

Los aspectos médicos en el abordaje de los trastornos del comportamiento alimentario

Carmen Ponce de León Hernández
Psiquiatra. Hospital Universitario de San Carlos

Quando en medicina hablamos de enfermedades nos referimos a fenómenos que suponen para quien las padece dolor, incapacidad o riesgo de perder la vida. Las enfermedades tienen unas causas, unos síntomas y unos signos, una evolución y un tratamiento. El que se disponga o no de respuesta desde la terapéutica, es decir, el que se pueda ofrecer alivio o devolución de la salud al enfermo depende de hasta qué punto la patología ha sido estudiada en sus diferentes aspectos. del nivel de conocimiento existente sobre el proceso. El hallazgo de tratamientos eficaces tiene relación: 1º con el tiempo transcurrido desde que la medicina define un fenómeno como enfermedad y comienza por tanto a ocuparse de su estudio; 2º con la mayor o menor complejidad del trastorno y 3º con los esfuerzos que realizan clínicos e investigadores para observarlo en su conjunto y dilucidar los elementos esenciales que lo componen. El que un gran número de enfermos pueda beneficiarse del tratamiento disponible depende sobre todo de lo adecuado de la comunicación entre la población afectada y los profesionales de la salud. A pocas enfermedades se ha dedicado tanta atención por parte de los diferentes estamentos sociales como a los TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA). En la última década sólo el SIDA ha superado a estas patologías en cuanto a número de menciones en los medios de comunicación de masas y consiguiente alarma social. Sin embargo, la proporción de pacientes que acceden a tratamiento médico es escasa. A lo largo de nuestra exposición reflexionaremos sobre los aspectos médicos que inciden en el desarrollo de estas patologías y sobre las barreras que existen entre las personas que las padecen y los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria; Anorexia; Bulimia; Tratamiento médico.

1. Alimentación y salud en nuestra cultura

Estar a dieta

Vivimos en una sociedad que tiende a considerar «dieta sana» a una alimentación baja en calorías y «cuerpo sano» al carente de panículo adiposo. Ciertos fenómenos socioeconómicos se encuentran en la base de los cambios del comportamiento alimentario y de la actitud hacia el cuerpo en Occidente: de un lado el crecimiento y diversificación de la industria alimentaria, de otro el auge del comercio del adelgazamiento. La convergencia de ambos con los cambios hacia regímenes de vida y formas de trabajo más sedentarios y menos respetuosos con los ritmos biológicos, exigen al individuo una serie de esfuerzos adaptativos que en ocasiones conducen

al deterioro de los hábitos alimentarios y abren nuevas vías para la inadaptación.

Una de estas vías, acaso la más relevante para las patologías que aquí estamos tratando, es la divulgación de la idea de que estar "a régimen" es una manera de mejorar el estado de salud.

Efectivamente, la restricción de alimentos es necesaria para el control de ciertas patologías, como la hipertensión o la diabetes, pero es inútil y nociva para aquellos que no presentan esas enfermedades, del mismo modo que el tomar antibióticos empeora la salud de cualquier individuo libre de infecciones.

La creencia de que la grasa es una sustancia superflua cuya acumulación está directamente relacionada con el riesgo de padecer enfermedades procede de la generalización de ciertos hallazgos procedentes del campo de la prevención de la enfermedad coronaria y merece ser contestada desde una perspectiva sanitaria general.

Los riesgos que para la salud tiene el sobrepeso se han exagerado hasta el dramatismo, desestimando el que, para muchos individuos, una obesidad moderada puede ser el estado natural, máxime cuando hoy los estudios genéticos apoyan la hipótesis de la heredabilidad del volumen corporal.

El depósito adiposo no es un tejido pasivo sino que interviene en funciones cruciales para el organismo.

Si partimos de la fisiología femenina, la grasa corporal es necesaria para la adecuada síntesis de hormonas, que, además de capacitar a la mujer para la reproducción, la protegen de enfermedades coronarias y osteoporosis y poseen un papel nada secundario en la regulación de estados emocionales y conductas instintivas.

Alimentación y adolescencia

Los cambios puberales marcan la diferenciación entre el organismo del hombre y el de la mujer. Los chicos, al llegar a la pubertad, comienzan a producir mayores cantidades de hormonas masculinas que propician un gran desarrollo muscular. Un joven de 19 años consume aproximadamente un 20% más de alimento que un niño de 10 años, pero no engorda de forma proporcional porque esas calorías se invierten en la energía que precisa su aparato muscular. Por el contrario, cuando las chicas llegan a la pubertad, su crecimiento se interrumpe y requiere menos aporte energético. A pesar de que en condiciones normales, una joven de 19 años come cerca de un 12% menos de lo que comía a los 10 años, sus reservas grasas aumentan. Mientras la proporción de grasa corporal es similar en niños y niñas, en la etapa puberal es de aproximadamente 15% versus 28%.

