



Trastornos de la conducta alimentaria

Jorge Armando Barriguete Menéndez,* Adriana Viladoms Portugal§

CONDUCTA ALIMENTARIA, MODELO REGULADOR BIO-PSICO-SOCIO-CULTURAL

Después de trabajar por más de dos décadas con pacientes y familias que sufren de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Barriguete, 1996, 1997), consideramos necesario hacer un alto para proponer una integración actual de los conocimientos para la comprensión del diagnóstico y manejo, y para la prevención de los TCA en beneficio de su población.

La “*Conducta Alimentaria*” se constituye como un temprano organizador Bio-Psico-Familiar (BPF) (Barriguete, 2005b). El trabajo con este tipo de pacientes nos ha hecho comprender la dificultad de trabajar con la alimentación y sus alteraciones, sobre todo cuando nos encontramos frente a dificultades en la conducta que es el eje de todo esto: la “*Conducta Alimentaria*”, ya que se trata del *primer modelo regulador Bio-Psico-Familiar* (BPF)¹⁻⁶ del bebé y de su familia.^{7,8}

Basta recordar el llanto de un bebé, para saber que el hambre “duele”, que el aviso del cuerpo es violento, no perdona ni permite que la madre se distraiga, ni los que nos acogen y acompañan.

Así se vive por primera vez la “tensión interna” en la experiencia del hambre y se disfruta por primera vez la tranquilidad de no tenerla. Se vive la placidez de estar “satisfecho” al haber comido gracias a la satisfacción del hambre, necesidad fundamental para la sobrevivencia y el crecimiento. Y así se descubre a su vez el primer puente de relación del bebé emocional: la relación con su madre. Descubrirá lo “bien” que se siente si está abrazado, acurrucado, disfrutando de los cuidados maternos. De aquí que la conducta alimentaria contará con dos pilares: el registro de hambre y saciedad; y el de los afectos, contando con ellos para toda la vida.

Recordemos que la mamá no sólo acompaña al lactante, sino que incluso muchas veces se adelanta de sus necesidades para su satisfacción y protección. Es frecuente escuchar a una mamá decir, no tarda en “despertarse con hambre”, y así aparece el llanto revelador.

También sabemos que una mamá que está inquieta, deprimida o muy angustiada, estará demasiado distraída de los cuidados tempranos para el lactante. Y en la alimentación, que es el primer campo, veremos distintas actitudes, ya sean de devoción o de molestia, y encontraremos cómo se reflejará en la conducta alimentaria, misma que participa en la estructuración del equilibrio no sólo del lactante, sino de la familia misma, desarrollando una organización de relación familiar. Por eso es importante darle mucha atención a cualquier alteración y complicación y comentarlo con el pediatra o médico familiar.

De aquí se desprende la complejidad del estudio de la “*Conducta Alimentaria*” y de su difícil modificación, se trate de anorexia, bulimia nervosa, TANE, trastorno por atracón; así como los trastornos de la alimentación asociados a la diabetes mellitus, obesidad o desnutrición.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TCA

Utilizando criterios diagnósticos restringidos un 0.9% hombres y 2.8% mujeres sufren de trastornos de la conducta alimentaria en la Ciudad de México (Unikel, 2000); a nivel nacional las cifras de bulimia nervosa son del 0.6% de hombres y 1.8% de mujeres en la población urbana (Medina Mora, 2003), con criterios amplios en España se habla de un 9% en mujeres (Rojo, 2003). El estudio de la conducta alimentaria incluye la exploración de la obesidad al trabajar

* Asesor del C Secretario de Salud para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Especialista Trastornos de la Conducta Alimentaria, Dpto. Neurología y Psiquiatría y Dpto. Educación para la Salud Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Fellow y Chairman Hispano Latino Americano Chapter Academy for Eating Disorders EUA. Miembro de la ED Research Society. Presidente Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP, Director Clínica Ángeles de Trastornos de la Conducta Alimentaria. barriguete@quetzal.innsz.mx

§ Especialista Trastornos de la Conducta Alimentaria, Psicóloga de la Clínica Ángeles de Trastornos de la Conducta Alimentaria. www.clinicasangelestca.net

con el trastorno por atracón (Devlin, 2003) y nos señala que son conductas de riesgo a padecer adicciones (Franco et al, 2004, MILDT, 2003).

