

# *Anorexia y bulimia*

## *Conflictos con el cuerpo*

---

**Hernán Santacruz**

---

**L**os trastornos de la alimentación constituyen un conjunto de padecimientos heterogéneo que tiene un carácter paradigmático desde el punto de vista clínico y psicopatológico. Son paradigmáticos en cuanto confluyen en ellos elementos etiológicos muy diversos, de naturaleza genética, neuroendocrina, psicológica y sociocultural, siendo éstos últimos los que seguramente determinan su extraordinario incremento, primero en los países desarrollados y ahora también en Colombia. Debido a que la anorexia nerviosa es por mucho la forma más grave y frecuente de los trastornos de la alimentación, este trabajo se referirá ampliamente a ella, y en menor extensión a la bulimia. También por razones de claridad y porque este trabajo no está dirigido a especialistas en el área, no se referirá a las nuevas modalidades clínicas del trastorno que aún se encuentran en discusión e investigación.

Por otra parte conviene, ya que se está hablando de un trastorno cuya frecuencia ha aumentado drásticamente en los últimos años, hacer una breve indagación histórica: hay descripciones clínicas de personas seguramente anorécticas desde el medioevo. Parece ser que estas pacientes desarrollaban su enfermedad no por buscar una disminución de peso o por una forzosa acomodación

a las exigencias de la moda sino por razones de índole mística. Piero Camposesi describe en la obra "Fragmentos para una historia del cuerpo humano" (Edit. Taurus 1991, Madrid), un relato de Heisterbach acerca de una mujer joven "poseída por una profunda devoción quien, comulgando todos los domingos, dejaba de sentir la necesidad corporal de alimentarse durante toda la semana". Esta admirable capacidad se prolongó por varios meses, aunque el cronista no nos dice cuál fue la evolución posterior del caso.

A fines del siglo XIX se usó prácticamente la nomenclatura actual para describirla tanto en Inglaterra como en Francia por parte de Gull y Laségue, respectivamente. Avanzado este siglo, en la cuarta década, intensas discusiones entre clínicos europeos permitieron la diferenciación entre anorexia nerviosa y caquexia por lesión hipofisaria (Simmond). Ya en la segunda mitad de este siglo, y en particular cuando la anorexia nerviosa empieza a adquirir características "epidémicas", empiezan a aparecer en proporción más y más investigaciones sobre el tema que se recopilan hace veinticinco años en el texto de Hilde

---

Hernán Santacruz Oleas: Médico Psiquiatra - Psicoanalista, Profesor Titular Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Javeriana. Santa Fe de Bogotá.

Bruch. Russell es el investigador contemporáneo que ha descrito formas clínicas diferenciales tanto de la anorexia como de la bulimia que permitirían establecer subtipos de cada una de ellas.

Para el DSM IV (Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders) y el CIE 10 (Sistema Internacional de Clasificación de las Enfermedades), son criterios diagnósticos de anorexia los siguientes:

- Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo normal para la edad y talla.
- Intenso temor a engordar.
- Severa perturbación en la imagen corporal.
- Otros criterios exigen la presencia de una pérdida de peso del 25%, aunque no hay consenso sobre el grado de pérdida de peso y su verdadera significación en términos de la parte de la masa corporal perdida.
- Amenorrea.

Por otra parte, se describen como criterios diagnósticos para la bulimia:

- Episodios de ingestión masiva acompañados de una sensación angustiada de pérdida de control
- Intensa preocupación por la apariencia corporal y conductas dirigidas a controlar el peso.
- Los alimentos habitualmente consumidos en esos episodios de voracidad son carbohidratos y el consumo suele ocurrir en la noche de modo clandestino. El atracón suele ser mayor, cuando tienen la certeza de poder vomitar luego-

