadro clínico. Se tiene en cuenta que es un trastorno que se presenta habitualmente en adolescentes sin obesidad acusada, sólo con un discreto sobrepeso. Estudios realizados muestran significativa relación entre los síntomas y el funcionamiento interpersonal de los adolescentes anoréxicos, pues estos tienden al aislamiento o buscan la compañía de muchachos más jóvenes. También son características de este cuadro los trastornos obsesivos-compulsivos que se relacionan o no con la comida. La restricción dietética conlleva a cambios biológicos y físicos importantes, y se destaca la alteración del sistema hipotalámico y endocrino, que da lugar a la aparición de signos y síntomas como la amenorrea, intolerancia al frío e hipotensión, entre otros. Los cambios neuroquímicos presentes en la anorexia nerviosa también se han atribuido a la desnutrición, y es probable que puedan perpetuar las alteraciones conductuales.

Descriptor DeCS: ANOREXIA NERVIOSA/complicaciones; ADOLESCENCIA; IMAGEN CORPORAL; TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO; CONDUCTA ALIMENTARIA/psicología.

-
- ¹ **Especialista en Psicología de la Salud. Jefa de la Sección de Psicología. Servicio de Psiquiatría. Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga".**
 - ² **Especialista de II Grado en Psiquiatría Infantil. Profesora Auxiliar de la Facultad «Comandante M. Fajardo», Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Subjefa del Servicio de Psiquiatría. Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga".**
 - ³ **Especialista de II Grado en Pediatría. Asistente de la Facultad "Comandante M. Fajardo". Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Docente del Grupo Básico de MGI. Policlínico Comunitario Docente "Héroes del Moncada".**

Clínicamente se considera a la anorexia nerviosa como un síndrome específico, cuyas características esenciales son las descritas en el DSM-IV, o sea, rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y la aparición de la amenorrea en las mujeres. Existen 2 subtipos de anorexia nerviosa: el restrictivo y el compulsivo/purgativo.

La anorexia nerviosa se presenta fundamentalmente en el sexo femenino (menos del 10 % de las personas anoréxicas son del sexo masculino). Por tal motivo, usaremos el término *anoréxica* para referirnos a pacientes con esta entidad, comprendiendo a pacientes de uno y otro sexos.

La evolución de la anorexia nerviosa puede ser variada: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio; otras presentan episodios fluctuantes, con ganancia de peso seguido de recaídas; y en otros casos, si no se establece un programa terapéutico, puede surgir un desarrollo de progresiva desnutrición con la posibilidad de desembocar en estados caquéticos, y la muerte por inanición, suicidio o desequilibrio metabólico.¹

La anorexia se presenta habitualmente en adolescentes sin psicopatología previa valorable y sin obesidad acusada, solamente con discreto sobrepeso. La búsqueda de la delgadez es para ellos el centro de su vida. Este estilo de pensamiento extremo los lleva a una disciplina muy rígida en la dieta, cuyo éxito le da un sentido de eficiencia a sus vidas y la sensación de tener un núcleo de personalidad propio.²

Por lo general estos pacientes comienzan con una disminución de la ingesta, sobre todo de alimentos con alto contenido calórico (hidrato de carbono y grasa), y

muchos de ellos acaban con una dieta muy restringida, que bordea el ayuno, limitada a unos pocos alimentos. El ejercicio físico excesivo es también típico. No reconocen el cansancio y mantienen un alto nivel de actividad, y es el ejercicio parte de esa autodisciplina para no convertirse en obeso. Lograda la pérdida de peso, siguen reduciendo la cantidad de calorías que ingieren por día, y están cada vez más preocupados por pensamientos sobre la comida, y es esta preocupación lo que acrecienta su miedo a no tener control sobre su apetito.¹

Los pacientes tratan de reprimir sus deseos de comer, y en lugar de aversión a la comida, a menudo se observa en ellos interés por ella, que se manifiesta en la compra de libros de cocina, el arreglo de la mesa, los platos, la comida. Se han descritos casos de pacientes quienes preparan una gran comida para la familia, pero que ellos no prueban.^{3,4}

El término anorexia, aunque etimológicamente significa pérdida del apetito (derivado del prefijo "an" y del griego "orexis") no está adecuadamente expresado, pues las personas con anorexia nerviosa se niegan a comer para conseguir la delgadez, pero la sensación de hambre puede estar presente, no sólo al inicio de la enfermedad, sino también durante ésta. Por lo general sólo pierden el apetito cuando están en pleno estado de emaciación.