Esa reducción de la ingesta alimentaria que se produce en las adolescentes es un fenómeno espontáneo, como lo es el aumento de grasa corporal. Se encuentra genéticamente determinado y se regula a través de mecanismos fisiológicos complejos, cuyo funcionamiento sólo podemos modificar levemente si no queremos alterar el estado de salud. En ellos confluyen una serie de funciones de cuya integración armónica dependen el bienestar y el desarrollo del individuo. Esas son algunas de las razones por las que los regímenes adelgazantes son especialmente peligrosos a esas edades.

Los cambios hormonales de la pubertad, además de regular la localización de los depósitos grasos en áreas concretas del organismo, requieren en las mujeres de un predominio del tejido adiposo sobre el muscular para iniciarse y seguir produciéndose de forma armónica.

Nuestra sociedad tiende a rendir un culto al músculo que excede lo razonable. La universalización de las prácticas deportivas en la adolescencia es otro fenómeno al que se atribuye parte de la responsabilidad de la extensión endémica de los trastornos de la conducta alimentaria y patologías relacionadas, sobre todo cuando —en una etapa del desarrollo en que la necesidad de **integrar satisfacciones y conocimientos** es crucial— el ejercicio físico sustituye su valor lúdico por un matiz obligatorio o de rendimiento. Desde una perspectiva médica, es necesario advertir al ciudadano de que la mayor parte de las actividades saludables son potencialmente peligrosas si se practican con exceso, sin considerar que esas conductas frecuentemente desplazan a otras más gratificantes y convenientes como la conversación, el descanso o la lectura.

Alimentación sana

No obstante lo anteriormente expuesto, son muchos los individuos que practican formas de alimentarse saludables y gratificantes, que dedican a la comida un tiempo de descanso y de reunión, defendiendo la mesa como un espacio de comunicación y la comida como un bien que aporta placer y salud.

¿Cuáles son las corrientes sociales que se oponen a esta costumbre tan arraigada hasta ahora en la cultura mediterránea?

Por destacar sólo algunas, citaremos:

1. En primer lugar, la tendencia a separar en la comida los aspectos placenteros de los saludables o convenientes. La idea de que la dieta sana es la baja en calorías y en sabor, la condena de lo «rico», que se convierte en dañino o peligroso.
2. En segundo lugar, los horarios laborales y las grandes distancias que separan la vivienda del trabajo o de la escuela hacen difícil el disponer de un tiempo para dedicar tranquilamente al acto de comer.

3. Fenómenos como la oferta televisiva, los rigores del mundo académico y profesional, la presencia cada vez más frecuente del ordenador en la casa, roban tiempo y espacio a la reflexión y al diálogo, propiciando el que ciertos valores sean asumidos o rechazados de forma acrítica.

En el acto de comer los elementos biológicos y psicológicos del individuo se entretajan con los elementos naturales y culturales del ambiente. Si hablamos de salud y de alimentación debemos intentar adecuar la definición de una alimentación saludable a la concepción actual de salud: "aquél estado de bienestar físico, psíquico y social". Renunciamos a describir la normalidad alimentaria si no es de forma transitoria y flexible, ya que partimos de la idea de que el comportamiento alimentario se encuentra en pleno cambio histórico en la cultura a la que pertenecemos. Tómese la definición que figura en la *tabla 1* como el menos insatisfactorio de nuestros esfuerzos. Antes de que la situación del individuo requiera atención médica, otros posibles agentes de salud –cómo los amigos, la familia o el colegio– pueden favorecer una prevención o, al menos reducir el impacto que los fenómenos que hemos comentado tienen en las mujeres adolescentes, fundamental grupo de riesgo de los TCA.

NORMALIDAD ALIMENTARIA

- El alimento, fuente de energía y de placer.
- La ingesta, espacio y tiempo para la comunicación

Tabla 1

2. ACTUALIDAD SOCIAL de los Trastornos del Comportamiento Alimentario

Aunque la anorexia y bulimia nerviosas son enfermedades que pueden afectar a chicos y hombres adultos, a niños prepuberales, a mujeres adultas y a ancianas, son predominantemente una patología de chicas adolescentes y mujeres jóvenes.

