



ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

Carmen Pascual Calatayud.

carmen565@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El deseo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura. Es evidente que nos encontramos inmersos en una sociedad en las que existe una creciente preocupación por la apariencia física. En la sociedad actual, la delgadez significa el éxito la seguridad, la belleza y ser aceptado socialmente. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, de manera que cualquier aumento de peso es considerado como algo perjudicial para la salud, una falta cuyo castigo se paga en el gimnasio. Esta creciente preocupación por la delgadez está dando lugar a un incremento de los TCA.

La anorexia se incluye dentro de los (TCA), porque supone alteraciones en los comportamientos relacionados con la comida que repercute sobre la salud de quienes los padecen. En este caso, nos centraremos en la anorexia nerviosa.

El término *anorexia nerviosa* deriva del término griego «pérdida de apetito» y una palabra latina que implica un origen nervioso. En la anorexia nerviosa (AN), nos encontramos en un caso en el que la persona restringe su comida o la elimina con conductas de purga, para conseguir un peso muy por debajo de lo que corresponde a su sexo y edad, dada su búsqueda implacable de la delgadez.

DESARROLLO

Historia

La conducta alimentaria ha sido y es un aspecto importante en todos los momentos históricos. En general, comer mucho ha sido privilegio de unos pocos, por lo que el sobrepeso ha estado ligado durante tiempo a salud, belleza y poder.

En la antigüedad, nos encontramos muchas descripciones históricas sobre las celebraciones de banquetes, que se caracterizaban por el exceso de comida y vómito posterior lo que además solía tener un carácter sagrado. Sin embargo, la historia del concepto y definición de la AN es un tanto distinto de la de la bulimia nerviosa.

Guillemot y Laxenaire (1994) proponen tres etapas en la historia de la anorexia nerviosa:

La primera etapa se extiende entre los siglos V y XVI y la caracteriza una respuesta social ambivalente entre la santificación o la condena a la hoguera de las personas afectadas. La versión positiva del fenómeno era, sin embargo, la más extendida y constituía la denominada "anorexia santa" y vio su apogeo hacia 1500. Muchas mujeres que fueron santificadas (Santa

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

Clara de Asís, Santa Rosa de Lima, Santa Liduina Chiedman, Santa Teresa de Jesús o Santa Catalina de Siena) respondían a este primer patrón caracterizado por la asociación de un acusado ayuno con la búsqueda de la santidad.

Una segunda etapa se produce entre los siglos XVI y XVIII. Por entonces siguen manteniéndose explicaciones sobrenaturales y persiste la anorexia santa. Sin embargo, en un momento marcado por el inicio del racionalismo, se desarrolla una curiosidad científica por la resistencia del cuerpo humano al ayuno y también se da por primera vez la definición de la anorexia como una patología mental. Ésta se asociaba, a las llamadas *fasting girls* o muchachas ayunadoras, que en el siglo XIX serían denominadas histéricas.

Finalmente, una tercera etapa se daría a partir del siglo XIX y durante todo el XX. En ese momento se generan y difunden planteamientos higienistas, una moda del deporte, como formas de "cuidar" el buen funcionamiento del propio cuerpo. Surge, asimismo, una religión del cuerpo, sobre todo como objeto del placer y medio de seducción.

En un primer momento, la enfermedad se convierte en la principal vía explicativa de la anorexia. El ayuno se considera manifestación de enfermedad, bajo distintos nombres, empezando por diferentes variedades alrededor del término "histérica". El aislamiento de la familia pronto se convierte en el tratamiento propuesto con mayor insistencia.

Existe mucho interés social por el cuerpo en una sociedad de consumo de masas, convirtiéndose la persona en víctima de la industria de la moda y la belleza.

Hipótesis Etiológicas

En las causas de la anorexia nerviosa intervienen tanto factores biológicos, como sociales y psicológicos.

Factores biológicos los opioides endógenos pueden contribuir a la negación del hambre. Los estudios preliminares muestran aumentos de peso espectaculares en algunos pacientes a los que se administraron antagonistas de los opiáceos.

La desnutrición provoca muchos cambios bioquímicos, algunos de los cuales también se dan en la depresión, como la hipercortisololemia y la falta de supresión con dexametasona. También se suprime la actividad de la glándula tiroidea. La desnutrición provoca amenorrea, que refleja la disminución de los niveles hormonales (lutropina, folitropina y hormona liberadora de gonadotropina). No obstante, algunas pacientes con anorexia nerviosa desarrollan amenorrea antes de experimentar una pérdida significativa de peso.

Diversos estudios con (TAC) han revelado un aumento de tamaño de los espacios del LCR (surcos y ventrículos aumentados de tamaño) durante la desnutrición, que se invierte si se gana peso. En un estudio con (PET), el metabolismo del núcleo caudado fue más elevado en el estado anoréxico que después de la realimentación. Algunos autores han propuesto la existencia de una disfunción (neuroendocrina) del eje hipotálamo-hipofisario. Algunos estudios han demostrado disfunciones de la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, tres neurotransmisores implicados en la regulación de la conducta alimentaria en el núcleo

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

paraventricular del hipotálamo.

Otros factores humorales que podrían intervenir son el factor de liberación de corticotropina (CRF), el neuropéptido Y, la hormona liberadora de gonadotropina y la tirotropina.

Factores sociales: Los pacientes con anorexia nerviosa se encuentran respaldados en su comportamiento por el énfasis imperante en la sociedad en la delgadez y el ejercicio. Algunas pruebas indican que estas pacientes tienen relaciones cercanas, pero problemáticas, con sus padres. Las familias sobre todo de los subtipos con atracones o con purgas, pueden mostrar niveles más elevados de hostilidad, caos y aislamiento, y niveles bajos de atención y empatía.

En las mujeres jóvenes, la participación en academias de danza estrictas y la lucha libre en niños en edad de ir al instituto, aumentan la probabilidad de desarrollar AN en gran medida. Aunque es probable que, ya de entrada, estas actividades deportivas seleccionen a jóvenes perfeccionistas y perseverantes, las presiones en torno al peso y la figura que se generan en estos contextos sociales refuerzan la probabilidad de que aparezcan estos trastornos.

Los factores nutricionales y la realización de dietas de adelgazamiento influyen en el desarrollo y la evolución. Se estima que en el 90% de los casos aparece tras el inicio de una dieta hipocalórica.

Se ha observado que en el caso de la orientación sexual, en pacientes homosexuales varones, es un factor predisponente para la AN, mientras que en las mujeres, es un factor protector.

Factores psicológicos: La anorexia nerviosa parece ser una reacción frente a la demanda de que los adolescentes se comporten de modo más independiente y aumenten su actividad social y sexual. Los pacientes sustituyen con sus preocupaciones, obsesiones con la alimentación y el aumento de peso, las actividades propias de los adolescentes normales. Por regla general, tienen una falta de sentido de autonomía y de identidad personal. Muchos experimentan sus cuerpos como algo situado bajo el control de sus padres, de modo que la inanición autoimpuesta puede representar un intento de validación como individuo único y especial. Un paciente anoréxico solo puede desarrollar un sentido de autonomía e identidad personal a través de actos de autodisciplina extraordinaria.

Epidemiología

En la actualidad los TCA constituyen un problema de gran relevancia social especialmente en la población de más alto riesgo: parece ser más habitual en los países desarrollados, y puede observarse con mayor frecuencia entre mujeres jóvenes con profesiones que exigen delgadez. Es la tercera enfermedad crónica más común, después del asma y la obesidad, en adolescentes.

Se estima un porcentaje de 0.5-1% de AN con una ratio de prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres. En cuanto los estudios realizados sobre AN, revelan que este trastorno suele acontecer al final de la etapa puberal (13-14 años) con picos de incidencia a los 15-18, cayendo posteriormente, siendo raras las formas que se inician más allá de los 20-22 años.

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

Manifestaciones Clínicas

Entrando a hablar más profundamente de la clínica: se caracteriza por la realización de dietas estrictas y la existencia de un miedo desproporcionado al aumento de peso, aun manteniéndolo en un límite muy inferior al ideal.

