

## ANOREXIA NERVIOSA: DETECCIÓN PRECOZ EN EL AULA

### 1. Introducción

Los trastornos alimentarios, entre los que se incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia, la vigorexia y la ortorexia, se han convertido en motivo de alarma social, por las repercusiones físicas y psicológicas sobre quien los padece y porque su incidencia no cesa de aumentar por diversos motivos.

En Educación Secundaria, pueden afectar muy negativamente al rendimiento académico de nuestro alumnado, dañar su salud, provocar o agravar problemas de convivencia e incluso acabar con sus vidas. Dado que, por otra parte, en la adolescencia se encuentra el pico de máxima incidencia de estos trastornos (especialmente de la anorexia), nos parece justificado dar unas pautas para la detección precoz de esta enfermedad, que en el ambiente familiar puede pasar desapercibida en fases iniciales.

### 2. Definición

Etimológicamente anorexia nerviosa significa inapetencia o pérdida de apetito de origen psicógeno, sin causa orgánica aparente que lo justifique.

Para la **DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition) la anorexia nerviosa se define como un trastorno caracterizado por la preocupación por el peso corporal y la comida, una conducta dirigida a la pérdida de peso, distorsión de la imagen corporal y amenorrea en la mujer.

La enfermedad provoca pérdida de peso extrema, con frecuencia se llega a la caquexia (estado de extrema desnutrición). La delgadez se definió clásicamente como la de prisioneros en campos de concentración, o la de enfermos terminales.

### 3. Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos han evolucionado en las últimas décadas. Los que han tenido mayor aceptación han sido los siguientes:

#### 3.1 Criterios de Feighner y colaboradores

Fueron de los primeros utilizados en el diagnóstico de la enfermedad. Para establecer dicho diagnóstico era necesario cumplir los cinco primeros criterios y al menos dos de las manifestaciones del 6º criterio.

**1** Comienzo antes de los 25 años.

**2** Anorexia con pérdida de peso de al menos el 25% del peso inicial.

**3** Actitud aberrante hacia los alimentos, la cantidad o el acto de comer que se sobreponen al hambre, las amonestaciones, amenazas o los intentos de tranquilizarles.

**4** Ausencia de una enfermedad orgánica conocida que pueda justificar la pérdida de peso.

**5** Ningún otro proceso psiquiátrico conocido.

**6** Al menos dos de las manifestaciones siguientes:

- Amenorrea (pérdida del ciclo menstrual en mujeres pospuberales).
- Lanugo (vello fino).
- Bradicardia en reposo por debajo de 60 latidos de forma persistente.
- Fases de hiperactividad.
- Episodios de bulimia (atracones incontrolados).
- Vómitos provocados.

### **3.2 Criterios DSM-III R** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition, Revised)

**1** Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para su edad y estatura o negativa a dejar que el peso aumente durante el periodo de crecimiento, haciendo que el peso corporal sea inferior al 15% del esperado.

**2** Miedo intenso a ganar peso o a tener grasa, aún pesando menos de lo normal.

**3** Trastornos de la forma en que se experimenta el peso corporal, el volumen o la propia forma del cuerpo.

**4** En la mujer ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos cuando, por lo demás se esperaba tenerlos.

### **3.3 Criterios DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> Edition).

Prácticamente son los mismos que DSM- III R.

**1.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo considerando la edad y la talla, es decir peso por debajo del 85% de lo esperado.

**2.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

**3.** Alteración en la percepción del peso, la silueta corporal, exageración de su importancia o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

**4.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea de al menos tres ciclos consecutivos.

## **4. EPIDEMIOLOGIA**

La incidencia ha aumentado notablemente en los últimos 30 años hasta situarse por encima del 1% en mujeres de edades comprendidas entre los 13 y 29 años. La

incidencia aumenta, principalmente, a expensas de este grupo de edad, pero también lo hace porque aparece a edades cada vez más tempranas o más tardías, desde la niñez hasta incluso 40 años. Recordad que el primer criterio diagnóstico de Feighner era la aparición antes de los 25 años para hacernos una idea de la progresión de la enfermedad en edades atípicas.

Sin embargo, contra lo que a priori pudiera pensarse, la enfermedad no es algo de reciente aparición. Se conocen casos de la enfermedad desde la antigüedad en la civilización occidental. Son bastante comunes las descripciones detalladas de anorexia nerviosa en las citas hagiográficas (biografías de santos cristianos). Incluso las representaciones artísticas de muchos de ellos muestran delgadez manifiesta.

Pero ha sido en las tres últimas décadas cuando la incidencia se ha disparado, comenzando por los países anglosajones y extendiéndose progresivamente al resto de los occidentales. Es decir en los países donde sobran los alimentos y la esbeltez se considera atractiva.

La enfermedad afecta predominantemente a las mujeres, en proporción de 10 a 1, pero no es exclusiva de ellas.

## **5. ETIOLOGIA**

Se desconoce, pero se cree que se trata de una combinación de factores de riesgo psíquicos, biológicos y culturales.