La mayor prevalencia en mujeres ha sido atribuida a factores sociales, ya que ellas se sienten más juzgadas por su apariencia que los varones. El cuerpo femenino como imagen a calificar, como objeto que puede recibir diferentes grados de valoración según la forma y el tamaño de sus segmentos, no ha cambiado a lo largo de la historia, aunque sí lo hayan hecho los cánones con los que se ha medido.

La flexibilización de las normas morales que condenaban la exhibición del cuerpo femenino se ha acompañado de una proliferación de normas estéticas, cuyo rigor favorece el que la relación de la mujer con su propio cuerpo se vea matizada por sentimientos de vergüenza.

La moda de los cuerpos femeninos esbeltos ha coincidido con las tres mayores epidemias de ANOREXIA NERVIOSA de que se tiene noticia a través de la revisión de la literatura médica:

- 1870 y 1880
- Los años 20
- Desde 1960

Esta última epidemia coincide además con una etapa histórica en la que la sociedad demanda de las mujeres la posesión de una serie de valores que colisionan entre sí, el desempeño de un conjunto de roles contradictorios o, al menos difícilmente compatibles, que podemos resumir en dos áreas de máximo interés en nuestro tiempo:

- El mantenimiento de los vínculos que priman la estabilidad individual y grupal.
- La conquista de estructuras que propicien la supervivencia futura.

El margen de libertad que la cultura de final de siglo consiente a la mujer se estrecha en una etapa como la pubertad en la que las adolescentes deben adaptarse a una serie de cambios corporales especialmente bruscos y contrarios a las rígidas normas estéticas actuales, al mismo tiempo que sufren la presión de un contexto social que les demanda el sometimiento a los valores adultos.

En décadas anteriores el paso a la madurez venía marcado en los hombres por el acceso al mundo del trabajo y en las mujeres por el desempeño del rol sexual, antesala y preparación de la

maternidad. Los cambios del mercado laboral han propiciado el que los varones transiten lentamente por el camino hacia la edad adulta, mientras que se propicia en las mujeres una rápida asunción de responsabilidades de autocuidado e interacción. En los años 90, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han erigido en foco de curiosidad y alarma social. En los medios de comunicación, junto a reportajes que nos hablan de estas enfermedades como de una de las plagas del siglo XX, aparecen noticias acerca de la vida íntima o profesional de mujeres famosas y envidiadas –modelos, cantantes, actrices o princesas– que padecen anorexia o bulimia nerviosa y en la página contigua encontramos anuncios de dietas, maniobras y productos que *permiten* a las mujeres adelgazar más y más. Estudios realizados en nuestro país han demostrado que los datos sociodemográficos del sector en que mayor impacto tiene la publicidad proadelgazamiento coincide exactamente con el de mayor prevalencia de TCA: población femenina de entre 14 y 24 años, con residencia en ciudades de más de 50.000 habitantes.

En efecto, más de la mitad de esa población se confiesa interesada por publicaciones relativas al peso y al adelgazamiento. Un porcentaje igual sigue con atención la publicidad de productos adelgazantes en televisión, revistas y farmacias. El 35% se encuentra «a dieta» y un 45% realizan ejercicio físico para reducir volumen corporal y aumentar musculatura.

Además, la mayoría de ellas admite juzgar a las personas fijándose en si están o no gordas y suelen conversar sobre regímenes, calorías, peso, etc.

La reflexión inmediatamente suscitada por el repaso de estos datos es que las diferencias entre población femenina adolescente sana y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es en la actualidad más cuantitativa que cualitativa. Estos hechos, unidos a ciertos hallazgos de investigación, han conducido a los expertos a proponer otros nombres para designar a este conjunto de síndromes, entre ellos «Enfermedades de la delgadez» y «Trastornos de la dieta», para, mediante esta denominación, alertar al ciudadano sobre el riesgo que puede suponer el someterse a una conducta tan extendida como es el «*régimen para adelgazar*».

En nuestro contexto social, el espectro de conductas alimentarias se dilata, desde la cada vez más infrecuente normalidad (el alimento, fuente de energía y placer; la hora de comer, espacio y tiempo de comunicación con los familiares y amigos) hasta el polo en que se colocarían las muertes por TCA, conteniendo en su trayecto una gradación de sufrimiento e incapacidad.