En este trabajo, la dividiremos en manifestaciones conductuales, emocionales, cognitivas y biológicas.

En cuanto a las manifestaciones conductuales, las más típicas y llamativas son las que tienen que ver con la dieta restrictiva y con las purgas.

La mayoría de las conductas anormales para perder peso se producen en secreto. Los pacientes suelen negarse a comer con sus familias o en lugares públicos. Pierden peso reduciendo drásticamente su ingesta total de alimentos, con una reducción desproporcionada de los alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas. La pérdida de apetito suele ser raras hasta fases avanzadas.

Pero hay otras conductas que también pueden estar presentes en los TCA, como son: comer "comidas light", saltarse comidas, tener alimentos prohibidos, ejercicio físico desmesurado, abuso de laxantes y diuréticos, vómitos autoinducidos con o sin atracones, alteraciones en la forma de comer (ocultar comida, trocearla, enlentecimiento...), conductas impulsivas (mienten, ocultan...) ,autolesiones, aislamiento social y familiar, hiperactividad, excesiva dedicación al estudio, reducción de horas de sueño y alteración del interés sexual.

Importante destacar que estos pacientes tienden a ser rígidos y perfeccionistas, y son frecuentes las quejas somáticas, en especial de malestar epigástrico.

En cuanto a las manifestaciones emocionales, pueden ser muy variadas pudiendo observarse cambios importantes en el estado de ánimo, irritabilidad e irascibilidad. También es frecuente la aparición de sintomatología depresiva. Hay que tener en cuenta que en estas pacientes puede aparecer ideación autolítica que pueden llegar a intentos autolíticos.

También suele ser frecuente un estado general de ansiedad (ante la comida, ante su cuerpo, la ropa, el peso...). También es frecuente que aparezcan problemas de ansiedad social (miedo y evitación) y de ansiedad obsesiva.

En cuanto a las manifestaciones cognitivas, los pensamientos más frecuentes tienen que ver con la excesiva preocupación ante la posibilidad de engordar, con miedo a convertirse en obesos.

Estas pacientes suelen mostrar constantes pensamientos erróneos sobre la comida y peso, distorsiones cognitivas. (p.ej: la comida engorda, hay alimentos buenos y malos...), sobre el cuerpo y la autoimagen ("mi cuerpo no es como yo deseo...") y de baja autoestima (si cambio mi figura volveré a confiar en mí misma).

Este tipo de pensamientos, pueden llegar a alcanzar características obsesivas y están presentes con mucha frecuencia en todas las pacientes. También son frecuentes las dificultades en la concentración y fallos de memoria y empobrecimiento de la fantasía y la

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

creatividad.

Por otro lado, se producen distorsiones perceptivas de sobre-estimación de peso y figura corporal. También hay alteraciones interoceptivas, que lleven a confusión con las sensaciones de saciedad y plenitud.

En cuanto a las manifestaciones biológicas, los TCA constituyen uno de los cuadros psicopatológicos que conllevan una mayor cantidad de alteraciones a nivel orgánico.

Lo primero que se aprecia en una paciente con AN es su extrema delgadez, desnutrición, piel seca y fría. El cabello lacio y frágil y las uñas quebradizas.

A medida que la pérdida de peso es mayor, aparecen signos físicos importantes, como hipotermia (que llega a los 35 °C), edema en zonas declives, bradicardia, hipotensión y lanugo, y los pacientes presentan diversas alteraciones metabólicas. Algunas mujeres con anorexia nerviosa acuden al médico por amenorrea, que a menudo se produce antes de que la pérdida de peso sea llamativa. Algunos pacientes se inducen vómitos o abusan de los purgantes y los diuréticos, y este tipo de conducta es preocupante porque puede provocar alcalosis hipopotásémica. En ocasiones, se detecta un deterioro de la diuresis hídrica.

En la fase de emaciación de la anorexia nerviosa, se han detectado alteraciones en el electrocardiograma (ECG), como el aplanamiento o la inversión de la onda T, la depresión del segmento ST y la prolongación del intervalo QT. Las alteraciones en el ECG también pueden deberse a la pérdida de potasio, que puede llevar a la muerte. La dilatación gástrica es una complicación rara.

