

# Rol del médico de familia al enfrentar el problema de la anorexia nerviosa

Drs. Maritza Rojas A, Rodrigo Silva G.

Residentes Medicina Familiar y Comunitaria

P. Universidad Católica de Chile

## PACIENTE

Paciente: C. R. V.  
 Edad: 19 años  
 Ocupación : Promotora (4to medio)  
 Soltera sin hijos, vive con su familia.

## CASO CLÍNICO

**Motivo de consulta:** Disminución de peso y falta de apetito. Viene al Centro de Salud, por insistencia de su madre, quien está preocupada porque ha notado en su hija una importante pérdida de peso, asociado a anorexia marcada. La madre sospecha que podría tener "anorexia".

**Anamnesis (aspectos principales):** Historia de 8 meses de evolución de baja de peso cuantificada en 20 kg ( peso basal 68 Kg), secundario a dieta voluntaria iniciada luego que sus amigos y parientes le dijeran que estaba obesa.

Al mes de iniciada la dieta, comenzó a provocarse vómitos que al momento de la entrevista eran 4 veces al día, asociado al abuso de laxantes (fenoftaleína). La paciente fue haciendo una dieta cada vez más restrictiva, llegando a aislarse a la hora de las comidas, consumiendo 2 manzanas diarias y ocultando los alimentos que no consumía. Además, señala que realiza una rutina de ejercicios 3 veces por semana. En los últimos 3 meses con amenorrea. Actualmente, se autopercebe obesa y desea continuar bajando de peso.

Adicionalmente, en las últimas semanas, ha presentado anhedonia progresiva, tristeza la mayoría de los días, labilidad emocional, ideas de culpa y de muerte frecuentes, con ideación suicida sin planificación.

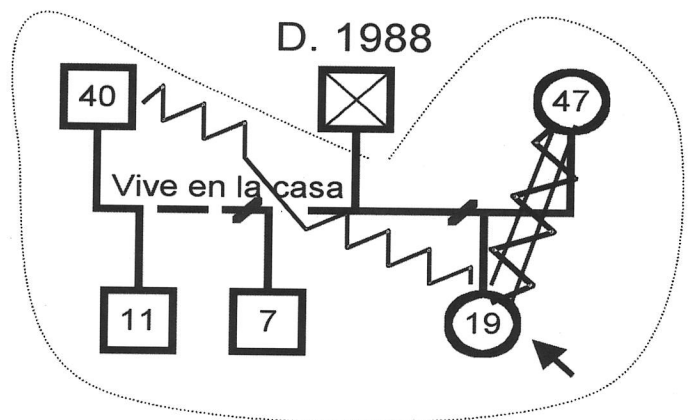
**Examen físico:** Destaca

- Paciente enflaquecida ( peso: 50 kg; talla: 1,62 mt; IMC: 19,7)
- PA: 100/60 FC: 70 por min. Regular
- Cavidad oral: halitosis sin erosiones dentales, mucosas pálidas
- Examen cardiopulmonar y abdominal: normal
- Examen de extremidades: marcada disminución de masa muscular y fuerza

**Examen mental:** Aspecto adecuado a su edad y contexto social, ánimo depresivo con marcada labilidad emocional, tendencia al llanto, existe

una clara alteración de la autopercepción corporal, sin alucinaciones, no existe conciencia de enfermedad.

## GENOGRAMA



De la semiología familiar, es importante destacar que la paciente C.R. vivió con su padre, desde que él y su madre se separaron, y hasta que él falleció. Luego, C.R. se fue a vivir con su madre llevando con ella una relación cercana y conflictiva. Con su padrastro se relaciona de una forma lejana y conflictiva que ha empeorado desde la adolescencia. La madre y el padrastro tienen también una convivencia lejana y muy conflictiva (discuten frecuentemente, duermen en dormitorios separados). La paciente ha dormido en la misma cama con su madre los tres últimos meses.

