



Anorexia y bulimia

Definición

Los trastornos alimenticios son afecciones psiquiátricas complejas que se caracterizan por patrones alimentarios anormales y una preocupación por la forma y el peso del cuerpo.

La anorexia nerviosa se caracteriza por un rechazo sistemático de los alimentos, acompañada por una distorsión de la imagen corporal. Suele ir acompañada de vómitos provocados, adelgazamiento extremo. Se presenta en 9 de cada 1000 mujeres y 3 de cada 1000 hombres (mayor en hombres homosexuales y bisexuales) (1), (2).

La bulimia nerviosa se caracteriza por períodos en que se come compulsivamente, seguidos de otros de culpabilidad y malestar, con provocación del vómito. Se encuentra en 15 de cada 1000 mujeres y 5 de cada 1000 hombres (2).

Trastorno por atracón se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva de forma recurrente. Tiene muchas similitudes con la bulimia nerviosa. La diferencia principal es que la persona que sufre un trastorno por atracón no realiza conductas compensatorias (vómito autoinducido, abuso de laxantes y / o diuréticos, ayunos, ejercicio físico en exceso, etc); se da en 35 de cada 1000 mujeres y en 2 de cada 1000 hombres (2).

Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Adolescencia y adultez temprana
- Antecedentes familiares
- Factores estresantes
- Abuso sexual infantil (atracones)
- Historia de obesidad
- Trastornos afectivos en los familiares de I y II grado

- Presión percibida por estar delgado
- Perfeccionismo
- Impulsividad
- Medio ambiente o aptitud física que impulsa a la delgadez.

Diagnóstico

Los pacientes que luego de una evaluación inicial tienen un posible trastorno alimentario, deben someterse a una entrevista en profundidad y a un examen físico antes de realizar un diagnóstico.

Es necesario que los familiares participen durante la evaluación de pacientes pediátricos y adolescentes.

Ninguna prueba de laboratorio es diagnóstica para un trastorno alimentario; se debe valorar individualmente la necesidad de realizar pruebas adicionales.

Criterios clínicos (DSM V) (2)

Anorexia

- Bajo peso (IMC menor 18,5 kg/m²) significativamente bajo para su etapa de desarrollo
- Intenso miedo al aumento de peso o engordar;
- Perturbación en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo;
- Influencia indebida de la forma / peso corporal en la autoevaluación o la negación de la gravedad del bajo peso corporal. Los tipos específicos incluyen restricción y atracones / purgas.
- Miedo intenso a engordar o ganar peso

Bulimia

Episodios recurrentes de atracones (al menos 1 vez por semana durante 3 meses) descritos como comer en un período discreto más de lo que la mayoría de la gente comería durante ese tiempo con una pérdida de control percibida asociada durante un atracón;

Comportamiento compensatorio inadecuado recurrente que ocurre al menos 1 vez por semana durante 3 meses;

La forma y el peso del cuerpo afectan significativamente la autoevaluación.

Los tipos específicos incluyen purgas y no purgas.

Síntomas

No específicos

Generalmente se presentan molestias inespecíficas que incluyen fatiga, mareos, poca energía, pérdida de peso, estreñimiento, distensión abdominal, malestar abdominal, reflujo gastroesofágico, dolor de garganta, palpitaciones, poliuria, polidipsia y / o insomnio y en mujeres amenorrea.

Es probable que los familiares expresen más preocupación por los síntomas que el paciente.

Signos

Lanugo, signo de Russell (callos en el dorso de la mano), bradicardia, hipotensión ortostática, hipotermia, edema periférico, caries dental con erosión dental del esmalte, hinchazón de la glándula parótida, sensibilidad epigástrica, hinchazón abdominal, atrofia mamaria o del tejido vaginal, retraso del desarrollo sexual, equimosis, estado de ánimo alterado / ansiedad, depresión, retraso de crecimiento esquelético, punto de sensibilidad ósea, y pérdida de masa muscular.

Criterios de hospitalización en anorexia

- Bradicardia
- Hipotensión arterial
- Hipoglicemia
- Hipotermia
- Hipocalemia
- Deshidratación
- Alteraciones cardiovasculares
- Peso inferior al 75% de lo esperado, grasa corporal inferior al 75%.

Criterios de hospitalización en bulimia

- Síncope
- Hipocalemia menor a 3,2 mEq
- Hipocloremia, menor de 88mmol/l
- Desgarros esofágicos
- Arritmia cardíaca, QT prolongado
- Hipotermia
- Vómito intratable, hematemesis
- Riesgo de suicidio
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio

Criterios psicológicos para hospitalización

Los intentos de suicidio a lo largo de la vida son significativamente más comunes en mujeres con todo tipo de trastornos alimentarios en comparación con mujeres sin trastornos alimentarios(3),

- Falta de motivación o de perspectiva de vida
- No cooperación con el tratamiento ambulatorio
- Incapacidad para comer o necesidad de alimentación nasogástrica
- Intento o plan suicida
- Enfermedad psiquiátrica grave o entorno familiar negligente o inadecuado.

