

CAPITULO IV

Historia de la Anorexia: del siglo XX a nuestros días

1. Principales investigadores – Evolución del concepto – El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM)

A partir del 1900 se incorporaron nuevas teorías para explicar y tratar la anorexia, que respondían a dos modelos teóricos diferentes: el biológico y el psicológico.

En el capítulo anterior hemos expuesto los conceptos vertidos por los representantes clásicos del psicoanálisis. En el presente capítulo describiremos cómo se ha llegado a la actual descripción de la anorexia nerviosa contenida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

Desde la naciente endocrinología, Morris Simmonds (1855-1925), patólogo de la Universidad de Hamburgo, estableció en 1914 la disfunción hipofisiaria como una nueva hipótesis causal de la anorexia, y dio un nuevo nombre a este proceso: caquexia hipofisiaria o pituitaria. En consecuencia, el tratamiento para la afección así definida consistía en resolver los déficits hormonales que se presentaban en los pacientes afectados, lo que puede ser considerado como una clara perspectiva organicista. La hipótesis de Simmonds se basaba en el hallazgo de alteraciones fisiológicas de la hipófisis (pituitaria) encontradas en una observación post mortem (autopsia) que realizó a una mujer adulta¹. A partir de su descubrimiento comenzó a tratar la patología con una variedad de medicación endocrinológica.

Algunos médicos dudaron de la etiología hormonal de la anorexia, en contra de las especulaciones de Simmonds, y sus reservas se vieron justificadas cuando Sheehan y Summer lograron documentar diferencias significativas entre la

¹ BRUCH, H., *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*, New York, Basic Books, 1973, p. 38.

anorexia nerviosa y la atrofia pituitaria: las anoréxicas perdían peso gradualmente durante la enfermedad, mientras que las que presentaban atrofia pituitaria lo hacían cuando el desorden se encontraba avanzado; las anoréxicas negaban encontrarse mal y se mantenían hiperactivas, mientras que las que padecían la atrofia pituitaria se veían exhaustas y se quejaban de fatiga; las anoréxicas mantenían su bello púbico y axilar e incluso se observaba un crecimiento de bello en otras partes de su cuerpo, mientras que las otras pacientes no². Las investigaciones de Sheehan y Summer volvieron a la búsqueda psicológica en relación a la etiología de la anorexia, lo que implicaba, en 1940, como sostiene Bemporad, realizar una interpretación psicoanalítica. Lo mismo ocurrió con autores como Waller, Kaufman y Deusch, entre otros.

Pierre Janet realizó descripciones clínicas y teorizaciones acerca de la fobia al exceso de peso, que se encuentran en su obra *Les obsessions et la psychasthénie* de 1903. Uno de los casos mencionados es Nadia, quien había comenzado a ayunar a los veinte años. Comía muy poco y preferentemente tomaba té, sopas y vinagre, siempre por su miedo a ganar peso. Janet utilizó este caso para diferenciar lo que él llamó “anorexia verdadera” de la “anorexia histérica”. La anorexia verdadera dejaba el hambre intacta. En el caso de Nadia, pasaba horas pensando y leyendo sobre la comida, se encontraba ansiosa en su trabajo, hacía todos sus viajes a pie para tranquilizar a su madre sobre su estado de salud, pero simultáneamente para perder peso. En 1908 Janet escribió:

“El rechazo al alimento es sólo la consecuencia de una idea, un delirio. Esta idea, si se ve superficialmente, es obviamente el miedo a ganar peso. Nadia temía volverse tan gorda como su madre; ella anhela mantenerse delgada (*magra*), pálida, lo único que la complace a ella se encuentra en armonía con su carácter; a partir de esto queda con una continua agitación, tiene miedo de tener una figura inflada, panza, grandes músculos, una mejor aspecto”³.

² BEMPORAD, J., Cultural and Historical Aspects of Eating Disorders, *Theoretical Medicine*, N° 18, 1997, p. 411 y 412.

³ JANET, P., *Les obsessions et la psychasthénie*, Vol. I, 2º ed., Paris, Alcan, 1908, p. 37, citado por HABERMAS, T., *On the Uses of History in Psychiatry: Diagnostic Implications for Anorexia Nervosa*, *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 38, N° 2, 2005, p. 171.

Janet además describió en detalle como su cuerpo y la actividad corporal, como el alimentarse, eran las causas principales de los miedos y vergüenzas de Nadia. En el mismo volumen de su obra, donde describió el caso de Nadia, Janet también mencionó a Red., una segunda paciente que comparó con Nadia, dado que ambas se encontraban dominadas por la idea de que debían ser muy delgadas. Además de ayunar Red. también se inducía vómitos. Los médicos que primero la evaluaron, a los dieciocho años, Brissaud y Souques, detallaron el desarrollo de su “idea fija por la delgadez”, y que la misma había comenzado a los trece o catorce años cuando se encontraba apenas pasada de peso y los niños de su edad se burlaban de ella. *“El deseo de perder peso tiene que haber emergido en su mente para evitar esas burlas. Era bastante coqueta. Para alcanzar su deseo, la forma más segura y simple era no comer y vomitar lo que hubiera comido”*⁴.

El caso de Ellen West, referido por Otto Ludwig Binswanger en 1945 es uno de los casos de la psiquiatría descrito con más detalles y que más dificultades ofreció con relación a su clasificación. Bruch da a entender que este autor se vio influenciado por el tipo de pensamiento que planteó Simmonds. West fue un caso de “anorexia purgativa” con evolución a bulimia, que terminó suicidándose con veneno, y fue diagnosticada como histérica, como melancólica, como esquizofrénica, etc, por distintos facultativos. Binswanger especuló que se pudo haber evitado esta muerte con un conocimiento endocrinológico más avanzado⁵.

En los años cincuenta, Hilde Bruch consideró que el trastorno anoréxico fundamental era un trastorno de la imagen corporal pero se convertía en secundario con respecto a la percepción interoceptiva y de la autonomía, acompañadas de un sentimiento que se imponía, de impotencia y de imposibilidad de expresar un deseo propio. Insistía en que uno de los factores

⁴ BRISSAUD, E. & SOUQUES, A., *Délire de maigreur [Delusion of thinness]*, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 7, p. 336, citado por HABERMAS, T., *On the Uses of History in Psychiatry: Diagnostic Implications for Anorexia Nervosa*, International Journal of Eating Disorders, Vol. 38, Nº 2, 2005, p. 171.

⁵ BRUCH, H., *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*, New York, Basic Books, 1973, p. 215.

etiológicos críticos era la personalidad premórbida de estas enfermas y las describía como niñas “perfectas”, complacientes y con apariencia de estar especialmente dotadas, expertas en gratificar a sus padres.