## DIAGNÓSTICOS

- Eje I: Anorexia Nerviosa de tipo Purgativo  
 Episodio Depresivo Mayor
- Eje II: no fue evaluado.
- Eje III: Desnutrición calórico proteica
- Eje IV: Disfunción familiar
- Eje V: 60

**DISCUSIÓN**

Al enfrentar a un paciente de estas características, es importante tener presente los criterios diagnósticos según el DSM-IV:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal (85%) considerando la edad y la talla. También se puede manifestar como un fracaso en conseguir el aumento de peso esperado para su edad (detención de la curva de crecimiento en el tiempo).
- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- 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.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.

Se distinguen 2 subtipos

- Tipo compulsivo/purgativo; existen atracones o purgas (vómitos, uso excesivo de laxantes, como se ven en la paciente descrita).
- Tipo restrictivo; no existen episodios de atracones ni purgas.

Estas diferencias no son sólo psicopatológicas sino también se relacionan con el pronóstico, siendo la de tipo compulsivo más grave y de peor pronóstico.

**EPIDEMIOLOGÍA**

En Chile no hay datos recientes que nos permitan tener una idea de la magnitud del problema, pero se observa un aparente aumento de las consultas, que se podría explicar no sólo por un aumento real de la incidencia sino también por una mayor conciencia de enfermedad.

La prevalencia de la anorexia nerviosa varía entre un 0,5 y 1% en EEUU, estimándose que llega a afectar hasta un 1,5% de la población mundial. Su incidencia es de 1 a 5 por 100.000 habitantes, afectando principalmente a las mujeres en una relación masc: fem de 1:10, con un máximo de incidencia entre los 14 y 18 años.

La mortalidad es el doble que cualquier otra patología psiquiátrica. En EEUU se ha estimado que llega al 5% por año, siendo 10 veces mayor en comparación con adolescentes sanos. Es importante destacar que el riesgo relativo de suicidio en estos pacientes es 60 veces mayor que aquéllas que no padecen de dicha enfermedad.

**ETIOLOGÍA**

La anorexia nerviosa es una enfermedad de etiología multifactorial, describiéndose:

**I.- Factores Biológicos**

Lo más importante es la predisposición genética que se fundamenta en alta concordancia en gemelos Monozigóticos y evidencia de agregación familiar

**II.- Factores Psicológicos**

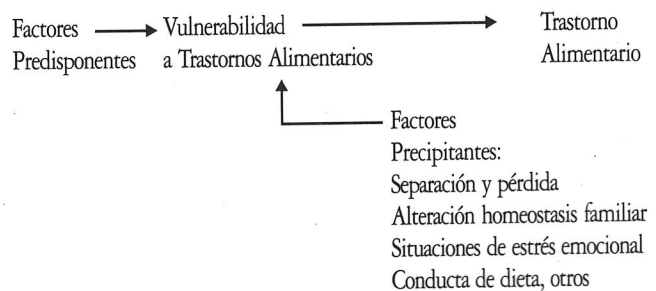
- a) Personalidad: se han reconocidos que ciertas características de personalidad como rasgos obsesivos, pobre capacidad de resolución de conflictos, introversión y expresión emocional restringida (como se pueden apreciar en nuestra paciente).
- b) Familiares: se han descrito patrones de relación en familias de pacientes anoréxicas como sobreinvolucramiento y triangulación con la madre, exceso de afectuosidad, etc. (Patrones que se repitieron en la familia de la paciente).
- c) Comorbilidad psiquiátrica: se ha observado la asociación de anorexia nerviosa con las siguientes patologías:
 

- Depresión Mayor	68%	(presente en la paciente)
- T. ansiedad	65%	
- T. obsesivo compulsivo	26%	
- Fobia social	34%	

**III.- Factores Sociales**

Dentro la cultura occidental actual, se ha dado énfasis a la figura delgada. Por ejemplo, el peso puede ser un factor excluyente para conseguir determinada ocupación. Nuestra paciente trabajaba de promotora, e inmersa en ese ambiente laboral sus síntomas se agravaron.

Existe una teoría, desarrollada por K Halmi y P. Garfinkel, que permite integrar los distintos factores que influirían en el origen de esta enfermedad, el Modelo Multidimensional, que se resume en el siguiente esquema:



Por lo tanto, la presencia de factores predisponentes en una paciente vulnerable que, a su vez, es sometida a algún factor estresor, puede llevarla a desarrollar la enfermedad. Dentro de estos últimos la dieta es el factor principal (el 90% de las mujeres mayores de 14 años han hecho alguna vez una dieta).