La pérdida de peso puede ser paulatina, de forma tal que se produce una adaptación a la malnutrición, pero muchas anoréxicas se vuelven débiles si la pérdida de peso es progresiva, y tienden a ser, además, hipocativas.⁵

Las anoréxicas nerviosas se destacan por su habilidad para tolerar las sensaciones de hambre, y tienen un límite calórico muy restrictivo,⁶ pero se ha detectado que la mitad de las anoréxicas

restrictivas, llegan a un momento en el cual pierden el control sobre sí y ponen en práctica entonces el denominado "atacón", lo que a su vez conlleva el uso del mecanismo del vómito autoinducido (en un principio, lo realizan introduciéndose los dedos en la boca tras la comida, pero más tarde aprenden a vomitar sin la ayuda de los dedos).^{2,5,7} Esto puede producir con el tiempo erosión dental.² O sea, de anoréxicas restrictivas, se convierten en anoréxicas compulsivas/purgativas, por el vómito, la ingesta excesiva de laxantes, diuréticos, etcétera.

Estudios realizados entre las anoréxicas restrictivas y las compulsivas/purgativas, plantean que estas últimas pesan más que las restrictivas, y además tienen antecedentes de más casos de obesidad anterior al primer episodio anoréxico; que entre las compulsivas/purgativas se encuentra con más frecuencia la existencia de una madre obesa, y que las restrictivas tienen tendencia a mostrar mayor aislamiento social y de las relaciones sexuales,⁸ así como que son menos activas sexualmente.^{1,9} Las anoréxicas restrictivas con amenorrea primaria, tienen mayor temor a la madurez que otras con anorexia restrictiva y amenorrea secundaria, y las pacientes muy jóvenes con anorexia restrictiva tienen mayor depresión y ansiedad que las anorexias mayores, tanto restrictivas como compulsivas/purgativas.¹⁰ La menstruación normal casi siempre regresa con el aumento de peso cuando el contenido de masa corporal llega al 22 %. Los varones con anorexia nerviosa pierden la libido y son infértiles.¹¹

Entre las anoréxicas existe la alteración de la percepción del peso y la silueta corporal, pareciéndoles a ellas estar obesas a pesar de estar delgadas, también se preocupan por algunas partes de su cuerpo que les parecen demasiado gruesas, es decir,

hay una alteración de la imagen corporal. Por ello el término "imagen corporal" se utiliza para referirse a la "imagen" que se tiene en mente y también a los sentimientos relativos a estos aspectos del cuerpo, los cuales pueden ser de satisfacción o insatisfacción.² Se plantea que la distorsión de la imagen corporal se extiende también a otras personas, aunque en grado variable, lo que ocurre así con los objetos inanimados.¹² Las percepciones distorsionadas de su cuerpo favorecen el mantenimiento del cuadro anoréxico, pues genera ansiedad y lleva al paciente a continuar la dieta.

Otros síntomas que se pueden encontrar, según algunos autores,^{4,13} es la mala adaptación sexual. Muchas adolescentes con desarrollo sexual retrasado tienen con frecuencia marcada disminución del interés por el sexo al comienzo de la enfermedad.

La realización de la dieta les permite interrumpir el desarrollo y tratar de evitar la pubertad, o sea, que su apariencia física se quede en una imagen de preadolescentes que las defiende de asumir el papel de adulto con sus responsabilidades y cambios en la forma del cuerpo, para lo cual no se encuentran preparadas.¹⁴ En jóvenes casadas, algunas veces se puede encontrar infertilidad no explicable o dificultad para el embarazo, pues el miedo al incremento del hambre durante éste, puede desencadenar el miedo a perder el autocontrol sobre la comida.²

Hay que tener en cuenta también que las conductas de interacción social de las anoréxicas cambian con la enfermedad. Tienden al aislamiento⁸ o buscan compañía de muchachos más jóvenes.¹⁵ En estudios realizados se halló una significativa relación entre los síntomas y el funcionamiento interpersonal. La rigidez, la obsesión y la dependencia de la familia son características.^{8,15-17}