FACTORES DE RIESGO

En los TCA han sido implicados una gran cantidad de factores de riesgo. Podríamos citar la historia familiar, la preocupación por la comida y el peso, la obesidad pre-mórbida, obsesionalismo y trastorno obsesivo, trastorno afectivo, rasgos de perfeccionismo, exposición a acontecimientos estresantes, pérdidas y duelos, abuso de sustancias y baja estima. Uno de los principales problemas que se plantea en las investigaciones sobre factores de riesgo es que las muestras proceden en su mayoría de centros especializados, que muy pocos estudios incluyen un control con pacientes psiquiátricos o con otras alteraciones alimentarias o que el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y la evaluación de los factores de riesgo es muy prolongado, lo que dificulta la delimitación de los factores de significación etiológica de los que son mantenedores o consecuencia del trastorno (Patton, et al. 1999). Kendler et al (1991) en su amplísimo estudio sobre la epidemiología genética de la bulimia nerviosa describe como factores de riesgo: el haber nacido antes de 1960, bajo cuidado paterno, historia de fluctuación ponderal amplia, de dieta o ejercicio frecuente, imagen corporal ideal delgada, baja autoestima, locus de control externo y niveles altos de neuroticismo. Asimismo, la dieta y la hiperprotección materna, además del neuroticismo y la baja autoestima aparecieron asociadas con la AN (Walters & Kendler 1995).

EL DESARROLLO, ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS Y TRASTORNOS

Nuestro enfoque busca entender los trastornos con una visión del desarrollo, no sólo físico y emocional, sino familiar, de grupo y social. De aquí que el enfoque de reflexión basado en la "conducta alimentaria", nos ofrece muchos espacios nuevos para el tratamiento y la prevención de los trastornos.

La clasificación diagnóstica para lactantes propuesta en 1994 por el Centro Nacional para Programas Clínicos Infantiles, Bases Diagnósticas DC: 0-3 es una interesante propuesta no sólo porque norma y sugiere el trabajo con esta época fundamental de la vida, sino que propone una secuencia que busca el entendimiento del desarrollo a partir de su riqueza y complejidad.

El sistema de clasificación diagnóstica es el primero formalmente ofrecido para los niños de esta edad (0 a 3 años). El sistema de diagnóstico incluye 5 ejes y se aboca a las manifestaciones de los trastornos emocionales, de desarrollo y las alteraciones de la relación, que se observan en los infantes y los niños pequeños. Como ejemplos interesantes está la revista "Devenir", editor Guedeney, y la editada por la WAHIM.

Eje I. Los diagnósticos reflejan los *rasgos más prominentes del trastorno* y se limitan a *siete categorías de diagnóstico mayores*: **1.** Trastorno por estrés traumático; **2.** Trastorno del afecto; **3.** Trastorno de ajuste; **4.** Trastorno de regulación; **5.** Trastorno de la conducta del sueño; **6.** Trastorno de la conducta alimentaria; **7.** Trastorno de relación y comunicación.

Eje III se utiliza para describir condiciones médicas y de desarrollo que afectan al niño, así como los trastornos incluidos en otras clasificaciones de diagnóstico, como el DSM IV cuando tal desorden también es evidente en el niño.

Eje IV describen estresores psicosociales según su severidad, duración, e impacto global.

Eje V se refiere al *nivel de desarrollo funcional y emocional* del niño(a), de acuerdo a ciertas guías.

Chaator (1997), sugiere los siguientes puntos para diagnosticar si se trata de un "trastorno de la conducta alimentaria en lactante": **1.** Sucede en diferentes momentos de su vida, entre el nacimiento y los tres años; **2.** Dificultad en establecer patrones regulares para alimentarse, sin adecuadas cantidades de comida y con efectos en el desarrollo físico. **3.** La regulación de su alimento no responde a sus necesidades físicas, hambre o saciedad. **4.** Para hablar de un trastorno primario, no deben de existir problemas de regulación o precipitantes como: separación, trauma, siendo éstos secundarios. **5.** Los trastornos como pica y ruminación, pueden aparecer igualmente en esta época de la vida.

