

IX TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

DR. W. STEWART AGRAS

Los trastornos de la alimentación más comunes en la práctica clínica son la bulimia nerviosa y el trastorno de alimentación compulsiva, y cualquiera de ellos puede ocurrir como un síndrome total o parcial. La anorexia nerviosa es menos frecuente. Todos estos trastornos, en especial la anorexia nerviosa y la bulimia, son más frecuentes en mujeres que en hombres, aunque un número considerable de varones sufre de trastorno compulsivo de la alimentación.

La bulimia nerviosa se caracteriza por la alimentación compulsiva seguida de una purga compensatoria. El componente de alimentación compulsiva consiste en una falta de control sobre el comer y el consumo frecuente de grandes cantidades de alimento que suelen tener alto contenido de carbohidratos y grasa. El componente de la purga consiste en vómito auto inducido y la ingesta de laxantes o, con menos frecuencia, diuréticos. En ocasiones, además o como alternativa a la purga, los pacientes con bulimia nerviosa presentan periodos de ayuno que duran varios días. Los bulímicos también realizan ejercicio excesivo para controlar el peso, compensar la alimentación compulsiva, o ambos. La preocupación sobre el peso y la figura corporal suelen dominar el pensamiento de estos pacientes. Los criterios mínimos para el diagnóstico de bulimia nerviosa consisten en alimentación compulsiva y purgas durante un promedio de dos o más veces a la semana por tres meses.¹

El trastorno de alimentación compulsiva se caracteriza por episodios de alimentación desenfrenada sin purgas y suele asociarse con obesidad. Este trastorno es más frecuente en personas con alto índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la estatura en metros cuadrados.² El padecimiento afecta de un cuarto a un tercio de las personas obesas. Los criterios mínimos para el diagnóstico de alimentación compulsiva son alimentación desenfrenada durante un promedio de por lo menos dos días de cada semana por dos meses.¹ (La razón de que la alimentación compulsiva de la bulimia nerviosa se mida en número de episodios mientras que el trastorno de alimentación compulsiva se mida en número de días es que la ausencia de purga hace más difícil definir el final de un episodio en forma exacta.) Aunque los pacientes con trastorno de alimentación compulsiva con frecuencia tienen sobrepeso, tienen mayor desagrado por su peso y figura que las personas obesas que no comen en forma compulsiva.³

La anorexia nerviosa se caracteriza por una reducción en el peso corporal ideal de por lo menos 15 por ciento, y en las mujeres se asocia con amenorrea. También suele caracterizarse por preocupación, obsesión y comportamientos rituales en relación con la alimentación. Una distorsión de la imagen

corporal hace que el paciente se sienta gordo a pesar de lo contrario, y que realice ejercicio excesivo. Otros trastornos raros de la alimentación incluyen la rumiación del vómito y la pica.

Los pacientes que no tienen criterios clínicos para el diagnóstico de un trastorno de la alimentación o que tienen una presentación atípica se clasifican como con un trastorno inespecífico de la alimentación.¹ Sin embargo, las evidencias sugieren que los trastornos parciales de la alimentación y los trastornos totales causan niveles de incapacidad semejante, y tienen psicopatologías parecidas.⁴ Por lo tanto, los casos parciales también deben referirse para recibir tratamiento especializado.

Etiología de los trastornos de la alimentación

La etiología de los trastornos de la alimentación se comprende poco, aunque es claro que intervienen factores genéticos, familiares, neuroquímicos, ambientales y culturales.

FACTORES GENETICOS Y FAMILIARES

Los estudios familiares tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa han revelado que los trastornos de la alimentación ocurren con más frecuencia en familiares de individuos afectados que en familiares de sujetos sanos controles.⁵ Este dato sugiere que participan o la transmisión genética o influencias psicológicas compartidas por la familia. La transmisión genética parece ganar importancia según estudios de gemelos, que han revelado que es más probable que se desarrolle un trastorno de la alimentación en un gemelo idéntico que en un gemelo no idéntico de una persona con el padecimiento.⁶ Además, estos estudios sugieren que los factores hereditarios pueden ser responsables de hasta el 50 por ciento de los factores causales de los trastornos de la alimentación. Por último, existen evidencias de una superposición parcial en la predisposición genética a los trastornos de la alimentación y a depresión mayor, lo que sugiere que un factor genético común puede aumentar el riesgo de ambas enfermedades. Sin embargo, es probable que los factores genéticos interactúen con un perfil psicológico particular de un miembro de la familia, y no con influencias psicológicas que afectan a todos los miembros.

INFLUENCIAS NEUROBIOLOGICAS

Se ha implicado al sistema serotoninérgico en el desarrollo tanto de la anorexia como de la bulimia nerviosas. Los anorécticos que se recuperan tienen niveles elevados de serotonina en el sistema nervioso central.⁷ Este dato es interesante porque los niveles altos de serotonina son inhibitorios, reduciendo la alimentación y quizá causando la reducción en la actividad social que se observa en los pacientes con anorexia. Además, el ayuno característico de la anorexia nerviosa causa muchas alteraciones endócrinas, que quizá exacerban el comportamiento inhibido que es característico.

Por el contrario, existen algunas evidencias de que la depleción de los niveles de serotonina puede favorecer la impulsividad y la alimentación compulsiva que caracterizan a la bulimia nerviosa.⁸ El consumo de grandes cantidades de alimentos altos en carbohidratos puede causar aumento en el nivel de

serotonina en el SNC. Este efecto es mediado por un aumento en la relación entre triptofano (un precursor de serotonina) y los aminoácidos grandes, que ocurre cuando la ingesta alta de carbohidratos y baja en proteínas favorece el consumo de triptofano en comparación con el de aminoácidos grandes que compiten con el triptofano por su captación en el SNC.

