

# TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA

La anorexia y la bulimia son enfermedades psiquiátricas que afectan al comportamiento alimentario, y que por su frecuencia se perfilan ya como un importante problema de salud pública.<sup>1,2</sup>

Aunque los datos son a veces dispares, puede decirse que la prevalencia de anorexia nerviosa (AN) en adolescentes y mujeres adultas jóvenes es del 0.5-1%, y la de bulimia (BN) oscila entre el 1-3%. En cuanto a la distribución por sexos, estos trastornos de la conducta alimentaria (TCA) afectan preferentemente a la población femenina (90% de mujeres frente al 10% de varones), y la edad de inicio suele coincidir con la adolescencia temprana en el caso de la AN, siendo más tardía en la BN.<sup>3</sup> Es cierto que el sexo femenino y la adolescencia se consideran factores predisponentes para estos trastornos,<sup>4</sup> pero no lo es menos que los patrones están cambiando: cada vez se ven más varones afectados,<sup>5,6</sup> y se amplía el rango de edad de manifestación de la enfermedad. Se registran casos de AN entre los 8 y los 35 años, con una edad media de inicio de 17 años, y aumentan los casos detectados en la edad prepuberal.<sup>7,8</sup> En cuanto a la BN, se ha publicado que la edad media de diagnóstico es de 19 años,<sup>8</sup> si bien con frecuencia se manifiestan casos entre los 24 y los 40 años.<sup>4</sup>

## CARACTERÍSTICAS

La AN se caracteriza por la presencia de una importante pérdida de peso, conseguida de forma voluntaria mediante la restricción de la ingesta de "alimentos que engordan"; además, los afectados pueden provocarse el vómito, o practicar ejercicio físico de forma excesiva, y/o recurrir al consumo de diuréticos y laxantes. Sienten un verdadero "pavor" frente a la idea de ganar peso y convertirse en obesos, por lo que insisten en mantenerse por debajo de los límites ponderales normales. Pre-

sentan también una alteración de la percepción de la propia imagen, una preocupación constante por la figura y el peso, y la tendencia a dar a éstos una gran importancia dentro de su valoración personal. En las mujeres aparece amenorrea. Como consecuencia, a simple vista, un paciente con AN presenta una delgadez extrema, con los huesos resaltando bajo la piel, y con un aspecto envejecido (la piel aparece seca, escamosa y agrietada, a veces recubierta de un fino vello denominado "lanugo").<sup>3,9,10</sup>

Por otro lado, la AN suele asociarse a ciertos trastornos psiquiátricos, especialmente depresión y síntomas obsesivo-compulsivos.<sup>3,8,11,12</sup>

La BN se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de voracidad (*atracones*), durante los cuales los afectados consumen en poco tiempo grandes cantidades de alimentos, generalmente de alto valor calórico, y por tanto ausentes en su dieta habitual. El *atracon* se acompaña de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta: sienten que no van a poder parar de comer, y lo hacen clandestinamente, deprisa y sin disfrutar con ello. Puesto que los bulímicos también sienten un miedo intenso a engordar, tras los *atracones* adoptan conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso; así, se provocan el vómito, utilizan laxantes, diuréticos, o enemas, practican períodos de ayuno, o recurren a un exceso de ejercicio.<sup>3,9,10</sup>

La mayoría de los pacientes con BN tienen un peso normal,<sup>8,12</sup> aunque algunos pueden presentar sobrepeso<sup>6</sup> o estar extremadamente delgados.<sup>8,12</sup> Los pocos signos físicos asociados a la BN son consecuencia de los vómitos provocados: pérdida significativa del esmalte dental, desarrollo de callosidades en el dorso de las manos (signo de Russell), por lesión repetida de

los dientes sobre esta superficie en los pacientes que se inducen el vómito por estimulación manual,<sup>3,8</sup> hipertrofia de las glándulas salivales,<sup>8</sup> y aparición de pequeños puntos rojizos en la cara y cuello, por la rotura de pequeños vasos a consecuencia del esfuerzo por vomitar.<sup>1</sup>