3. Actualidad médica de anorexia y bulimia nerviosas

Las modificaciones de la conducta ingestiva y el adelgazamiento se ven propiciados en un contexto social en que la delgadez es deseable, colmando así –al menos inicialmente– las necesidades de aprobación del adolescente y alimentando su autoestima. Además, esas desviaciones comportamentales son capaces de inducir cambios (matizados por la carga genética, la edad, el sexo y el correspondiente estado psicológico y hormonal del sujeto) en ciertos mecanismos nerviosos que regulan el apetito y la conducta alimentaria.

De ese modo, elementos sociales e individuales, culturales y biológicos inician y perpetúan un proceso que se concreta en una manera de conducirse caracterizada por su alto poder para originar alteraciones neurobiológicas y ambientales.

Una vez que el sujeto se entrega a la consecución o al mantenimiento de un peso bajo, nos encontramos ante una situación humana de pérdida de la capacidad para participar íntegramente de una función que sus iguales desarrollan espontáneamente de forma episódica, cotidiana y regular.

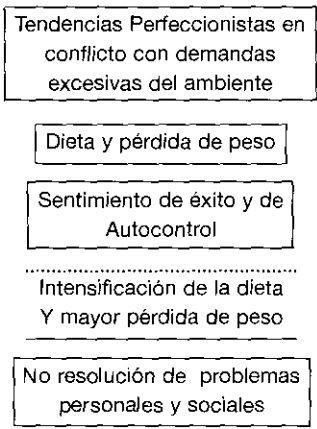
Definimos los dos fundamentales trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia nerviosas como la **restricción de alimentos y/o disregulación ingestiva en un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por la adquisición de delgadez, el mantenimiento de un peso bajo o el control sobre la ingesta.**

Si intentamos describir aquello que es común a todos los pacientes, diremos que el acto de comer

supone para ellos una lucha entre la voluntad y el deseo.

El enemigo es el **hambre**, una tendencia tan poderosa que se encuentra en la base de la supervivencia, una sensación tan frecuente que debemos dedicar a saciarla varios periodos de tiempo a lo largo de cada uno de nuestros días. La victoria no puede ser definitiva, porque el enemigo acecha incansablemente y tampoco completa, porque el ayuno nunca es total en el caso de los sujetos que lo logran y los deseos de comer no siempre resultan superables.

El empeño y la dedicación que exige esa guerra cotidiana conduce inevitablemente al individuo a abandonar o interrumpir otras actividades. Todo queda aplazado y supeditado al logro de delgadez:



Aunque existen diferencias en las medidas epidemiológicas realizadas, sabemos que una o dos de cada cien mujeres adolescentes de los países desarrollados presentan uno u otro trastorno de la conducta alimentaria y que la BULIMIA NERVIOSA supera probablemente con creces esas cifras y está comenzando a ser considerada uno de los más graves problemas de salud pública. Este aspecto del problema es fundamental, pero también lo es su impacto: un trastorno de la alimentación produce sufrimiento no sólo al paciente, también a su familia, amigos, compañeros, etc. Además interfiere con todas las facetas de la vida del enfermo (personal, emocional, social, sexual, laboral) y de la de sus familiares.

En el siglo XIX se decía en el lenguaje médico que la sífilis era la **gran simuladora**, porque los

pacientes solicitaban ayuda de una serie de especialistas distintos que con demasiada frecuencia erraban en el diagnóstico. Deambulaban de médico en médico, recurrían a curanderos, se sometían a tratamientos ineficaces sin obtener un alivio definitivo. A este fenómeno contribuían:

1. Elementos propios de la propia infección, que se comporta como una enfermedad multisistémica, produciendo síntomas que afectan a distintas localizaciones según el momento evolutivo.
2. Factores sociales, ya que el padecimiento era revestido por la ideología de la época de una condena moral que conducía a la ocultación de algunas de sus manifestaciones y enrarecía la relación médico-paciente. Entre profesionales sanitarios y enfermos se alzaban una serie de barreras emocionales (sentimientos de escrúpulo y vergüenza), que interferían el necesario intercambio de información.