NIÑAS Y NIÑOS. EVALUACIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL COMER Y LA ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA

Dado que estos problemas tienen repercusiones directas en el desarrollo y crecimiento de los niños, son de gran importancia y generan una seria preocupación en las madres y familiares, así como en el pediatra. Se piensa en un inicio como un problema nutricional, ya que propicia el fracaso al crecer o la mala nutrición, incluso desnutrición, a lo cual debe asociarse la dimensión conductual, emocional y familiar para tener un cuadro más completo.

Los criterios diagnósticos (DSM IV-TR*) son: Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia y la niñez. Hasta los seis años de edad. Se refiere a trastornos que se diagnostican por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia, y varios presentan su diagnóstico hasta la edad adulta (p. ej. T déficit de la atención con hiperactividad).

Vale la pena mencionar que estos trastornos pueden existir conjuntamente con los del Eje I. o cualquiera del DSM-IV-TR.

Pica. A. ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante por lo menos 1 mes. **B.** La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo. **C.** La ingestión y la conducta alimentaria no forma parte de sus prácticas culturales. **D.** Si la ingestión y la conducta alimentaria aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental, es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

T. de ruminación. A. Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un periodo de por lo menos 1 mes después de un periodo de funcionamiento normal. **B.** La conducta en cuestión no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p.ej., reflujo gastroesofágico). **C.** La conducta no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nervosa o de una bulimia nervosa. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del desarrollo, son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

T. de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez. A. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes. **B.** La alteración no se debe a una alteración gastrointestinal, ni a otra enfermedad médica asociada (p.ej., reflujo gastroesofágico). **C.** El trastorno no se explica por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., T de ruminación). O por la no disponibilidad de alimentos. **D.** El inicio es anterior a los 6 años.

ADOLESCENTES Y ADULTOS. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A continuación enumeramos los criterios diagnósticos propuestos por el DSM IV-TR, apoyado en la sintomatología y buscando tener un discurso común entre los clínicos; para una lectura detallada le sugerimos referirse a un texto reciente del 2004, que elaboramos específicamente sobre los TCA, Suárez, Barriguete y Maldonado-Durán (2004).

Anorexia nervosa. 1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. **2.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. **3.** En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; p.ej., ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos. (Ciclos sin ingestión de estrógenos). *Especificar tipo: Tipo restrictivo:* durante el periodo de AN, la paciente no recurre regularmente a atracones o a purgas (p.ej., provocación del vómito, o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Tipo compulsivo/purgativo. Durante el episodio de AN, la paciente recurre regularmente a atracones o a purgas (p.ej., provocación del vómito, o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Bulimia nervosa. A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: **1.** Ingesta de alimento en corto lapso (p.ej., en un periodo de 2 horas), en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. **2.** Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). **B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo. **C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses. **D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta. **E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN. *Especificar tipo: Tipo purgativo:* durante el episodio de BN, la paciente se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. **Tipo no purgativo:** durante el

* DSM-IV-TR 2000 (P, 45)

episodio de BN, la paciente emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio extenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito o usar laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO TANE

La categoría de **TANE**, se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún TCA específico.

Ejemplos: **1.** En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares. **2.** Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites normales. **3.** Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses. **4.** Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p.ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas). **5.** Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

Trastorno por atracón. Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la BN. **1.** Episodios recurrentes de atracones. **2.** Se define "Atracón" por al menos 3 de los siguientes puntos: **A.** Comer mucho más rápido de lo normal. **B.** Comer hasta sentirse incómodamente lleno. **C.** Comer grandes cantidades sin sentirse físicamente hambriento. **D.** Comer a solas por pena de que otros vean cuánto se come. **E.** Sentirse a disgusto consigo mismo, deprimido o culpable después de comer demasiado. **3.** Importante estrés relacionado con los atracones. **4.** 2 días por semana durante al menos 6 meses. **5.** No se asocia con otras conductas compensatorias.

Es importante señalar que el trastorno por atracón, lo que anteriormente se conocía como "comedor compulsivo", es un complejo trastorno que está permitiendo que el grupo de los especialistas en conductas alimentarias exploremos y hagamos propuestas para el estudio, tratamiento y prevención para un sector de la población con obesidad, que representa un serio problema de salud pública. El T. atracón representa el 30% de la población que padece la obesidad.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL

Con la participación de Ma. Teresa Rivera, Ana Pérez Butinzar, Marisa Emmelhainz, Mónica Vázquez.

En el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no podemos pensar en un tratamiento que no sea integral y multidisciplinario. Tratándose de un problema complejo y multifactorial, se hace necesaria la participación de especialistas en el tema para lograr un abordaje integral y completo. Lo ideal es un equipo que simultánea y armónicamente trabaje con la paciente y su familia todos los aspectos involucrados en el padecimiento. El diagnóstico y proceso de evaluación incluye una valoración completa por parte del nutriólogo, del psicólogo, del médico y del psiquiatra. El tratamiento ideal es a través de un abordaje integral diseñado y planteado para cada paciente en forma personalizada según sus características (condición médica, psicopatología, antecedentes, entre otros) y las de su familia.

Es frecuente escuchar que las pacientes son ingresadas a los Servicios de los diferentes hospitales y clínicas privadas, sin un detallado proceso de evaluación diagnóstica, sufriendo de esta omisión tiempo después cuando el perfil del servicio clínico no corresponde a la necesidad de la paciente y su familia. Por lo que es fundamental conocer en detalle el perfil clínico del equipo terapéutico, y también la dimensión física y emocional de la joven paciente y la dimensión emocional de la familia.

ASPECTOS MÉDICOS Y MANEJO DE COMPLICACIONES. PROBLEMAS DENTALES Y COMPLICACIONES BUCALES

Con la participación de Eva Ma. Trujillo[†] y Ovidio Bermúdez[‡]

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno del atracón, pueden tener complicaciones médicas muy serias que ponen en riesgo la salud física y mental. (de Zwaan & Mitchell, 1992; Kaplan & Garfinkel, 1993). Los trastornos de la alimentación pueden ser mortales, en particular la anorexia, ya sea restrictiva o purgativa, y es una de las enfermedades

[†] Pediatra, Especialista en TCA, miembro AED, Directora de la Clínica "Comenzar de nuevo" MTY. NL. evatrujillo_simemty@prodigy.net.mx

[‡] Pediatra, Co-Chairman Capítulo Hispano AED, director Laureate Tulso OK. EUA. obermudez@laureate.com

psiquiátricas más letales que existen. Las complicaciones resultan básicamente de los estados de inanición y los frecuentes comportamientos purgativos (de Zwaan & Mitchell, 1992).

La complicación médica más importante del trastorno del atracón es la obesidad. Aproximadamente un 30% de las personas que buscan ayuda en las clínicas de obesidad, padece de un trastorno del atracón. La obesidad puede complicarse seriamente con una gran cantidad de entidades nosológicas. Las complicaciones cardiovasculares son de alta morbimortalidad para el paciente obeso, siendo la hipertensión y la enfermedad aterosclerótica de las que tienen mayor riesgo. También, hay una mayor incidencia de accidentes cerebrovasculares. La hiperlipidemia, en especial la hipertrigliceridemia, así como el riesgo de gota son frecuentes también en estos pacientes. Otras alteraciones como la presencia de litiasis vesicular son complicaciones propias de la obesidad e incluso de la disminución rápida de peso.

Definitivamente, todas aquellas personas que comen muy poco están en riesgo de complicaciones propias de la inanición o desnutrición. La anorexia es el trastorno de la conducta alimentaria que presenta los síntomas más floridos, sin embargo, las pacientes con bulimia o trastorno del atracón pueden presentar también estas complicaciones, sobre todo en los periodos de seria restricción. Cuando los síntomas de anorexia aparecen en los primeros años del adolescente que se encuentra en pleno desarrollo, los efectos sobre crecimiento y desarrollo sexual pueden ser devastadores, en especial si el proceso se vuelve crónico.