CULTURA, PESO Y DIETA

No hay duda de que las presiones culturales para permanecer delgado han aumentado en los Estados Unidos en los últimos 25 años, aunque los efectos son más pronunciados en las mujeres de raza blanca y clase media o alta.⁹ Aunque las mujeres que no pertenecen a la raza blanca parecen menos susceptibles a estas presiones, las que han asimilado la cultura occidental demuestran más desagrado por su figura y tienen más trastornos de la alimentación.

Las presiones para permanecer delgado causan una mayor incidencia y quizá también mayor intensidad de dietas en las mujeres, y dos estudios prospectivos han demostrado que las adolescentes que tienen sobrepeso y realizan dietas tienen más riesgo de sufrir un trastorno de la alimentación.^{6,10} En un estudio, se encontró que las personas que seguían dietas tuvieron ocho veces más riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación que las que no seguían dietas.¹⁰ Los factores que disminuyen la autoestima pueden predisponer a una mayor preocupación sobre el peso y la figura y a más dietas. Por ejemplo, el abuso sexual y físico, que se piensa disminuye la autoestima, es más frecuente en pacientes con trastornos de la alimentación que en sujetos controles normales. Sin embargo, este abuso tiene la misma frecuencia en individuos con trastornos de la alimentación y en personas con psicopatología equivalente (i.e., depresión).^{11,12} Por lo tanto, el abuso sexual y físico puede no ser un factor de riesgo específico para el desarrollo de un trastorno de la alimentación, pero puede tender a aumentar el riesgo de psicopatología en general.

Casi siempre el trastorno de la alimentación comienza a desarrollarse cuando factores culturales y ambientales específicos que tienden a aumentar el desagrado en relación al peso y la figura hacen que la persona comience a seguir dietas. En el individuo genéticamente susceptible, la combinación de estos factores parece desencadenar el inicio del trastorno.

Evaluación médica de los trastornos de la alimentación

El diagnóstico de un trastorno de la alimentación puede ser difícil porque los pacientes tienden a esconder sus síntomas a sus familiares, amigos y médicos. Por tanto, es esencial establecer una buena relación con el paciente con un probable trastorno de la alimentación y realizar una historia clínica detallada.

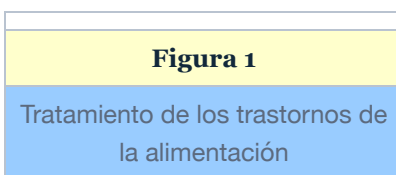
Al acudir a consulta, los pacientes con trastornos de la alimentación suelen referir fatiga, menor energía, dolor abdominal, amenorrea, vómito recurrente (sin revelar que es autoinducido) y depresión. Con menos frecuencia pueden haber escupido sangre por un pequeño desgarró esofágico. Los pacientes

pueden tener también un traumatismo articular o de otro tipo por el ejercicio excesivo. La presencia de un trastorno de alimentación compulsiva debe siempre considerarse como una posible complicación en el paciente con sobrepeso u obeso, y debe sospecharse cuando los estudios de laboratorio de rutina demuestren hipocalcemia inexplicable, crecimiento inexplicable de glándulas parótidas o submaxilares, o cuando el paciente tenga caries dentales y enfermedad periodontal, que pueden ser causadas por comer dulces o por la presencia de ácido en la boca después del vómito.

Aunque puede ser difícil, es útil realizar una historia detallada de la ingesta alimentaria diaria. Los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa suelen restringir su ingesta alimentaria en forma importante, evitando alimentos que contienen grasa y prefiriendo los vegetales. El paciente con anorexia se adhiere a esta dieta, lo que causa la pérdida de peso, el paciente con bulimia restringe su alimentación al inicio del día y pierde el control en forma gradual, lo que causa que coma en forma compulsiva por la tarde y la noche.

Tratamiento de los trastornos de la alimentación: Generalidades

En la mayoría de los casos los pacientes con un trastorno de la alimentación son tratados como externos [ver figura 1]. Para los pacientes con un trastorno que no satisface los criterios diagnósticos, puede ser suficiente con el uso de un manual de autoayuda. Si el tratamiento fracasa, el paciente debe ser referido a una terapia cognitiva-de comportamiento. Los pacientes con un trastorno que satisface los criterios diagnósticos debe ser enviado a terapia cognitiva-de comportamiento aunada o no a medicación antidepressiva.



Los pacientes muy emaciados o con complicaciones médicas deben ser hospitalizados para su estabilización y alimentación para favorecer el aumento de peso. Después de que el paciente gana cierto peso, debe ser tratado en un programa de hospitalización parcial dirigido a restablecer el peso a por lo menos el 90 por ciento del peso corporal ideal. Un estudio controlado encontró que la psicoterapia del paciente externo fue tan eficaz como el tratamiento hospitalario en pacientes con anorexia.¹³ Aunque los resultados de este estudio deben confirmarse aún, sugieren que el tratamiento externo se está subutilizando. Por lo tanto, en pacientes que pesen más del 75 por ciento de su peso corporal ideal y que no tengan complicaciones médicas significativas debe intentarse el tratamiento como externo antes de la hospitalización.