Su estado de ánimo es vulnerable. Son comunes los sentimientos de desamparo, de depresión, de ansiedad.^{3,6,13,15,18,19} Se destaca también el sentido de ineficacia y baja autoestima, lo cual está en estrecha relación con el miedo a perder el control sobre sí, reflejándose desconfianza personal.^{2,3,18} Esta desconfianza se apoya en sistemas de referencia externos. No dan opiniones, presentan perfeccionismo excesivo, autoexigencia, sumisión, obediencia hacia figuras de autoridad.^{16,18} Las pacientes anoréxicas también experimentan una significativa reducción del sueño durante la noche (reducción del sueño paradójico REM).¹⁵

Los trastornos obsesivos-compulsivos, ya sean en relación con la comida o no, es una característica de este cuadro, demostrado en numerosos estudios. Entre ellos destacamos el estudio clínico-epidemiológico realizado en España,²⁰ en 14 hombres diagnosticados con anorexia nerviosa, donde se aprecian iguales síntomas que en las mujeres, aunque predominó en ellos mayor hiperactividad. Se detectó en la mitad de estos pacientes un perfil de personalidad obsesivo-compulsivo. Se señala también otro estudio realizado en Francia²¹ con mujeres que padecen de trastornos obsesivos-compulsivos, y se detectó que el 8,3 % del grupo tenía antecedentes de anorexia nerviosa, lo que representa una proporción relativamente importante, si se tiene en cuenta la poca frecuencia de la enfermedad.

Desde el punto de vista biológico, *Ochoa* y otros⁸ señalan que "la restricción dietética lleva apareado una serie de cambios biológicos y físicos importantes. Entre ellos se destaca la alteración del sistema hipotalámico y endocrino, respondiendo a la aparición de la amenorrea que ha llevado a muchos autores a considerar que dicha alteración constituye

una de las causas primeras anteriormente descritas. En la actualidad, a pesar de que algunos hechos tales como la existencia de niveles plasmáticos y urinarios bajos de gonadotropina y estrógenos, la existencia de niveles elevados de cortisol, la ausencia del ciclo menstrual de gonadotropina, un patrón prepuberal de hormona luteinizante (LH) ponen de manifiesto la existencia de dicha alteración y parece existir un consenso al considerarlo secundario a los cambios experimentados en la ingesta".

Los cambios neuroquímicos presentes en la anorexia nerviosa se han atribuido también a la desnutrición, aunque es probable que estos cambios puedan a su vez, perpetuar las alteraciones conductuales.

Muchos de los signos y síntomas de la anorexia nerviosa son atribuidos a la inanición. Además de la amenorrea, puede haber estreñimiento, intolerancia al frío, hipotensión, hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel. También pueden presentarse lanugo, edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o dejar de tomar laxantes), anemia, leucopenia. Las petequias se observan muy raramente, por lo general en las extremidades. Algunas veces el color de la piel es amarillento. Puede aparecer también atrofia mamaria, reducción del vello axilar y pubiano, metabolismo basal disminuido, etc.^{2,3,22} Las consecuencias físicas de la desnutrición, así como el frecuente uso de diuréticos y laxantes afectan prácticamente todo el sistema.

El paciente con anorexia nerviosa, desde el punto de vista nutricional, presenta una ingesta deficitaria de minerales, así como de calcio,²³ hierro, zinc.^{7,24} Se detectan valores séricos altos de caroteno y vitamina A,¹¹ las vitaminas E y B6 pueden aparecer deficitarias, no así la vitamina C, la cual puede ser normal o elevada, pues una gran parte de los

alimentos se consumen crudos, y, por lo tanto, no sufren importantes reducciones en el contenido de esta vitamina. También puede ser normal en los anoréxicos el contenido de proteínas.²³

Referente a la estrategia utilizada por los anoréxicos compulsivos-purgativos del uso de laxantes, se ha comprobado que el

abuso de éstos ocasiona grandes pérdidas de agua, minerales y electrólitos, especialmente el potasio, lo cual puede incrementar el riesgo de disfunción renal y cardíaca.^{4,7} Además, la poca ingesta de calcio puede ocasionar la osteoporosis, muy frecuentes en los pacientes adultos.²³