Las teorías se han ido sucediendo desde la década de 1960.

### **5.1 Déficit en el desarrollo de la percepción**

Justificaría las alteraciones en la percepción de la imagen corporal (verse obesos a pesar de estar caquéticos)

### **5.2. Alteraciones en la función hipotalámica**

El hipotálamo es la zona de transición entre el sistema nervioso y el endocrino. En él se encuentran los centros del hambre, de la saciedad y de la sed. Además las sustancias por él producidas controlan el funcionamiento de la hipófisis.

Esta teoría justificaría por qué a veces el primer síntoma de la anorexia sea la amenorrea, antes de que la pérdida de peso sea evidente.

También apoyan esta teoría, por un lado, el que la amenorrea se recupere bastante después del peso y que sea un marcador muy fiable de mejoría psicológica, y por otro lado los valores alterados de algunas hormonas, como el cortisol o las hormonas tiroideas en la sangre.

### **5.3. Trastornos de neurotransmisores**

Se ha podido comprobar una clara relación con al menos tres neurotransmisores (dopamina, serotonina y noradrenalina), sin que sepamos si son la causa o el efecto de la enfermedad.

### **5.4. Trastornos genéticos**

Existe una asociación familiar muy grande. El riesgo de padecer la enfermedad una hermana de una enferma de anorexia es superior al 7% (comparar con el 1% de la población femenina general). En gemelas bicigotas (distintas) el riesgo es similar al de cualquier pareja de hermanas, pero en gemelas monocigotas (idénticas) se eleva hasta el 60%.

## **5.5. Predisposición psicológica**

Existe un tipo de personalidad bastante frecuente en las personas afectas de anorexia nerviosa. Suelen ser meticulosas, perfeccionistas, con frecuencia consideradas “hijas modelo”. La familia suele ser de clase media-alta y en general todos sus miembros suelen tener grandes aspiraciones personales.

Por tanto se puede hablar de una predisposición genética que puede hacer que la enfermedad se manifieste en determinadas circunstancias, como dieta inadecuada o estrés.

## **6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.**

La enfermedad comienza de forma típica en la adolescencia, aunque puede descubrirse antes de la menarquia (primera menstruación), e incluso en edades tan tardías como los 40 años.

Los síntomas son muy variados, derivados del fallo multiorgánico que conlleva la inanición. A grosso modo podemos clasificarlos en síntomas detectables en el ambiente familiar y escolar y síntomas detectables mediante exploración, analítica u otras pruebas médicas.

En nuestro entorno son más importantes, lógicamente los primeros.

### **6.1 Síntomas detectables en el ambiente familiar y escolar**

Alumn@s generalmente brillantes, perfeccionistas, familias de clase media-alta, pero no exclusivo de ellas.

Pérdida de peso muy evidente.

Cambios de comportamiento, como hiperactividad, ansiedad, insomnio, aumento del número de horas dedicadas al estudio, irritabilidad, ira y agresividad.

Dificultades para la concentración y el aprendizaje, pese al mayor tiempo dedicado al estudio.

Aislamiento y desinterés por los temas que preocupan a los adolescentes.

Halitosis (aliento fétido)

Alopecia (pérdida de cabello).

Comportamientos encaminados a ocultar su enfermedad, como por ejemplo rehuir las situaciones dónde pueda verse obligado a comer, esconder el cuerpo bajo ropa holgada o por el contrario usar colores oscuros para parecer más delgado.

A menudo preparan comidas complicadas para los demás que después ellas no van a probar.

Sentimiento de culpa y autodesprecio tras la ingesta.

En ocasiones robos de comida u objetos, que es más común y característico en la bulimia.

Realizar dietas muy severas, normalmente a base de vegetales.

Pesarse varias veces al día con balanzas lo mas precisas posible.

## **6.2 Síntomas detectables mediante exploración, analítica u otras pruebas médicas.**

### **6.2.1 Síntomas generales**

Pérdida de peso de al menos el 15% o el 25%, según el criterio que se aplique.

Atrofia muscular y prominencias óseas marcadas.

Ligera hipotermia y sensibilidad al frío.

Acrocianosis. La cianosis se define como la coloración “morada” de la piel y las mucosas por un exceso de hemoglobina reducida debido a insuficiente aporte vascular, problemas cardiacos, pulmonares o hematológicos.

La acrocianosis es una cianosis localizada en la zona distal (acra) de las extremidades, debida a problemas vasculares. Suele ir asociada a frialdad en la zona.

Piel pálido-amarillenta por los carotenos de la dieta, presentes en tomates, zanahorias, pomelos y otros vegetales comunes en su alimentación. Puede simular una ictericia, aunque se diferencia de la auténtica ictericia por su distribución: en la anorexia la esclera ocular está blanca y las palmas de las manos amarillentas, justo al contrario de la ictericia.