Mientras tanto, en 1952 un comité de la American Psychiatric Association inició los trabajos que tuvieron como objetivo desarrollar una clasificación de las enfermedades mentales. El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM-I). El DSM-I consistió en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. El uso del término «reacción» en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la que los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos⁶.

En el *Manual* encontramos las razones históricas que llevaron a su creación:

“En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. Podría considerarse como el primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales el registro de la frecuencia de una categoría, «idiocia/locura», en el censo de 1840. En el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el Committee on Statistics of The American Psychiatric Association (en aquella época denominado American Medico-Psychological Association -el nombre se cambió en 1921-), junto con la National Commission on Mental Hygiene, diseñó un plan, adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística. La American Psychiatric Association colaboró con la New York Academy of Medicine en la elaboración de una nomenclatura psiquiátrica aceptable para todo el país, para ser publicada en la primera edición de la American Medical Association's Standard

⁶ Traducido del DSM IV-TM, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington DC, p. xvii.

Classified Nomenclature of Disease. Esta nomenclatura fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

*Más adelante, el ejército de Estados Unidos confeccionó una nomenclatura mucho más amplia (modificada por la Veterans Administration) para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial (p. ej., trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad). Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la sexta edición de la CIE, que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia*⁷.

En la primera versión del *Manual* aparecieron ya los siguientes criterios diagnósticos para describir la anorexia nerviosa:

- A. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo según edad y talla (peso corporal inferior al 85% del esperado o imposibilidad de ganancia de peso durante el crecimiento, conduciendo a un peso menor del 85% esperado)*
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, a pesar de tener bajo peso*
- C. Negación en los cambios de imagen o en el peso experimentados. Indebida influencia del peso o la imagen en la autoevaluación o negación del bajo peso.*
- D. Amenorrea en mujeres post-menárquicas (ausencia de 3 ciclos menstruales consecutivos)"*

También aparecieron los trastornos de la alimentación no específicos, en los cuales se incluyeron todos los criterios para la anorexia nerviosa con excepción del de la amenorrea y que, a pesar del descenso significativo de peso, la paciente se encontrara en el rango normal. Como vemos, ya desde la primera versión del *Manual*, la anorexia ha sido descripta como una enfermedad psico-fisiológica.

⁷ DSM IV-TM, Fourth Edition, American Psychiatric Association, p. xvii.

Con relación a los autores que continuaban desarrollando el tema, en esta época Bruch⁸ señala que en los años siguientes se observó la necesidad de llevar a cabo una diferenciación o clasificación entre subtipos de anorexia nerviosa. Algunos de los autores que cita Bruch en 1973 son los siguientes:

- a) A. King, quien en 1963, basándose en las observaciones de veintiún pacientes en Australia, diferenció dos grupos: uno, en el cual la ganancia es primaria y la abstinencia de comida producían un placer positivo, y otro, en el cual la ganancia era secundaria y la abstinencia de comida se relacionaba con la fobia, los delirios o la depresión. En el primer grupo consideró que se trataba de un síndrome específico, mientras que en el segundo parecía un síntoma más dentro de otros trastornos psiquiátricos.
- b) P. Daily, quien en 1969, revisó el curso del trastorno en una muestra de ciento cuarenta pacientes, la cual dividió en un grupo obsesivo y otro grupo histérico. Denominó a los grupos "O", "H" y "M"; este último pertenecía a aquellos pacientes que presentaban una etiología mixta y que podían representar una forma secundaria de la anorexia. Las descripciones que efectuó del grupo "O" podrían equipararse a las que hoy se definen como anorexias nerviosas purgativas, mientras que las del grupo "H" a las de la anorexia nerviosa restrictiva.
- c) G. K. Ushakov, quien en 1971, en Moscú, consideró la necesidad de concebir a la anorexia nerviosa como una entidad aislada, la cual debía diferenciarse de otros casos inespecíficos de rechazo al alimento, observables en otros tipos de trastornos psiquiátricos. Se basó en la observación de sesenta y cinco casos. También señaló la relación entre una deficiencia neuroendocrina constitucional y una deficiencia en el proceso de desarrollo de la personalidad.
- d) Mara Selvini Palazzoli, quien en 1963, concluyó que el fenómeno central en la anorexia era la necesidad de ejercer control sobre el cuerpo. Realizó estas observaciones durante el tratamiento de veintiséis

⁸ BRUCH, H., *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*, New York, Basic Books, 1973, p. 222.

pacientes, incluyendo tres varones. Sostuvo que no podía hablarse de que hubiera ausencia de apetito, sino que estos pacientes actuaban como si no tuvieran apetito. Denominó a esta situación “conducta anoréxica” e incluso observó que los pacientes tenían un pronunciado interés por la comida, pero siempre en referencia a otras personas, junto con una determinación absoluta dirigida hacia el propio adelgazamiento.

En este contexto Bruch postuló que se debía diferenciar una forma primaria de anorexia nerviosa, caracterizada por una incesante búsqueda de la delgadez, de aquellas formas atípicas e inespecíficas.

En 1965 se celebra un simposio en Göttingen, organizado por Meyer y Feldman, en el cual se reunieron diversos especialistas tratando de avanzar en la definición y especificidad de la enfermedad. Llegaron básicamente a tres conclusiones:

- a) la anorexia nerviosa estaba relacionada con los trastornos de la pubertad;
- b) se producía como consecuencia de un conflicto corporal, y
- c) tenía una etiopatogenia y una clínica diferentes a los conflictos neuróticos⁹.

El haber llegado a estas conclusiones implicaba un cambio conceptual profundo, dado que, en definitiva, se otorgaba a la anorexia el rango de categoría y no de síntoma, diferenciándose en forma abrupta con las posturas psicoanalíticas. Además, se centraba en el tema de las alteraciones de la conducta alimentaria que se producían en una etapa vital, la pubertad, con el objetivo de mejorar el cuerpo. Es a partir de estas conclusiones que diversos especialistas irían definiendo la categoría, la cual, en 1980, es la que adopta la nueva versión del *Manual* (DSM III) bajo el nombre de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). *“Las conclusiones desplazan de nuevo el eje de las investigaciones, esta vez de los trastornos alimenticios hacia las*

⁹ TURÓN GIL, V., *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Ed. Masson, Barcelona, 1997, p. 8.

*perturbaciones corporales, y pueden ser resumidas de este modo: la anorexia mental tiene una estructura específica. El conflicto esencial se halla a nivel del cuerpo y no a nivel de las funciones alimenticias investidas sexualmente. Expresa una incapacidad por asumir las transformaciones propias de la pubertad*¹⁰. Como vemos, es una postura que pone el foco en el yo y en las funciones, en este caso, la alimentaria.

En 1970, G. F. M. Russell también consideró a la anorexia nerviosa como una entidad diferenciada y la definió como un *temor mórbido por volverse gordo*. A su vez, propuso tres criterios para su diagnóstico:

- 1) Conductas que demuestren una clara pérdida de peso.
- 2) Evidencia de trastornos endocrinos: amenorrea en mujeres y pérdida de la libido en hombres.
- 3) Características psicopatológicas de miedo intenso a engordar, con una alteración de la imagen corporal.

Es este autor quien le dio énfasis a las tendencias más biólogistas de esta época, destacando el papel del hipotálamo en la génesis de la enfermedad¹¹.

En 1972 J. P. Feighner y sus colaboradores configuraron el primer sistema de clasificación categorial basándose en criterios definidos. La anorexia nerviosa fue incluida como una entidad clínica diferenciada e independiente, pero hay que destacar que, según estos investigadores, no podía tener comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico. Esto significaba que si ante un cuadro de anorexia se podía diagnosticar también un trastorno afectivo, neurosis obsesiva, fobia o esquizofrenia, la presencia de cualquiera de estas patologías invalidaba el diagnóstico de anorexia nerviosa¹².

¹⁰ RAIMBAULT, G., ELIACHEFF, C, *Las indomables: figuras de la anorexia*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1991, p. 36.

¹¹ RUSSELL, G.F.M., *Anorexia nerviosa: Its identity as in illness and its treatment*, Modern Trends in Psychological Medicine, Price JH ed., London, Butterworths, 1970, Vol. 2, p. 131-164.

¹² FEIGHNER, JP, ROBINS, E, GUZE, SB y otros, Diagnostic criteria for use in psychiatric research, Archives of General Psychiatry, 1972, Vol. 1, Nº 26, p. 57-63.

En 1974 K. Halmi realiza un estudio de 94 casos reportados como anorexia. Previamente señala que Theander de Suiza, Selvini de Italia, y Dally de Inglaterra han publicado extensas observaciones de pacientes con anorexia nerviosa; también cita a Bruch y a su reporte de cincuenta y un casos de anoréxicas, entre otros. Para realizar su trabajo se basa en las historias clínicas y demográficas de 94 pacientes, que obtuvo de los registros de los Hospitales General y Psicopático de la Universidad de Iowa, cubriendo un período desde 1920 hasta 1972. En ambos nosocomios se habían conservado los registros originales y completos de la parte médica, psiquiátrica y de los servicios sociales, las notas de progreso, estudios de laboratorio, transcripciones de entrevistas, etc.

De la revisión de todo este material, Halmi encontró sesenta y seis casos que reunían el criterio diagnóstico propuesto por Feighner, JP, Robins, E y Guze en 1972¹³:

- a) edad de comienzo: antes de los veinticinco años
- b) anorexia seguida de pérdida de peso de al menos veinticinco por ciento del peso corporal original
- c) una distorsionada e implacable actitud sobre el alimentarse, la comida o el peso que dejaba de lado el hambre, amonestaciones, retos, etc., por ejemplo:
 - c.1) negación de la enfermedad con imposibilidad de reconocer las necesidades nutricionales
 - c.2) aparente disfrute en perder peso y en rechazar el alimento o vivencia de placer por la privación alimentaria.
 - c.3) el deseo de una imagen corporal basada en la delgadez extrema y una evidencia manifiesta del deseo de mantenerse en ese estado
 - c.4) inusual almacenamiento de alimentos

¹³ HALMI, K., Anorexia Nervosa: Demographic and Clinical Features en 94 Cases, American Psychosomatic Society, American Elsevier Publishing Company, Psychosomatic Medicine, Vol. 36, Nº 1, 1974, p. 18-26.

- d) ninguna enfermedad médica que pudiera explicar la anorexia o la pérdida de peso
- e) ningún desorden psiquiátrico conocido, con particular referencia a desordenes afectivos primarios, esquizofrenia, desorden obsesivo compulsivo ni neurosis fóbica (partiendo de la base que aún si pudiera aparecer una fobia o una obsesión, el rechazo al alimento sólo no es suficiente para calificar el cuadro como de obsesivo compulsivo o de fobia)
- f) al menos dos de las siguientes manifestaciones:
 - f.1) amenorrea
 - f.2) lanugo
 - f.3) bradicardia
 - f.4) períodos de sobre-actividad
 - f.5) episodios de bulimia
 - f.6) vómitos (podían ser auto inducidos)

De las veintiocho pacientes restantes, doce diferían en cuanto a la edad de comienzo de la enfermedad, once en la cantidad de pérdida de peso, dos en ambos y cinco en que el porcentaje de pérdida de peso no pudo determinarse fehacientemente. Como no había diferencias significativas, el informe se realizó sobre los noventa y cuatro pacientes, que incluía ochenta y ocho mujeres y seis hombres.

De acuerdo a lo que Halmi pudo colegir de su investigación, de los noventa y cuatro casos, el sesenta y cuatro por ciento correspondía a anorexia nerviosa. Del treinta y seis por ciento restantes, el diagnóstico fue psiconeurosis histérica, psiconeurosis mixta o reacción gastrointestinal psicosofísica.

A su vez, un año antes de este artículo, Bruch había diferenciado la anorexia nerviosa primaria o genuina, cuyo principal problema era la lucha por el control, por un sentido de identidad, competencia y efectividad. La preocupación por la delgadez y el rechazo del alimento serían los últimos pasos de esta anomalía.

La otra forma de anorexia estaba constituida por la anorexia nerviosa atípica, cuyo principal problema giraba en torno a las experiencias negativas con la alimentación en sí, y la pérdida de peso sería una consecuencia de esta situación. Bruch agrega también que en el primer grupo se observa, a diferencia de lo que ocurre en el segundo, una mayor uniformidad de los síntomas, entre los cuales identificó:

- a) una alteración de proporciones delirantes en la imagen corporal y el concepto del cuerpo;
- b) una alteración en la precisión de la percepción o interpretación cognitiva de los estímulos generados en el cuerpo, y entre los más destacables menciona la dificultad para identificar las señales de necesidad nutricional, y
- c) un paralizante sentido de ineffectividad, el cual penetra en todas las actividades y pensamientos de las pacientes anoréxicas¹⁴.

De la misma forma que respecto a la anorexia existían criterios diversos entre los más destacados especialistas en la materia, lo mismo ocurría con otras patologías. Esto llevó a la Sociedad Americana de Psiquiatría a plantearse la necesidad de desarrollar y publicar una nueva edición del Manual, luego de la ya publicada en 1968, DSM II, donde debería realizarse una revisión absoluta y total. Los equipos de trabajo comenzaron su tarea a mediados de la década del setenta, encabezados por Bob Spitzer, y culminaron con la publicación de la nueva versión, DSM-III, en 1980¹⁵.

Siguiendo a Andreasen, los principales objetivos que se propusieron los editores, pueden ser resumidos en los siguientes:

- 1) aumentar la comunicación entre los clínicos
- 2) aportar diagnósticos confiables que pudieran ser útiles en la investigación

¹⁴ BRUCH, H., *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*, New Cork, Basic Books, 1973, p. 251.

¹⁵ ANDREASEN, N.C., *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*, Schizophrenia Bulletin, Vol. 33, Nº 1, 2007, p. 110.

- 3) mejorar la enseñanza: entrenar a los estudiantes de psiquiatría para realizar entrevistas clínicas y diagnósticos diferenciales
- 4) realinear la psiquiatría americana con el resto del mundo y que fuera coherente con la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición.

De esta forma, se establecieron determinados principios e innovaciones para llevar a cabo el trabajo:

- 1) Ser “ateoréticos” acerca de la etiología (porque en la mayoría de los diagnósticos la etiología era desconocida)
- 2) Utilizar un criterio diagnóstico
- 3) Eliminar el término “neurosis”
- 4) Aportar un glosario para definir los términos usados en los criterios
- 5) Realizar una aproximación multiaxial a las clasificaciones, a efectos de incorporar elementos médicos y psicosociales en la evaluación clínica¹⁶

Con relación a los Trastornos de la Conducta alimentaria, la tercera versión del *Manual* centra las líneas terapéuticas y el núcleo de los mismos en el peso, la figura y los pensamientos alterados de los pacientes. Esta versión del *Manual* fue ampliamente aceptada en los Estados Unidos como lenguaje común entre los profesionales de la salud mental e investigadores y posteriormente tuvo una notable repercusión a nivel internacional. También tuvo grandes críticos dentro de las mismas comunidades científicas, como se puede observar en el artículo ya citado de N. C. Andreasen.

En el DSM-III de 1980 la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se incluyen dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria junto a la Pica y a los Trastornos de Rumiación en la Infancia. Todos ellos agrupados dentro de los Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia. Se establecen como síntomas esenciales de la anorexia el miedo intenso a la obesidad, la alteración de la

¹⁶ ANDREASEN, N.C., *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*, Schizophrenia Bulletin, Vol. 33, Nº 1, 2007, p. 111.

imagen corporal y la pérdida significativa de peso, la amenorrea en las mujeres, y la negativa a mantener el peso corporal dentro de límites normales. Además, la alteración no puede ser explicada por ningún trastorno somático conocido. Se sitúa la edad de comienzo en la adolescencia, con predominancia en las mujeres, entre los 12 y los 18 años de edad, margen que se considera de alto riesgo. El peso corporal se constituye en un referente importante para el diagnóstico, ya que se fija en un veinticinco por ciento la pérdida de peso con respecto al peso original, como límite para considerar si una persona se encuentra padeciendo el trastorno.

Criterios Diagnósticos del DSM-III de la anorexia nerviosa¹⁷

- A. Miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que se pierde peso.
- B. Alteración de la imagen corporal (por ejemplo, queja de “sentirse gordo”, incluso en estado de emaciación)
- C. Pérdida de peso de al menos un 25% del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y ver si entre los dos alcanzan ese 25%.
- D. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según la edad y la talla.
- E. Ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

Paralelamente a la aparición del flamante DSM-III, en 1980 David Garner y Paul Garfinkel publican *Factores Socio-Culturales en el desarrollo de la anorexia nerviosa*, donde sostienen que las observaciones realizadas desde las iniciales descripciones de Gull y Lasègue hasta ese momento, con relación a que la anorexia nerviosa aparecía a una edad, en un sexo y en una clase social determinados, sugería que los factores socio-culturales debían ser importantes determinantes de dicho desorden¹⁸.

¹⁷ DSM III, Editorial Masson, Barcelona, 1987, p. 76/77.

¹⁸ GARNER, D.M y GARFINKEL, P., *Socio-cultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa*, Psychological Medicine, Great Britain, 1980, Vol. 10, p. 647-656.

Señalaban también estos autores que los artículos escritos durante esa época implicaban una evidencia de que los casos de anorexia se incrementaban en frecuencia, y que existía un paralelismo entre ese crecimiento y las preferencias estéticas de la cultura en cuanto a la delgadez en las mujeres. Si las variables sociales eran realmente significativas, el incremento del énfasis puesto para que las mujeres parezcan más delgadas y hagan dieta y ejercicios, podía ser vinculado a las expresiones de la anorexia nerviosa.

Sostenían también que uno de los factores que podría desempeñar un rol importante en la creciente incidencia de la anorexia nerviosa se relacionaba con la presión cultural sobre las mujeres para que hicieran dieta y lucieran una figura más delgada. Esto podía ser evaluado como uno de los variados factores predisponentes de la enfermedad, junto con los factores individuales y los familiares. Se trataría de una expectativa cultural reciente y que se dirigía en forma directa a las mujeres y especialmente a las de clases sociales más altas, como si fuera un símbolo de la belleza y el éxito. Mientras que la forma del cuerpo ideal ha variado a lo largo de los tiempos y entre las distintas culturas, parecía que a partir de la década de los sesenta se configuró un ideal de cuerpo femenino mucho más delgado. Estas conclusiones las basaron en la observación de revistas y desfiles de modelos.

Además, realizaron un recuento de los estudios que se llevaron a cabo por diversos investigadores acerca del incremento registrado en la realización de dietas por parte de las mujeres. En 1966 Huenemann concluyó que entre el sesenta y tres y el setenta por ciento de las jóvenes que cursaban la educación superior se encontraban insatisfechas con sus cuerpos y querían adelgazar; en contraposición, los hombres querían aumentar de peso. Era precisamente durante la educación superior que el sentimiento de “sentirse gorda” aumentaba y una de cada cinco estaba tratando de hacer dieta. En 1977 Jakobovits y sus colaboradores elaboraron un informe en el cual registraron que el once por ciento de mujeres realizando estudios superiores estaba

realizando dieta y que más del setenta y cinco por ciento se encontraba tratando de limitar su ingesta alimenticia.

Otra de las observaciones que realizaron fue que durante los veinte años previos a 1980 se había ido acrecentando la oferta de artículos relacionados con las dietas, específicamente dirigidos a las mujeres y particularmente a las de clases más altas, a través de diversos medios de comunicación.

Otro de los aspectos importantes que planteaban los autores de este artículo era que la anorexia nerviosa podía ser vista como un desorden multideterminado por lo individual, lo familiar y posiblemente por los factores culturales.

El estudio cuantitativo llevado a cabo se realizó en una muestra de bailarinas y modelos, y concluyeron en que la anorexia nerviosa era un desorden más común en este tipo de jóvenes que en otros grupos de similar edad y clase social. Esto los llevó a plantearse la hipótesis de que los individuos que debían focalizar su atención en la delgadez de su figura se encontraban en riesgo de presentar anorexia nerviosa. A esto también sumaron el factor relacionado con la presión para lograr el éxito profesional, que también se evidenciaba mucho en el ambiente de las bailarinas¹⁹.

En lo que respecta a la mayor incidencia de las presiones culturales dirigidas a las mujeres, citaban a Selvini y a su teoría respecto a que los nuevos, y a veces contradictorios, roles sociales que se le adjudicaban a la mujer eran factores potenciales para desarrollar anorexia nerviosa. Selvini opinaba que la mujer debía sostener la demanda de ser atractiva y simultáneamente aceptar las crecientes exigencias profesionales y también lograr ser exitosa. También citaban las teorías de Hilde Bruch, con relación a la batalla que generaba vivir buscando la perfección o estándares irreales que eran característicos de las personas con anorexia nerviosa, lo cual también podía ser un determinante del

¹⁹ GARNER, D.M y GARFINKEL, P., *Socio-cultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa*, Psychological Medicine, Great Britain, 1980, Vol. 10, p. 652.

desorden. La relación entre las presiones por el éxito y la anorexia nerviosa, sosténian, se encontraba indirectamente sustentada por la investigación que llevaron a cabo en 1980. Aquellas bailarinas que más intensamente competían experimentaban más síntomas anoréxicos que aquellas que seguían rutinas más relajadas. Sin embargo, aquellas jóvenes que también recibían presiones para lograr el éxito, pero pertenecientes a un conservatorio musical, no desarrollaban los mismos síntomas. Por lo tanto, un ambiente competitivo sólo no generaba mayores pronósticos de anorexia nerviosa. Estos hallazgos favorecerían la hipótesis que la presión por verse más delgadas cuando se sumaba a las expectativas de mayores logros era el “ideal social” promedio para la expresión de la anorexia nerviosa en adolescentes vulnerables. Sin embargo, los resultados no eran aún concluyentes en función de que en la muestra relacionada con las jóvenes del conservatorio musical las mismas eran menores y el grupo era más pequeño y, además, las variables relacionadas con las expectativas de éxito no fueron valoradas en forma directa.

También indicaban que no resultaba claro qué era lo que realmente encabezaba la expresión de la anorexia nerviosa en algunos casos pero no en otros, así como qué factores diferenciaban los casos graves de los síntomas comunes de anorexia. Sin perjuicio que se mencionaba que la presión para asumir una figura delgada podía ser un factor saliente en el desarrollo de algunos casos de anorexia nerviosa, el volumen de evidencias sugería que el desorden era multideterminado. También se podía hipotetizar, decían los autores, que mucha gente tenía los antecedentes individuales, familiares o culturales, pero que se éstos se volvían patogénicos en un contexto de factores estresantes que se iniciaba con la dieta, la pérdida de peso y el propósito de adelgazar. Estos “precipitadores” o factores estresantes, tales como separaciones personales o pérdidas, conflictos sexuales, aumento de demandas de éxito, o el distress producto de los cambios corporales de la pubertad habían sido identificados en algunos casos, pero el inicio podía haber estallado por un evento aparentemente inocuo o algún comentario del tipo “idea

fija” relacionados con que la pérdida de peso disminuía los sentimientos relacionados con la inadecuación o la falta de efectividad.

En suma, en este artículo, los autores intentaron utilizar el factor del temor a la obesidad, o la idea relacionada con la delgadez como sinónimo de éxito, no como un criterio diagnóstico sino como una forma de explicar la etiología de la enfermedad desde una postura cognitiva y comportamental.

El Congreso de Toronto de 1981 definió las perspectivas biopsicosociales a partir de las cuales se llevaron a cabo las investigaciones hasta la actualidad. Durante esta época ya se hablaba del importante aumento de casos de anorexia, situación que Bruch llegó a calificar como una verdadera epidemia, y se buscaba un consenso para describir un “*determinismo complejo*”: *los factores de orden genético, biológico, endocrino, los efectos secundarios de la privación de alimento así como los factores socioculturales, son reunidos en esta perspectiva biopsicosocial que se autodefine como integrativa*²⁰.

La anorexia ya no era el resultado de una única patogénesis, sino que era el resultado final de un grupo de fuerzas en interacción, también llamadas factores predisponentes, de orden individual y familiar, así como también de elementos desencadenantes y perpetuantes.

Algunos investigadores continuaron su búsqueda de factores biológicos como causantes del trastorno, pese a los criterios del *Manual*. Así, C. Gillberg, en 1983, comunicaba dos casos de anorexia, diagnosticados conforme los criterios del DSM-III donde había descubierto bajos niveles de dopamina y serotonina, concretamente definidos como los más bajos que haya detectado. Las dos pacientes, de catorce y dieciséis años se encontraban completamente emaciadas al ingresar al hospital; eran hiperactivas, obsesivas y muy obedientes, pero se negaban sistemáticamente a alimentarse. Ninguna

²⁰ RAIMBAULT, G., ELIACHEFF, C, *Las indomables: figuras de la anorexia*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1991, p. 42.

superaba los treinta y ocho kilogramos. Fueron tratadas con terapia familiar y se recuperaron aproximadamente en un año²¹.

También en 1983 se publicó un estudio de R. Gerner y J. Wilkins donde se había estudiado la presencia de cortisol en treinta pacientes depresivos, diez maníacos, veintiún anoréxicas y veintidós pacientes normales como grupo de control. Los resultados indicaron mayores niveles de cortisol en los tres grupos de pacientes que en el grupo de control. Los autores recomendaron profundizar las investigaciones sobre los mecanismos hipotalámicos asociados con la regulación y secreción del cortisol²².

En 1986, Kutti y Kutti sostuvieron que existía evidencia sobre la asociación entre el desarrollo de anorexia nerviosa y desordenes en el metabolismo del zinc, y describen como la administración oral de este mineral ayudó a los pacientes a ganar peso. Manifestaron su convencimiento de que una suplementación con zinc debía administrarse a todo paciente con anorexia nerviosa, especialmente en virtud de que este tipo de terapia no causaba ninguna contraindicación e incitaban a sus colegas a implementar este tipo de tratamiento para poder realizar una mejor evaluación a futuro²³.

En 1987 se editó la primera revisión del *Manual*, con el nombre DSM-III-Revisado, en el cual se produce un cambio en los criterios diagnósticos. A partir de esta revisión, los Trastornos de la Conducta Alimentaria pasan a caracterizarse por ser “grandes alteraciones”, y la sintomatología esencial de la anorexia nerviosa consiste en el “*rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla*”²⁴, pero sin que se especifiquen los mismos. Podemos observar al menos dos modificaciones trascendentales:

²¹ GILLBERG, C., *Letters to the editor*, American Journal of Psychiatry, 1983, Vol. 140, Nº 7, p. 948-949.

²² GERNER, R, WILKINS, J, *CSF cortisol in patients with depression, mania, or anorexia nervosa and in normal subjects*, American Journal of Psychiatry, 1983; Vol. 140, p. 92-94.

²³ KUTTI, S y KUTTI, J, *Zinc Therapy in Anorexia Nervosa*, Letters to the Editor, American Journal of Psychiatry, Vol. 143, Nº 8, 1986, p. 1059.

²⁴ Traducción del DSM-III-R, , American Psychiatric Association, Washington DC.

- a) se refuerza la idea de voluntad del individuo, el cual ya no presenta miedo a engordar, sino un rechazo contundente a mantener el peso óptimo, lo que implica que el sujeto anoréxico se trataría de una persona con una gran fuerza de voluntad;
- b) se varía el porcentaje de peso por debajo del cual puede diagnosticarse la anorexia, que pasa de ser menos del 25% del peso corporal a 15%.

Criterios Diagnósticos del DSM-III-R de la anorexia nerviosa

- A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal un 15% por debajo del peso teórico.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; por ejemplo, la persona se queja de que "se encuentra obesa" aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso estando por debajo del peso normal.
- D. En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos.)

En 1994 vuelve a producirse otra revisión y modificación de criterios diagnósticos del *Manual*: aparece el DSM IV. En esta versión, los Trastornos de la Conducta Alimentaria aparecieron a través de dos categorías diagnósticas relacionadas con los trastornos alimentarios: los Trastornos de la Ingestión Alimentaria de la Infancia o de la Niñez, que se encuentran incluidos en los Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia (con aparición anterior a los seis años), y por otro lado, los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En el año 2002 se editó la nueva edición del Manual, el DSM-IV-TR, pero no hubo cambios en cuanto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. A continuación destacaremos los principales puntos de interés con relación a la descripción de la anorexia nerviosa.

En cuanto a las características diagnósticas, se definieron como esenciales el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, el miedo intenso a ganar peso, una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuero y la presencia de amenorrea en las mujeres afectadas por el trastorno.

Criterio A: La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras la persona crece en altura). Este criterio proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Además, para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. Esta disminución puede comenzar excluyendo los alimentos de alto contenido calórico, pero luego la ingesta se va limitando a pocos alimentos. También puede recurrirse a otras formas de pérdida de peso, como los purgantes, los laxantes, los diuréticos, los vómitos provocados y el ejercicio excesivo.

Criterio B: Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece

aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Criterio C: Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales. Algunas personas se ven obesas aunque estén delgadas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado “gordas”. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas niegan que su delgadez pueda tener implicaciones clínicas graves.

Criterio D: En niñas que ya hayan tenido la primera menstruación, la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso per se. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la

niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

También se realiza una clasificación de la anorexia nerviosa en dos subtipos, conforme si hay o no presencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa. Así, se describe un tipo “restrictivo” en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. En cambio, el tipo “compulsivo o purgativo” corresponde a aquellos en los cuales el paciente recurre regularmente a purgas, vómitos, uso de diuréticos, laxantes, enemas, etc., con o sin presencia de atracones.

En cuanto a los síntomas y trastornos asociados, pueden presentarse alteraciones en aquellas personas que han sufrido una considerable pérdida de peso, con síntomas del tipo del estado de ánimo deprimido, retramiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. Como estas características se observan también en las personas sin anorexia nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de la semi-inanición. Por eso es necesario reevaluar los síntomas propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado peso (parcial o totalmente).

También se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, no necesariamente vinculados a la comida. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o

el peso, se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente.

Respecto a los análisis de laboratorio, puede haber pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa sin indicadores anormales en sus análisis de laboratorio. Sin embargo, en los casos en que el paciente ha llegado a un estado de semi-inanición, pueden encontrarse afectados la mayoría de sus órganos y surgir una gran variedad de alteraciones. Lo mismo ocurre en aquellos casos en que se recurre al vómito o uso de laxantes y diuréticos en forma excesiva.

Es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia.

La deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre. Existe muy a menudo hipercolesterolemia; las pruebas de la función hepática están aumentadas. Ocasionalmente se ha detectado hipomagnesemia, hipocincemia, hipofósfatemia e hiperamilasemia. Los vómitos autoinducidos pueden producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado), hipocloremia e hipopotasemia, y el abuso de laxantes, acidosis metabólica. Los niveles séricos de tiroxina (T₄) suelen estar en el límite normal bajo y los de triyodotironina (T₃) disminuidos. Habitualmente se observan también hiperadrenocortisolismo y respuestas anormales a diferentes pruebas endocrinas.

Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógenos y los varones niveles asimismo bajos de testosterona. Se produce una regresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en ambos sexos.

La realización de la prueba de electrocardiograma puede indicar la existencia de bradicardia sinusal y, raras veces, arritmias.

La prueba de electroencefalograma puede detectar anomalías difusas (que reflejan una encefalopatía metabólica) como consecuencia de alteraciones significativas de líquidos y electrólitos.

En los estudios cerebrales por técnicas de imagen frecuentemente se observa un aumento del cociente ventrículo/cerebro relacionado con la desnutrición.

Con relación a los hallazgos que pueden efectuarse en la exploración física del paciente y enfermedades médicas asociadas, se asegura en el *Manual* que muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición. Además de amenorrea, puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un vello fino, en el tronco. La mayoría de los individuos tienen bradicardia. Algunos muestran edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o al dejar de tomar laxantes y diuréticos). Excepcionalmente, se observan petequias, en general en las extremidades, indicadoras de diátesis hemorrágica. En algunas personas el color de la piel es amarillento (asociado a hipercarotinemia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito.

El estado de semi-inanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades médicas asociadas, como son anemia normocítica normocroma, función renal alterada (asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol).

Respecto a los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, en el *Manual* se ha llegado a la conclusión que este trastorno parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Por ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos.

La anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90 % de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres.

Según el *Manual*, los estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0,5-1 % para

los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo (p. ej., trastorno de la conducta alimentaria no especificado). Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar. El curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída mientras que otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.

Respecto a la terapéutica, el *Manual* no duda en indicar la internación del paciente para establecer su peso y el equilibrio hidroelectrolítico. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10 %. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

Respecto al patrón familiar, sostiene que existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los parientes de primer grado. Se ha observado asimismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos del tipo compulsivo/purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos han revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos.

A fin de poder realizar un diagnóstico diferencial, es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). Debe descartarse entonces en enfermedades médicas de tipo digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Resulta fundamental en estos casos tener en cuenta que en este tipo de enfermedades puede producirse una pérdida de peso importante, pero este tipo de pacientes generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más.

También debe distinguirse del síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos pospandriales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico), aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan anorexia nerviosa, debido a su emaciación.

En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa).

Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público (al igual que en la fobia social); pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario (como en el trastorno dismórfico). Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionadas con

la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a hablar en público), es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento (p. ej., miedo excesivo a contaminarse), y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales (p. ej., preocupación por tener una nariz demasiado grande).

Respecto a la forma de establecer el diagnóstico diferencial con relación a la bulimia nerviosa, según el *Manual*, los individuos con bulimia presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos), y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Con relación a los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), los mismos difieren en diversos aspectos.

En la CIE-10 la anorexia se ubica dentro del capítulo de los síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos en la categoría de desórdenes mentales y comportamentales. La descripción del cuadro es la siguiente:

“Es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional, inducida y mantenida por el paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes, al igual que a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica, en la cual se mantiene como idea recurrente y sobrevalorada un temor a la obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal, por la cual el paciente se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre los síntomas se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el

vómito y las purgas inducidas, y el uso de anorexigenos y de diuréticos.
Excluye: pérdida del apetito (R63.0), pérdida del apetito de origen psicógeno (F50.8)“²⁵

El Manual señala que la CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de «comidas grasas» y, en el varón, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Sin embargo, no hemos encontrado en la última versión actualizada de la CIE ni la referencia a las comidas grasas ni la referencia a la pérdida del interés y la potencia sexual en los varones, ni en la versión en castellano, ni en la versión en inglés²⁶.

Finalizando, los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa han quedado puntuados de la siguiente forma:

F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

- A. 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).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia

²⁵ CIE-10, *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima revisión, Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, Bs As, acceso on line: <http://www.biblioteca.anm.edu.ar/cie5.htm>, fecha de acceso: 28-04-07

²⁶ “**Anorexia nervosa** A disorder characterized by deliberate weight loss, induced and sustained by the patient. It occurs most commonly in adolescent girls and young women, but adolescent boys and young men may also be affected, as may children approaching puberty and older women up to the menopause. The disorder is associated with a specific psychopathology whereby a dread of fatness and flabbiness of body contour persists as an intrusive overvalued idea, and the patients impose a low weight threshold on themselves. There is usually undernutrition of varying severity with secondary endocrine and metabolic changes and disturbances of bodily function. The symptoms include restricted dietary choice, excessive exercise, induced vomiting and purgation, and use of appetite suppressants and diuretics.

Excludes: loss of appetite ([R63.0](#))

· psychogenic ([F50.8](#)), versión oficial actualizada, de la Organización Mundial de la Salud, acceso on line: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, fecha de acceso: 27-04-07

en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Tipo restrictivo

durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo 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 anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)²⁷

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

2. Las últimas investigaciones

Tal como sostienen los autores que se han citado a lo largo del presente trabajo y en la forma en que es delimitada por el Manual, la anorexia es un trastorno que se presenta principalmente en mujeres jóvenes y adolescentes, preferentemente en las de clase alta, en función del modelo contemporáneo de belleza occidental basado en la delgadez del cuerpo.

Este argumento viene siendo cuestionado desde diversos ámbitos. Nos referiremos a un trabajo realizado en una población de estudiantes de escuela secundaria de Ghana, por Dinah Bennett, Michael Sharpe, Chris Freeman y Alan Carson²⁸, publicado en el 2004, por considerarlo un buen representante de la tarea que se encuentran desarrollando diversos investigadores a lo largo del planeta.

²⁷ Traducción del DSM-IV-TM, Eating Disorders, Anorexia, published by the American Psychiatric Association, Washington DC, 1994, p. 539/545.

²⁸ BENNETT, D., SHARPE, M., FREEMAN, C., CARSON, A., *Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana*, British Journal of Psychiatry, 2004, Vol. 185, p. 312-317.

Este grupo de investigadores se planteo determinar si la anorexia nerviosa existía en culturas donde la presión por la delgadez es menos penetrante que en la cultura occidental. Para determinar si existían casos de este trastorno en estudiantes secundarias, llevaron a cabo la investigación en dos escuelas en la región noreste de la República de Ghana, país que pertenece al continente africano.

El método que utilizaron fue el siguiente: calcularon el índice de masa corporal de los estudiantes luego de realizar sus pesajes y mediciones. A aquellos con un índice inferior a 19 se les realizó una evaluación clínica que incluía el estado mental, el examen físico y la administración del Test de Actitudes Alimentarias y el Test de Investigación Bulímica, versión Edinburgh. Además, el análisis del estado mental de las jóvenes incluyó un detallado examen cognitivo, de sus creencias y sus comportamientos relacionados con la ingesta de alimentos.

Cada participante nombraba a un mejor amigo para formar el grupo de control, y a las jóvenes que formaron el grupo de control se les practicó el mismo tipo de evaluación clínica.

Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: Las escuelas tenían un total de 668 chicas, con una edad promedio de dieciocho años. Todas aceptaron participar, a excepción de una, a quien solamente se le pudo determinar el índice de masa corporal, el cual era de diecisiete punto cinco. El índice de masa corporal promedio era de veintiuno punto uno. De las seiscientos sesenta y ocho jóvenes, cien (quince por ciento) tenían un índice igual o menor a diecinueve, y de este grupo, unas veintinueve (cuatro punto tres por ciento) tenían un índice menor a diecisiete punto cinco. En diecinueve de estos veintinueve casos, una enfermedad física, especialmente la malaria, podía ser la explicación parcial del bajo peso. Sin embargo, en diez de los veintinueve casos, aún después de realizar un examen clínico detallado, un ayuno mórbido y auto-provocado era lo único que se detectaba como causa del peso tan bajo.

