

TEMA DEL MES

Anorexia y bulimia

Presentamos este mes un tema especialmente complejo, tanto en sí mismo –eso es lo que oímos reiteradamente a los diferentes especialistas en él- como por la distancia con que desde los profesionales de la enseñanza suelen observar este fenómeno. Aun así, entendemos que esa distancia puede ser inversamente proporcional al interés que puede suscitar. Efectivamente, las trabajadoras y trabajadores de la enseñanza, sobre todo quienes imparten la docencia en los niveles medios de edad, con adolescentes, tienen ante sí, en múltiples ocasiones, a estudiantes –chicos, pero sobre todo chicas- con problemas derivados de trastornos en el comportamiento alimentario –TCA- y siempre, la posibilidad de ofrecer un apoyo, un consejo... una actitud educativa que evite estos problemas y que genere unos comportamientos saludables.

Con las colaboraciones del Tema del Mes pretendemos acercar a los centros escolares y a los profesionales que trabajan en ellos una serie de datos y reflexiones que permitan una aproximación mínima y que motiven a su tratamiento en las aulas.

Carmen Heredero
Secretaria de la Mujer FE CC.OO.

Trastornos de conducta alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria de origen psíquico, anorexia y bulimia nerviosa básicamente, y en menor medida la pica, el trastorno por atracones y los aspectos psiquiátricos de la obesidad, tienen un particular interés sociosanitario por múltiples razones. Sin duda la más importante de todas es que se trata de cuadros muy graves, con serias complicaciones somatopsíquicas e incluso con posibilidad de muerte

Dr. Alfonso Chinchilla Moreno
Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)

Estas dolencias se diagnostican mal y tardíamente, tienen difíciles, largos y complejos tratamientos y no se dispone de suficientes medios y expertos.

Otra de las características de estas enfermedades es que aparecen en personas muy jóvenes –muchas de las cuales “quedarán muy truncadas”, al menos transitoriamente-, raramente antes de los 11 a 12 años o después de los 25 años.

Pero una de las peculiaridades de la anorexia y la bulimia es que están asociadas al significado social y personal del cuerpo como distinguo y competencia, así como con los hábitos y costumbres alimentarios y con la influencia de los medios dirigidos al culto -cuando no manipulación- del cuerpo sobre determinados modelos de estilos de vida, delgado sobre todo.

Aunque no se conoce del todo la etiología o causas últimas de dichos trastornos, se acepta la influencia de factores biológicos, psicológico personales y socioambientales y de costumbres alimentarias en su génesis.

Por último, hay que destacar la gran alarma social que conllevan las cifras de incidencia y prevalencia crecientes de la anorexia y la bulimia, hasta niveles de auténtica epidemia en las sociedades occidentales en las últimas décadas, en las que se han duplicado las tasas para la anorexia nerviosa y quintuplicado para la bulimia nerviosa, aunque estas cifras sean controvertidas o al menos discutibles.^{1/2}.

La cuestión se complica si se tiene en cuenta la muy deficitaria información o psicoeducación desde tempranas edades sobre hábitos alimentarios en el ámbito familiar, escolar e incluso a nivel de atención médica primaria, ya que esta desinformación repercute en la elaboración de los diagnósticos.

Como, además, en esta sociedad de consumo el culto al cuerpo va en aumento, en perjuicio de otros valores personales, no es de extrañar que se vea bien que una hija o un hijo -en porcentajes elevados algo “gorditos previamente” al inicio de la enfermedad- pierda peso “voluntariamente” porque está algo llenito, sin pensar en la posibilidad que en esta decisión subyace una patología, de modo que cuando reparan en la gravedad del problema, casi siempre por casualidad, los afectados presentan un cuadro clínico en estado muy avanzado, que dificulta el tratamiento de la enfermedad.

De una forma sencilla y práctica debemos definir conceptualmente lo que entendemos por estos trastornos. Así, la anorexia nerviosa se podría definir como la preocupación obsesiva por tener un cuerpo delgado recurriendo a todo tipo de medios de manipulación alimentaria y corporal, seleccionando, restringiendo, tirando, escondiendo o evitando los alimentos, provocándose el vómito o usando laxantes o diuréticos por una parte, o bien haciendo un ejercicio físico desmesurado. Todo ello sin conciencia de enfermedad y ocultando estas conductas o minimizándolas.

Estas conductas derivan del miedo absurdo y obsesivo de las personas afectadas a estar gordas, una obsesión que las mantiene atrapadas absurdamente, al principio con un aparente autocontrol hasta que, posteriormente, la obsesión por la delgadez les lleva a exponerse múltiples riesgos como consecuencias de la manipulación alimentaria, de las importantes pérdidas de peso, la amenorrea en las mujeres, aumento de tensión arterial y pulsos bajos, mareos, hipotermia. Más aún, si la pérdida de peso es continuada puede desembocar en la muerte del paciente.

Hay que destacar la gran alarma social que conllevan las cifras de incidencia de la anorexia y la bulimia

Las personas afectadas por estos trastornos no tienen conciencia de enfermedad; mienten sobre dichas conductas, se resisten a ser tratadas, adoptando además conductas ambivalentes de aceptación y rechazo de la familia sobre todo cuando ésta se alarma por la situación somatopsíquica de la paciente en cuestión. Se ven gordas aunque estén sumamente demacradas, se sacian con mínimas ingestas, y en cierto modo sólo viven para controlar el peso, la comida y el peso, pudiendo llegar a pérdidas por encima del 30-40% del peso previo.