Los signos y síntomas clínicos con los que se puede presentar una paciente con un trastorno de la alimentación ofrecen un abanico muy variado. Puede ser todo o nada. La paciente anoréxica es más obvia para el clínico, generalmente se observa caquéctica, emaciada, con signos de malnutrición como piel seca, arrugada y fría, cabello seco, lacio y frágil; uñas quebradizas y cianóticas y lanugo (vello muy fino) sobre todo en cara, cuello, brazos, espalda y piernas. En la mucosa oral pueden presentar aftas y queilosis (lesiones en comisuras orales). Generalmente la fascie es pálida o amarillenta, demacrada, con ojos hundidos y sin brillo. Es frecuente la presencia de una coloración amarillenta en piel, en particular en plantas y palmas, producto del contenido de caroteno en suero. Se cree que esto tal vez sea debido a una alteración reversible del metabolismo de la vitamina A (Robboy, Sato & Schwabe, 1974). Los signos que el clínico también puede encontrar son bradicardia, hipotensión e hipotermia.

En contraste con la paciente anoréxica, la paciente bulímica generalmente se observa "saludable". Los hallazgos clínicos dependerán de las conductas compensatorias que esté realizando como el vómito, abuso de laxantes, diuréticos, píldoras para adelgazar, ipecac y otros. Algunos signos clínicos de vómito incluyen escoriaciones o callosidades en dorsos de las manos (signo de Russell) (Russell, 1979) así como la pérdida del esmalte dental. Es común que se presente una inflamación de las glándulas parótidas. No se han encontrado en las parótidas alteraciones estructurales, solamente un alargamiento de los conductos. Las glándulas salivales también se pueden hipertrofiar.

En términos generales, los hallazgos clínicos más relevantes son:

Sistema cardiovascular. Un tercio de las muertes de adultos con trastornos de la alimentación son debidas a complicaciones cardíacas (Isner et al, 1985). Las paredes ventriculares se adelgazan y el corazón se hace pequeño. Son frecuentes las lesiones mitrales como el prolapso de válvula mitral (Alvin, Zogheib & Rey, 1993) aunque pudieran presentarse alteraciones en cualquiera de las otras válvulas cardíacas por desnutrición e infección. Existe además una hipoperfusión tisular y vasoconstricción periférica como respuesta de defensa a esta malnutrición y que se manifiesta con extremidades cianóticas y frías (Freeman, 1993). Los cambios electrocardiográficos más comunes incluyen bradicardia sinusal, bajo voltaje y prolongación del QTc (Panagiotopoulos et al, 2000).

Sistema gastrointestinal: Definitivamente es uno de los sistemas que más síntomas presenta tanto en la paciente desnutrida como en la que purga. Las quejas comunes son estreñimiento, sensación de estar siempre llena, disfagia, odinofagia, náusea, distensión, reflujo. Con la restricción calórica, un síntoma casi universal es la gastroparesia. Es frecuente también que presenten una hipofunción colónica refleja y dolor abdominal difuso parecido al del síndrome de colon irritable. Las pacientes que vomitan se encuentran en riesgo para esófago de Barret, una condición precancerosa. En las pacientes que abusan de laxantes, es común que presenten un síndrome de colon catártico, una entidad en la que existe una constipación de rebote y retención de líquidos, lo que se manifiesta por un colon atónico y dilatado.

Sistema renal y anormalidades metabólicas: Una característica de estas pacientes es la deshidratación crónica. Las deshidrataciones provocadas por ayunos prolongados o pérdidas no excesivas por vómito, laxantes o diuréticos pueden ser sumamente difíciles de detectar. La hipovolemia y vasoconstricción se

asocian a una disminución de la filtración glomerular. Las anomalías metabólicas son frecuentes en las pacientes que purgan encontrando más comúnmente elevación del bicarbonato (alcalosis metabólica), hipocloremia, hipokalemia, hiponatremia y en ocasiones disminución del bicarbonato. Las manifestaciones clínicas de todas estas anomalías son muy inespecíficas. Puede haber constipación, debilidad, mareo, laxitud, fatiga, debilidad muscular y/o depresión.