Anorexia nerviosa

MANIFESTACIONES CLINICAS

La anorexia nerviosa es un trastorno relativamente raro, con una incidencia de cinco a 10 casos por 100,000 personas, y una prevalencia de 0.25 a 0.50 por ciento. La incidencia y la prevalencia del trastorno está aumentando entre las mujeres jóvenes.¹⁴ El padecimiento puede comenzar en la infancia, pero casi siempre surge en la adolescencia, y se han reportado algunos casos en la edad adulta. Los estudios de seguimiento a largo plazo han revelado que la anorexia nerviosa es un trastorno crónico y tiene una mortalidad del cinco al 10 por ciento, dependiendo de la duración del seguimiento.¹⁵ Alrededor del 50 por ciento de las muertes son por suicidio asociado con depresión mayor, y el resto son resultado de complicaciones médicas asociadas con desnutrición. Entre el 40 y el 50 por ciento de los pacientes con anorexia tienen una recuperación completa en un periodo de 10 años, el resto continúa con el trastorno de la alimentación, principalmente bajo peso clínico o bulimia nerviosa subclínica.

Los principales síntomas de la anorexia nerviosa son restricción dietética severa con pérdida de peso importante, que suele ocurrir después de un periodo de aumento leve de peso y en ocasiones es desencadenado por comentarios negativos sobre la ganancia de peso. Es frecuente que ocurra amenorrea después del inicio del trastorno. La distorsión en la percepción de la imagen corporal es otro dato: el paciente está emaciado pero cree que algunas partes de su cuerpo (v.gr., estómago, muslos y brazos) son gordos. Es común la realización de ejercicio excesivo, que puede ocasionar complicaciones ortopédicas, como lesiones de rodillas o tobillos. El paciente suele desarrollar un pensamiento obsesivo respecto a la comida y puede tener muchas reglas ilógicas (v.gr., comer solo alimentos verdes o siempre dejar comida en el plato). También tiene actitudes rituales al respecto (v.gr., masticar la comida cierto número de veces). Alrededor del 50 por ciento de los pacientes solo restringen la ingesta de alimento, y otro 50 por ciento también comen en forma compulsiva y se purgan. Son comunes los síntomas depresivos entre los individuos de bajo peso. Un porcentaje relativamente alto de los pacientes tiene un trastorno asociado de ansiedad, con frecuencia fobia social, mientras que un porcentaje menor tiene un trastorno obsesivo-compulsivo.

DIAGNOSTICO

La pérdida de peso importante y sin explicación en una adolescente debe alertar al médico sobre la posibilidad de anorexia nerviosa. El examen físico revela emaciación marcada, piel seca que puede estar cubierta con vello fino (lanudo) y extremidades cianóticas y frías, en ocasiones asociadas a edema periférico, bradicardia e hipotensión. El vello púbico y axilar tiende a conservarse. La densidad ósea se reduce como resultado de la mala nutrición y la hipoestrogenemia que acompañan al trastorno, y pueden ocurrir fracturas de los huesos largos o vértebras secundarias a osteoporosis. El vaciamiento gástrico suele retrasarse, lo que ocasiona molestias después de comer.¹⁶ El ayuno puede alterar la función cognoscitiva, ocasionando problemas para concentrarse, mala memoria y escaso juicio. El deterioro cognoscitivo puede no ser evidente durante el examen, pero puede demostrarse con pruebas psicológicas.

Suelen existir pocas alteraciones en los niveles de electrolitos, enzimas o proteínas, aunque las

concentraciones de potasio pueden estar bajas en los pacientes anoréxicos con bulimia, y en alguna ocasión se alteran las pruebas de función hepática. Tanto la anemia como la leucopenia son comunes, y el nivel de colesterol y de carotenos puede estar elevado. Varias hormonas se alteran, lo que sugiere disfunción hipotalámica. Los niveles de gonadotropina en plasma están disminuidos en forma significativa y el patrón de hormona luteinizante (LH) en 24 horas recuerda el de las niñas prepúberes. La concentración de hormona folículo estimulante (FSH) y de estrógenos está baja, y la de hormona de crecimiento aumentada. La tiroxina total en suero (T_4) y la triyodotironina (T_3) suelen estar disminuidas, pero el nivel de T_4 libre es normal. Las concentraciones de cortisol plasmático en reposo están elevadas y la depuración metabólica del mismo está disminuida. Estos trastornos hormonales son causados por ayuno y se encuentran también en otros síndromes caracterizados por desnutrición y pérdida significativa de peso.¹⁷

Entre las complicaciones médicas más serias observadas en la anorexia nerviosa se encuentran las que afectan al sistema cardiovascular.¹⁸ El electrocardiograma muestra un patrón típico de bajo voltaje con bradicardia. Sin embargo, las arritmias, incluyendo las ventriculares, pueden ser causadas tanto por el ayuno como por la hipocalcemia, y se han implicado en las muertes súbitas que en ocasiones ocurren en los anoréxicos de bajo peso. Puede existir insuficiencia cardíaca congestiva durante el periodo de realimentación, por lo que se requiere una vigilancia cuidadosa de la función cardiovascular al inicio del mismo. Las complicaciones renales se explican por deshidratación prolongada aunada a hipocalcemia. Esta combinación puede causar daño irreversible a los túbulos renales. También se han notificado cálculos renales como consecuencia de la deshidratación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa no es difícil porque el modo de presentación, historia y datos físicos son típicos de esta condición. Sin embargo, en los casos en los que la pérdida de peso no ha llegado al criterio diagnóstico (15 por ciento menos del peso corporal ideal) sí puede constituir un problema, en especial porque la amenorrea puede ser temprana. En estos casos debe descartarse hipopituitarismo, aunque una historia cuidadosa casi siempre revelará la restricción dietética por parte de la paciente, la preocupación por el peso y la figura y quizá la alimentación compulsiva y las purgas. En ocasiones un paciente con esquizofrenia tiene delusiones que se centran en el consumo de alimentos (v.gr., que está siendo envenenado) y puede perder gran cantidad de peso. Sin embargo, la ausencia de preocupación sobre el peso y la figura y la presencia de delusiones suele facilitar el diagnóstico diferencial

TRATAMIENTO

Casi siempre se acepta que el primer objetivo en el tratamiento de la anorexia nerviosa es restablecer el peso, porque las deficiencias cognitivas de los pacientes con bajo peso dificultan el tratamiento psicológico. La ingesta calórica debe aumentarse en forma gradual para fomentar el aumento de peso, en ocasiones se requiere de hospitalización para lograrlo. El principal criterio para hospitalizar a un

paciente consiste en un peso corporal menor al 70 a 75 por ciento del peso corporal ideal, que con frecuencia se asocia con deshidratación, inestabilidad vascular y, en el anoréxico que se purga, depleción de potasio y otros electrolitos. Por lo tanto, el tratamiento médico de la anorexia nerviosa incluye también rehidratación y corrección de las alteraciones electrolíticas. Debe vigilarse con cuidado la función cardiovascular, en especial al inicio del tratamiento. La atención debe brindarse en unidades especializadas y por personal con experiencia en el cuidado de este tipo de pacientes.

Un problema importante al tratar al paciente con anorexia es la negación de la gravedad de su condición y el rehusarse a cooperar con el esquema de tratamiento. Debido a que un paciente que no coopera mejorará poco con el tratamiento, es importante dedicar suficiente tiempo al paciente y a sus familiares para vencer en parte esta resistencia. Los estudios han demostrado que cuando la ingesta calórica se acompaña de alguna forma de apoyo, el aumento de peso es más rápido.¹⁹ Las estrategias de apoyo pueden ser tan simples como permitir que el paciente salga de su habitación, vea televisión y después salga del hospital por periodos breves. Estos privilegios pueden lograr aumentos pequeños y continuos de peso. Una vez que se ha mejorado el peso puede iniciarse la terapia cognitiva-de comportamiento y los familiares pueden participar en el tratamiento. En este momento el paciente puede beneficiarse con la hospitalización parcial para favorecer la ganancia en peso y continuar la psicoterapia.

Varios enfoques psicofarmacológicos del tratamiento de los pacientes anoréxicos se han evaluado en estudios controlados, y han incluido el uso de antidepresivos tricíclicos, litio y compuestos antipsicóticos. Existen varias justificaciones para el uso de estos medicamentos, como la observación de que los pacientes que toman antipsicóticos como clorpromacina tienden a aumentar de peso y el hallazgo de que las personas con anorexia nerviosa sufren de depresión. Los resultados de estos estudios han sido desalentadores: no se ha establecido evidencia de eficacia clínica con ninguno de estos fármacos.²⁰ De hecho, el único medicamento que ha demostrado tener cierta utilidad en el restablecimiento del peso es la ciproheptadina. En estudios controlados, este antihistamínico y antiserotoninérgico causó mayor aumento de peso que el placebo al administrarse en dosis de 32 mg/día.²¹

Más recientemente, debido a que el trastorno obsesivo compulsivo se asocia con anorexia nerviosa y porque los anoréxicos con frecuencia tienen pensamientos obsesivos sobre la ingesta de alimentos, el interés se ha desviado hacia el uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) que son eficaces en el trastorno obsesivo compulsivo. Estudios no controlados han sugerido que la fluoxetina puede ser útil para ayudar a los pacientes a mantener el peso ganado.²⁰ Sin embargo, debido a que ningún agente farmacológico ha demostrado un beneficio clínico significativo en el tratamiento de la anorexia nerviosa, tiene poco valor usar estos medicamentos excepto en el tratamiento de las psicopatologías asociadas, como el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo.

El tratamiento individual y familiar específico ha sido eficaz en estudios controlados, aunque la terapia familiar sola parece ser más eficaz en los pacientes de menor edad.²² Durante la última década se ha desarrollado la terapia cognitiva-de comportamiento para la anorexia nerviosa. Sin embargo, solo se ha

reportado un estudio controlado a la fecha, con resultados no concluyentes.²³ Por lo general los enfoques psicoterapéuticos se enfocan a dar consejo nutricional, evaluar los efectos de esta orientación y aconsejar como superar los obstáculos interpersonales.

Bulimia nerviosa

MANIFESTACIONES CLINICAS

La bulimia nerviosa afecta a una a 1.5 por ciento de las mujeres, pero rara vez a los hombres.³ Las principales características de este padecimiento incluyen restricciones dietéticas, alimentación compulsiva y purgas. La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia tardía, aunque puede ocurrir antes en algunos casos. Como los pacientes con anorexia nerviosa, los que sufren bulimia típicamente tienen una historia de hacer dietas después de un aumento moderado de peso. Sin embargo, en el caso de la bulimia la pérdida de peso asociada a la dieta suele ser pequeña, y el periodo de dieta va seguido de alimentación compulsiva y purgas. La magnitud de la alimentación compulsiva varía de pequeña (no más de 100 kcal) a muy grande (varios miles de kilocalorías). El dato clave de la alimentación compulsiva es la sensación de pérdida de control sobre lo que se come, no la cantidad de alimento consumido. Por lo general el promedio de consumo es de alrededor de 1,500 kcal.

La alimentación compulsiva puede ser precipitada por restricción dietética. Sin embargo, el detonante más común es una emoción negativa que se origina en problemas interpersonales. Durante el periodo compulsivo, las emociones negativas pueden disminuir, pero al progresar la alimentación compulsiva aumenta el sentimiento de culpa. Aunque el peso del bulímico típico suele ser cercano al normal, algunos pacientes son casi anoréxicos y otros tienen sobrepeso e incluso son obesos. Muchos bulímicos realizan ejercicio excesivo y se preocupan por su peso y figura. Sin embargo, estas preocupaciones no son tan extremas como las distorsiones de la imagen corporal que perciben los pacientes con anorexia.