En el paciente con BN pueden encontrarse otros síntomas psicopatológicos aso-

**Aunque los datos son a veces dispares, puede decirse que la prevalencia de anorexia nerviosa (AN) en adolescentes y mujeres adultas jóvenes es del 0.5-1%, y la de bulimia (BN) oscila entre el 1-3%**

ciados, tales como alteraciones de la impulsividad (abuso de alcohol u otras sustancias, promiscuidad sexual, kleptomanía...), o dificultad para expresar verbalmente los sentimientos.<sup>3,8,12</sup>

Aunque la anorexia y la bulimia son síndromes en apariencia opuestos, pueden estar relacionados y presentarse alternativamente en la misma persona.<sup>6,13</sup>

Por otra parte, muchos pacientes pueden presentar combinaciones de síntomas de ambos trastornos, diagnosticándose técnicamente como "trastorno de la conducta alimentaria no especificado".<sup>13</sup>

## S U M A R I O

Trastornos de la conducta alimentaria  
Anorexia y Bulimia      pags. 1-4

## CAUSAS

La anorexia y la bulimia parecen ser trastornos multicausales, que aparecen como resultado de la interacción de tres tipos de factores, *predisponentes*, *precipitantes* y *perpetuantes*, según se detalla a continuación.

### 1. Factores predisponentes:

Dentro de este apartado, se han integrado factores individuales, familiares, y socioculturales.

En cuanto a los factores individuales, además de considerar la influencia de factores genéticos, bioquímicos, el sexo femenino o la adolescencia, se ha dicho que estos pacientes presentan unos rasgos de personalidad comunes (baja autoestima, perfeccionismo, introversión...), aunque es cierto que pueden ser más secundarios que causales, pues muchos aparecen una vez se ha instaurado la enfermedad.<sup>4,7,11,12,13</sup>

En lo que respecta a la familia, se piensa que las conductas sobreprotectoras, un gran nivel de exigencia, la valoración del éxito y las apariencias y la rigidez en las relaciones familiares, pueden influir en la génesis y/o mantenimiento de estos síndromes.<sup>1,12</sup> También pueden ser importantes la presencia de alcoholismo, trastornos psiquiátricos o de la conducta alimentaria en familiares directos del sexo femenino.<sup>4,11</sup> En lo que la mayoría de los autores están de acuerdo es en la influencia de los factores socioculturales sobre la aparición de los TCA. Existe una valoración social excesiva de la delgadez, de modo que en los medios de comunicación se promueve una imagen corporal extremadamente delgada, al tiempo que se estigmatiza y culpabiliza al "gordo".<sup>6</sup> La publicidad transmite la idea de que el éxito, el triunfo, e incluso la "valía humana" están condicionados a la posesión de una figura estilizada.<sup>3</sup> La aceptación general de la cultura actual acerca del control de peso es tan alarmante, que muchas personas ajenas al mundo sanitario no considerarían anormales los criterios médicos para diagnosticar un TCA.<sup>12</sup>

### 2. Factores desencadenantes:

Entre los factores desencadenantes o precipitantes de los TCA, el principal es el inicio de una dieta restrictiva.<sup>4,11</sup> También pueden ser importantes los cambios corporales, las críticas sobre la figura, o un incremento rápido de peso; y acontecimientos vitales potencialmente estresantes, como una separación del entorno familiar, la pérdida de un ser querido, etc.<sup>2,11</sup>

### 3. Factores perpetuantes o de mantenimiento:

Incluyen los derivados de la propia inanición, además de la conflictividad familiar, el aislamiento social, o la imagen corporal negativa, así como el mantenimiento de conductas anómalas.<sup>2,4,14</sup>