Hipertrofia de las glándulas parótidas. Por este motivo la cara aparece redondeada y vestid@s no da la sensación real de su estado de desnutrición

### **6.2.2 Trastornos electrolíticos**

El principal es la hipocloremia (disminución de los valores de cloro en la sangre) debida a la pérdida de ácido ClH por los vómitos. Puede asociarse a trastornos del sodio y del potasio y a alcalosis metabólica (elevación del pH sanguíneo por encima de 7.42) por la pérdida de ácidos.

### **6.2.3 Trastornos cardíacos**

Arritmias cardiacas y calambres musculares por la pérdida de electrolitos. También aparece con frecuencia una disminución del gasto cardíaco (volumen de sangre expulsado por minuto) que puede llevar a la insuficiencia cardiaca.

Debilidad y mareos por la hipotensión.

### **6.2.4 Trastornos intestinales**

Suelen ser secundarios a las dietas vegetarianas. Son frecuentes la constipación (estreñimiento) y el meteorismo (gases intestinales).

### **6.2.5 Trastornos psicológicos o psiquiátricos**

Miedo intenso al aumento de peso.

Alteraciones en la percepción del peso, tamaño o forma corporales.

Excesiva importancia a la imagen corporal.

Negación de la gravedad de su bajo peso. Ell@s siempre se ven gord@s.

### **6.2.6 Trastornos hematológicos y bioquímicos**

El principal es la anemia. Pero puede aparecer también leucopenia (disminución del número de leucocitos en la sangre) que condiciona en parte la inmunodeficiencia presente en la enfermedad.

Trastornos bioquímicos. Son comunes la hipercolesterolemia y la elevación de los enzimas hepáticos que indican daño celular en el órgano.

### **6.2.7. Trastornos endocrinos**

Prácticamente la totalidad del sistema endocrino está alterado.

Amenorrea de al menos tres ciclos de duración. La amenorrea es común cuando desciende el índice de grasa en la mujer, como por ejemplo en la desnutrición y en las atletas, pero normalmente se recupera con el peso. En la anorexia la recuperación es más lenta.

Aumento de las hormonas suprarrenales, especialmente el cortisol.

También aumentan de forma más discreta los andrógenos suprarrenales que podrían justificar la presencia de lanugo (vello fino), tan característico de estas enfermas.

Las hormonas tiroideas se encuentran en el límite de la normalidad, lo que unido a la escasa o nula reserva de grasa, justificaría la intolerancia al frío.

## **7. TIPOS**

### **7.1 Restrictiva:**

Los pacientes pierden peso a base de restricciones dietéticas y ejercicio.

### **7.2 Compulsiva-purgativa:**

Lo característico de esta variedad es la presencia del ciclo atracón-purga con vómitos, laxantes o diuréticos. Presenta grandes analogías con la bulimia nerviosa de la que se diferencia exclusivamente por el peso del paciente. En la bulimia existe mayor riesgo de complicaciones como desequilibrio iónico, abuso de sustancias, etc.

## **8. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO**

La evolución de la enfermedad es variable a largo plazo:

**1** Aproximadamente **la mitad** de los enfermos acaba recuperando el peso normal.

**2** Alrededor de **un 20%** continúa con la enfermedad.

**3** El **5%** se convierten en obesos.

**4** El **6%** muere por complicaciones de la enfermedad.

**5** Hay que tener en cuenta que, incluso en el grupo de los que recuperan el peso adecuado, siguen existiendo de forma larvada síntomas de la enfermedad, como la tendencia a realizar dietas periódicamente, inducirse el vómito, atracones esporádicos, y empleo de diuréticos o laxantes para perder peso.

***Se consideran signos de mal pronóstico***

Aparición tardía de la enfermedad.

Pérdida de peso extrema.

Desarrollo de depresión importante.

La causa de la muerte suele ser desnutrición, arritmias cardíacas por trastornos electrolíticos o el suicidio.

**9. CONCLUSIONES**

Dadas las graves consecuencias de esta enfermedad, entre las que se incluyen bajo rendimiento escolar en alumnos previamente brillantes, problemas de convivencia en el aula con los mismos, graves trastornos de salud, con una mortalidad del 6%, y la elevada incidencia en la edad de nuestro alumnado, debemos aprender a identificar los síntomas de alerta para adoptar las medidas oportunas, que por otra parte no son fáciles, debido a la negativa de l@s enferm@s a reconocer la enfermedad.

**10. BIBLIOGRAFÍA**

- Arold, M. (2005). Miriam es anoréxica. Barcelona: Edebe.
- Bruch, H. (2001). La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa. Barcelona: Paidós.
- De La Serna, I. (1998). Comer no es un placer: Anorexia. Bulimia. Obesidad. Madrid: Litofinter.
- Kirszman, D. y Salgueiro, C. (2002). El enemigo en el espejo. Madrid: Tea.
- Morandé, G. (1995). Un peligro llamado anorexia: La tentación de adelgazar. Madrid: Temas de hoy.
- Turon Gil, V. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson.