

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/16



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ANOREXIA NERVIOSA:
DEL MISTICISMO AL CULTO
DEL CUERPO**

Autor/a: María García Sánchez.

Tutor/a: Rosa M^a Hernández Cifuentes.

1. RESUMEN.

Revisión bibliográfica sobre la Anorexia Nerviosa y su evolución histórica en el mundo. Explicando las diferentes concepciones que se ha tenido de la enfermedad, hasta llegar a la actual.

El trabajo irá desde el siglo XIV, donde se encuentran los primeros textos que pueden hacer mención a una posible anorexia, hasta la actualidad. Centrándose especialmente en el siglo XIX y siglo XX, donde la anorexia sufre su mayor desarrollo respecto a estudios y empieza a ser considerado un verdadero problema en la sociedad.

Los principales investigadores de la anorexia serán también explicados en el trabajo, así como las justificaciones de sus investigaciones que ayudaron al entendimiento de esta enfermedad, que es actualmente considerada la enfermedad psiquiátrica con mayor prevalencia en la adolescencia.

Se hablará de la actual concepción de la anorexia y los tratamientos que están mostrándose más efectivos. También se incluirá la situación actual de la anorexia nerviosa en España.

Palabras Claves: Anorexia Nerviosa, Enfermedad, Evolución Histórica, Sociedad.

2. SUMMARY.

Literature review about Anorexia Nervosa, and its historical evolution around the world. Explaining the different conceptions that this illness has had to this day.

The review will run from the XIV century, where there are the first texts that can mention a possible anorexia, until the present day. Focusing, particularly, on the XIX and XX centuries, where anorexia experiences its furthest developments in relation to the investigations conducted, and it starts to be considered a real problem in society.

The principal investigators of anorexia will also be explained in this research work. As well as the justifications of their studies which helped in the understanding of this disease, that it is currently considered the psychiatric disorder with the highest incidence during adolescence.

The current conception of the anorexia and the therapies which are proving to be the most effective will be discussed. In addition, it will include the present situation of the anorexia nervosa in Spain.

Keywords: Anorexia Nervosa, Disease, Historical Evolution, Society.

ÍNDICE.

1. RESUMEN.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	2
4. OBJETIVOS.....	3
OBJETIVOS GENERALES.....	3
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	3
5. METODOLOGÍA.....	4
6. DESARROLLO DEL TEMA.....	5
PRIMER CASO DE ANOREXIA.....	5
HOLY ANOREXIA.....	6
ANOREXIA HISTÉRICA Y ANOREXIA NERVIOSA.....	7
ANOREXIA EN EL S.XX.....	10
ANOREXIA EN EL SIGLO XXI.....	12
TRATAMIENTO.....	14
ESPAÑA.....	16
7. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA.....	17
8. CONCLUSIONES.....	18
9. BIBLIOGRAFÍA.....	19
10. ANEXOS.....	22

3. INTRODUCCIÓN.

El trabajo presentado a continuación es una revisión bibliográfica sobre la anorexia y como ha ido cambiando su concepción a lo largo del tiempo, intentando, de esta forma, dar una clara evolución de la enfermedad.

Siendo la anorexia un trastorno del comportamiento alimentario, caracterizado por la pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), que se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, con una sintomatología variada y compleja. Es una de las patologías psiquiátricas que más se han incrementado en los últimos años en España, y en el resto de los países del mundo occidental, ya que del 0,2% al 0,8% de la población general la sufre. Siendo, especialmente significativo, su aumento en adolescentes, mayoritariamente del sexo femenino, con un porcentaje de entre el 1% y el 2% a nivel del mundo desarrollado ⁽¹⁾⁽²⁾.

Sin embargo, aunque pueda parecer una enfermedad del mundo moderno, la anorexia aparece ya en textos que datan del siglo XIV, en plena Edad Media. Este trastorno psiquiátrico ha sido una constante en la historia del mundo, aunque ha sufrido modificaciones, habiendo controversias, que han llegado hasta nuestros días, sobre sus posibles etiologías. De este modo la anorexia ha sido vista como fervor religioso, como obra milagrosa, como trastorno psiquiátrico, como enfermedad o como simple apatía al comer.

Del mismo modo que ha evolucionado el término de la enfermedad, lo han hecho las investigaciones sobre la misma. Variando las posibles causas, de biológicas a factores sociales, pasando, de un segundo plano la sociedad y la familia, a ser el posible factor principal.

4. OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES.

- Determinar aquellos factores que más determinan la evolución de la patología de la anorexia.
- Valorar la influencia de la sociedad y la familia en la anorexia nerviosa actual.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

- Describir la evolución del concepto de Anorexia a lo largo de la historia.

5. METODOLOGÍA.

Revisión bibliográfica realizada de acuerdo a las normas de la guía docente del TFG de la Universidad de Valladolid. Obteniendo la información de la búsqueda en libros científicos, una entrevista, artículos científicos de internet, encontrados en bases de datos como PubMed, BUVA, Google académico, MEDLINE o CUIDEN, sobre las investigaciones clínicas realizadas sobre la anorexia, estudios epidemiológicos, factores de riesgos de la anorexia, y teorías anteriores a este siglo sobre la anorexia.

6. DESARROLLO DEL TEMA.

PRIMER CASO DE ANOREXIA

La alimentación es una de las funciones básicas que realizan todos los seres vivos para su supervivencia, el ser humano, por tanto, no es una excepción de esta regla. La función de alimentación requiere, obligatoriamente, la introducción de nutrientes en el cuerpo, siendo la forma más común de hacerlo, entre los animales, mediante la ingesta oral de alimentos.

Sin embargo, esta actividad, el comer, que los seres humanos realizan desde el nacimiento, y que se ven obligados a realizarla miles de veces a lo largo de su vida, no consiste sólo en una simple nutrición, sino que nos alimentamos. Cocinamos nuestros alimentos, comemos en contacto con otras personas, socializamos el comer. De hecho, muchas de nuestras celebraciones se concretan en comidas compartidas, como las cenas de empresa, cenas de compañeros, banquetes de boda... Esto le confiere a la nutrición humana varios significados sociales. Pero, ya que se los confiere a la nutrición, también se los confiere a la no nutrición. Tanto es así que, actualmente, no se encuentran sociedades ni culturas en las que no existan prohibiciones colectivas respecto a la alimentación. Por ejemplo, en el judaísmo el marisco o el cerdo son alimentos prohibidos, la religión musulmana, del mismo modo, prohíbe el alcohol y la carne de cerdo; o el hinduismo, que no permite la carne de buey ni el queso. El cristianismo presenta épocas de ayuno durante la cuaresma, donde no está permitido el consumo de carne, además, presenta la “gula” como un pecado capital que denota perversión y pecado⁽³⁾.

De este modo no es de extrañar que el primer ejemplo, del que se tiene constancia de anorexia fuese de una joven religiosa. Catherine Benincasa, sienesa, nacida en el seno de una familia acomodada durante el S.XIV, dedicó toda su vida a la religión, chocando con los intereses que sus padres habían puesto en ella. Esto provocó un aislamiento extremo que le llevo a una alimentación mínima, “*subsistiendo con agua, vegetales crudos y pan a la edad de 16 años*”. A la edad de 25 no comía nada, sólo ingería agua, según los escritos de su confesor, Raymond de Capua, quien creó en torno a ella una leyenda después de su muerte, defendiendo la fe como causa de su supervivencia durante sus últimos años, desmintiendo los mitos que decían que había sido poseída por

el demonio, y buscando la posible canonización de Catherine. Su muerte sobrevino en el año 1380, cuando tras una reflexión religiosa decidió no beber más agua. *“Tres meses después sobrevino su muerte, tras un estado de convulsiones y posiblemente delirios”*⁽⁴⁾.

HOLY ANOREXIA.

Esta recopilación sobre la vida de Catherine, es recogida en el libro del profesor de historia en la Rutgers University, Rudolph M. Bell, quién también cita numerosas cartas de mujeres y actas de canonización de 261 mujeres, todas ellas religiosas, y con especial prevalencia en Italia y Países Bajos, que en su opinión pudieron sufrir “Holy Anorexia”. Bell, aunque no es el primero que menciona la “Holy Anorexia” o anorexia santa, si es el primero que junta tantos posibles casos, y lo compara con la anorexia nerviosa actual. Por otro lado, un gran número de expertos criticaron esa posición, señalando el contexto histórico como factor clave en el desarrollo del trastorno, haciendo hincapié en la importancia de la religión en la sociedad. Las características de este trastorno “santo” son un rechazo al comer, que podía incluir vómitos y purgas, acompañado de una significativa pérdida de peso, desaparición de la menstruación, un elevado interés en cocinar para otras personas, y, en los casos más extremos, muerte por inanición, mostrándose ya en este trastorno síntomas que coinciden con la anorexia nerviosa⁽⁵⁾.

Esta apatía a comer fue vista como una obra divina hasta el siglo XVII. A partir del desarrollo de la medicina y de la ciencia, y la reforma protestante, que minó el poder de la iglesia católica, el concepto que se tenía de estas jóvenes fue modificándose lentamente. De esta forma, a estas mujeres se les dejó de llamar “doncellas milagrosas”, y pasaron a ser conocidas como “jóvenes ayunadoras”. Estas jóvenes ayunadoras eran chicas que proclamaban ser capaces de sobrevivir sin alimentos, siendo estudiadas por los médicos del momento, que buscaban alguna conclusión lógica sobre su supervivencia. Casi todos llegaron a las mismas conclusiones. La primera fue que este ayuno total era una farsa, sí que se alimentaban. La segunda fue sobre la pérdida de peso exagerada que tenían en común todos los casos observados. Lo explicaron como un síntoma de otra enfermedad. El tratamiento para esta ausencia de alimentación, dependía, por tanto, de la enfermedad que lo causaba. De este modo, si la causa del adelgazamiento era una posesión demoniaca, el tratamiento a seguir sería un exorcismo. Del mismo modo, si la joven se realizaba purgas vomitivas después de comer, se le

diagnosticaba una dificultad en la digestión, siendo la solución la ingesta de hierbas, que se creían ser protectoras, antes de las comidas ⁽⁶⁾.

Esta concepción de la anorexia, ya indica un entendimiento de ella como algo humano, alejado de milagros u obras divinas. Aunque lo observan como un síntoma, producido por otro tipo de enfermedad, y no como una enfermedad en sí misma.

ANOREXIA HISTÉRICA Y ANOREXIA NERVIOSA.

En el siglo XVII la concepción de la anorexia cambia, cuando un médico británico, Richard Morton, describe un cuadro de anorexia completo, tras la observación de dos de sus pacientes, explicándolo como una enfermedad en la que son las propias enfermas quienes se restringen la comida de forma voluntaria. Establece, entre los posibles problemas causantes, “*una tristeza y preocupaciones ansiosas*”. A esta enfermedad le dio el nombre de “Nervous Consumption” (que podría ser traducido al español como consumo nervioso). Indica, también, algunas pautas de un posible tratamiento, como la importancia de una dieta adecuada, separar al sujeto de ambientes nocivos, como ciudades, aconsejando que se vayan al campo y se alejen del ambiente habitual. También señala la necesidad de moderar la cantidad de ejercicio físico que realizan estos enfermos ⁽⁷⁾.

Durante los siglos posteriores la anorexia, aunque ya considerada una enfermedad, se considera un trastorno biológico, en el que no influyen factores psicológicos. No es hasta el S. XIX, cuando vuelve a cambiar esta concepción. Gracias a un médico francés, Charles Lasègue. Este doctor publicó, en 1873, un artículo sobre el caso de ocho pacientes a las que había tratado. Todas ellas chicas jóvenes, con edades comprendidas entre los 18 y los 32 años, que dejaron de comer, casi por completo, debido a la creencia de que el comer les producía dolores. Además de ello, todas veían su falta de alimentación como el tratamiento de sus dolores, ya que no los sufrían si no comían. Lasègue denominó a este trastorno “Anorexia Histérica”, ya que veía la causa en una “*histeria digestiva*”, un trastorno digestivo general, el cual les provocaba dolor al comer y era propiamente del sexo femenino. A pesar de la etiología, que es considerada una causa orgánica, Lasègue defendió la importancia de los factores sociales, especialmente la relación de la enferma con la familia, y en menos medida con los amigos, para la evolución de la enfermedad. La visión de Lasègue sobre esta enfermedad la defendía en tres fases. En la primera el paciente sufría cierto malestar al comer, disminuyendo la

variedad de alimentos que ingiere, y siendo presionada por la familia para aumentar el consumo. La segunda fase requería de intervención médica, ya que la ingesta se hacía casi nula, el temor a sufrir dolores nuevamente aumentaba, presentaban un estreñimiento muy intenso y la menstruación se hacía irregular. De este modo se llegaba a la tercera y última fase, en la que el cuerpo no aguantaba más, la piel se reseca, el pulso se aceleraba, la región perigástrica se mostraba dolorosa a la palpación y la menstruación, ya escasa, desaparecía completamente. En esta última fase la desesperación acompañaba a familiares y amigos. Esta infelicidad que rodeaba a la paciente es la que, según explica Lasègue, impulsa, a esta, a la curación de su trastorno. Lasègue también indica que, aunque curadas, las pacientes muestran unas conductas alimentarias raras el resto de su vida⁽⁸⁾.

Paralelamente a Lasègue, y en Londres, el médico William Withey Gull publicó, en el año 1874, un trabajo llamado “Anorexia Nerviosa”⁽⁹⁾. En el cual explicaba el caso de tres pacientes que había tenido. La mayor diferencia entre este autor y Lasègue consiste en el nombre de la enfermedad, pues mientras que Lasègue percibía la anorexia como un trastorno originada por la histeria, es decir, a través del útero, Gull opinó que el trastorno surgía del sistema nervioso, y era común tanto a hombres como mujeres. Gull acompañó su estudio con imágenes de sus pacientes durante la enfermedad y la recuperación⁽¹⁰⁾.



1º Paciente de William W. Gull durante la enfermedad.



1º paciente de William W. Gull tras su recuperación.

Tanto a Lasègue como a William Gull se les considera los primeros investigadores de la anorexia. Destacando de sus estudios que ambos consideran importante en esta enfermedad el factor social, rompiendo con la concepción biológica del trastorno que se creía anteriormente. Dando importancia a la familia en el desarrollo de la enfermedad. Y la prevalencia de este trastorno en las clases adineradas, ya que todos sus pacientes estudiados procedían de familias acomodadas.

A finales del siglo XIX otro médico se interesa por este trastorno. Jean-Martin Charcot neurólogo francés, contemporáneo de Laséque. Estudió las enfermedades del sistema nervioso, entre ellas ese trastorno del que hablaba su compañero, la anorexia. Charcot explicó que la mejor forma de tratar a estas jóvenes era aislándoles de su familia, tras lo cual, y según estudios que realizó, estas chicas mejoraban notablemente y en poco tiempo. Charcot, debido a su prestigio en el mundo de la medicina y de la ciencia, ayudó a que el concepto de anorexia quedase establecido en la medicina ⁽¹¹⁾.

Sigmund Freud, alumno de Charcot y padre del psicoanálisis, tampoco fue ajeno al tema. En su libro *Manuscrito G* compara la anorexia con la melancolía, existiendo en ambas una pérdida. En la segunda, la melancolía, la pérdida se encontraba “*en la vida pulsional del sujeto*”. En la anorexia había una pérdida de la libido. Esta pérdida, según explica Freud, se producía por un mecanismo de defensa de los enfermos, la repugnancia. Repugnancia que sienten hacia sí mismos, y que les provoca una pérdida de la tensión sexual, que, para Freud, era la causa de la anorexia. Freud también hizo un importante apunte sobre el tratamiento de esta enfermedad: “*la intervención psicoterápica sólo podría ser eficaz tras haber conseguido un estado de nutrición suficiente*”. Esta afirmación encaja con el planteamiento terapéutico de la anorexia nerviosa actual ⁽¹²⁾ ⁽¹⁾.

Llegados a este punto es necesario hacer mención a la evolución que ha sufrido la anorexia. De ser considerada un milagro religioso a una patología psiquiátrica, un desorden mental, donde ya se consideraban factores sociales como posible etiología de la enfermedad.

ANOREXIA EN EL S.XX.

Durante la primera mitad del siglo XX las investigaciones que siguieron de la anorexia seguían muy de cerca lo expuesto por Lasegue y Gull. De este periodo resulta importante señalar a Pierre Janet. Pierre-Marie-Félix Janet, psiquiatra francés, diferenció dos posibles formas de anorexia, la anorexia “obsesiva” y la anorexia “histórica”. En la anorexia obsesiva existía, constantemente, una sensación de hambre, que el enfermo conseguía controlar gracias a una gran fuerza de voluntad para no comer. Esta anorexia estaba relacionada, para Janet, con un desagrado con el propio cuerpo, y un miedo a engordar, teniendo un origen emocional. Solía ir acompañado de un ejercicio físico excesivo relacionado con ese miedo a engordar. En el segundo tipo de anorexia, la anorexia histórica, la pérdida de apetito era real, los enfermos no se enfrentaban a una permanente necesidad de comer. Esta forma de anorexia, menos habitual que la primera, también iba acompañada de un ejercicio físico excesivo, aunque esta vez estaba relacionado con una negación de la fatiga. Las investigaciones relacionadas por Janet muestran un punto interesante que no se había mencionado en ninguna investigación anterior, el control del hambre. Esta voluntad del enfermo capaz de hacer que se negase a comer es un rasgo compartido con la anorexia nerviosa que existe ahora ⁽¹³⁾.

Aunque ya empieza a haber ciertas similitudes en la anorexia que se estudiaba a principios del siglo pasado y la anorexia nerviosa, no es hasta mediados de ese siglo que se le empieza a considerar el mismo trastorno que en la actualidad. Uno de los psiquiatras que encabezó la nueva visión de este trastorno fue Hilde Bruch. Bruch fue una psicoanalista alemana centrada en los trastornos alimentarios y la obesidad. En su libro, La Jaula Dorada ⁽¹⁴⁾ hablaba de la existencia de la anorexia a lo largo de la historia, aunque haciendo hincapié en la consideración de la anorexia nerviosa como una nueva enfermedad, debido al aumento de la prevalencia en los últimos años siendo tan común que incluso “*representa un auténtico problema para las escuelas de secundaria y las Universidades*”. Bruch mostró una investigación, que realizó en América, con setenta pacientes anoréxicos, diez de ellos hombres, centrándose en las características de los pacientes poco antes de padecer la enfermedad. Bruch hizo mención a las similitudes existentes entre todos sus pacientes, mostrándose, en todos, tres áreas del funcionamiento psicológico alteradas: la percepción del propio cuerpo, la

interpretación de estímulos internos y externos y la propia aptitud. En la primera, la alteración en la percepción del propio cuerpo, Bruch se refiere a la visión que tenían los pacientes de ellos mismos, una visión distorsionada anatómicamente de su cuerpo. La segunda, la interpretación de los estímulos tanto internos como externos, se centra, mayoritariamente a la interpretación del hambre. Y, por último, su aptitud, su capacidad para enfrentar los problemas, señalando una *“sensación paralizante de incapacidad, la convicción de ser incapaces de resolver o cambiar nada en sus vidas”*. Además de estas alteraciones, todos los pacientes de Bruch tenían en común su procedencia, perteneciendo a familias acomodadas.

También es importante señalar los factores etiológicos que, para Bruch, producían el desarrollo de la enfermedad. Estos factores, como ella misma indica en su libro, no estaban comprobados, ya que no se disponía de estudios sociológicos. Sin embargo, lo relacionaba con el énfasis que mostraba la moda respecto a la delgadez, tanto a través del cine como de revistas. La recién adquirida libertad sexual o el estrés de la elección correcta sobre su futuro podrían ser también factores desencadenantes. En definitiva, Bruch ve la etiología de la anorexia nerviosa en los factores socioculturales. Considerando la edad adolescente crítica para la aparición de la anorexia, ya que constituía el período de la vida en que se desarrolla la autonomía, buscándose la individualización, siendo más influenciados por los estímulos sociales.

Mara Selvini Palazzoli psiquiatra italiana que especializada en los trastornos de conducta alimentaria, desarrolló la importancia de la personalidad en la evolución de esta enfermedad. Selvini fue una psiquiatra italiana que se especializó en los trastornos de conducta alimentaria. Atribuía el enorme aumento de la anorexia al desarrollo de una sociedad más opulenta, más centrada en el consumismo, y con mayor posibilidad de emancipación, lo que aumentaba el estrés a *“hacer la decisión correcta sobre su futuro”*. Aunque esto suena muy parecido a Bruch, Selvini defendía la trascendencia de la familia como transmisor de esos valores y prácticas sociales. También sugería una mayor prevalencia en el género femenino debido a que estas estaban mucho más sujetas a un control familiar. Por lo tanto expresaban estas luchas y conflictos internos a través de la comida, simbolizando su no comer el tener el control. Selvini también consideraba esta enfermedad propia de familias de clase media, donde el alimento no falta. Sin embargo, Selvini no se centró tanto en el desarrollo de una definición de la

enfermedad como en el tratamiento. Defendiendo una terapia sistémica con toda la familia. Las terapias sistémicas trabajan ampliando las soluciones eficaces que los clientes ponen en marcha por sí mismos. La terapia familiar sistémica que defendía Selvini era la terapia sistémica de Milán. En ella se presenta a la familia como una unidad social, abordando los problemas que la gente presenta en relación con personas importantes de su vida, como son la familia o amigos⁽¹⁵⁾⁽¹⁾.

Los primeros criterios diagnósticos de esta enfermedad son también establecidos en este siglo, tras la publicación de un artículo titulado Diagnostic criteria for use in psychiatric research⁽¹⁶⁾. Siendo estos:

- a) Inicio antes de los 25 años.
- b) Pérdida de peso del 25%, mínimo.
- c) Conducta distorsionada en relación a la ingesta y al peso.
- d) Ausencia de enfermedad orgánica.
- e) Ausencia de enfermedad psiquiátrica.
- f) Presencia de, al menos, dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, lanugo, bradicardia, hiperactividad, episodios de bulimia y vómitos autoinducidos.

ANOREXIA EN EL SIGLO XXI.

Actualmente el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (17) clasifica la anorexia nerviosa como un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un rechazo a mantener el peso normal, acompañado de un miedo intenso a ganarlo. Puede afectar tanto a hombre como mujeres, niños o niñas, de cualquier estrato socioeconómico.

Distingue entre dos tipos de anorexia. Por un lado la anorexia de tipo restrictivo, donde hay ausencia de purgas y atracones. Y, por otro lado, la anorexia compulsivo/purgativa, donde existen estos atracones y purgas a base de vómitos, diuréticos y/o enemas.

También establece los criterios de diagnóstico de la anorexia nerviosa.

- a) Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Siendo marcadamente bajo un peso

inferior al mínimo normal, o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.

- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, con exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
- d) Se elimina el criterio de amenorrea.

Los criterios son muy parecidos a los establecidos en el siglo XX. Sin embargo llama la atención la eliminación de la amenorrea como síntoma, ya que los primeros investigadores de este trastorno ya mencionaban la ausencia de menstruación como algo característico en estos pacientes. El DSM-V lo elimina debido a que, actualmente, un gran número de pacientes presentan menstruaciones regulares incluso con este trastorno⁽¹⁸⁾.

La mayor prevalencia de este trastorno es entre los adolescentes del sexo femenino. Entre los años 1995-1999, hubo un aumento significativo del 94% de Anorexia Nerviosa en el grupo de niñas con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. Actualmente entre un 0.2% y un 0.8% de la población mundial la sufre. Siendo su prevalencia superior en el sexo femenino, considerando el periodo en la vida en que tienen mayor riesgo para el desarrollo de esta enfermedad la adolescencia media y tardía (15-25 años), aunque puede ocurrir en niños y niñas muy pequeñas. La proporción estimada entre mujeres-hombres en la población general es de 12:01. Y entre mujeres-hombres en la adolescencia es de 15:01⁽¹⁹⁾.

Aunque está aún lejos de consenso cuáles son los factores determinantes se comparte que su etiología es multifactorial, provocada por un gran número de factores que intervienen entre ellos. Pudiendo distinguirse tres tipos de factores. Los predisponentes, como son algunos rasgos de la personalidad tales como perfeccionismo o una baja autoestima, trastornos afectivos en la infancia, variables genéticas y hormonales, y socioculturales. Los precipitantes, que pueden ser una situación de estrés, dietas, una insatisfacción con el peso y la figura, etc. Y los perpetuantes, como conflictividad en el núcleo familiar el aislamiento social, una imagen corporal distorsionada, etc. La presencia de este trastorno con mayor prevalencia en personas de 12 a 25 años, está muy

influido por una serie de factores socioculturales, que intervienen en el desarrollo social y psicológico de estos pacientes^{(20) (21) (22)}. Siendo estos:

- Exigencias Profesionales y Sociales: Ejercen una alta presión sobre el aspecto corporal. De tal manera que se establece una relación directa entre delgadez y triunfo. Fomentando el deseo de ajustarse al perfil o desencadenando una falta de autoestima al no estar a la altura.
- Relaciones familiares: Es dentro de la familia donde el individuo va consolidando su personalidad. Estudios realizados con pacientes con Anorexia Nerviosa, muestran que estos consideran que sus familias tienden a ser rígidas, con poca comunicación y dificultad en la solución de problemas, o muy sobreprotectoras, dando pocas libertades a los pacientes.
- Relaciones de amistad y de pareja: En las relaciones con las amistades se busca la aceptación y aprobación del grupo, siendo un componente clave de comparación e identidad la imagen corporal. Similares consideraciones se dan en las relaciones de pareja, donde la imagen corporal es un tema de gran valor para los jóvenes, que quieren mostrarse deseables.
- Moda y Medios de Comunicación: Ambos elementos influyen en la autoimagen que uno se tiene de sí mismo. Trabajando mano a mano para establecer los arquetipos ideales de personas.

TRATAMIENTO.

El tratamiento actual de este trastorno es multidisciplinar, con los siguientes objetivos como meta para una recuperación completa de los pacientes⁽²³⁾:

- Rehabilitación nutricional
 - Reinicio de las menstruaciones (en aquellos casos con amenorrea).
 - Interrupción de comportamientos de atracón/purgación.
 - Interrupción de las ideas de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal.
 - Restablecer patrones de alimentación que promuevan la salud y las conexiones sociales.
 - Restablecer la socialización.
- Recuperación del peso adecuado.

- Estabilización clínica y prevención de complicaciones que pueden conducir a la muerte.

El tratamiento de este trastorno suele tomar un amplio periodo de tiempo. Observándose mejores resultados con un manejo pluridisciplinar, que incluya servicios médicos, psicológicos, nutricionales y enfermeras, todos ellos expertos en el tratamiento de los desórdenes alimenticios. Realizado a través de terapias. Siendo fundamental el internamiento en caso de pacientes severamente enfermos. Incluyendo en este grupo de pacientes aquellos cuyo peso es un 30% por debajo del mínimo necesario para mantener la salud, que presentan perturbación de los ritmos cardiacos o una depresión grave, si el paciente es suicida potencial, si la pérdida de potasio es considerable o la presión arterial es sumamente baja.

La terapia familiar tiene gran popularidad en el tratamiento de este tipo de trastorno, aun así no existe suficiente evidencia de su eficacia. Siendo importante que la familia entienda la gravedad del trastorno. Se recomienda iniciar esta terapia una vez que el paciente haya ganado peso. Siendo muy útil en caso de los pacientes jóvenes, donde la familia tiene una gran influencia. Un estudio realizado con 82 pacientes de anorexia nerviosa entre 11 y 19 años, evaluados antes y después de la terapia familiar, resultó en que este tipo de terapias beneficiaban a los adolescentes con este trastorno ⁽²⁴⁾. Otra investigación que estudiaba la eficacia de la terapia familiar en 22 jóvenes (entre los 18 y 25 años) con anorexia, concluyó que tras el tratamiento de 6 meses 15 de las jóvenes mostraban un peso adecuado a su talla, y 12 meses después de la terapia 13 jóvenes se mantenían en su peso ideal, siendo la terapia familiar beneficiosa en la recuperación de la salud ⁽²⁵⁾.

La Terapia Nutricional ha demostrado ser una parte fundamental del tratamiento, en el ámbito ambulatorio, para que el paciente recupere unos hábitos de nutrición normal. El Nutricionista debe conocer los hábitos alimentarios del paciente durante la evolución de la enfermedad, e informar al resto de los profesionales de los resultados que se vayan obteniendo. Es importante incorporar a la familia, ofreciendo estrategias para que las comidas satisfagan las necesidades del paciente. El paciente debe acostumbrarse a la ingesta de tres comidas diarias, incluyendo alimentos que previamente evitaba ⁽²⁶⁾.

ESPAÑA.

En España la prevalencia de esta enfermedad es muy parecida al resto de Europa, con una tasa entre el 0.14% y el 0.9%, siendo del 90% al 95% chicas. Se considera la población de mayor riesgo a la mujeres de entre 12 a 21 años. La edad promedio de inicio a los 17 años, y las edades en las que más casos aparecen los 14 y los 18 años⁽²⁷⁾.

Los tratamientos también se realizan en terapias, siempre que no requieran de ingreso. Para ello existen hospitales de día. En Valladolid existe un hospital de día infanto-juvenil, que se encarga del tratamiento ambulatorio post-ingreso, de pacientes anoréxicas, menores de edad, hasta que consigan su peso normalizado. Mediante un equipo multidisciplinar formado por una psicóloga, una psiquiatra, una terapeuta ocupacional, y una enfermera. Se les controla el peso semanalmente, y sus hábitos alimentarios, además de un seguimiento en consulta hasta el alta definitivo.

También existen asociaciones de ayuda tanto para los familiares como los pacientes. En Castilla y León, por ejemplo, existe una asociación denominada ACLAFEBA, que trata a los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, y a sus familiares. A partir de terapias, que pueden ser individuales, sólo el paciente, con un psicólogo, con un nutricionista o con un psiquiatra, estas últimas cada dos meses; como grupales realizadas todos los Viernes entre las pacientes. Los primeros Lunes de cada mes se hace una reunión grupal con los pacientes de anorexia y sus familiares, y los segundos Lunes de cada mes una reunión exclusivamente con los familiares.

7. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA.

La anorexia es una enfermedad psiquiátrica, cuya investigación debe seguir avanzando, incidiendo más en la prevención, ya que esta es la mejor forma de enfrentarse a esta enfermedad.

La propia sociedad debe tomar conciencia de cómo influyen, los modelos imposibles de belleza que imperan actualmente, en adolescentes y jóvenes. Implicando a la industria de la moda y del espectáculo en la creación de modelos de personas saludables, para evitar el incremento de esta patología.

Los propios enfermeros deben tomar conciencia de la importancia de la prevención. Fomentando, desde la población infantil, una vida saludable con dieta equilibrada y deporte.

8. CONCLUSIONES.

1. La anorexia es una enfermedad cada vez más común en nuestra sociedad. Es por ello que los enfermeros, debemos conocerla y saber cómo actuar frente a ella.
2. Es considerada un trastorno de la sociedad actual. Sin embargo la anorexia ha sido constante a lo largo de toda la historia.
3. Las manifestaciones de esta enfermedad han respondido al modelo cultural imperante en cada época (distintos modelos de mujer).
4. Las causas de la anorexia han sido y siguen siendo desconocida. Se cree que es una causa multifactorial donde tiene gran importancia tanto la sociedad como la familia.
5. El tratamiento debe ser multidisciplinar. Teniendo como objetivo un restablecimiento de un estado de salud normalizado.
6. La educación nutricional es importante en la recuperación de estos pacientes. Recuperando unos hábitos de alimentación normales.
7. En el tratamiento familiar, aunque muy desarrollado los últimos años, existe una escasa referencia bibliográfica, mucha de ella con escasa evidencia científica
8. El enfermero es un pilar fundamental en el tratamiento y seguimiento de estas enfermedades, tanto desde primaria, especializada, o la propia enfermera de los centros educativos. Es por ello tan importante el estudio de este trastorno.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. 1st ed. Barcelona: Ariel S.A.; 1996.
2. González R., Blanco M., Biscaia JM., Mohedano R., Mariscall M., Blanco MA. Análisis del contenido, posicionamiento y calidad de páginas web en Español relacionadas con la nutrición y los trastornos de conducta alimentaria. Madrid: Universidad europea de Madrid., Nutrición Hospitalaria.; 2014.
3. Contreras DJ. Alimentación y religión. HUMANITAS Humanidades Médicas. 2007 Junio;(16).
4. Bell RM. I, Catherine. In Holy Anorexia. Chicago: The University of Chicago Press; 1987. p. 22-52.
5. Forcen F.E., Forcen C.E. The Practice of Holy Fasting in the Late Middle Ages A Psychiatric Approach. Journal of nervous and mental disease. 2015 Agosto; 203(8).
6. Vandereycken W., Van Deth R. From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation Nueva York: New York University Press; 1994.
7. Kontić O, Vasiljević N, Jorga J, Lakić A, Jasović-Gasić M. Richard Morton (1637-1698). The distinguished physician of the 17th century. Srp Arh Celok Lek. 2009 Noviembre- Diciembre: p. 11-12.
8. Laségue C. Sobre la Anorexia Histórica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2000; 20(74).
9. Gull WW. Anorexia Nervosa. Obesity Research. 1997 Septiembre; 5(5).
10. Vandereycken W., Van Deth R. Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue? Psychological medicine. 1989 Noviembre; 4(19).
11. Silverman J. Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders. 1997 Abril; 21(3).

12. Almenara C. Anorexia Nerviosa: Una revisión del trastorno. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2003; 66(1).
13. Uribe JF. La anorexia en la historia. In Uribe JF. *Anorexia: Factores Socioculturales de Riesgo*. Antioquía: Centro de Investigación Sociales y Humanas CISH; 2007. p. 41-51.
14. Bruch H. *La Jaula Dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*. Primera ed. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.; 1978.
15. Selvini M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. *Los juegos psicóticos en la familia*. Primera ed. Milán: Paidós Ibérica S.A.; 1990.
16. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G y Muñoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *JAMA Network*. 1972 Enero: p. 57-63.
17. Association AP. *DSM-5* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
18. Behar R., Arancibia M. DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2014 Marzo; 52(1).
19. Portela de Santana M.L., da Costa H. Mora M., Raich R.M^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutr. Hosp.* [Online].; 2012 [citado 2016 Mayo 17]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es.
20. García JJ. *Abordaje funcional de un caso de anorexia nerviosa con características esquizoides y evitativas de la personalidad*. Tesis Doctoral. Almería: Universidad de Almería, Facultad de Psicología; 2012.
21. Camarillo N., Cabada E., Jimena A., Munguía E. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista española Médico-Quirúrgica*. 2013 Enero-Marzo; 18(1): p. 7.
22. Ruíz A.O., Vázquez R., Mancilla J.M., Viladrich C., Halley M.E. Factores

- familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2013 Enero/Junio; 4(1).
23. Banker J., Becker A., Bermudez O., Berthour K., Devlin M., Katzman D., Krohel MB., McGilley Beth, Mickley D., Rome E., Paxton S., Tyson E., Warren M. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Segunda ed. Reston, VA : Academy for Eating Disorders; 2012.
24. Gelin Z., Fuso S., Hendrick S., Cook-Darzen S., Simon Y. The effects of a multiple family therapy on adolescents with eating disorders: an outcome study. *Family Precess*. 2015 Marzo; 54(1).
25. Chen E.Y., Weissman J.A., Zeffiro T.A., Yiu A., Eneva K.T., Arlt J.M., Swantek M.J. Family-based therapy for young adults with anorexia nervosa restores weight. [Online].; 2016 [Citado 2016 Mayo 21]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27037965>.
26. Jáuregui-Lobera I., Bolaños-Ríos P. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*. 2012 Enero; 140(1).
27. Vellisca MY., Orejudo S., Latorre JI. Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud*. [Online].; 2012 [Citado 2016 Mayo 17.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000200001&lng=es.

10. ANEXOS

COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ANOREXIA DEL DSM V Y DSM IV.

Criterios de la anorexia nerviosa según el DSM-IV.

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (Por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperables, 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, estando por debajo del peso normal.
- C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D.** En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos.

Criterios de la anorexia nerviosa según el DSM-V.

- A.** Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Siendo marcadamente bajo un peso inferior al mínimo normal, o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, con exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
- D.** Se elimina el criterio de amenorrea.

SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PUEDEN CURSAR CON LA ANOREXIA.

GENERAL.

- Marcada pérdida de peso, ganancia o fluctuaciones.
- Pérdida de peso, mantenimiento del peso o ausencia de ganancia de peso en un niño o adolescente que aún está en crecimiento y desarrollo.
- Intolerancia al frío.
- Debilidad.
- Fatiga o letargia.
- Mareo.
- Síncope.
- Episodios de sudoración.

ORAL DENTAL

- Trauma oral.
- Erosiones dentales y caries dentales.
- Perimolisis.
- Agrandamiento de las parótidas.

GASTROINTESTINAL

- Molestia epigástrica.
- Saciedad inmediata.
- Vaciamiento gástrico retardado.
- Reflujo gastroesofágico.
- Hematemesis.
- Hemorroides y prolapso rectal.
- Estreñimiento.

ENDOCRINO

- Amenorrea o irregularidades menstruales.
- Pérdida de libido.
- Densidad mineral ósea baja con riesgo incrementado de fractura de huesos y osteoporosis.
- Infertilidad.

CARDIORRESPIRATORIO.

- Dolor precordial.
- Palpitaciones cardíacas.
- Arritmias.
- Falta de aliento.
- Edema.

NEUROPSIQUIÁTRICO.

- Convulsiones.
- Pérdida de memoria/Pobre capacidad de concentración.
- Insomnio.
- Depresión/Ansiedad/Conductas Obsesivas.
- Autoagresión.
- Intento suicida/ Ideación suicida.

DERMATOLÓGICO.

- Lanugo
- Pérdida de cabello.
- Decoloración amarillenta de la piel.
- Pobre cicatrización.
- Callos o cicatrices en el dorso de la mano (Signo de Russell).