## COMPLICACIONES

Las complicaciones médicas de los TCA son consecuencia de las deficiencias nutricionales asociadas al descontrol alimentario, y de las estrategias empleadas para perder peso. En el caso de la AN, la mayoría de las complicaciones se deben

a la restricción dietética y la pérdida de peso, mientras que en la BN son resultado de las "purgas" subsiguientes al atracón. En la tabla I se recogen las posibles complicaciones de ambos trastornos.<sup>1,3,11,12</sup>

## TRATAMIENTO

Existe un acuerdo general en considerar que, al tener los TCA un origen multicausal, su abordaje terapéutico debe realizarse desde diversas perspectivas.<sup>3,11,12,13</sup> El primer paso se centra en conseguir la colaboración del paciente, que debe asu-

**TABLA I**

ANOREXIA	BULIMIA
<b>CARDIOVASCULARES</b>	
Disminución frecuencia cardiaca Hipotensión Anomalías en el ECG Arritmias (puede llegarse al fallo cardiaco)	Hipotensión Roturas capilares en cara y cuello, y hemorragias conjuntivales (por el vómito) Arritmias
<b>GASTROINTESTINALES</b>	
Estreñimiento Sensación de plenitud postprandial (por retraso del vaciado gástrico)	Úlceras esofágicas (por los vómitos autoinducidos) Dilatación o rotura gástrica Pérdida del esmalte dental y caries Hipertrofia glándulas salivales
<b>RENALES</b>	
Deshidratación Edema periférico Alteraciones electrolíticas Alcalosis metabólica	Deshidratación Edema periférico Alteraciones electrolíticas Acidosis (por abuso de laxantes) Alcalosis hipopotasémica (vómitos)
<b>HORMONALES</b>	
Amenorrea Niveles bajos de hormonas tiroideas Hipoestrogenismo	Irregularidades menstruales
<b>ÓSEAS</b>	
Disminución de la densidad ósea, con aumento del riesgo de fracturas	
<b>METABÓLICAS</b>	
Disminución del metabolismo basal Alteración de la regulación de la temperatura	
<b>DERMATOLÓGICAS Y DENTALES</b>	
Coloración amarillenta en palmas de las manos y plantas de los pies Piel seca y quebradiza, uñas quebradizas Caída del cabello Vello corporal ("lanugo")	Erosiones dentales y caries Signo de Russell

mir la existencia del trastorno y la necesidad de solucionarlo;<sup>1,13</sup> esto resulta especialmente difícil en el caso de los pacientes anoréxicos, quienes tienden a ver a los profesionales sanitarios como enemigos, rechazando sistemáticamente cualquier esfuerzo por aumentar su peso corporal.<sup>8</sup>

Existen varios niveles de atención, según la gravedad del trastorno y su respuesta al tratamiento. La primera consulta suele efectuarla el médico de familia, que es quien realiza el tratamiento (en colaboración con el Centro de Salud Mental) en los casos leves. Si lo considera necesario, derivará al paciente a la Unidad de Salud Mental, en donde se decidirá si aplicar un tratamiento ambulatorio, indicar el Hospital de día (en el caso de que exista esta opción), o el ingreso hospitalario.<sup>12</sup>

La intervención terapéutica sobre los TCA trata de conseguir una serie de objetivos, que se centran en:

### **1. Rehabilitación nutricional**

Se trata de que el paciente recupere el peso normal, lo que es especialmente importante en pacientes con AN, en los que se ha evidenciado que la recuperación de peso por sí sola mejora el estado de ánimo depresivo, la obsesividad, y muchas de las ideas irracionales en torno a la figura, el peso, etc.<sup>13</sup> Asimismo, se pretende restablecer unos hábitos alimentarios normales, aprendiendo a identificar las señales de hambre y saciedad, y evitando el ayuno y/o los atracones.<sup>1,3,12</sup>