### **Epidemiología de los trastornos de la alimentación**

Los trastornos de la alimentación afectan fundamentalmente a mujeres jóvenes, y la edad más común de inicio está entre los 14 y 16 años. La anorexia nerviosa sigue siendo rara en hombres aunque la impresión que se percibe de los trabajos más recientes es que aumenta hasta estar en este momento entre el 5 y 10% del total de casos. La prevalencia en mujeres jóvenes es del 1% y está asociada con estratos socioeconómicos medios y altos. En algunas muestras hasta el 6% de las jóvenes que están terminando educación secundaria tienen más de un síntoma de anorexia nerviosa. El aumento de la prevalencia en hombres se hace a expensas de prepúberes fundamentalmente. Las mujeres que se desempeñan en profesiones que requieren delgadez (bailarinas, modelos) son más propensas a desarrollar el padecimiento. En relación con la bulimia algunos estudios ingleses y norteamericanos señalan prevalencias del 2 al 4% en mujeres jóvenes, también con tendencia al incremento.

### **Aspectos orgánicos, fisiológicos y neuroendocrinos de la alimentación**

Conviene ahora señalar algunos de los aspectos neurofisiológicos que se relacionan con el apetito. La alimentación es un motivo fundamental del comportamiento humano, establecido genéticamente para garantizar la supervivencia. Es claro que sujetos que no estén provistos de una vigorosa tendencia alimentaria tendrán menos oportunidades de perpe-

tuarse. También hay que señalar, que a pesar de que la alimentación es una necesidad primordial, seguramente con frecuencia no ha podido satisfacerse por lo que también la especie es capaz de adaptarse a largos períodos de privación. Se podría aventurar entonces la idea de que la capacidad de tolerar largos períodos fármacos sería, en esas circunstancias extremas pero de ningún modo infrecuentes en la historia de la especie, una ventaja.

Los núcleos neuronales que controlan la ingestión son el paraventricular y el ventromedial en relación específica con la saciedad, mientras que la estimulación del núcleo ventrolateral del tálamo y de la región perifornical produce sensación de hambre. Por supuesto lo anterior se da con la mediación de neurotransmisores, así: la activación noradrenérgica incrementa la cantidad que se ingiere en cada comida porque retrasa la aparición de la sensación de saciedad, también aumenta la preferencia por carbohidratos y disminuye la de proteínas. La activación serotoninérgica disminuye la cantidad ingerida porque desencadena rápidamente la sensación de saciedad y a la inversa del sistema anterior, disminuye el apetito de carbohidratos. El sistema dopaminérgico inhibe la avidez por proteínas y grasas y al parecer interviene en la experiencia placentera que acompaña a la ingestión de alimentos. La galanina aumenta la apetencia por carbohidratos al comienzo del día y por las grasas al final del día. Otros péptidos cuyas funciones continúan siendo investigadas intervienen en el control del apetito y la saciedad; éstos son la bombesina, la soma-

tostatina, el enteroglucagón y la colecistoquinina, esta última en especial desencadenando saciedad. Recientemente dos neuropéptidos denominados "Y" y "YY" se han ligado respectivamente al hambre "corriente", y al hambre imperiosa o famélica. Como se puede apreciar por lo anterior, los sistemas de control del hambre y la saciedad son altamente complejos, y su conocimiento no es aún completo; lo que sí parece ser claro es que las aminas biógenas ejercen un control a corto plazo y los péptidos lo hacen en ciclos largos.

Lo anterior no es todo en el aspecto fisiológico porque, y en relación específica a la acumulación grasa en las diferentes partes del cuerpo, se deben agregar algunos otros elementos importantes: los lipocitos se reproducen en los primeros cinco años de vida, luego de esta edad su reproducción cesa, pero en las mujeres se reanuda la actividad reproductora lipocítica en cada embarazo. La grasa se distribuye además según la presencia de receptores de membrana para hormonas sexuales que determinan la acumulación de grasa característica de los cuerpos femenino y masculino. Finalmente, la grasa parda, cuya apariencia café-rojiza se debe a la gran acumulación mitocondrial que sus células poseen, y que está ubicada en el espacio retroesternal, en la grasa perirrenal y en la espalda en el espacio interescapular, es responsable de convertir en calor los lípidos que ahí se metabolizan. La presencia y actividad de la grasa parda estaría pues relacionada con las observaciones clínicas de sujetos que con una muy alta ingestión calórica no engordan y otros que son gor-

dos pese a controlar dicha ingestión. Cabe señalar que el ejercicio físico activaría la función "quemadora" de lípidos de la grasa parda.

