

# Trastornos del comportamiento alimentario

**Ignacio Jáuregui Lobera**  
*Psiquiatra y Psicólogo*

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) son trastornos psicológicos que conllevan graves anomalías en la conducta de ingesta. Los más conocidos son: Anorexia y Bulimia Nerviosas. Se trata de unos trastornos con mayor incidencia en mujeres adolescentes y jóvenes, que aparecen en sociedades desarrolladas y que con frecuencia se asocian a grave psicopatología.

En la Anorexia Nerviosa, los datos clínicos más relevantes van a ser la pérdida de peso por reducción voluntaria de la ingesta, un miedo a mantener el peso normal para el sexo, edad y estatura del paciente, importante distorsión de la imagen corporal con ausencia de conciencia de delgadez (esto no siempre es así), amenorrea y en ocasiones retraso en el desarrollo.

La Bulimia Nerviosa se va a caracterizar por la presencia de atracones (desmesurada ingesta de alimentos en corto período de tiempo), sensación de falta de control durante los mismos, mórbida preocupación por la silueta y el peso, y conductas compensatorias variadas entre las que destaca el vómito atoinducido.

Otro problema lo constituye el llamado Trastorno por Sobreingesta, en el que observamos episodios recurrentes de atracón y algunas de las siguientes conductas: ingesta mucho más rápida de lo habitual, ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno, ingesta de gran cantidad aun en ausencia de hambre, ingesta en solitario por sentimiento de vergüenza y sentimientos de culpa posteriores al atracón. Con él, hay además un acusado distrés.

Hoy en día se distinguen dos subtipos en la Anorexia: uno sin atracones ni conductas purgativas (A. N. Restrictiva) y otro con presencia de atracones y purgas (vómitos, uso de laxantes, diuréticos o enemas) conocido como A. N. tipo Compulsivo/Purgativo.

En la Bulimia se aceptan asimismo dos subgrupos: el Purgativo (uso de laxantes, diuréticos o enemas, o bien vómitos autoprovocados)

y el No Purgativo (se recurre a la restricción dietética o al ejercicio excesivo como conductas compensatorias).

Desde el punto de vista epidemiológico, merece la pena recordar que hace diez años, tres de cada 10.000 chicas jóvenes occidentales padecían A. N. Hoy en día la padecen una de cada 100. Ello supone una multiplicación por 30. La proporción hombre/mujer viese a ser 1:10. En cuanto a B. N. la encontramos entre el 1 y 5 % de las personas jóvenes, con una relación hombre/mujer de 1:10.

Por otro lado, las Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria, que es los años 70 recibían un caso nuevo/año, reciben actualmente una media de tres casos nuevos/semana.

Desde el punto de vista etiopatogénico hoy se admite una clara multideterminación tanto en la predisposición como en el inicio y mantenimiento de estos trastornos. Factores biológico-genéticos, psicológicos y sociales (familiares y socioculturales) formarían un complejo entramado en relación al padecimiento de estos problemas.

Por otro lado, la mayor parte de todo lo publicado sobre causas de estos trastornos constituyen hipótesis que NO han sido empíricamente demostradas. Desde luego no se ha identificado una causa concreta y única y no es posible achacar su aparición a un solo factor.

La presencia de estos trastornos en varones tiene algunas consideraciones de interés: en ellos hay más preocupación por la forma corporal que por el peso, y además dicha preocupación atañe más a la parte superior del cuerpo, al contrario que en las chicas. Tras la restricción dietética en los varones no siempre se ve un claro deseo de adelgazar con un fin estético. A veces, «lograr mejores resultados deportivos», «evitar burlas sobre obesidad», «mejorar relaciones homosexuales»... son motivaciones que aparecen en un primer plano. Por otro lado, mientras en los varones con estos trastornos vemos con gran frecuencia «conflictividad sexual», en las chicas suele destacar el «desinterés» (no así en pacientes con Bulimia, en que con frecuencia observamos otros comportamientos).

A la importancia que de por sí tienen estos trastornos, hay que añadir el hecho de la alta frecuencia de comorbilidad encontrada: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, sintomatología obsesivo-compulsiva y alteraciones en la personalidad son datos hallados con mucha frecuencia tanto antes como durante y después de hacer eclosión la alteración alimentaria.

La valoración y tratamiento de estos trastornos debe ser multidisciplinaria. El abordaje estrictamente médico-psiquiátrico a todas luces resulta insuficiente. El psicólogo y el personal de enfermería (entre otros) juegan un papel de primera mano.