Las purgas suelen consistir en vómito autoinducido, que se vuelve cada vez más fácil con el tiempo y por el consumo de grandes cantidades de líquido. Otras formas incluyen abuso de laxantes, de diuréticos, y en ocasiones masticar y escupir la comida. La depresión mayor, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad con frecuencia acompañan a la bulimia nerviosa. En la mayoría de los casos el trastorno parece ser crónico, con remisiones y recaídas durante muchos años. Por ejemplo, la bulimia nerviosa cesa con frecuencia durante el embarazo, pero comienza de nuevo durante el año siguiente al nacimiento del niño.

DIAGNOSTICO

Los únicos datos al examen físico que sugieren la presencia de bulimia nerviosa son la piel seca y la hipertrofia fluctuante de las glándulas salivales, que se observa con bastante frecuencia. Los datos de laboratorio más comunes son aumento en la amilasa sérica, al parecer originaria de la parótida. También puede observarse alcalosis metabólica secundaria a las purgas y en ocasiones hipocalcemia, aunque esto

último se presenta en solo el cinco por ciento de los pacientes con bulimia nerviosa. Son frecuentes las complicaciones dentales, que incluyen erosión del esmalte, con protrusión de las áreas tapadas y enfermedad periodontal. Existen pocos efectos en los principales órganos y sistemas. Son complicaciones más raras los desgarros esofágicos después de la purga y la ruptura de estómago y dilatación aguda del mismo, ambos después de una ingesta compulsiva muy abundante. El uso de agentes para la purga también puede causar complicaciones. Por ejemplo, el uso de ipecacuana para inducir el vómito puede ocasionar cardiomiopatía, por lo que es importante investigar este antecedente y advertir a los pacientes sobre los posibles efectos adversos de esta sustancia. Además, el abuso de laxantes estimulantes puede causar dependencia fisiológica a los mismos y el abuso de diuréticos puede ocasionar daño renal irreversible.

TRATAMIENTO

Por lo general se acepta que el primer paso en el tratamiento del paciente con bulimia debe ser un intento de terapia cognitiva-de comportamiento como externo porque un gran número de estudios controlados han demostrado que esto es más eficaz que ningún tratamiento, que otras formas de psicoterapia y que los medicamentos antidepresivos. Alrededor del 50 por ciento de los pacientes tratados con terapia cognitiva-de comportamiento se recuperan durante la misma, y existe alguna evidencia de que cierto porcentaje adicional se recupera sin tratamiento posterior durante el año subsecuente. La tasa global de recuperación es de 60 a 70 por ciento. El tratamiento habitual suele ser de 20 sesiones durante seis meses. Un estudio de seguimiento de pacientes tratados con terapia cognitiva-de comportamiento encontró que las ganancias logradas durante la misma se mantienen.²⁴

La terapia cognitiva-de comportamiento tiene como objeto revertir la restricción dietética subyacente a la alimentación compulsiva y las purgas. Por lo tanto, en la primera fase del tratamiento el paciente vigila la ingesta dietética, la alimentación compulsiva y las purgas y el terapeuta ayuda a que el paciente adopte un patrón de tres alimentos y dos refrigerios al día, aumentando gradualmente la cantidad y variedad de alimentos que antes se evitaban. En la segunda fase del tratamiento la atención se desplaza a corregir el pensamiento distorsionado del paciente sobre su peso, figura y hábitos alimenticios. Por último, el tratamiento se dirige a evitar recaídas. Recientemente se han redactado estos principios en manuales de autoayuda, y estudios controlados han demostrado que éstos son útiles en una gran proporción de pacientes.²⁵

Tanto los antidepresivos tricíclicos (v.gr., desipramina, 150 a 300 mg/día) como los nuevos ISRS (v.gr., fluoxetina, 60 mg/día) han demostrado ser eficaces en estudios controlados.^{26,27} Sin embargo, solo el 20 a 30 por ciento de los pacientes suspenden la alimentación compulsiva y las purgas con estos medicamentos,²⁸ y la terapia cognitiva-de comportamiento es más eficaz que los medicamentos antidepresivos.^{26,27} Aún más, no existe evidencia de que la combinación de antidepresivos y de terapia cognitiva-de comportamiento mejore la evolución, y existen pocas evidencias de que los antidepresivos sean útiles para los pacientes que no mejoran con la terapia cognitiva-de comportamiento.

A pesar de estos datos, un estudio reciente encontró que el tratamiento con antidepresivos es el que tiene mejor relación costo-beneficio (en término de costo por caso recuperado) para el manejo de la bulimia nerviosa.²⁹ Por lo tanto, puede ser apropiado comenzar con este tratamiento, reservando la terapia cognitiva-de comportamiento para los pacientes que no mejoren. Por ejemplo, el tratamiento puede comenzarse con un manual de auto-ayuda, seguido por medicamentos antidepresivos y después terapia cognitiva-de comportamiento, dependiendo del éxito obtenido con las medidas previas.

El manejo médico incluye también suplementos de potasio para los pacientes con hipocalcemia y medidas para suspender el abuso de laxantes.³⁰ La mejor manera de tratar el abuso de laxantes consiste en persuadir al paciente a suspender en forma brusca su uso o reemplazar los laxantes estimulantes por laxantes formadores de bolo. Sin embargo, el médico debe proporcionar educación y apoyo al paciente por el dolor y molestia que ocurren en forma inevitable mientras el intestino se adapta a su función normal. Puede coexistir diabetes insulino dependiente con bulimia nerviosa en adolescentes, lo que complica el tratamiento de la diabetes. Debe sospecharse bulimia nerviosa en pacientes diabéticas del sexo femenino con mal control metabólico, lo que obliga a investigar en forma cuidadosa los hábitos alimenticios. Cuando se realiza el diagnóstico de bulimia nerviosa en un paciente diabético se requiere vigilancia médica estrecha mientras se reajusta la dieta como parte del tratamiento del trastorno de la alimentación.