En los pacientes emaciados con anorexia nerviosa, el hemograma completo revela con frecuencia una leucocitopenia con linfocitosis relativa. Las glucemias en ayunas suelen ser bajas, y las concentraciones séricas de amilasa salival elevadas si el paciente tiene vómitos. Las chicas jóvenes pueden tener un nivel alto de colesterol sérico. Todos estos valores regresan a la normalidad con la recuperación nutricional y la interrupción de las conductas purgantes.

Diagnóstico

Para el diagnóstico se establecen las recomendaciones siguientes: CIE-10 y DSM IV-TR / DSM-V.

Resumiendo los 3 criterios del DSMV: restricción de la ingesta energética, miedo intenso a ganar peso o engordar y alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución.

Me gustaría destacar los cambios más relevantes entre DSM IV y V:

Se propone el cambio de nombre del grupo a Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, incluyéndose todos los trastornos alimentarios en una única categoría.

En el caso de la AN, se ha propuesto cambiar en el criterio A la palabra "rechazo" por "restricción". El peso significativamente bajo se define como un peso menor del mínimamente normal, o para niños y adolescentes, menor del mínimamente esperado": Se eliminaría el

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

señalar una cantidad determinada de peso para poder diagnosticar AN. En el criterio B, a la presencia de miedo intenso a ganar peso se añade "o conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso". El criterio C se mantiene y el D (amenorrea) desaparece.

En cuanto a los subtipos, permanecen igual, pero se requiere al menos una duración de 3 meses para poder aplicar.

En cuanto a los criterios de la CIE 10, observamos que es muy similar al DSM, aunque sí que especificaría la cantidad de pérdida de peso que sería necesaria mediante diferentes índices y también haría mención a la presencia de amenorrea.

Respecto al tema de peso adecuado, existen unos índices estándares: destacar el IMC (Peso (kg)/altura² (m²), es el más utilizado por la OMS. Sobre todo destacar que por debajo de 16 se considera criterio de ingreso

Subtipos

La anorexia nerviosa se ha dividido en dos subtipos (el tipo restrictivo y el tipo con atracones/purgas).

Ambos tienen en común el énfasis desproporcionado en la delgadez como tema básico, en ocasiones la única fuente de autoestima.

En el tipo restrictivo, la ingesta de alimentos está muy restringida (normalmente se consumen menos de 300-500 cal/día y sin ningún gramo de grasa), y el paciente puede mostrarse implacable y compulsivamente hiperactivo, con lesiones deportivas por sobreesfuerzo. A menudo tienen rasgos obsesivo-compulsivos en relación con los alimentos y con otros aspectos.

En el tipo con atracones/purgas, los pacientes van alternando los intentos de seguir una dieta rigurosa con episodios intermitentes de atracones o purgas. Las purgas representan una compensación secundaria de las calorías no deseadas; normalmente se llevan a cabo mediante el vómito autoinducido, a menudo con el abuso de laxantes, con menor frecuencia mediante diuréticos y, en ocasiones, mediante eméticos. A veces se dan purgas repetidas sin que antes se hayan producido atracones, tras haber ingerido solo unas pocas calorías.

Los individuos con atracones/purgas es más probable que presenten consumo de sustancias tóxicas, trastornos del control de los impulsos y trastornos de la personalidad asociados.

El ejercicio excesivo y los rasgos perfeccionistas son comunes en ambos subtipos.

Comorbilidad

La comorbilidad es elevada con otras patologías, sobre todo con trastornos de ansiedad, depresión, alteración de la personalidad y abuso de sustancias. En este sentido, aparece que la depresión mayor es el trastorno más frecuente, seguido de la distimia. En general, esta se asocia a depresión en el 65% de los casos, a fobia social en el 34%, y al trastorno obsesivo-compulsivo en el 26%.