**EVALUACIÓN MÉDICA**

Frente a este caso clínico, surge la pregunta que motiva nuestro análisis:

“¿Qué rol cumple el médico de familia al enfrentar un paciente con sospecha de anorexia nerviosa?”.

Revisando la bibliografía dedicada a este tema, encontramos una publicación que nos orientó en el intento por responder esta compleja interrogante. Los autores Pardo J., Morón A. et al, destacan la importancia del médico de familia en estos casos, puesto que es él el encarga-

do de hacer un correcto diagnóstico para una derivación precoz y, dado que puede establecer un estrecho vínculo con la paciente y su familia; servirá como enlace entre ésta última, el equipo de atención primaria y el equipo de salud mental del nivel secundario facilitando su manejo.

### ROL DEL MEDICO FAMILIAR EN LA ANOREXIA NERVIOSA (AN)

1. Diagnosticar correctamente la AN, descartando organicidad (enfermedad tiroidea, infecciosa, tumoral, etc.)
2. Realizar una anamnesis individual y familiar, que nos permita determinar la gravedad del cuadro y valorar la motivación y colaboración del sistema familiar.
3. Valoración antropométrica y exámenes de laboratorio (hemograma, electrolitos, perfil bioquímico, ECG), que nos orientan hacia la gravedad del cuadro.
4. Derivación al equipo de salud mental del nivel secundario y desarrollo de una estrecha colaboración.
5. Mantener el vínculo con la familia para favorecer el enlace entre ésta y el nivel secundario.
6. Vigilar en toda familia situaciones de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.
7. Entregar una correcta educación nutricional a nuestra comunidad, siendo el equipo de atención primaria el pilar fundamental en la transmisión de una información adecuada y no alarmista.

### COMENTARIO DEL MÉDICO DE FAMILIA

La anorexia nerviosa, junto los trastornos de alimentación en general, se ha transformado en un problema de creciente complejidad. Esto no sólo por su mayor presencia (en la consulta, en los colegios, en los medios de comunicación, etc.) en el último tiempo. Es lógico pensar que la incidencia “real” ha aumentado junto con el desarrollo de muchos otros trastornos derivados del actual complejo sistema social, que impone normas, estereotipos y demandas que pueden ser de alto costo para la familia y el individuo. Pero, por otro lado, esta mayor incidencia también se relaciona con una mayor “conciencia” de un problema subyacente, y también del desarrollo de nuevas estrategias diagnósticas (diagnóstico precoz mediante instrumentos de fácil aplicación, estandarización mediante criterios del DSM de la APA, mayor capacitación, etc.). De este modo, con la aparición de una alta cantidad de casos nuevos se crean nuevas necesidades para responder adecuadamente al problema. Sabemos que el mal pronóstico en un buen número de casos hace necesario desarrollar intervenciones multidisciplinarias, cuya disponibilidad en la Atención Primaria no siempre es fácil y expedita. De lo anterior, el rol del Médico de Familia resulta claro en todos los aspectos, desde la promoción, prevención hasta las labores curativas, por lo que la adquisición de conocimiento y habilidades, para el manejo de condiciones que afectan de forma particularmente grave al paciente y su familia, son claves para cumplir con nuestra tarea en el centro de salud y en la comunidad.

## Referencias

1. Pardo J, Morrón A, et al. Papel del médico de familia en la anorexia nerviosa. *Aten. Prim.* 1995; 16(4):234.
2. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de psiquiatría. 1996. 7º edición. Capítulo 22: 705-715
3. Florenzano R. Manual de psiquiatría. 1999. 1º Edición .
4. Spitzer R, Gibbon M et al. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). 1996.
5. Nudman A. Seminario Internacional de trastornos alimentarios. Junio 2000.
6. Williams P, King M. The "epidemic" of anorexia nervosa: Another medical myth?. *The Lancet.* 1987;1:205-207.