



FUNDACION  
CLINICA VALLE DEL LILI

# CARTA DE LA SALUD

NUMERO 58

www.clinicalili.org.co

MARZO 2001

## LA BULIMIA Y LA ANOREXIA

Sonia Bersh, MD Psiquiatra

### EDITORIAL

Paralelamente con la industrialización del mundo occidental, continúa en crecimiento el número de casos de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Colombia no es la excepción. De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en 1997 por el Ministerio de Salud, anualmente 2 de cada 100 colombianos, especialmente mujeres, se ven afectados por este problema. El Valle del Cauca muestra una tasa un poco mayor que el promedio de Colombia.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) no parecen tener una causa o mecanismo patológico específico. En el momento la mejor explicación señala como mecanismo disparador, debido a múltiples factores, el inicio de una dieta. Previamente a la conducta de la dieta, los factores que predisponen al fenómeno se pueden dividir en vulnerabilidad biológica (herencia), rasgos psicológicos e influencias sociales. Adicionalmente, 63 de cada 100 pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria pueden tener otro trastorno psiquiátrico que complica el diagnóstico y empeora el pronóstico.

Con respecto al tratamiento y al pronóstico, estadísticas internacionales muestran que el 40% se recupera completamente, 15% permanecen con síntomas leves, 25% continúan con una enfermedad crónica y 15-20% llegan a morir. La esperanza se centra en un diagnóstico temprano y quizá en la educación a la familia sobre cómo manejar los rasgos psicológicos y las presiones sociales relacionadas con este fenómeno tan complejo.

**Hernán G. Rincón, M.D.**  
Jefe Sección de Psiquiatría

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema grave que afecta un número creciente de personas, especialmente adolescentes y adultas jóvenes. Estos trastornos son diez veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres; entre el 0.5 y el 3.7% de las mujeres padece o padecerá de alguno de ellos en el transcurso de su vida.

Los síntomas principales de los trastornos de la conducta alimentaria son la preocupación por el peso y la figura corporal, un temor excesivo a aumentar de peso y un intento persistente por evitarlo.

En la **anorexia nerviosa**, la persona pierde intencionalmente peso hasta un valor por debajo del mínimo normal por edad y talla, con riesgo de presentar alteraciones metabólicas y endocrinas. La mayoría de los casos pueden y deben identificarse cuando empiezan las alteraciones en la conducta alimentaria y el temor excesivo a engordar, antes de que se presenten los trastornos metabólicos y endocrinos. Estas pacientes no se incluyen por lo general en las estadísticas, pero sin duda ya tienen un problema y requieren atención especializada. Generalmente la paciente no es consciente de su problema, considera que su familia se preocupa demasiado y puede, por lo tanto, no buscar ni aceptar atención médica oportuna.

La **bulimia nerviosa** se caracteriza por la presencia de atracones que son periodos de ingesta excesiva de

alimentos en corto tiempo, especialmente de aquellos con alto contenido calórico (pan, pasteles, fritos, helados, chocolates), que se acompaña de sensación de pérdida de control sobre la ingesta y sentimientos de culpa y autorreproche; y de conductas “compensatorias” inapropiadas, que buscan evitar la ganancia de peso, como son la provocación de vómito y el uso de laxantes, diuréticos, enemas, el ayuno y el ejercicio excesivos. La mayoría de estas pacientes no están bajas de peso, y por vergüenza esconden sus síntomas, por lo que pueden pasar inadvertidas, incluso para sus familias.

Hay una comprobada relación entre el comportamiento que llamamos popularmente “hacer dieta”, es decir restringir voluntariamente la ingesta de alimentos buscando con ello no engordar, y el comer en exceso que lleva a aumento de peso.

## EL AUGE DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

Nos guste o no, lucir delgado y atractivo son valores sociales. Existe una asociación fuerte entre lucir atractivo y sentir que se está bien y se es valioso. Esto parece confirmarse en algunos estudios que describen que las personas esbeltas y atractivas tienen mayores posibilidades de éxito social y a veces mejores oportunidades de trabajo. La sociedad funciona con la hipótesis de que “lo que es bello es bueno”; lo cual es reforzado por todo el proceso de aprendizaje cultural, desde los cuentos de hadas hasta los comerciales de televisión.