Neurológico: Existe una clara evidencia de los cambios estructurales y funcionales del cerebro de pacientes con anorexia. Los estudios de neuroimagen en pacientes con anorexia, y en un subgrupo de pacientes con bulimia, han mostrado una dilatación ventricular y un incremento en los surcos cerebrales. (Lauer et al, 1989). Estas anomalías usualmente son conocidas como "pseudoatrofia" ya que generalmente se normalizan con la recuperación del peso.

Hematológico: Solamente en casos de desnutrición severa se ha descrito la atrofia de médula ósea (Smith & Spivak, 1985). Las anomalías que podemos encontrar incluyen leucopenia con trombocitopenia ocasional, con disminución en la cuenta de linfocitos totales. Algunas anomalías en la función de los granulocitos como la quimiotaxis y la actividad antimicrobiana también han sido descritas. Otras anomalías incluyen una reducción del complemento y de las inmunoglobulinas. Una observación muy interesante es que a pesar de que están demostradas estas alteraciones en la inmunidad, las pacientes generalmente se mantienen libres de infecciones; es común la observación de parte de la paciente o familiares de que es la "más sana de la familia" y nunca se enferma.

Alteraciones endocrinas: En las pacientes con anorexia nervosa se ha descrito un síndrome parecido al hipotiroidismo que se conoce como síndrome eutiroides enfermo, en éste la mayoría de los autores describe una disminución de la triyodotironina T3, con concentraciones normales de tiroxina T4, elevación de T3 reversa y hormona estimulante de la tiroides TSH. Clínicamente la paciente puede manifestar intolerancia al frío, estreñimiento, amenorrea, piel seca, hipometabolismo, hipercolesterolemia y bradicardia. En esta entidad las pacientes no están deficientes de hormona tiroidea y no deben recibir tratamiento de la misma. En términos generales, las pacientes bulímicas tienen niveles normales de hormonas tiroideas. Otras alteraciones de la función hipotalámica que pueden verse en pacientes con anorexia es un aumento en la secreción de hidrocortisona por la glándula suprarrenal. Por lo tanto, los niveles de cortisol en sangre son elevados. En los hombres la producción de

hormonas sexuales masculinas se ve disminuida con niveles bajos de sulfato de dehidroepiandrosterona. Niveles elevados de hormona del crecimiento, aunque en la práctica no observamos cambios de hiperfunción, con una disminución en la producción de IGF-1, lo cual previene la neoformación de hueso. La vasopresina es otra hormona cuyos niveles disminuyen, y clínicamente se puede observar por la presentación de una diabetes insípida con pobre o nula concentración de la orina, aumento en la diuresis y aumento en los niveles séricos de sodio. Una alteración común que encontramos en las pacientes anoréxicas es el trastorno en el metabolismo de los carbohidratos, caracterizado por la presencia constante de hipoglucemias, debido a los niveles altos de GH en ayunas en estas pacientes (Brown, 1983).

En el eje gonadal, los trastornos endocrinológicos se caracterizan por los cambios menstruales y las alteraciones en niveles hormonales. Las pacientes con anorexia generalmente presentan niveles bajos de estradiol, LH y FSH. Aunque la amenorrea es un criterio diagnóstico de anorexia y se atribuye a la baja ponderal, se han reportado pacientes con este síntoma previo a la baja de peso, probablemente en relación a los cambios drásticos en la dieta o probablemente una etiología psicológica. En las pacientes con bulimia nervosa es frecuente encontrar irregularidad menstrual y rara la amenorrea. En muchas pacientes anoréxicas es común encontrar ecografías pélvicas que reportan quistes ováricos multifoliculares, que probablemente representan una respuesta ovárica normal a la alteración en las gonadotropinas hipotalámicas, pero que desaparecen con la recuperación de los ciclos menstruales regulares.