El cuadro clínico suele comenzar en jóvenes, chicas sobre todo, en una proporción de 9-10 chicas por 1-2 chicos, con cierto sobrepeso y como resultado de los comentarios peyorativos

o descalificadores sobre su figura. Son más frecuente en ciertas profesiones en las que se subraya el valor del cuerpo –bailarinas, gimnastas, actrices, modelos- y que les exigen que estén delgados o en forma.

La edad de aparición suele oscilar de los 14 a 25 años, rara vez en menores de 12 años y mayores de 25 años. El cuadro es parecido tanto en la mujer como en el varón. Los rasgos o matices de personalidad son variados, predominando la psicorrigidez, rendimientos, obsesividad, baja autoestima, la inteligencia, los buenos resultados académicos e incluso en casos de “niñas modelo”..

Es necesaria la psicoeducación sanitaria sobre el significado del cuerpo, hábitos alimentarios, etc., desde edades tempranas

Es importantísimo conocer algunas pistas de índole familiar que orienten sobre el cuadro, tales como la pérdida de peso de origen desconocido; fallo en el crecimiento, retraso de la menarquía; osteoporosis en radiología de rutina; velloosidad; creciente interés por temas gastronómicos, moda y ropa; selectividad de alimentos menos calóricos; tendencia al troceo y desmenuce de los alimentos; tardanza en el tiempo de la ingesta; evitación de algunas comidas con justificaciones banales; tendencia a una mayor hiperactividad de desgaste; desaparecer con frecuencia durante las comidas e ir al baño donde con más frecuencia que antes se oye mucho la cadena del baño; el olor a vómito en el baño; la negativa a aceptar la pérdida progresiva de peso, e incluso con irritación, etc. Aunque se trate de casos aislados, con cierta frecuencia las afectadas pertenecen a grupos de chicas cuya preocupación por la figura y la dieta está a la orden del día.

Una de cada 150-200 chicas entre 12-18 años presenta anorexia nerviosa así como en 30-40 mujeres de entre 15 y 25 años por cada cien mil habitantes.

Cuando el cuadro ya está instaurado, el aspecto de estas pacientes es lo suficientemente orientativo para el diagnóstico.

En cuanto a la bulimia nerviosa, se podría definir como un impulso irresistible a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable. El paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, viéndose incapaz de frenar los episodios de voracidad.

Esa ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-malestar abdominal, sensaciones nauseosas de plenitud, lo que al comienzo de la enfermedad, junto a los frequentísimos sentimientos de culpa y vergüenza, genera depresión y autodesprecio. Para hacer frente a la angustia causada por estos estados de ánimo se provocan el vómito reflejo o voluntario; cuando no consiguen vomitar recurren a laxantes y diuréticos, al ejercicio físico o al ayuno posterior.

Se trata de pacientes en una proporción entre mujeres- hombres de 8-9 frente a 1-2, generalmente tendentes a la obesidad previa, que también ocultan al principio los síntomas. Este trastorno alimentario se suelen dar en edades algo más tardías, cercanas a los 20 años. Al igual que las anoréxicas, es más frecuente en países desarrollados.

Los afectados suelen presentar rasgos de personalidad de colorido más inmaduro, inestable o límite, con muy graves complicaciones en su curso cuando no se tratan, como arritmias cardíacas o desequilibrios hidroelectrolíticos por los vómitos.

La bulimia es propia de la sociedad de la opulencia, donde hay una gran disponibilidad de alimentos, ofertas de comidas basura, se lleva una vida acelerada o sedentaria y existe un

culto al cuerpo. En mujeres jóvenes la prevalencia de la bulimia nerviosa es del 1-3% en edades de 14-20 años, y la incidencia de 4%.

Aquí también el modelo de enfermar es el biológico, psicológico y socioambiental.

No está del todo claro si ambos cuadros, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pertenecen a un mismo espectro de enfermedad.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento es necesaria la formación continuada en atención médica primaria, que suele ser el primer filtro por el que pasan estas pacientes. No es infrecuente que éstas omitan los síntomas o que, al menos en el inicio de la enfermedad, no se encuentren alteraciones en los análisis, lo que dificulta la elaboración de un diagnóstico.

También es necesaria la psicoeducación sanitaria sobre el significado del cuerpo, hábitos alimentarios, etc., desde edades tempranas. Al tratarse de cuadros psiquiátricos deben ser derivados al psiquiatra, superándose los prejuicios sobre las enfermedades psiquiátricas o su posible estigmatización.

Desde la perspectiva terapéutica es muy importante que el diagnóstico sea precoz. El tratamiento de la enfermedad, preferentemente ambulatorio, aunque en casos de gravedad requiera ingreso hospitalario, debe ser dirigido por un psiquiatra en enlace con dietistas, psicólogos, pediatras.

1 A. Chinchilla Moreno. *Trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Ed. Masson, Barcelona, 2003.

2 J. Toro. *El cuerpo como delito*. Ed Ariel Ciencia, Barcelona, 1996

Información y tratamiento

La guía práctica del tratamiento se debe centrar en una información sobre el cuadro al paciente y a la familia y un tratamiento mixto: a) dietético (comer para vivir) y adaptado al momento evolutivo del cuadro y psicoeducación al respecto; b) psicoterapéutico individual y familiar; c) farmacológico sintomático, correctivo y psicofarmacológico, por la psicopatología de los propios cuadros y por la gran coincidencia o comorbilidad de éstos con otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, etc.

Es fundamental que el seguimiento sea inicialmente muy continuado durante los primeros meses, y luego hasta unos tres-cinco años. Además, se orientarán hacia grupos de autoayuda.

Sería deseable que la educación se centre también en la nefasta actuación de los medios de comunicación y su influencia tan negativas en la eclosión de estos cuadros.