Cada período en la historia y cada cultura ha tenido sus propios estándares de belleza, que influyen en todos, en especial en las mujeres jóvenes, porque hay más presión dirigida hacia ellas, y porque los jóvenes, sobre todo los adolescentes pueden ser más vulnerables a la “presión social”.

La tecnología actual ha contribuido a que se den los excesos que vemos en la cultura occidental contemporánea en que se nos propone un ideal de figura corporal muy esbelta y hasta antinatural, que resulta cada vez más inalcanzable.

Al mismo tiempo se nos vende la idea que sintetiza Judith Rodin, una experta en el tema, con la siguiente

frase: “... el objetivo de lucir suficientemente bello parece posible en cualquiera que trabaje suficientemente fuerte, se ejercite por el suficiente tiempo y coma suficientemente poco”. Esto más que una idea es un espejismo.

Esta presión social y cultural hace que se incurra en comportamientos alimentarios inapropiados que pueden salirse de las manos. Tal es el caso de dietas excesivas y/o repetitivas, que pueden volver lento el metabolismo y aumentar el riesgo de comer en exceso, haciendo que cada vez resulte más difícil perder peso o mantenerlo. En este contexto aparece la **distorsión de la imagen corporal**: la persona continúa percibiéndose gorda, aunque no lo esté, e insiste en seguir reduciendo su peso.

La preocupación por el peso y la figura y las conductas encaminadas a evitar engordar, poco a poco van desplazando otras actividades e intereses en la vida de las personas afectadas al punto que todo lo relacionado con ello pasa a ser lo más importante.

Infortunadamente esto se da en la forma de una inmensa y persistente preocupación, es decir con mucho sufrimiento emocional.

## COMPLICACIONES MEDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

Entre las complicaciones médicas más frecuentes están la desnutrición que puede llegar a niveles graves; la osteopenia (pérdida de tejido óseo) asociada a disminución de estrógenos, que el organismo produce en menor cantidad por falta de recursos. Esta puede progresar a osteoporosis, y en las personas jóvenes puede interferir con el crecimiento y el desarrollo físico y sexual.

Se presentan alteraciones endocrinas, como la amenorrea (cese del sangrado menstrual e infertilidad asociada) y la disminución de las hormonas tiroideas, lo que vuelve lento el metabolismo. Son frecuentes las alteraciones en los electrolitos de la sangre y en los casos más graves (especialmente de anorexia), alteración en los signos vitales: temperatura, tensión arterial y frecuencia cardiaca (pulso), que pueden causar la muerte.

## OTROS PROBLEMAS EMOCIONALES

Con frecuencia hay conflictos psicológicos complicados que contribuyen a la formación o mantenimiento del problema de la conducta alimentaria, los cuales deben ser dilucidados y manejados de una manera muy individualizada por parte del psiquiatra.

Así mismo, con frecuencia hay otros problemas psiquiátricos concomitantes que requieren atención específica. Son frecuentes la asociación con **depresión** (hasta en un 50%), con el trastorno obsesivo-compulsivo, y con otros trastornos de ansiedad.

## EL TRATAMIENTO

Idealmente todo paciente con un trastorno de la alimentación debe ser evaluado por un psiquiatra o psicólogo clínico con experiencia en este tipo de pacientes.

Son síntomas de particular alarma y que prescriben una consulta inmediata:

- Un peso inicial muy bajo.
- Disminución rápida o persistente de la ingesta de alimentos.
- Otras enfermedades médicas o psiquiátricas concomitantes.
- Vómito persistente.
- Disfunción familiar.

La labor del psiquiatra consiste en coordinar la atención del paciente y colaborar con otros médicos, como son el endocrinólogo que evalúa y trata los problemas médicos asociados, y la nutricionista que contribuye con la rehabilitación y consejería nutricional.

El psiquiatra evalúa y monitorea el estado psiquiátrico del paciente, define si se debe hospitalizar o puede manejarse ambulatoriamente (como en la mayoría de los casos) y provee orientación a la familia.

Los objetivos del tratamiento incluyen ante todo restaurar un peso saludable, entendiéndose por esto el peso en el cual reaparece la menstruación y la ovulación (en las mujeres), se restablece un apetito sexual normal y los niveles de testosterona (en los hombres), y en los niños el peso en el cual se continúa el crecimiento normal y el desarrollo físico y sexual.