SUMMARY

A clinical review of the syndrome of anorexia nervosa is made, giving emphasis to its concept, development and clinical picture. It is a disorder that appears commonly in adolescents without an exaggerated obesity and with just a discrete overweight. Studies have been conducted that show a significant relation between the symptoms and the interpersonal functioning of the anorexic adolescents, since they tend to be isolated or to be accompanied by younger persons. The obsessive compulsive disorders associated or not with food are also characteristics of this picture. The restricted diet leads to important biological and physical changes, among which the alteration of the hypothalamic and endocrine system, which gives rise to the appearance of signs and symptoms such as amenorrhea, intolerance to cold and hypotension, is stressed. The neurochemical changes present in anorexia nervosa have also been attributed to malnutrition and it is possible that they may perpetuate the conduct alterations.

Subject headings: ANOREXIA NERVOSA/complications; ADOLESCENCE; BODY IMAGE; OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER; FEEDING BEHAVIOUR/psychology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Ed. Masson, 1995:557-9.
2. Calvo R. Trastornos de la alimentación (I): análisis. En: Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Madrid. Ediciones Pirámides, 1992:211-25.
3. Perpiñá TC. Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión. Valencia: Promolibro, 1989:7-24.
4. Kaplan HI, Sadok BJ. Anorexia nerviosa. En: Compendio de Psiquiatría. 2da. ed. La Habana: Instituto del Libro, 1987:517-20.
5. Bliss EL. Anorexia nerviosa. En: Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1982;t 3:1822-7.
6. Mora M, Raich RM. Restricción alimentaria y bulimia nerviosa. ¿Un vínculo causal? Psicología clínica de la salud. An Psicol 1993;9(2):69-84.
7. Mora M, Raich RM. Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. Rev Análisis y modificación de conducta 1993;19(66):479-509.
8. Ochoa EFC, Puente de la ML, Grana JL. Trastornos de la alimentación. En: Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Madrid 1990;2:726-807.
9. Holtz V, Tena-Sulk A. Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Psicol Iberoam 1995; 3(2):5-13.

10. Heebink DM, Sunday SR, Halmi KA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: Effects of age and menstrual status on psychological variables, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(3):378-82.
11. Douglas AD. Trastornos de la alimentación de origen conductual. En: *Tratado de Medicina Interna*, 20 ed. Mc Graw-Hill, Interamericana, 1997;vol 2:1330-2.
12. Vallejo RM. Trastornos alimentarios. En: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 3ra. ed. Barcelona: Mason Salvad, 1993:276-95.
13. Baber S, Bolaños-Chacho P, López Ch, Ostrosky A. Los extremos en los trastornos alimentarios: anorexia y obesidad. *Psicol Iberoam*, 1995;3(2):20-34.
14. Aquilino APL. La Anorexia nerviosa. En: *Psicología patológica*. 8va. ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1993;t 2:463-79.
15. Hsu LKG. The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? *Clin Psychol Rev* 1989;19:393-427.
16. O'Mahony JF, Hollwey S. Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. *Clin Psychol* 1995;5(3):345-51.
17. Mora M, Raich RM. Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna* 1993;20(3):113-35.
18. Virseda JA. Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar. *Psicol Iberoam* 1995;3(2):35-9.
19. Serna de la PI. Clinical aspects of anorexia nervosa in males. *Actas Luso Esp neural Psiquiatr Cienc Afines* 1996;24(2):67-73.
20. Zribis S, Chambon O, Cottraux J. Anorexia nervosa. *encephale* 1989;15(3):355-8.
21. Calvo R. Trastornos de la alimentación (II): tratamiento. En: *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirámides, 1992:227-51.
22. Feldman EB. Obesidad, anorexia nerviosa y bulimia. En: *Principios de nutrición clínica*. México DF: El Manual Moderno, 1990:440-3.
23. Núñez C, Moreira O, Carvajal M. Pautas para el tratamiento dietético de pacientes con anorexia nerviosa basado en la evolución de su estado nutritivo. *Rev Clin Esp* 1995;195(4):226-32.
24. Díaz R, González T, Amador M. Deficiencia de zinc. Aspectos fundamentales. En: *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994;10(2):194-9.

Recibido: 20 de enero del 2000. Aprobado: 24 de marzo del 2000.

Lic. *Martha Bravo Rodríguez*. Hospital Infantil Docente "Pedro Borrás Astorga", F y 27, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.