#### **Aspectos psicológicos y socioculturales de la alimentación**

Como en todo hecho psíquico humano, sobre y desde la infraestructura orgánica cerebral se inserta lo psíquico que incluye desde luego lo inconsciente ligado a las experiencias tempranas de satisfacción del hambre y a su vez esta satisfacción unida a la vivencia elemental de los primeros cuidados que construyen la trama organizadora de la vida psíquica en la relación con la madre. No puede separarse de lo anterior el hecho de que la satisfacción del hambre produce placer y ese placer es esencial en la construcción de los primeros vínculos que el bebé humano desarrolla con otros seres humanos.

La cultura interviene en los procesos alimentarios desde el comienzo de la vida. Muchas de las primeras normas se relacionan con la alimentación, con las clases de alimentos, las formas de preparación, su orden y por supuesto la manera en que éstos deben servirse y consumirse. Hay alimentos deseados, prohibidos, limitados en su consumo a ciertos períodos de la vida, o que sólo pueden tomarse luego de una forma de preparación especial o siguiendo o precediendo a otros. Hay, por supuesto, también comidas de "ricos" y comidas de "pobres", comidas "urbanas" y comidas "rurales" y no podemos olvidar que determinados alimentos son elementos de identificación cultural. No

hay otra actividad que facilite más la interacción humana familiar y social que la alimentación.

Las connotaciones simbólicas de la comida y del comer son enormes: comer juntos, invitar a comer, rechazar la comida, compartir la comida, son acciones cargadas de implícitos afectivos, sociales, y a veces sexuales que son factores siempre presentes y conflictivos en las pacientes con trastornos del apetito.

Es evidente que la valoración y apreciación que la cultura hace del cuerpo femenino determina en gran parte la presencia creciente y alarmante de los trastornos de la alimentación en mujeres jóvenes. El cuerpo femenino ha sido objeto a lo largo de la historia de la cultura occidental judeocristiana de conceptualizaciones que van desde el rechazo formal y explícito a la idealización mística. Se apreció el cuerpo femenino de características voluptuosas hasta hace más o menos tres décadas; ahora el aprecio y la exaltación estética se refieren a su delgadez. La delgadez hoy es signo de elegancia, es también evidencia de rango social, de tiempo disponible abundante para las tareas del gimnasio, del bronceado, del maquillaje, de la vestimenta que muestra y esconde; en suma es una manifestación de excelencia personal y social que por supuesto sólo es posible si además se tiene dinero. En el mismo orden de este pensamiento mágico, ser "gordo" cuando adulto es declararse inculto, descuidado y también viejo. Sin embargo, y para señalar la contradicción que es la norma cuando se está en los terrenos de lo irracional, los niños para ser "lindos" deben

estar "gorditos" (hasta hace no muchos años algunas marcas muy conocidas de alimentos para niños realizaban "concursos" en los que el bebé más gordo era el ganador, especialmente si además era rubio y de ojos azules). Las pacientes anorécticas y bulímicas frecuentemente sienten que su cuerpo debe estar delgado porque la sola presencia de rasgos sexuales secundarios (mamas, glúteos y caderas) ya las convierte en "vulgares", connotación que se agrega a las otras apreciaciones peyorativas que se han señalado en el párrafo anterior. Se impuso durante más de un siglo y hasta hace poco el ideal de belleza femenino que resaltaba los rasgos sexuales secundarios, ahora se impone su mínima expresión y las mujeres, especialmente las más vulnerables en tanto que adolescentes inician dietas absurdas, a veces dirigidas médicamente, para acomodarse a esa nueva exigencia producto de la cosificación indigna e indignante a que son sometidas. Cuando poco a poco estos "ideales de belleza" empiezan a permear también lo calificado de deseable en la apariencia física masculina, hasta ahora inaccesible a esas intrusiones, se empiezan a detectar casos de anorexia en varones prepúberes.