Por último, hay que corregir las complicaciones orgánicas debidas al descontrol alimentario, objetivo cuya consecución se valor a mediante los controles analíticos pertinentes.<sup>11,12</sup>

### **2. Tratamiento farmacológico**

El uso de fármacos está orientado a conseguir una mejora del estado de ánimo y la autoestima, y al tratamiento de trastornos psiquiátricos asociados, de estar éstos presentes.<sup>12</sup>

#### **Neurolépticos (*Clorpromazina*)**

Se utilizan a nivel hospitalario, en el tratamiento de pacientes con AN a los que es necesario sedar para reducir la hiperactividad;<sup>12</sup> también parecen ser útiles en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos graves.<sup>1,13</sup> Los efectos secundarios y la variabilidad en la respuesta<sup>3</sup> restringen su uso a aquellos casos en los que existe patología psiquiátrica concomitante.<sup>8</sup>

### **Antidepresivos**

Su uso se justifica si coexisten trastornos depresivos u obsesivo-compulsivos.<sup>12</sup> Teniendo en cuenta la alta incidencia de efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos, más especialmente en pacientes de bajo peso (alteraciones metabólicas, arritmias, convulsiones...),<sup>3,12</sup> los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se perfilan como la elección más segura. Además, en el caso de pacientes con BN, parece ser que no sólo mejoran su sintomatología depresiva, sino que también reducen la frecuencia de los atracones y ayudan al control de los vómitos y la ansiedad asociada a los episodios bulímicos.<sup>3</sup> La fluoxetina es el ISRS de elección en el tratamiento de la BN,<sup>12</sup> puesto que no todos los fármacos de este grupo son eficaces sobre dicho trastorno.<sup>8</sup> En pacientes con anorexia, se recomienda su uso una vez se ha normalizado el peso.<sup>1,13</sup>

### **Benzodiazepinas**

Estos fármacos resultan adecuados para el tratamiento de la ansiedad severa en pacientes con anorexia o bulimia;<sup>12</sup> además, su empleo antes de las comidas puede reducir la ansiedad anticipatoria frente a las mismas.<sup>3</sup>

### **Otros psicofármacos**

La ciproheptadina, fármaco antihistamínico con propiedades antiserotoninérgicas, ha demostrado su utilidad en pacientes con AN.<sup>1,8,13</sup> En cuanto a los últimos avances en este campo, y teniendo en cuenta la implicación del sistema opiáceo en la regulación de la ingesta, se ha propuesto un modelo adictivo para la AN y la BN, que justifica el empleo de la naltrexona (antagonista opiáceo) en el tratamiento de estos trastornos. Hasta la fecha se ha demostrado su eficacia en la BN.<sup>12</sup>

### **3. Rehabilitación psicosocial**

El objetivo de la psicoterapia es la modificación de los pensamientos y hábitos respecto al peso, la imagen corporal y la alimentación, así como la mejora de la autoestima y el funcionamiento social e interpersonal.<sup>3,11,12,13</sup> En este sentido, parece ser que las terapias cognitivo-conductuales son las más eficaces. A veces, también se hace necesaria la psicoterapia familiar. La terapia psicológica debe realizarse siempre, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, e incluso como tratamiento preventivo de recaídas.<sup>12</sup>

### **PRONÓSTICO**

Estudios epidemiológicos recientes indican que la tasa de recuperación total en mujeres con AN al cabo de cinco años se sitúa en torno al 33%, mientras que en el caso de la BN es del 74%. Aproximadamente un tercio de las mujeres afectadas por uno de los dos trastornos recae tras su recuperación completa, sin que existan factores predictores objetivos de recaída.<sup>7</sup> Sin embargo, si se conocen los factores de buen o mal pronóstico de la enfermedad; teniendo en cuenta que el retraso en el inicio del tratamiento, y la cronicidad y mayor edad al diagnóstico son considerados factores de mal pronóstico,<sup>4,7,11</sup> de ello se deduce que la labor de prevención y detección precoz son un instrumento fundamental en la lucha contra la enfermedad.