Diagnóstico Diferencial

Las principales enfermedades con las que deberíamos realizar diagnóstico diferencial con la

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

anorexia nerviosa son: trastornos depresivos, trastorno por somatización, trastorno psicótico, hiperactividad del nervio vago, bulimia nerviosa y otros trastornos médicos.

El diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa se complica por la negación de los síntomas por parte del paciente y su resistencia a buscar tratamiento.

Se debe descartar una enfermedad médica que pueda explicar la pérdida de peso (enfermedades gastrointestinales, enfermedades endocrinas, neoplasias, DM, infecciones...etc.).

Los trastornos depresivos y la anorexia nerviosa pueden compartir características, como los sentimientos deprimidos, el llanto, la alteración del sueño, las rumiaciones obsesivas y los pensamientos suicidas ocasionales. En general, un paciente con un trastorno depresivo tiene menos apetito, mientras que uno con AN declara tener un apetito normal, disminuyendo el apetito sólo en fases avanzadas. Además existe una preocupación por las recetas y el contenido calórico que no se observaría en los trastornos depresivos. Tampoco aparecería el miedo intenso a engordar en los trastornos depresivos ni una distorsión de la imagen corporal. Las fluctuaciones del peso, los vómitos y las peculiaridades en el manejo de la comida pueden darse en el trastorno de somatización, aunque no suelen tener una pérdida tan grave de peso. Tampoco aparece el miedo intenso a engordar.

En los pacientes con esquizofrenia, los delirios en torno a los alimentos rara vez están relacionados con el contenido calórico. Es más probable ideas delirantes de envenenamiento. Estos pacientes casi nunca están preocupados por convertirse en obesos y no muestran la hiperactividad que se observa en la anorexia nerviosa.

Se han observado enfermedades raras en las que la hiperactividad del nervio vago provoca alteraciones en los patrones de alimentación, pero en estos casos se objetivarían otros parámetros médicos alterados, como son bradicardia, hipotensión y otros signos y síntomas parasimpaticomiméticos.

Por último, es importante diferenciar una preocupación excesiva por la comida y el cuerpo de un auténtico TCA: ya que hoy en día el malestar con el propio cuerpo está presente en un porcentaje muy elevado de adolescentes y jóvenes.

El diagnóstico diferencial más complicado suele ser con la bulimia nerviosa, un trastorno en el que se producen episodios de atracones, seguidos por estados de ánimo depresivo, pensamientos de desprecio hacia uno mismo y, a menudo, purgas. La diferencia más llamativa la encontramos en el peso, ya que en la bulimia nerviosa suele mantenerse dentro de un rango normal.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Presentan un curso heterogéneo y muy variable, observándose evoluciones de TCA tanto de curso corto y episodio único, como de curso con patrón fluctuante de recaídas y remisión; como de curso largo y deterioro crónico a lo largo de los años.

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

En general, se observa que son trastornos resistentes al tratamiento, ya que aproximadamente una tercera parte siguen cumpliendo criterios 5 años después de haberlo empezado. La mortalidad se sitúa entre 5-18%.

Parece que dentro de los subtipos de pacientes con anorexia nerviosa, los de tipo restrictivo tienen una menor probabilidad de recuperación que los de tipo con atracones/purgas.

Existen algunos indicadores de un desenlace favorable, aunque se encuentran en controversia: el reconocimiento de la sensación de hambre, la reducción de la negación y de la inmadurez, así como la mejora de la autoestima. Por otra parte, el neuroticismo infantil, los conflictos entre los padres, la bulimia nerviosa, la presencia de vómitos, el abuso de laxantes y diversas manifestaciones conductuales (p. ej., síntomas obsesivo-compulsivos, histéricos, depresivos, psicosomáticos, neuróticos y de negación) estarían relacionados con un mal pronóstico.

TRATAMIENTO

A lo largo del tiempo se han desarrollado diversos tratamientos. Muchos de los tratamientos que se llevaban a cabo en el pasado, tenían un denominador común: separar al paciente de su ambiente familiar.

El pediatra y el médico de familia deberán realizar la supervisión inicial sobre todo en niños y adolescentes con TCA. El crecimiento y desarrollo deberían ser monitorizados atentamente. Si posteriormente, ven adecuado derivar a especialista, se realizará un seguimiento estrecho conjunto.

A la vista de las complicadas implicaciones psicológicas y médicas de la anorexia nerviosa, se recomienda un plan de tratamiento global (tanto ambulatorio como si precisa ingreso hospitalario). Deben valorarse los enfoques conductuales, interpersonales y cognitivos y, en algunos casos, los farmacológicos.

Personas con AN cuyo trastorno no ha mejorado con el tratamiento ambulatorio deben derivarse a hospital de día u hospitalización completa. Para aquellos que presenten un riesgo importante de suicidio o autolesiones graves está indicada la hospitalización completa.

En los ingresos, lo primero que hay que tener en cuenta es la necesidad de restaurar el estado nutricional del paciente. La deshidratación, la desnutrición y el desequilibrio electrolítico pueden comprometer seriamente la salud y, en algunos casos, provocar la muerte. Cabe tener especial precaución con el síndrome de realimentación, por lo que se debe reintroducir paulatinamente la nutrición.

Rara vez aceptan la recomendación de ingreso, por lo que es necesario advertir a las familias de los pacientes de que pueden oponer resistencia al ingreso psiquiátrico.

Se recurrirá al ingreso involuntario solo en caso de que el riesgo de muerte, debido a las complicaciones de la desnutrición, sea elevado.

En raras ocasiones, los pacientes demuestran que las afirmaciones del médico acerca del probable fracaso del tratamiento ambulatorio están equivocadas. Pueden ganar la cantidad de

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

peso especificada en cada visita ambulatoria, pero este comportamiento es infrecuente y suele ser necesario un período de atención hospitalaria.

Según la APA, los criterios de hospitalización son:

Médico-biológicos:

- Pérdida de peso alcanza más del 30% o IMC <15.
- Irregularidades electrolíticas.
- Alteraciones en los signos vitales: hipotensión arterial, bradicardia, hipotermia.
- Infecciones recurrentes en pacientes gravemente desnutridas o inanes.

Familiares: todas aquellas situaciones que pueden complicar o impedir el tratamiento del paciente, como puede ser: cuando existe un conflicto familiar grave, cuando impide el tratamiento ambulatorio.

Otros de los criterios son los psicológicos individuales: aquí encontramos el fracaso en tratamientos previos, cuando no existe implicación en el tratamiento, cuando necesita un ambiente estructurado o recuperación del peso, con ideación autolítica activa y cuando aparezca comorbilidad con otros trastornos que sea lo suficientemente grave como para requerir hospitalización.

En el tratamiento psicológico, existen muchas recomendaciones de diferentes terapias. El objetivo del tratamiento psicológico es la reducción del riesgo, lograr un aumento de peso a base de una alimentación saludable, reducir otros síntomas relacionados con el TCA y facilitar la recuperación física y psicológica.

La terapia cognitivo-conductual es de las más utilizadas: se les enseña a registrar su ingesta de alimentos, sus sensaciones y sus emociones, sus conductas de atracones y purgativas, y sus problemas con las relaciones interpersonales. También se les enseñan técnicas de reestructuración cognitiva para identificar pensamientos automáticos y enfrentarse a sus creencias básicas.

La resolución de problemas es un método específico en el que los pacientes aprenden mecanismos para pensar y diseñar estrategias para afrontar sus problemas.

No se han publicado estudios controlados sobre la combinación de psicoterapia individual y familiar, pero en la práctica clínica real, se suele utilizar psicoterapia individual y alguna forma de consejo psicológico familiar.

La mayor parte de los tratamientos psicológicos se pueden realizar de forma ambulatoria por profesionales expertos en TCA con una duración de al menos 6 meses y 12 meses si han estado de hospitalización completa. Si no mejoran, se deben valorar tratamientos más intensivos como terapias combinadas con la familia, hospitalización parcial o completa.

En personas con AN hospitalizadas no es conveniente utilizar programas de modificación de conducta excesivamente rígidos.

Tras el alta, deberán recibir una supervisión e intervención psicológica dirigida a la conducta alimentaria (al menos 12 meses).