Trastorno de alimentación compulsiva

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Recientemente se ha definido el trastorno conocido como alimentación compulsiva, aunque desde hace mucho tiempo se sabe de personas con este padecimiento. Los estudios epidemiológicos sugieren que el dos por ciento de las mujeres sufre de este trastorno.^{31,32} También pueden afectarse los varones, y algunos estudios sugieren que la relación mujer a hombre es de 3:2.³²

El trastorno de alimentación compulsiva suele comenzar en la adolescencia. Al igual que los pacientes con bulimia nerviosa, los enfermos que comen en forma compulsiva tienen antecedente de aumento de peso seguido de dietas e inicio de la alimentación compulsiva. Sin embargo, los pacientes con este trastorno no se purgan, muchos pacientes refieren que intentaron hacerlo al inicio de la enfermedad pero esto les pareció repulsivo o fueron incapaces de lograrlo en forma fácil o regular. El trastorno parece ser crónico y suele acompañarse de un aumento inexorable de peso. Los enfermos no suelen solicitar ayuda médica por el padecimiento, y por lo general son diagnosticados en etapas avanzadas de la vida en el contexto de un programa para bajar de peso.

El trastorno de alimentación compulsiva se caracteriza por periodos de restricción dietética que alterna con alimentación compulsiva. Los periodos de restricción dietética son menos marcados que los que ocurren en la bulimia nerviosa y la alimentación compulsiva también es menos clara, siendo difícil distinguir cada episodio entre sí. Aunque la magnitud de lo consumido varía mucho, suele ser menor que

en la bulimia nerviosa, con un promedio de 1,000 kcal ingeridas. Como la anorexia y la bulimia nerviosas, el trastorno de alimentación compulsiva suele asociarse con depresión mayor, trastornos de ansiedad y de personalidad. Debido a que estas condiciones son más comunes en pacientes con alimentación compulsiva que en personas obesas de peso semejante sin alimentación compulsiva,³³ la psicopatología parece relacionarse con el trastorno de la alimentación y no con el exceso de peso o la obesidad.³⁴

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del trastorno de alimentación compulsiva debe ser una consideración en todos los pacientes con sobrepeso, en especial en los que tienen ganancias continuas o oscilaciones marcadas. La principal complicación médica de la alimentación compulsiva es el aumento de peso, que puede acompañarse de problemas en la salud. Por lo tanto, el médico debe concentrarse en detectar y tratar problemas como hipertensión, diabetes mellitus no insulínica, hipercolesterolemia y problemas articulares.

TRATAMIENTO

La terapia cognitiva-de comportamiento parece ser el método más eficaz para tratar el trastorno de alimentación compulsiva y tiene una tasa de éxito semejante a la observada en la bulimia nerviosa.^{35,36} Debido a que los pacientes con este trastorno suelen tener sobrepeso, la terapia se combina con una forma modificada de terapia de pérdida de peso dirigida por lo menos a prevenir mayores aumentos en el mismo. Los pacientes que suspenden su alimentación compulsiva son capaces de mantener pérdidas moderadas de peso, mientras que los que la continúan aumentan aun más. Es importante enfatizar a los pacientes que su trastorno de alimentación recurrirá si regresan a su patrón dietético previo porque la restricción dietética va seguida en forma inevitable de periodos de alimentación compulsiva.

Debido a que los tratamientos para bajar de peso incluyen restricción dietética, algunos investigadores han puesto en duda si este tratamiento favorece la alimentación compulsiva. Los estudios más recientes han proporcionado pocas evidencias para apoyar esta hipótesis. De hecho, dos estudios han demostrado que el tratamiento de pérdida de peso reduce la tasa de alimentación compulsiva.^{35,37} Esta reducción puede ocurrir porque los hábitos de alimentación caóticos del paciente con trastorno de alimentación compulsiva son reemplazados con hábitos de alimentación más regulares una vez que ingresa a un programa de control de peso.

Como en el caso de la bulimia nerviosa, los medicamentos antidepresivos son útiles en el tratamiento de la alimentación compulsiva.³⁸ Aunque no existen evidencias de que los antidepresivos aumenten la eficacia de la terapia cognitiva-de comportamiento, un estudio encontró que al agregar medicación antidepresiva a este tipo de terapia se obtuvieron mayores pérdidas de peso.³⁵ Por lo tanto, debe considerarse la combinación de tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos. El médico de atención primaria puede participar en forma importante en el manejo del paciente con trastorno de alimentación

compulsiva, como en el tratamiento para bajar de peso del paciente obeso, vigilándolo en intervalos periódicos para detectar la evolución tanto de la alimentación compulsiva como de las fluctuaciones de peso, y reinstalando el tratamiento adecuado cuando sea necesario.

Otros trastornos de la alimentación

VOMITO POR RUMIACION

La rumiación consiste en la regurgitación de la comida, con masticación, deglución o expulsión de la misma.³⁹ Este trastorno afecta al seis a ocho por ciento de los individuos con retraso mental severo en instituciones y en raras ocasiones causa la muerte. Es menos frecuente en niños, en los que puede provocar muerte por emaciación. Las complicaciones de la rumiación incluyen caries dentales, neumonía por aspiración, anemia y mayor propensión a infecciones por la desnutrición.

En estudio no controlados, el poner mayor atención a los niños que sufren vómito por rumiación ha dado resultados positivos. La justificación de esta intervención, en la que una enfermera atiende en forma continua a un infante durante ocho horas al día se basa en la observación de que muchas madres con niños que sufren este padecimiento no le brindan la atención adecuada.⁴⁰ Sin embargo, el tratamiento usado con más frecuencia para el trastorno de rumiación es alguna forma de tratamiento aversivo. Uno de estos consiste en colocar una gota de jugo de limón en la lengua del niño cuando comienzan los movimientos de la boca que preceden a la regurgitación. Esto elimina rápidamente el problema de rumiación y permite que el niño aumente de peso.⁴¹ Tratamientos semejantes han sido usados con éxito en personas con retraso mental, e incluyen procedimientos menos aversivos, como hacer que el individuo cepille sus dientes por dos minutos con una solución antiséptica después de cada episodio de rumiación.⁴²

PICA

La pica es un trastorno de la alimentación en el que se consumen sustancias no nutritivas como barro, gis o almidón. El trastorno afecta especialmente a afroamericanos rurales y su prevalencia parece estar disminuyendo. También puede ocurrir pica en mujeres embarazadas, niños y personas con retraso mental internadas en instituciones.⁴³

Se desconoce la etiología de la pica, aunque se ha sugerido que las deficiencias nutricionales de hierro o zinc o la falta de un ambiente estimulante causan el trastorno.⁴⁴ De hecho, la pica se asocia con deficiencia de hierro, aunque no se sabe si causa la deficiencia o es causada por ésta. Las sustancias ingeridas por un paciente con pica pueden fijar el hierro o sustituirse por alimento, lo que origina deficiente ingesta de hierro. Las complicaciones de la pica incluyen deglución de objetos extraños que en ocasiones requieren de su extirpación quirúrgica, intoxicación por plomo e infecciones.

Se sabe poco sobre el tratamiento de la pica. Algunas medidas ligeramente aversivas, incluyendo lavarse

los dientes después de cada episodio y limpiar cualquier desorden relacionado con el mismo han tenido cierto éxito, como en el caso del trastorno de rumiación.⁴⁵ En los casos de pica en los que se encuentra una deficiencia nutricional, como de hierro, los suplementos nutricionales disminuyen su frecuencia o eliminan el comportamiento.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
2. Telch CF, Agras WS, Rossiter EM: Binge eating increases with increasing adiposity. *Int J Eat Disord* 7:115, 1988
3. Eldredge KL, Agras WS: Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 19:73, 1996
4. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, et al: Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 152:1052, 1995
5. Strober M: Family-genetic studies of eating disorders. *J Clin Psychiatry* 52(suppl):9, 1991
6. Kendler KS, MacLean C, Neale M, et al: The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 148: 1627, 1991
7. Kaye WH, Gwirtsman HE, George DT, et al: Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration: does elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid level correlate with rigid and obsessive behavior? *Arch Gen Psychiatry* 48:556, 1991
8. Pirke KM: Physiology of bulimia nervosa. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Brownell KD, Fairburn CG, Eds. The Guildford Press, New York, 1995, p261

9. Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, et al: Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Rep* 47:483, 1980
10. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, et al: Abnormal eating attitudes in London schoolgirls-a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med* 20:383, 1990
11. Folsom V, Krahn D, Nairn K, et al: The impact of sexual and physical abuse on eating disorders and psychiatric symptoms: a comparison of eating disorders and psychiatric inpatients. *Int J Eat Disord* 13:249, 1993
12. Palmer RL, Oppenheimer R: Childhood sexual experiences with adults: a comparison of women with eating disorders and those with other diagnoses. *Int J Eat Disord* 12:359, 1992
13. Crisp AH, Norton K, Gowers S, et al: A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 159:325, 1991
14. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, et al: 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry* 148:917, 1991
15. Steinhausen H-C, Rauss-Mason C, Seidel R: Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychol Med* 21:447, 1991
16. Karnal N, Chami T, Andersen A, et al: Delayed gastrointestinal transit times in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Gastroenterology* 101:1320, 1991
17. Sharp CW, Freeman CPL: The medical complications of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 162:452, 1993
18. Schocken DD, Holloway JD, Powers PS: Weight loss and the heart: effects of anorexia nervosa and starvation. *Arch Intern Med* 149:877, 1989
19. Agras WS, Barlow DH, Chapin HN, et al: Behavior modification of anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 30:279, 1974

20. Walsh BT, Devlin MJ: The pharmacologic treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 15:149, 1992
21. Halmi KA, Eckert E, LaDu TJ, et al: Anorexia nervosa: treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry* 43:177, 1986
22. Russell GFM, Dare C, Eisler I, et al: Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa. *Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Halmi KA, Ed. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1992, p 237
23. Channon S, de Silva P, Hemsley D, et al: A controlled trial of cognitive behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 27:529, 1989
24. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, et al: Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 50:419, 1993
25. Treasure J, Schmidt U, Troop N, et al: First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual. *BMJ* 308:686, 1994
26. Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, et al: Pharmacologic and cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am J Psychiatry* 149:82, 1992
27. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, et al: A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 47:149, 1990
28. Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VL, et al: Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 166:660, 1995
29. Koran LM, Agras WS, Rossiter EM, et al: Comparing the cost-effectiveness of psychiatric treatments: bulimia nervosa. *Psychiatry Res* 58:13, 1995

