

Trastornos de la conducta alimentaria

Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Las primeras referencias de la anorexia se remontan al año 1689 en que el médico inglés Richard Morton describió un caso que denominó tisis nerviosa. La bulimia, como trastorno distinto de los atracones presentes en algunas formas de anorexia, fue definida por Russell en 1980. Ambas enfermedades tienen en común las siguientes características:

- En la persona afectada, la silueta y el peso influyen excesivamente sobre su autovaloración.
- Se emplean medios de regulación del peso y la silueta que pueden consistir en no ingerir (fármacos inhibidores del apetito, ayuno), vaciado (vómitos, laxantes, enemas, diuréticos) y desgaste energético (ejercicio excesivo, no dormir).
- La persona afectada suele ocultar el trastorno.
- Hay riesgo para la salud física, que en el caso de la anorexia puede llegar a la muerte.
- El trastorno lleva presente al menos tres meses.
- De las personas afectadas el 90% son mujeres y el 10% hombres, dándose la gran mayoría de los casos en sociedades donde abunda la comida (raramente en el llamado tercer mundo). Es poco frecuente que se inicien antes de la pubertad, puesto que suelen surgir en la adolescencia o inicio de la vida adulta y en la anorexia son muy raros los casos iniciados después de los 40 años.

Se diferencian en que:

- En la bulimia la característica principal y constante son episodios de ingesta descontrolada de gran cantidad de alimento en un corto espacio de tiempo, con una frecuencia de al menos dos veces semanales. Los medios de regulación tienen como objetivo primordial compensar el exceso de ingesta. La persona suele considerar que su conducta es enferma.
- En la anorexia siempre hay adelgazamiento severo, y por tanto el Índice de Masa Corporal de Quetelet (1) es inferior a 17,5. Los medios de regulación tienen como objetivo principal adelgazar. En las mujeres pospuberales (que ya menstrúan) hay amenorrea (sus menstruaciones solo aparecen con tratamientos hormonales). Pueden aparecer episodios de atracones. La persona no suele reconocer que su conducta es enferma y son sus familiares y allegados los que así lo consideran.

Los criterios para el diagnóstico de ambas enfermedades son descritos en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana - APA) y en la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades elaborada por la Organización Mundial de la Salud – OMS).

Estas enfermedades se caracterizan por un conjunto de aspectos biológicos, psíquicos y sociales, han sido propiciadas por una historia de sucesos también biológicos, psíquicos y sociales y mantienen su presencia una serie de condiciones bio-psico-sociales. Aunque hay características comunes, cada persona presenta una situación concreta que es necesario especificar. Además, sus síntomas pueden confundirse con los de otras enfermedades, tales como tumores cerebrales, neoplasias ocultas o inmunodeficiencia adquirida. Por todo ello es necesario que el diagnóstico sea establecido por profesionales de la salud, tanto los que se ocupan predominantemente del aspecto biológico (especialistas de digestivo, endocrinos y de nutrición) como los dedicados al aspecto psíquico y social (psiquiatras, psicólogos clínicos).

Generalmente la mayoría de los casos de trastornos de la conducta alimentaria tienen en su historia un sistema familiar en el cual las relaciones eran aparentemente armoniosas ocultando los conflictos de lucha de poder entre los padres. Además la figura cuidadora primordial (progenitores, abuelas, tíos) había sido muy negligente o muy sobreprotectora en la alimentación. También existió una relación excesivamente próxima e intensa de los hijos en la relación entre los padres e igualmente hubo un progenitor muy invasivo en la vida de los demás y el otro que no defendió el terreno de los miembros de la familia.

En relación con todo ello la hija o el hijo pudieron constatar que lo relativo a la comida era un instrumento para poder influir en la situación, complaciendo o rebelándose ante la expectativa familiar explícita (expresada verbalmente) o tácita (expresada con tonos de voz, gestos y posturas). Dicha expectativa pudo ser de comer y estar “fuerte y con salud” (que es en ocasiones la forma popular de llamar a la obesidad), o de no comer y “llevar una vida saludable” (que a veces es el modo aparentemente culto de llamar a la delgadez).

Por la legítima preocupación de los progenitores por los problemas alimentarios, pudo añadirse la intervención de un profesional que, en su realmente honesto afán de ayudar, prescribió un programa (alimenticio y de actividad) para perder o ganar peso, que tuvo desgraciadamente el efecto principal de reforzar la experiencia del hijo o la hija de que la actividad de la comida era una poderosa herramienta para actuar sobre la familia.