#### **La imagen corporal**

La imagen corporal tiene una base neurológica: el homúnculo sensorial de la corteza parietal. Sobre ese sustrato se construye una representación simbólica y afectiva que es la imagen psíquica del cuerpo; esta imagen expresa la valoración que el sujeto experimenta por el cuerpo y sus partes, pero esa autovalo-

ración está a su vez determinada por la cultura. Una imagen corporal "normal" se ha construido a partir de la observación del cuerpo de los otros, pero también a través de la mirada de los otros y de las opiniones que expresan esos otros. La anoréctica se siente gorda, pese a la opinión de todos los otros que se sorprenden o asustan frente a su emaciación, y se sigue sintiendo así pese a haber perdido 25 o 30 por ciento de su peso corporal; su apreciación del cuerpo es pues, psicótica en el sentido de que no puede emitir un juicio real acerca de la apariencia "física" de su cuerpo. En relación con la imagen corporal también es claro el rechazo que estas pacientes expresan frente a aquellas áreas de significación erótica o sexual y que son aquellas que pretenden volver inaparentes a través de sus conductas restrictivas. También el ejercicio constante, obsesivo, desmesurado a veces, es un hallazgo frecuente que contribuye al gasto calórico y que unido al consumo de purgantes, al vómito autoinducido y al consumo de anfetaminas pueden ocasionar complicaciones médicas de gravedad variable.

Todo clínico experimentado ha tenido pacientes en los que condiciones psíquicas determinan alteraciones del funcionamiento neuroendocrino. La amenorrea es una de esas muy frecuentes alteraciones. La amenorrea suele aparecer a las pocas semanas de iniciada la restricción dietética, se mantiene a lo largo de la evolución del padecimiento y la reanudación menstrual es, habitualmente, algo que ocurre cuando la recuperación nutricional está en curso. Cuando una pa-

ciente mantiene la restricción alimentaria y el bajo peso a pesar de haber vuelto a menstruar normalmente, se debe considerar como un caso de mal pronóstico.

#### **Bulimia**

El término Bulimia proviene del griego *bous* = buey y *limos* = hambre. Se refiere como diagnóstico, a pacientes que experimentan episodios incontrolables de ingestión masiva seguidos de vómito autoinducido. Ocurre en mujeres que expresan mucha preocupación por su imagen corporal y una serie de conductas dirigidas a la disminución o control del peso. Desde la descripción de Russell en 1979 se han detectado cada vez más y más casos y algunos estudios estiman una prevalencia del 2.8% para la población femenina, lo que haría de este trastorno el más significativo epidemiológicamente de todos los trastornos del apetito. Estas pacientes tienen una tendencia a la obesidad que parece ser más importante que la descrita en la anorexia nerviosa. Hay que señalar que por lo menos el 50% de las pacientes anorécticas desarrolla comportamientos bulímicos y que esta evolución ensombrece el pronóstico del cuadro. Por esta razón el término bulimarexia fue acuñado por Lodahl en 1976. Luego del episodio bulímico, que como se ha dicho antes es clandestino y casi siempre nocturno, sobrevienen sentimientos intensos de naturaleza depresiva y de culpa y vergüenza. También es claro que dificultades emocionales, en particular aquellas ligadas a experiencias de abandono o soledad, suelen precipitar crisis bulímicas. La crisis

## Anorexia y bulimia

es posible porque no se percibe la normal sensación de saciedad y eso incluye la ausencia de la saciedad específica que es la pérdida de deseo o rechazo de un grupo particular de alimentos una vez que se ha consumido una cantidad suficiente de ellos.

### **Comorbilidad psicopatológica**

El cuadro clínico más frecuentemente asociado a los trastornos del apetito es la depresión, tanto que muchos autores afirmaron que serían manifestaciones incompletas o equivalentes de trastornos del afecto. Ahora se piensa que tanto anorexia como bulimia son entidades clínicas autónomas. La asociación con depresión, por otra parte, sería más una consecuencia de la desnutrición en los casos en que está presente y en la bulimia se trataría de una concordancia con un cuadro distímico ligado a estructuras de personalidad altamente conflictualizadas.

La observación clínica de estas pacientes ha mostrado en todos los estudios la presencia de comorbilidad con estructuras de personalidad patológicas (dependiendo de los estudios, entre el 25 y el 70% de las pacientes tienen trastorno de personalidad). En las anorécticas se encuentran frecuentemente perfiles de tipo narcisista, histérico y obsesivo; éstas tienen mejor pronóstico que aquellas en las que hay componentes de personalidad esquizoide o fronteriza. Las pacientes bulímicas, en cambio, suelen ser más frecuentemente afectas de trastorno por descontrol de impulsos, que se expresa en compras compulsivas, despilfarro, abuso de alcohol, ludopatía, cleptomanía, propen-

sión a los accidentes, promiscuidad e ira paroxística. Subyacen a lo anterior intensos sentimientos de minusvalía y autome-nosprecio.

### **Complicaciones médicas de los trastornos del apetito**

En la anorexia nerviosa la restricción dietética disminuye el metabolismo basal y la termogénesis, que se expresa en los casos más graves por hipotermia, hipotensión y bradicardia. También hay disminución del recambio y génesis de proteínas, disminución de la actividad de la bomba de sodio y un mayor rendimiento de ATP. Por todo lo anterior hay una disminución de la actividad simpática, un incremento de las posibilidades de ansiedad y depresión y una posibilidad creciente de que surjan episodios bulímicos ligados al déficit serotoninérgico específico que facilita el comportamiento impulsivo.

Las pacientes que hacen ejercicio suelen obtener por este medio una producción endorfinica que ayuda a la no percepción del hambre y al mantenimiento de un estado de ánimo que impresiona como optimista y alegre en el que es fácil la negación de la gravedad de lo que les está ocurriendo.

Las complicaciones médicas son más frecuentes en anorexia que en bulimia; sin embargo, ambas pueden ser letales (según las series la mortalidad fluctúa entre el 5 y el 17%). La muerte ocurre en anorexia por hipotermia, bradicardia, shock y muerte. En la bulimia se han descrito complicaciones cardiovasculares por dilatación gástrica extrema, hemorragia esofágica post-vómito

(síndrome de Mallory-Weiss), alcalosis hipoclorémica, hipocalcemia, convulsiones y erosión del esmalte dental.

### **Evolución y pronóstico**

El pronóstico de la anorexia en general es malo aunque responden mejor las pacientes con estructuras de personalidad histéricas, que no han hecho crisis bulímicas, que tienen una apariencia física atractiva y que admitan el sentir hambre. Algunos autores afirman que habría un "curso natural" para la anorexia de aproximadamente dos años, pero en los estudios más representativos, que son los de Russell en Inglaterra, se concluye que el 43% de las anorécticas terminan haciendo un trastorno crónico, mixto, de anorexia y bulimia. Son indicadores de mal pronóstico la presencia de antecedentes neuróticos infantiles (berrinches, onicofagia, enuresis, ansiedad de separación), padres en conflicto severo, crisis bulímicas, sintomatología depresiva y comienzo tardío (después de los 25 años) del trastorno.

Algunos autores describen luego de seguimiento por varios años de pacientes anorécticas, una muy elevada frecuencia de trastorno de identidad de género (lesbianismo).

La bulimia nerviosa tiene mejor pronóstico que la anorexia, pero aproximadamente un 30% terminan en un trastorno crónico mixto similar al del cuadro anoréctico. Al parecer estas pacientes necesitan de un largo apoyo psicoterapéutico.