Otros objetivos del tratamiento son: motivar al paciente a cooperar con el tratamiento; que entienda que no se pretende engorlarla sino ayudarle a que no sea esclavo de esta obsesión y pueda nutrirse sin temor, proveer educación en nutrición y patrones alimentarios adecuados, tratar los problemas emocionales subyacentes, y movilizar el apoyo familiar. Con frecuencia la familia tiene dificultades para comprender que el problema está por fuera del control del paciente, precisamente porque la persona afectada luce tan aparentemente controlada (en su dieta) y empeñada en su objetivo.

La piedra angular del tratamiento es la psicoterapia orientada a corregir las distorsiones conceptuales y los comportamientos perjudiciales que se presentan en relación con la alimentación, el peso y la figura corporal; y a enseñar nuevas maneras de volver a ser consciente de lo que se come y de cómo hacerlo de una manera segura, sin angustia y con control. Es útil la psicoterapia en la modalidad individual y grupal.

Algunos medicamentos psiquiátricos (algunos antidepressivos a dosis altas) han demostrado ser útiles en la bulimia específicamente, reduciendo los atracones y el vómito. También son muy útiles para tratar los problemas psiquiátricos concomitantes. Infortunadamente no hay aún medicamentos que sean directamente útiles en la anorexia nerviosa.

La mayoría de las veces estos trastornos tienen un curso crónico, con recuperaciones frecuentemente incompletas, aun con tratamientos apropiados. En general mejoran significativamente los síntomas (bajo peso, atracones y vómito) pero persisten grados variables de distorsión de la imagen corporal y de los patrones alimenticios. Es por esto que resulta tan importante que se identifiquen y traten temprana y apropiadamente los trastornos de conducta alimentaria (TCA) que causan tantos problemas médicos y gran sufrimiento emocional al paciente, la familia y la sociedad.

## BOCA Y CARA

- Inflamación de las encías.
- Caries dental.
- Queilosis. (Boquera).
- Aumento del tamaño de la glándula parótida.
- Adenopatía submandibular (ganglios en el cuello).

## CARDIOVASCULARES

- Hipotensión (presión arterial baja).
- Bradicardia sinusal: Disminución de la frecuencia del pulso.
- Daño al músculo cardíaco (Por uso de ipeca como inductor de vómito)

## GASTROINTESTINALES

- Esofagitis, hematemesis (vómito de sangre).
- Parálisis del estómago.
- Constipación (estreñimiento).
- Prolapso rectal.
- Dilatación y perforación del estómago.
- Dilatación intestinal.

## DEL SISTEMA ÓSEO

- Fracturas de los huesos por osteoporosis.

## HORMONALES Y METABÓLICAS

- Amenorrea, oligomenorrea (ausencia o retraso de la menstruación).
- Retraso del inicio de la pubertad.
- Falla o detención del crecimiento.
- Osteoporosis (fragilidad de los huesos).
- Obesidad.

## DE LOS RIÑONES

- Cálculos renales.

## DE LA PIEL

- Sequedad excesiva de la piel y el cabello.
- Calvicie.
- Lanugo (pelo muy fino en la piel, como de bebé).
- Piel amarilla (exceso de vitamina A).
- Escoriaciones en la mano.

## DEL SISTEMA NERVIOSO

- Neuropatía periférica (pérdida de la sensibilidad, de los movimientos de las piernas, de las manos).
- Atrofia cerebral.
- Alteraciones del pensamiento y del ánimo.
- Pérdida de la memoria, incoherencia al hablar, depresión.

### Comité Editorial:

- |                              |                         |                      |                               |
|------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------|
| • Dr. Martín Wartenberg      | • Dr. Hernán G. Rincón  | • Dr. Hernán Córdoba | • Dr. Jairo Sánchez           |
| • Dr. Adolfo Congote         | • Dr. Jaime Orrego      | • Dra. Yuri Takeuchi | • Enfermera Gloria C. Jiménez |
| • Sra. María Teresa Sellarés | • Dr. Paulo José Llinás | • Sra. Alda Mera     | • Dr. Hermann González        |

"Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico".

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili Cra. 98 # 18-49 Tel.: 331 9090 Fax: 331 7499 Santiago de Cali  
En Internet: [www.clinicalili.org.co](http://www.clinicalili.org.co)

Esta publicación es cortesía de



Y

**EL PAIS**

El Diario de nuestra gente