En el caso de la anorexia, surge también como factor influyente el modelo sociocultural del aspecto corporal considerado como atractivo, divulgado por los medios de comunicación y ratificado en las conversaciones y conductas de la mayoría de los ciudadanos. A esto frecuentemente se suman los rasgos que suele tener la persona afectada en cuanto a obstinación, deseo de perfeccionismo, conciencia de deber utilizar productivamente el tiempo y afán de tener un estricto autocontrol físico, emocional y comportamental, que se pueden haber ido forjando a lo largo de la infancia como resultado de la interacción de la niña o el niño con el entorno familiar y escolar.

En el tratamiento de la anorexia el obstáculo fundamental es que la persona no suele considerar que está enferma. Entre la persona afectada y su entorno (allegados y profesionales de la salud) recurrentemente se debate sobre si está enferma o no, “regateando” sobre el reconocimiento de los síntomas, llegando a un aparente acuerdo, que la mayoría de las veces es para evitarse la presión social, manteniendo en secreto su convencimiento de estar sana. Esto implica que al cabo de un tiempo vuelva a surgir el debate y el “regateo”, que el profesional de la salud sea considerado más un adversario que un colaborador y que las actuaciones prescritas sean insuficientemente cumplidas.

Otro obstáculo importante en la terapia de la anorexia y también de la bulimia es la natural dificultad que tiene la pareja, la familia y las amistades en comprender que en bastantes ocasiones involuntariamente refuerzan la conducta alimentaria trastornada, sea con su ejemplo en lo referente a alimentarse, con su insistencia no aplicada técnicamente o con su complacencia para evitar conflictos. Incluso a veces un profesional de la salud que enfoca los trastornos alimentarios de una manera reduccionista, prescribe un fármaco, una dieta o una intervención quirúrgica que a largo plazo refuerzan aún más la enfermedad.

Los trastornos de la conducta alimentaria sin tratamiento suelen durar toda la vida de la persona, que en algunos casos de anorexia puede ser muy corta. Con tratamiento hay notable variabilidad, puesto que hay personas que se recuperan totalmente tras un único periodo de haber sufrido la enfermedad, otras tienen episodios recurrentes cada cierto tiempo (años o meses) y otras necesitan tratamiento continuado para frenar el deterioro progresivo.

En el caso de la bulimia, es signo de curación del episodio y de buen pronóstico que haya pasado un año sin que surjan los síntomas característicos descritos anteriormente. El considerar no engordar como única prueba de curación es erróneo, puesto que la bulimia es un trastorno de conducta, no del peso.

En la anorexia puede considerarse curado el episodio y buen pronóstico cuando durante un año no han surgido las conductas alteradas, se ha recuperado un valor superior a 18 en el Índice de Masa Corporal de Quetelet y, en las mujeres no menopáusicas, han vuelto a aparecer las menstruaciones espontáneas. Si la menstruación continúa teniendo que ser provocada artificialmente, salvo que haya algún otro tipo de disfunción hormonal que lo explique, es claro signo de no remisión de la anorexia, a pesar del aumento de peso, puesto que la anorexia no es un trastorno del peso, sino de conducta.

Por el riesgo de recaídas tanto en la bulimia como en la anorexia conviene la supervisión periódica (trimestral al principio, luego semestral y después anual) para evaluación y refuerzo de los modos corporales, emocionales, cognitivos, conductuales y relacionales sanos que la persona ha desarrollado para modificar el trastorno alimentario.

A las personas afectadas les recuerdo que tienen derecho a permitirse gozar con su cuerpo manteniendo el bienestar y a utilizar a los profesionales de salud para aprender nuevas formas de hacerlo. A la pareja, familiares y amigos les sugiero que respeten ese derecho y les faciliten los medios para ejercerlo.

Enero 2007

Mariano Bucero
Psicólogo especializado en Psicología Clínica

(1) El Índice de Masa Corporal de Quetelet se calcula del siguiente modo: $\frac{\text{Peso en Kg.}}{\text{Altura en m.} \times \text{Altura en m.}}$

Por ejemplo: si el peso son 55 kg y 800 gr. y la altura son 167 cm. el cálculo se haría del siguiente modo:

$$\frac{55,8}{1,67 \times 1,67} = 20$$