**La labor de prevención y detección precoz son un instrumento fundamental en la lucha contra la enfermedad.**

### **PAPEL DEL FARMACÉUTICO**

El farmacéutico comunitario, como profesional sanitario especialmente accesible para la población, puede desempeñar un papel importante en la prevención y detección precoz de los TCA, sin convertirse nunca en el sustituto de una unidad especializada.

#### **• Prevención de la Anorexia y Bulimia nerviosas**

En el aspecto preventivo, la actuación profesional de farmacéutico podría concretarse en las siguientes actividades:

- Transmitir a la población las características de una dieta equilibrada, que aproxime el perfil calórico al aconsejable, y suponga no sólo un beneficio nutricional y sanitario, sino que también pueda facilitar el control de peso.<sup>6</sup>

- Colaborar en las campañas sanitarias que se organicen con objeto de corregir las conductas que se han mostrado como precursoras de los trastornos alimentarios. Así, el farmacéutico puede asesorar correctamente sobre el sobrepeso y la obesidad, indicando objetivamente la dieta más adecuada en cada caso, y evitando que las adolescentes inicien dietas restrictivas sin control.

médico.<sup>2</sup>

- Controlar la venta masiva de productos adelgazantes, "productos milagro", fajas, y productos dietéticos que pueden tener diuréticos y/o laxantes, advirtiendo de los riesgos de las dietas adelgazantes sin control sanitario cuando se intuya que es necesario.<sup>2,5</sup>
- Exigir siempre receta médica para los medicamentos que así lo precisen (diuréticos, algunos laxantes, fármacos para adelgazar), y sospechar de pacientes que hagan un uso reiterado de esos productos, en ausencia de una patología que lo requiera.<sup>5</sup>
- Controlar a personas que se pesan con excesiva frecuencia, especialmente si su peso es normal, explicándoles cuál debe ser su índice de masa corporal (IMC) en situación de normopeso.<sup>5</sup>
- No exponer carteles, dibujos o exponentes que muestren una imagen corporal excesivamente delgada, especialmente si se trata de adolescentes.<sup>5</sup>

#### • Señales de alarma

La labor del farmacéutico como consejero de salud en el ámbito de los TCA consiste en atender las consultas que pueda recibir sobre este tema, haciendo especial hincapié en la posible evolución y gravedad de estos trastornos, y en la importancia del diagnóstico precoz.

En la información que se facilite, se recalcará el valor del reconocimiento de las **señales de alarma**, cuya presencia en una persona debe hacer sospechar que, o bien está enferma, o puede llegar a estarlo si no modifica su conducta. Las señales más significativas son:

- Excesiva preocupación por el peso y la imagen corporal.
- Comienzo de dietas de adelgazamiento por iniciativa propia, al considerar que su figura no es correcta, manteniéndolas aun cuando se consigue un peso por debajo de lo normal.
- Interés excesivo por el contenido calórico de los alimentos, y selección obsesiva de comidas y técnicas culinarias bajas en calorías, evitando sistemáticamente las grasas, salsas, e hidratos de carbono.
- Cambios en la conducta alimentaria: las personas con anorexia comen muy despacio, masticando repetidas veces la comida que previamente han troceado en pequeñas porciones, y con la que juegan en el plato. Prefieren comer solas y eluden cualquier compromiso social que incluya comidas o cenas. Las personas con bulimia llevan a cabo sus "atracones" a escondidas, tendiendo a comer más bien poco cuando están acompañadas. Unas y otras pueden provocarse el vómito después de comer.
- Práctica excesiva de ejercicio.
- Consumo injustificado de laxantes, diuréticos, o anorexígenos.

- Cambios llamativos en el carácter: irritabilidad, tendencia al aislamiento, aumento de las actividades "productivas" (estudio, trabajo...).