Laboratorio

- Ninguna prueba es diagnóstica
- Se puede pedir BH, Química sanguínea, AST, ALT, electrolitos, calcio, magnesio, TSH, EKG (QT prolongado) y Glucosa, puede realizarse densitometría en mujeres que han tenido amenorrea por 6 o más meses.

Tratamiento

- Tratamiento multidisciplinario
- Psicoterapia (Terapia cognitivo conductual, interpersonal, psicoterapia, sistémica)
- Antidepresivos (IRSS, tricíclicos, antiepilépticos, supresores del apetito)
- Rehabilitación

Aspectos socioculturales

Sin entender los factores ambiental y cultural, no es posible, comprender ni explicar los fenómenos de evolución y diferenciación de las poblaciones humanas y la variabilidad humana en su devenir histórico y cultural. En este sentido, desde el punto de vista antropológico, el interés que ha suscitado el cuerpo humano como un todo o algunas de sus partes está inmerso en la ideología predominante en cada momento de cada cultura en particular (4).

Ahora bien, el ser humano es un ser orgánico determinado tanto por una biología y una herencia genética; una entidad histórica, cultural y simbólica. Pero también es un organismo vivo, y como tal, debe comer, no obstante que las estrategias culturales de alimentación sean condicionadas por tabús alimentarios, tendencias, y todo tipo de ritualidades alimentarias; presentes en el manejo del alimento dentro de espacios y tiempos específicos.

La sociedad occidental, abundante en alimento y con tendencia al consumismo, las restricciones alimentarias promovidas por médicos y medios de comunicación, son motivadas por la búsqueda de la estilización del cuerpo por la delgadez corporal, con la que se adquiere competitividad laboral, ocupacional, vocacional, etcétera. Esta práctica cultural del “no comer”, que se define como “una forma de tratamiento cultural del alimento que corresponden a

las sociedades de la cultura occidental” (5), tiene un papel importante en la problemática alimentaria de la anorexia.

La sociedad promueve a través de modelos de belleza y salud, un cuerpo delgado, con peso bajo, estado nutricional ideal. De este modo, las expresiones que hacen evocación a un “cuerpo perfecto”, fundamentalmente basada en la minimización de las reservas grasas, imágenes idealizadas como modelos ideales en medios de comunicación masiva, personas famosas que son idealizadas en las sociedades occidentalizadas (1).

Las personas con trastornos de alimentación, entonces alteran el manejo cultural del alimento, lo que se ve como una ruptura en la relación del sujeto con su sustento, es decir, del cuerpo humano con lo que requiere para su subsistencia corporal (5).

Desde las ciencias sociales, la anorexia puede ser vista como una etnopsicopatología, (6) es decir, una extensión exagerada de expresiones y comportamientos considerados “normales” en una cultura, y de una alta valoración social, donde el deseo de alcanzar la delgadez corporal se basa en una representación idealizada, y por el que se ponen en práctica comportamientos restrictivos alimentarios y disciplinas en la reducción corporal, todo lo cual se asocia al éxito económico y social de las sociedades industrializadas.

Para salir del enfoque biológico, la anorexia debe ser vista desde el discurso de cada individuo y su vínculo con la cultura; una cultura que puede ser la causa, su precipitante o la envoltura social en su aparición (7). La anorexia es una expresión del estrés y las tensiones producidas por las normas y valores de la cultura en la que se encuentra inmerso el individuo (8).

El asco a los alimentos, parece ser consecuencia inevitable de nuestra conciencia de la vida, de “estar en la vida” y “con vida”: una vida de aspecto grueso, grasiento, abundante, exuberante, purulento y viscoso que al mismo tiempo atrae y repele (9). El asco envuelve al cuerpo en el comportamiento anoréxico con una sombra de evidente melancolía; estado emocional que puede representar o expresar una situación mental provocada por las ideas de rebeldía, soledad y deseos de muerte.

Referencias bibliográficas

1. Hoek W, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*. 2003; 34(4).
2. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V-TR)*. 5th ed. Publishing P, editor. VA: Arlington; 2013.
3. Pisetsky EM, Thornton LM, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of abnormal psychology*. 2013; 122(4).
4. Lagunas. 1982;(14).

5. O D. *Psiquiatría Antropológica. Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológico-antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1995.
6. Laplant, F. [Ruocco, M.A. (Trad.)]. *Antropología de la Enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1999.
7. V DN. *Anorexia Multiforme: Self-Starvation in Historical and Cultural Context Part II: Anorexia Nervosa as a Culture-Reactive Syndrome: Transcultural Psychiatry*; 1990.
8. Bartra R. *El duelo de los ángeles: locura sublime, tedio y melancolía en el pensamiento moderno*. Valencia: Pre-textos; 2004.
9. Miller Wl. *Anatomía del asco*. Madrid: Taurus; 1999.