El tratamiento puede realizarse en régimen ambulatorio, en «hospitalización» en casa (cuando se dan las adecuadas condiciones para ello) o bien en ingreso hospitalario. Ninguno de los tres contextos excluye a los otros. Se considera que el tratamiento puede durar 2-4 años y en ese tiempo puede que se haya de recurrir a todos los medios tera-

péuticos a nuestro alcance. Los criterios de hospitalización no son meramente médicos (desnutrición, complicaciones derivadas de conductas purgativas...) ni psiquiátricos (tentativa autolítica, comorbilidad grave...). La falta de respuesta al tratamiento ambulatorio, la necesidad de contener el medio familiar a veces desbordado, etc., son criterios más que suficientes para recurrir a la hospitalización.

El tratamiento, sea cual sea el contexto en que se realice, conlleva el control de peso y medicación (si ella es necesaria), la realimentación y educación en hábitos alimentarios, el riguroso control de constantes y el abordaje psicoterapéutico (sea individual o de grupo y preferentemente de orientación cognitivo-conductual). Todo ello siempre en el marco de la familia sin cuyo apoyo y colaboración el tratamiento está ubicado al fracaso.

Con esta perspectiva multiprofesional y con un tratamiento protocolizado, hoy día los resultados son aceptables y el pronóstico no es tan sombrío como en décadas pasadas o incluso ahora cuando se hacen abordajes meramente individuales o por personal insuficientemente preparado en el tema específico que nos ocupa.

Aun así, estos trastornos conllevan una elevada tasa de mortalidad, que con algunas discrepancias entre autores puede señalarse en torno al 5-10 %.

Los mejores resultados obtenidos cuando el tratamiento se hace según las consideraciones anteriores llevan a reflexionar sobre la necesidad de crear Unidades Específicas en donde la clave va a ser la presencia de un personal preparado en el tema y que desarrolle un trabajo en equipo (lo cual no equivale a decir que a un paciente «lo ven» distintos profesionales, sino que hay un auténtico trabajo consensuado, en la misma línea y adecuada y claramente dirigido).

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Blasco, M. P. y Pareja, M. L. (1995), *Trastornos de la conducta alimentaria. Aspectos psicológicos*, Valencia, Promolibro.
2. Buendía, J. (1996), *Psicopatología en niños y adolescentes*, Madrid, Pirámide.
3. Cervera, M. (1996), *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*, Barcelona, Martínez Roca.
4. Cervera, S. y Quintanilla, B. (1995), *Anorexia nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales*, Pamplona, Eunsa.
5. Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996), *Anorexia, bulimia*, Barcelona, Gedisa.
6. Chinchilla, A. (1994), *Anorexia y bulimia nerviosas*, Madrid, Ergón.

7. Chinchilla, A. (1995), *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*, Barcelona, Masson.
8. De Giacomo, P., Renna, C. y Santoni, A. (1992), *Anorexia e bulimia*, Padova, Piccin.
9. Espina, A. y Pumar, B. (eds.) (1996), *Terapia familiar sistémica*, Madrid, Fundamentos.
10. Espina, A., Pumar, B. y Garrido, M. (comp.) (1995), *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*, Valencia, Promolibro.
11. Raish, R. M.<sup>a</sup> (1994), *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*, Madrid, Pirámide.
12. Garrido, M. y Espina, A. (1995), *Terapia familiar*, Madrid, Fundamentos.
13. Gavino, A. (1995), *Problemas de alimentación en el niño*, Madrid, Pirámide.
14. Gordon, R. A. (1994), *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*, Barcelona, Ariel.
15. Herscovici, R. y Bay, L. (1995), *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*, Buenos Aires, Paidós.
16. Ladish, L. C. (1993), *Me siento gorda*, Madrid, Edaf.
17. Morandé, G. (1995), *Un peligro llamado anorexia*, Madrid, Temas de Hoy.
18. Muñoz, M.<sup>a</sup> T., Casas, J., Jáuregui, I., Ceñal, M.<sup>a</sup> J. y López, M.<sup>a</sup> R. (1997), «Los trastornos del comportamiento alimentario: aspectos clínicos, orientaciones terapéuticas y sus implicaciones éticas y legales». *Revista Española de Pediatría*, 53 (2), 172-187.
19. Rodin, J. (1993), *Las trampas del cuerpo*, Barcelona, Paidós.
20. Schmidt, U. y Treasure, J. (1996), *Aprender a comer*, Barcelona, Martínez Roca.
21. Stierlin, H. y Weber, G. (1997), *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?*, Barcelona, Gedisa.
22. Toro, J. (1996), *El cuerpo como delito*, Barcelona, Ariel Ciencia.
23. Toro, J. y Vilardell, E. (1989), *Anorexia nerviosa*, Barcelona, Martínez Roca.
24. Turón, V. J. (1997), *Trastornos de la alimentación*, Barcelona, Masson.
25. Valère, V. (1996), *Diario de una anoréxica*, Barcelona, Plaza y Janés.
26. Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991), *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*, Barcelona, Martínez Roca.
27. Way, K. (1996), *Anorexia nerviosa*, Barcelona, Bellaterra.