### **Tratamiento**

Los trastornos de la alimentación, que como hemos visto tienen una determinación multicausal

sal, requieren un tratamiento multidisciplinario que incluye psicoterapia individual y familiar con enfoques comportamental, cognoscitivo y dinámico, que puede ser simultáneo o no. Cuando las circunstancias orgánicas lo hacen necesario o cuando la pérdida de peso es superior al 25% del peso mínimo ideal para la talla y edad del paciente, el tratamiento debe ser hospitalario, ya que esta pérdida hace fuertemente proclive a la paciente al desarrollo de complicaciones cardiovasculares potencialmente letales. Cuando el porcentaje de pérdida es superior al 30% del peso esperado, la hospitalización psiquiátrica suele ser muy prolongada (dos a seis meses). En algunos casos será necesaria medicación psicotrópica, generalmente de tipo anti-depresivo. La dieta debe planearse con más o menos 500 calorías por encima del requerimiento básico diario y es deseable repartirla en seis comidas iguales a lo largo del día. Debe evitarse que la paciente coma cantidades grandes de alimentos en una sola comida. No debe olvidarse, con respecto a los medicamentos, que dado el estado de desnutrición que presentan estas enfermas, pueden ser muy vulnerables a los efectos secundarios de ellos. La administración de ciproheptadina se recomienda por sus efectos antihistamínicos y antiserotoninérgicos que en la anorexia pueden contribuir a mejorar el apetito. Dado el creciente número de casos que se observa en nuestro

medio, se sugiere que las instituciones de tercer nivel de atención en salud y que posean unidades de salud mental, constituyan clínicas de trastornos de la alimentación que deben incluir un psiquiatra, una psicóloga clínica con experiencia en terapia cognoscitivo-comportamental, un médico internista, una nutricionista y una enfermera profesional. Idealmente estos equipos deben ser asesorados por un psiquiatra con especialidad en niños y adolescentes y un endocrinólogo.

#### Acciones preventivas

Si, como parece ser claro, los factores de naturaleza familiar y psicosocial desempeñan un papel esencial en el incremento de la prevalencia de los trastornos de la alimentación, es por supuesto posible pensar en medidas preventivas.

En primer lugar debe evitarse de manera radical el sugerir dietas a adolescentes y mujeres jóvenes cuyo exceso de peso en la mayoría de los casos no es médicamente significativo. Hay que recordar que desde el punto de vista clínico-nutricional no se considera que una persona es obesa sino cuando sobrepasa en más de un 20% el límite superior del peso ideal para su talla y edad.

Mucho más importante aunque menos concreta es la necesidad de que padres, educadores, responsables de los medios de comunicación de masas, publicistas y por supuesto los profesionales de la salud tomen conciencia del

riesgo que potencian al plantear criterios de belleza y atractivo que incluyen siempre, sea de modo explícito o implícito, una apariencia corporal que muchas mujeres no pueden alcanzar. Mientras más se exalte la apariencia física como valor indispensable y óptimo para conseguir la aceptación social, el aprecio del sexo opuesto e incluso ubicación laboral, más numerosas serán las adolescentes y mujeres jóvenes que pretendan cumplir con esos absurdos estereotipos.

Comer bien y de manera balanceada es un elemento importante en un estilo de vida saludable, pero es nocivo, en particular para los niños y adolescentes, fomentar una preocupación de características obsesivas alrededor de la comida, de las calorías, de las grasas, del "colesterol", etc.

En una cultura tan enajenante como la nuestra, tan llena de falacias y presupuestos irracionales, sólo la aprensión genuina y la aceptación plena de la propia persona, que implica el no ser igual ni a un modelo ni a los otros, pueden facilitar una madurez psicológica real; a propósito de esto hay que recordar la enunciación de Sigmund Freud cuando afirmó que "el primer Yo es el yo corporal".

#### Bibliografía

1. **Fehér M, Naddaff R, Tazi N.** "Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano". Edit. Taurus. 1991. Madrid.
2. **Kaplan H, Sadock BJ.** "Comprehensive Textbook of Psychiatry VI". Edit. Williams and Wilkins. 1995. New York.
3. **Bruch H.** "Eating Disorders". Edit. Routledge Kegan Paul. 1972 London.