En el siglo XX, anorexia y bulimia nerviosa son patologías frecuentemente clandestinas. Los pacientes suelen creer que sus dificultades para regular la alimentación proceden de una falta de "fuerza de voluntad" o se sienten avergonzados de sus purgas o atomorizados de que les arrebatan la delgadez que con tanto esfuerzo conservan. Mientras tanto se mantienen en la ignorancia de que el conjunto de su situación personal corresponde a una enfermedad que les esclaviza y contra la que es inútil luchar sin ayuda. Cuando van al médico, las consecuencias de la malnutrición constituyen los aspectos fundamentales del cuadro clínico en la anorexia nerviosa y las complicaciones a que dan lugar los vómitos y el abuso de laxantes o diuréticos determinan el estado de enfermedad física de los pacientes bulímicos. Pero no existe ningún análisis a prueba objetiva que permita al facultativo descartar o confirmar un TCA. Los hallazgos de la exploración física o bioquímica son orientativos, pero variables. Ello, unido a la actitud de los pacientes, que tienden a manifestar quejas de sufrimiento somático o psíquico, pero evitan describir ante el médico su desorden conductual, reduce la capacidad diagnóstica del profesional.

Sólo la mitad de los pacientes anoréxicos y algo más de la décima parte de los bulímicos que acuden a la consulta del médico general son diagnosticados.

El profesional se ve impotente ante el sujeto desnutrido que niega el deseo de estar delgado o ante el bulímico que consulta por síntomas gastrointestinales, pero oculta las conductas que los inducen.

Entre médicos y pacientes se elevan una serie de obstáculos ideológicos que convierten a los TCA en los "grandes simuladores" del siglo XX. A diferencia de lo que ocurría hace cien años, las barreras en la comunicación se relacionan con un exceso de tópicos acerca de la alimentación y la imagen corporal que contrasta con una desinformación acerca de lo esencial:

1. Que la dieta sana es la que no prescinde de ningún alimento ni regatea las cantidades.
2. Que la alimentación adecuada debe estar presidida por la espontaneidad y la satisfacción.
3. Que los regímenes adelgazantes son ineficaces (a largo plazo) en todas las edades, pero peligrosos durante la adolescencia.
4. Que los TCA no son caprichos de la moda ni problemas de la voluntad, sino enfermedades con tendencia a la cronicidad y altas tasas de mortalidad (actualmente se estima que un 18% de pacientes mueren por complicaciones físicas de la enfermedad o por suicidio).
5. Que un trastorno de la alimentación produce sufrimiento no sólo al paciente, también a su familia, amigos, compañeros, etc. Además interfiere con todas las facetas de la vida del enfermo (personal, emocional, social, sexual, laboral) y de la de sus familiares. Ese sufrimiento y esa interferencia tienden a persistir durante años.

Por la prensa médica y por la historia, sabemos que estas enfermedades han existido siempre, pero lo que resulta curioso es que el avance de la medicina de los últimos tiempos parece haber corrido paralelo a la extensión de ambos trastornos del comportamiento.

Aquí hemos apuntado algunos de los elementos sociales que brindan el contexto en que se expresan los aspectos médicos de los Trastornos

del Comportamiento Alimentario para iniciar posteriormente una reflexión acerca de las contradicciones de la propia medicina que pueden, si no contribuir al abordaje inadecuado de la alimentación que se realiza hoy en nuestra sociedad, al menos dificultar una prevención y tratamiento suficientemente vigorosos y eficaces de estos problemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- CERVERA, S. y GUAL, P. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en: *Psiquiatría en Atención Primaria*. Ed.: José Luis Vázquez Barquero. Biblioteca Aula Médica. Madrid, 1998: 389-405.
- CONNAN, F. and TREASURE, J.L. Stress, Eating and Neurobiology en: *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. Wiley. West Sussex. England. 1998.
- FICHTER, M.M., HERPETZ, S., QUADFLIEG, N. and HERPETZ-DAHLMANN, B. Structured Interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10: Update Revision. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 3, 227-251. 1998.
- HOEK, H.W., BARTELD, A.I.M., BOSVELD, J.J.F., VAN DER GRAAF, Y., LIMPELS, V.E.L., MAIWALD, M. and SPAAIJ, C.J.K. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1272-1278. 1995.
- MORANDÉ LEVIN, G. *Anorexia Nerviosa: Un peligro*. Temas de Hoy. Madrid, 1995.
- PONCE DE LEÓN HERNÁNDEZ, C. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Libro del año. Psiquiatría*. Saned. Madrid. 1995.
- SORIA, P. Abordaje nutricional en los Trastornos del comportamiento alimentario. *Medicine. Nutrición. Idepsa*.
- TORO, J., y CANTÓ T.J. *Anorexia Nerviosa*. MTA-Medicina Interna, 15 (4):151-180.1997.
- TURÓN GIL, V.J. *Trastornos de la Alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Masson. Barcelona. 1998.
- VAZ, F.J. *Outcome of bulimia nervosa: prognostic indicators*. Journal of Psychosomatic Research, 45: 391-400.