- En personas con anorexia, descenso acusado de peso, y aspecto envejecido.

Ante la sospecha de un caso de anorexia o bulimia, se recomienda:

- Contactar, si es posible, con un familiar próximo: se tratará de explicar, sin dramatismos ni alarmas injustificadas, que existe la posibilidad de un TCA, derivando hacia la consulta médica especializada, e insistiendo en la importancia que un diagnóstico precoz tiene en el pronóstico de la enfermedad. No hay que olvidar que, aunque las señales de alarma sugieran abiertamente un trastorno de este tipo, el diagnóstico debe hacerlo necesariamente el médico, ya que existen múltiples variables etiopatogénicas que deben ser valoradas por un facultativo, a ser posible especializado en este tipo de trastornos.<sup>5,8</sup>
- Si el paciente ya está en tratamiento, será interesante conocer al médico responsable o estar en contacto con la unidad de Salud Mental, con objeto de poder comunicar cualquier incidencia observada en lo que respecta al paciente o a su tratamiento.<sup>5</sup>

Arantza Viamonte

## BIBLIOGRAFÍA

1. Piera M. Anorexia y bulimia. Orientación. Farmacia profesional 2002; 16(1): 64-68.
2. Jiménez F, Hernández M, Oruézabal L, Aguirre O, Hernández E, Arroyo I, Ballester MJ et al. Trastornos del comportamiento alimentario. Información Activa. CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia 2003; 72: 527-536.
3. Gual P, Muñoz M, De la Fuente MC, Zazpe I. Trastornos del comportamiento alimentario en la edad infantil y juvenil. En: Muñoz M, Aranceta J, García-Jalón I. Nutrición aplicada y dietoterapia. Pamplona: Eunsa; 1999. p. 49-58.
4. Gandlerillas A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Salud Pública; septiembre de 2000. Disponible en URL: <http://es.salut.conecta.it/pdf/Madrid1.pdf>
5. Vilaplana M. Cómo abordar los trastornos del comportamiento alimentario desde la farmacia comunitaria. Revista del grupo SAFA 2002; 16: 18-22.
6. Ortega RM, Requejo AM, López AM. Anorexia y bulimia: imagen corporal e imagen social. Alim Nutri Salud 2000; 7(3): 67-75.
7. Consejo General de Colegios Oficiales de Farma-

céticos. Anorexia. Madrid: Consejo General; 2000. Punto farmacológico número 8.

8. Maddox RW, Long MA. Eating disorders: Current concepts. J Am Pharm Assoc 1999; 39: 378-386.

9. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992. p. 218-221.

10. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; 1994. Disponible en URL: <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/anorexia.htm>, y <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/bulimia.htm>

11. Castro MJ. Guía Clínica de la Anorexia Nerviosa. [en línea] [10 de abril 2004]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/anerviosa.htm>.

12. Borrego O. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia. Inf Ter Sist Nac Salud 2000; 24: 44-50.

13. Esteve M, Caballero J, Gómez-Zurita G, Panadero FJ. Anorexia nerviosa. Panorama Actual Med 2001; 25(24): 1015-1019.

14. La anorexia y la bulimia nerviosa. Disponible en URL: <http://www.psicoactiva.com/anorexia.htm>

## Centro de Información de Medicamentos

### Directora

María Puy Pérez

### Farmacéuticas

María Pilar Ardanaz

Eva Armendáriz

Mónica Godino

Arantza Viamonte

### Teléfonos

948 22 48 05 - 948 22 16 16

### Fax

948 22 16 16

### e-mail

cimna@redfarma.org

### Edita:

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. c/ Navas de Tolosa, 19-3º  
31002 PAMPLONA

### Depósito legal:

NA-569/2004

## Horario del CIM

**Lunes a Viernes:** de 7,30 h. a 14,30 h.  
de 16,30 h. a 19,30 h.

**Sábados:** de 8 h. a 14h.