Osteoporosis: Una de las complicaciones más temidas de la anorexia es la osteoporosis. La osteopenia es una complicación común y muy seria de la anorexia, en especial en el periodo de la adolescencia (Rivera, Barriguete, 2005). El retraso en la maduración del hueso, la disminución de la masa ósea y las fracturas patológicas son las entidades que han sido descritas en pacientes con anorexia. En contraste con otras complicaciones médicas de la anorexia, la osteoporosis y sus secuelas como fracturas, xifosis y dolor pueden persistir independientemente del resultado del tratamiento. Los posibles mecanismos a los que se atribuye la desmineralización ósea están asociados al hipoestrogenismo, disminución en los niveles de IGF-1, aumento en los niveles de cortisol, actividad física, malnutrición, niveles bajos de calcio y vitamina D, y disminución en la masa corporal. La reversibilidad completa de la disminución en la masa ósea en pacientes con anorexia aún no está bien en-

tendida. La recuperación del peso ha demostrado que ayuda a aumentar la masa ósea, aun antes de la recuperación de las menstruaciones, sin embargo algunos estudios nos muestran que algunas áreas del cuerpo permanecen con niveles reducidos de densidad ósea (Herzog et al, 1993), lo que nos hace concluir que tal vez no es completamente reversible. Otra entidad dentro de este rubro es la tríada atlética femenina. El abuso en el ejercicio juega un rol muy importante en muchos casos de anorexia (y en mucho menor grado en bulimia), que incrementa el riesgo para tener niveles bajos de estrógenos y disminución en masa ósea. El término "tríada atlética femenina" es un trastorno común que enfrentan las atletas jóvenes y bailarinas que se describe por la presencia de: Trastorno de la conducta alimentaria, osteoporosis y amenorrea.

Problemas dentales y complicaciones orales: La deshidratación causa xerostomía, evidente a la exploración física, como saliva viscosa. Los labios son quebradizos y secos con algunas fisuras a simple vista. Hay pacientes con bulimia o con anorexia tipo purgativo que presentan una gama de características orales sugestivas de su condición. Lo más leve es eritema, principalmente del paladar y faringe. Los signos más obvios en casos avanzados son aquellos que involucran a los dientes. Si bien los daños a los dientes en estos pacientes han sido descritos desde los años 30's (Bargen, Austin, Holst, Lange, 1939), es en las últimas dos décadas cuando se han incrementado en forma importante (Allan, 1969, House, Grisuís, 1981, Andreuis 1982). Los problemas dentales se describen en tres etapas progresivas: 1. Erosión del esmalte. 2. Erosión del esmalte y la dentina. 3. Desgaste dental en sentido vertical. Los síntomas asociados a la erosión de los dientes son: sensibilidad a la temperatura, pulpitis reversible o irreversible y necrosis de la pulpa.

Afortunadamente la gran mayoría de las complicaciones descritas son reversibles una vez que se establece un patrón alimenticio normal y se recupera el peso perdido y se dejan las conductas compensatorias. La monitorización de la paciente dependerá en gran medida de las condiciones específicas que se encuentren en la evaluación médica inicial. El monitoreo médico durante la realimentación debe ser cuidadoso y encaminado a prevenir el síndrome de realimentación.

Por último, uno de los retos importantes a los que se enfrenta el clínico es el tomar la decisión de hospitalización, en particular cuando la paciente se encuentra en un estadio de negación y su aspecto clínico no es muy deteriorado. Obviamente las emergencias médicas como las arritmias cardíacas, sangrados, cam-

bios clínicos por alteraciones hidroelectrolíticas, etc. requieren una hospitalización y atención inmediata. De lo contrario, la decisión de hospitalización debe tomarse en base a las complicaciones y severidad de síntomas del trastorno de la alimentación, síntomas psiquiátricos y al entorno social y familiar.

REFERENCIAS

1. Alemany M. Mecanismos de control de peso corporal. Implicaciones en la anorexia nervosa. En: Rojo L. (Editor). *Anorexia Nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*. Madrid: Ariel. 2003: 69-86.
2. American Dietetic Association. (2001). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Journal of The American Dietetic Association* 2001; 94: 603-608.
3. *American Psych. ASS. DSM IV*. APA: Washington. 1994.
4. Barriguete MJA. Anorexia nervosa: diagnóstico psiquiátrico y estructural. *Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Psiquiatría* 1991; 1: 21-39.
5. Barriguete MJA. *Eating Disorders in México*. Academy for Eating Disorders N.Y. Newsletter. Editor: D.M. Garner. Issue 1996; 8: 5.
6. Barriguete MJA, Soto F. El estudio de las interacciones precoces: función paterna, contra-transferencia y enaction en la consulta terapéutica con los bebés. *Rev De Cabeza* 1997; 5: 8-14 y 30.
7. Barriguete JA, Soto GF. De la capacidad de arrullo a la capacidad de consuelo. Aportaciones de la psicopatología del desarrollo a los trastornos de la alimentación. *Cuadernos de Psicoanálisis*. Vol. XXXI, (1998a) 3 y 4: 240-253.
8. Barriguete MJA, Botbol M, Holtz EV. Entre corps et souffrance: l'anorexie mentale face aux violences de l'histoire de la clinique. *M Revue Nervure* Tome XII 1999; 2 : 47-53.
9. Barriguete MJA, Lebovici, Salinas JL, Moro MR, Solís L, Botbol M, Maldonado M, Córdova A. 2002. Les fonctions du père. Troubles de la conduite alimentaire dans la clinique des interactions précoces. En: Solis L. (Ed). *La Parentalité*. Paris: P.U.F. 2002 : P 73-90.
10. Barriguete MJA. *Psiquiatría Perinatal e Intercultural*. PAC Psiquiatría - 4. Libro 1. México: APM-Intersistemas. 2003a: 64.
11. Barriguete MJA, Lebovici S, Salinas JL, Moro M-R, Solís L, Botbol M, Maldonado M. (2003c). Las Funciones del Padre: Alteraciones de la Conducta Alimentaria en la Clínica del Bebé y su Familia. En: Rojo L. (Editor). *Anorexia Nervosa Desde Sus Orígenes a Su Tratamiento*. 2003. Madrid: Ariel. 2003: 487-508.
12. Barriguete MJA, Lebovici S, Salinas JL, Moro MR, Solís L, Botbol M, Maldonado M, Córdova A. La función del padre en la consulta terapéutica padres-bebé en el tratamiento de trastornos de la alimentación en el lactante. In: Solis L. M.C. (Editor). *La Parentalidad - Desafío para el Tercer Milenio*. México: Ed. Manual Moderno. 2004: 35-42.
13. Bleiberg E (2002). Attachment trauma and self reflexion. In: Maldonado-Duran.
14. Blinder BJ, Chaitin BF, Hagman JO. The Eating Disorders: Medical And Psychological Bases Of Diagnosis And Treatment. NY: 1988.
15. Crow S. *Medical complications of eating disorders*. In: Wonderlich S., Mitchel J (Eds). *Eating Disorders Review Part 1*. Oxford: Radcliffe Publishing. 2005; 127-136.

16. Fairburn CG, Brownell CD. *Eating disorders and obesity*. Nueva York. The Guilford Press. 2002.
17. Fernández F, Turon V. Complicaciones Físicas de los Trastornos de la Alimentación. En: *Trastornos de la Alimentación: Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Barcelona. Masson, S. 2004.
18. Garfinkel P, Garner D. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. NY: Guilford Press. 1985.
19. Goldbloom DS, Kennedy SH. Medical Complications of Anorexia Nervosa. En: Brownell, KD & Fairburn, CG: *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. New York. The Guilford Press. 1995.
20. Herzog W, Deter HC, Fiehn W, Petzold E. Medical findings and predictors of long term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12 year follow-up study. *Psychological Medicine* 1997; 27: 269-327.
21. Lebovici S, Barriguete JA, Salinas JL. Therapeutic Consultation. In: Maldonado-Duran M (Ed). *Models of Clinical Intervention in Infancy and Early Childhood*. Washington: American Psychiatric Press. 2002: 161-186.
22. Mitchell JE, Hatsukami D, Eckert ED, Pyle RL. Characteristics of 275 patients with bulimia. *The American Journal of Psychiatry* 1985; 142, 482-485.
23. Toro J, Salamero M, MARTÍNEZ E. Assessment of sociocultural influence on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 147-151.
24. Treasure J. Etiología de los trastornos de la alimentación. En: Rojo L. (Editor). *Anorexia Nervosa desde sus orígenes a su tratamiento*. Madrid: Ariel. 2003; 61-62.
25. Unikel C, Gómez-Peresmitré G. Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología* 1996; 16: 121-126.
26. Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating disorders. *Clinical Psychology Review* 2004; 24: 361-437.