30. Mitchell JE, Seim HC, Colon E, et al: Medical complications and medical management of bulimia. *Ann Intern Med* 107:71, 1987
31. Bruce B, Agras WS: Binge eating in females: a population-based investigation. *Int J Eat Disord* 12:365, 1992
32. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, et al: Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 11:191, 1992
33. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, et al: Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 150:1472, 1993
34. Telch CF, Agras WS: Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *Int J Eat Disord* 15:53, 1994
35. Agras WS, Telch CF, Arnow B, et al: Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: an additive design. *Behavior Therapy* 25:225, 1994
36. Telch CF, Agras WS, Rossiter EM, et al: Group cognitive-behavioral treatment for the nonpurging bulimic: an initial evaluation. *J Consult Clin Psychol* 58:629, 1990
37. Telch CF, Agras WS: The effects of a very low calorie diet on binge eating. *Behavior Therapy* 24:177, 1993
38. McCann UD, Agras WS: Successful treatment of nonpurging bulimia nervosa with desipramine: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 147:1509, 1990
39. Blinder BJ: Rurnination: a benign disorder? *Int J Eat Disord* 5:385, 1986
40. Richmond JB, Eddy E, Green M: Rurnination: a psychosomatic syndrome of infancy. *Pediatrics* 22:49, 1958

41. Sajwaj T, Libet J, Agras S: Lemon-juice therapy: the control of life-threatening rumination in a six-month-old infant. *J Appl Behav Anal* 7:557, 1974
42. Singh NN, Manning PJ, Angell MJ: Effects of an oral hygiene punishment procedure on chronic rumination and collateral behaviors in monozygous twins. *J Appl Behav Anal* 15:309, 1982
43. McAlpine C, Singh NN: Pica in institutionalized mentally retarded persons. *Journal of Mental Deficiency Research* 30:171, 1986
44. Bell KE, Stein DM: Behavioral treatments for pica: a review of empirical studies. *Int J Eat Disord* 11:377, 1992
45. Foxx RM, Martin ED: Treatment of scavenging behavior (coprophagy and pica) by overcorrection. *Behav Res Ther* 13:153, 1975

Figuras

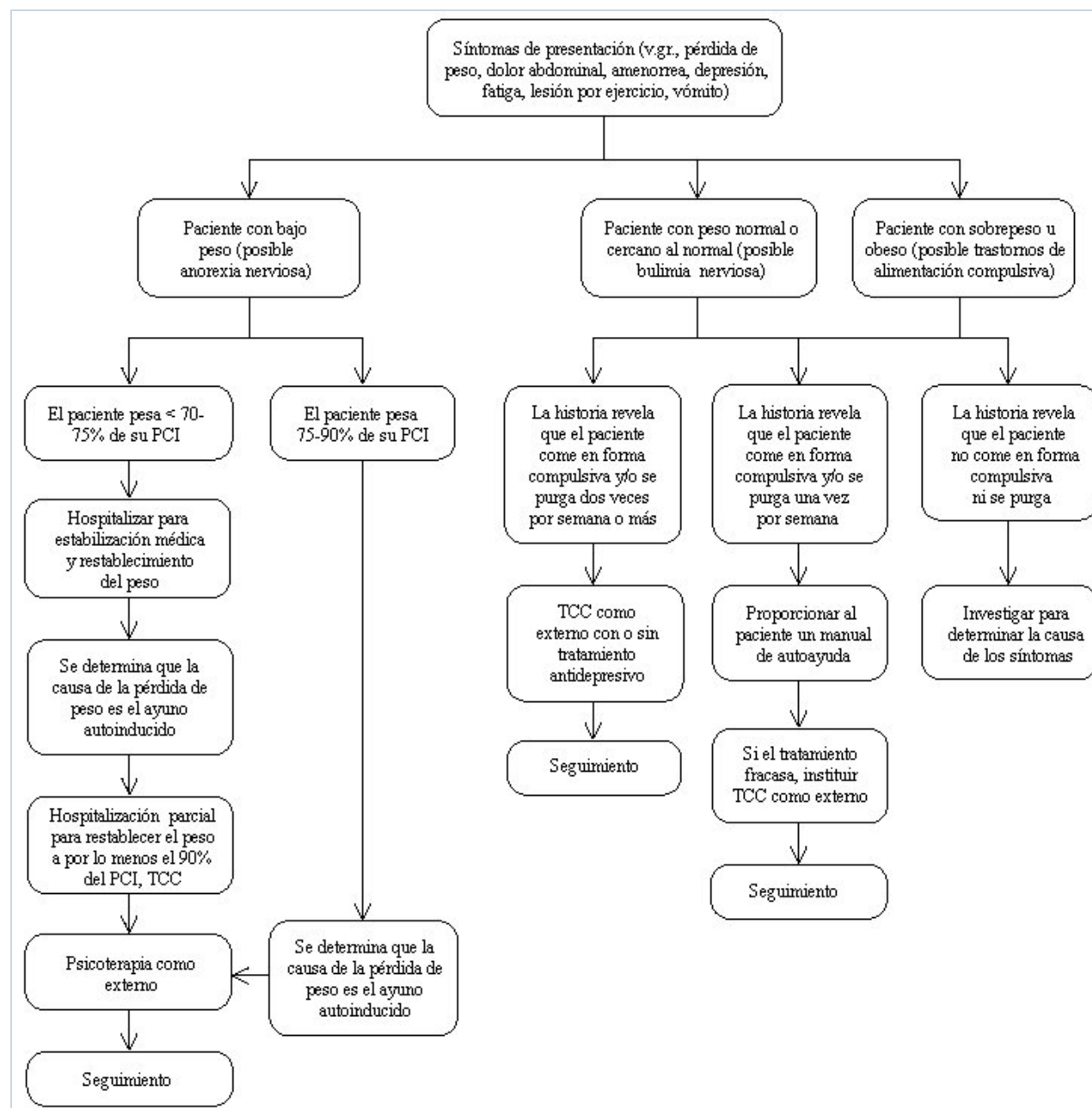


Figura 1 Tratamiento de los trastornos de la alimentación. Algoritmo para el tratamiento de los trastornos de la alimentación. PCI es peso corporal ideal, TCC es terapia cognitiva-de comportamiento.