De los diez mencionados, todos atribuyeron sus restricciones alimentarias al ayuno religioso. Expresaron actitudes similares al “tipo anoréxico”: autocontrol, placer en sentir hambre, negación del apetito, auto-castigo y motivaciones religiosas para explicar el ayuno. Estas jóvenes describían un sentido de control y ganancia producto de la inanición a la que se sometían. Ninguna de ellas, en cambio, se refirió a deseos de verse más delgada o exhibió un temor mórbido a engordar. Tampoco se detectó que en ninguna de ellas se hubiera suspendido su ciclo menstrual (amenorrea).

Durante las entrevistas, el ayuno religioso fue mencionado normalmente y parecía ser una actividad benigna y aceptada culturalmente. Las escuelas desanimaban los ayunos. Las alumnas que presentaban ayunos identificaron sus religiones como cristianas o islámicas. Las iglesias cristianas incluían la Católica, Pentecostal y un determinado número de iglesias Evangélicas.

También describieron dos casos relevantes. En el primero, la estudiante sostuvo que solamente comía una pequeña cantidad de alimento y permanecía en ayuno el resto del día, tres o cuatro veces a la semana. Creía que haciendo este ayuno podría expiar sus pecados y que Dios la ayudaría en sus estudios. Tenía dieciséis años y un índice de diecisiete punto cuarenta y cinco.

En el segundo, la estudiante sostuvo que frecuentemente se sentía presionada para que comiera, ya que la gente creía que era muy delgada. Demostró un auto-control muy elevado. Restringía su ingesta durante doce horas diarias, una vez por semana cada mes. Dijo que le gustaba castigar su cuerpo y que la restricción de alimento le permitía concentrarse mejor en sus plegarias. No evidenció síntomas de depresión, pero si de sentirse presionada por su padre para desempeñarse bien en el colegio. Tenía diecinueve años y un índice de diecisiete punto veintiuno.

Las conclusiones a las que llegaron sugieren que la anorexia nerviosa podría adquirir diferentes formas en culturas diferentes. Proponen que no debería uniformarse la anorexia bajo el patrón occidental, ya que la patología podría estar relacionada con otros factores culturales. La auto-inanición mórbida podría ser la principal característica de la anorexia, pero las conductas y causas del ayuno variar entre las distintas culturas.

Otra investigación recientemente publicada es la que realizaron Secondo Fassino, Andrea Pieró, Carga Gramaglia, Giovanni Abbate Daga, Marina Gandione y Giovanni Giacomo Robera, de la Universidad de Turín, publicada en el año 2006²⁹.

El objetivo de la investigación se centró en establecer una correlación entre el ascetismo religioso y el temperamento agresivo, gran nivel de control sobre la agresividad, perfeccionismo, miedos y número de episodios de vómito a la semana. Los resultados sugirieron a los investigadores que la autodisciplina e hipercontrol de las pacientes anoréxicas se encuentra relacionados con temperamentos propensos a los sentimientos agresivos en individuos que sienten miedo a volverse adultos y con características de perfeccionismo patológico.

Analizaron un total de ciento cincuenta pacientes dadas de alta del Centro de Desórdenes Alimentarios de la Universidad de Turín, entre enero del 2000 a diciembre del 2003. Todas eran mujeres que presentaban el tipo restrictivo, conforme el criterio del DSM-IV.

Algunas de las sugerencias que dejaron planteadas los autores es que se necesitan más estudios que involucren poblaciones multi-étnicas en diferentes países para poder evaluar mejor los aspectos transculturales de la anorexia.

²⁹ FASSINO, S. y otros, Clinical, Psychological, and Personality Correlatos of Asceticism in Anorexia Nervosa: From Saint Anorexia to Pathologic Perfectionism, Transcultural Psychiatry, 2006, Vol. 43, Nº 4, p. 600-614. Este artículo puede ser consultado a través de <http://www.sagepublications.com>, fecha de último acceso: 09-03-07

En sus conclusiones plantean que el ascetismo parece estar basado en formas específicas de pensamientos y comportamientos que debe ser el objetivo de aproximaciones terapéuticas que se dirijan a hacer decrecer el ritualismo, auto-disciplina e hipercontrol de las pacientes. Parte del ascetismo puede estar relacionado con los miedos que involucran la adultez y la maduración y con la expresión de sentimientos hostiles; otros pacientes podrían beneficiarse con intervenciones focalizadas en el perfeccionismo, el cual parece independiente de los déficits personales, pero parece ser mayoritariamente un producto de la influencia del medio y del entorno.

También se ha planteado la necesidad de continuar con los estudios relacionados con el análisis del fenotipo, las cuestiones genéticas y la neurobiología que involucran los trastornos alimentarios³⁰.

3. Conclusiones

Durante el siglo XX se llegó a la implementación de una nosología de uso prácticamente internacional a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM).

En el mismo se definen criterios diagnósticos que permita identificar qué se considera hoy en día un trastorno de anorexia nerviosa. Esto facilita, a nivel mundial, la comunicación entre los miembros de la comunidad científica, ya que para arribar a un diagnóstico deben cumplirse todos los criterios que impone el *Manual*, más allá del consenso o disenso que expresen los distintos actores de la misma con relación a la procedencia o no de la inclusión de dichos criterios.

Respecto a la etiología del trastorno, en cambio, hay diversidad de opiniones, pero, en definitiva, debemos concluir que, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo a través de las investigaciones, no ha sido posible establecer fehacientemente que el origen de la enfermedad sea exclusivamente orgánico,

³⁰ Véase, por ejemplo, el artículo de COLLIER, D. y TREASURE, J, *The aetiology of eating disorders*, British Journal of Psychiatry, 2004, Vol. 185, p. 363-365.

ni exclusivamente psicológico, ni exclusivamente social. Hemos visto que varios autores plantean que el surgimiento del trastorno es multideterminado por varios factores, y que incluso depende de una determinada personalidad y de factores desencadenantes, como sostienen, por ejemplo, Garner y Garfinkel.

También hemos podido determinar que la preocupación por la obesidad y el miedo a engordar han sido definidas, a partir del siglo XX, como criterios diagnósticos para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, debido a lo cual, sin la presencia de este criterio, no podemos hablar de anorexia nerviosa.

Con lo expuesto en los capítulos II, III, IV y el presente creemos cumplidos los tres objetivos planteados al iniciar la presente investigación. El capítulo siguiente lo dedicamos a la discusión, a través de la cual intentamos responder la pregunta que dio origen a este trabajo: ¿se trata la anorexia de una patología nueva y característica de la posmodernidad?