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, los diferentes estudios farmacológicos todavía no han identificado un fármaco que proporcione una mejora definitiva de los síntomas esenciales de la anorexia nerviosa. Algunas publicaciones respaldan el empleo de la ciproheptadina, un fármaco con propiedades antihistamínicas y antiserotoninérgicas, en pacientes con anorexia nerviosa del tipo restrictivo. También se han descrito algunos beneficios con amitriptilina. Otros fármacos que se han utilizado con resultados variables son la clomipramina, la pimozida y la clorpromazina. Los ensayos con fluoxetina han comportado algunas descripciones de aumento de peso, y los agentes serotoninérgicos pueden proporcionar respuestas positivas en el futuro. En los pacientes con anorexia nerviosa y trastornos depresivos comórbidos debe tratarse la enfermedad depresiva. Existe alguna preocupación con respecto al uso de fármacos tricíclicos en pacientes deprimidos con anorexia nerviosa y bajo peso, que pueden ser vulnerables a la hipotensión, la arritmia cardíaca y la deshidratación. En algunos casos, la depresión mejora con el aumento de peso y la normalización del estado nutricional.

Otros recursos que se han utilizado son los hospitales de día. Resulta interesante hacer mención de estos recursos, ya que son muy utilizados en el ámbito de los TCA. El primer Hospital de día fue establecido en la Unión Soviética en 1946, después de la segunda guerra mundial. Desde la década de los 60, se crearon recursos intermedios en los países industrializados como alternativa a la hospitalización completa en hospitales psiquiátricos. El hospital de día es un recurso asistencial que representa una intensificación del tratamiento ambulatorio proporcionando al paciente cuidados terapéuticos adecuados sin apartarlo de su ambiente (idea principal de no separar). Se considera un paso intermedio entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

Otra opción que se ha barajado para el tratamiento de los TCA, es la realidad virtual, ya que podría ayudar a ofrecer y mostrar a los pacientes aspectos centrales de los problemas asociados a la imagen corporal. Es capaz, de representar una figura corporal en tres dimensiones en un sistema inmersivo, es decir, la persona siente que "está ahí" modelando su propio cuerpo y enfrentándose a él y en diferentes contextos.

Parece que la realidad virtual, tiene un gran futuro y las aplicaciones que han aparecido hasta el momento son sólo un inicio. Por el momento, esta nueva técnica está pendiente de realizar más estudios que validen su eficacia.

PREVENCIÓN

Todo esto pone en evidencia la necesidad de intervenir, generando tantos programas de prevención primaria para reducir la vulnerabilidad de la población y disminuir la incidencia de los TCA. Por otra parte, intervenir, con la intención de detectarlos precozmente de manera que podamos disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

ANOREXIA NERVIOSA: "UNA MIRADA INTEGRADORA"

Destacar también, la importancia que posee internet en el día de hoy en este trastorno, ya que existen múltiples páginas web sobre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa con un contenido desfavorable para la aparición y evolución del trastorno, páginas que en la actualidad no se encuentran controladas.

CONCLUSIONES

Aunque da la impresión de que la AN es un trastorno muy "moderno", lo cierto es que ha existido desde tiempos antiguos pero no con la misma prevalencia ni probablemente del mismo modo que el momento actual.

Actualmente, la AN y BN han suplantado a la obesidad como TCA importante, y el interés que suscitan y los avances en su estudio han crecido a un ritmo similar a su incremento en prevalencia.

El abordaje multidisciplinar de los TCA es imprescindible, debiéndose abordar desde varios puntos y dispositivos médicos.

En particular, la contextualización de cada caso es fundamental para atender no sólo a las razones de fondo de los trastornos sino también a posibles tratamientos que pueden resultar contraproducentes.

Importante comentar que el tratamiento exige un abordaje multidisciplinario con un equipo de psicólogos, psiquiatras, con una intervención psicoterapéutica y psicotrópica.

Y por último, destacar la importancia de la sociedad en esta patología tan frecuente en nuestro tiempo, que hace que se perpetúe y continúe hoy en día.