

9
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**EL ESTADO DEL ARTE EN LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN MÉXICO: UN ANÁLISIS CRÍTICO**

T E S I N A

Que para obtener el grado de
Licenciada en Psicología

P R E S E N T A :

Renatta Arrazola Lara

Directora de Tesina:
Lic. Yolanda Bernal Álvarez

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México. D.F.

277388

1000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Agradezco a todas aquellas personas que
hicieron posible la culminación de esta meta,
por su apoyo y cariño...*

Gracias.

ÍNDICE

Introducción	1
Objetivos	6
Capítulo 1:La Anorexia	
1.1 Antecedentes	7
1.1.1 Antecedentes Médicos	7
1.1.2 Antecedentes Psicológicos	8
1.2 Definiciones	10
1.2.1 Características de la anorexia	11
1.3 Estudios	11
1.3.1 Perfil del paciente	11
1.3.2 Tratamiento	12
1.3.3 Diagnóstico	12
1.3.4 Grupos Sociales	13
1.4 Causas de la Anorexia	13
1.4.1 Causas afectivo – emocionales	14
1.4.2 Causas familiares	15
1.4.3 Causas socio culturales	16
1.4.4 Anormalidades	17
1.4.5 Causas alrededor del nacimiento	18
1.4.6 Infecciones	18
1.4.7 Causas genéticas	18
1.5 La anorexia en la psicología	19
1.5.1 Factores predisponentes	19
1.5.2 Factores precipitantes	19
1.5.3 Factores de mantenimiento	20
1.6 Conclusiones	20

Capítulo 2: La Bulimia

2.1 Antecedentes	22
2.1.1 Antecedentes Médicos	22
2.1.2 Antecedentes Psicológicos	23
2.2 Definiciones	23
2.2.1 Características de la bulimia	24
2.3 Estudios	25
2.3.1 Imagen corporal	25
2.3.2 Perfil del paciente	26
2.3.3 Tratamiento	27
2.3.4 Diagnóstico	27
2.4 Causas de la Bulimia	29
2.4.1 Causas afectivo – emocionales	29
2.4.2 Causas familiares	29
2.4.3 Causas socio culturales	30
2.5 La bulimia en la psicología	30
2.5.1 Factores predisponentes	31
2.5.2 Factores precipitantes	31
2.5.3 Factores de mantenimiento	32
2.6 Conclusiones	34

Capítulo 3: Comer Compulsivamente

3.1 Antecedentes	35
3.1.1 Antecedentes Médicos	35
3.1.2 Antecedentes Psicológicos	36
3.2 Definiciones	37
3.2.1 Características de los comedores compulsivos	37
3.3 Estudios	38
3.3.1 Perfil del paciente	38
3.3.2 Tratamiento	39
3.3.3 Diagnóstico	40

3.3.4 Grupos Sociales	40
3.4 Causas de los comedores compulsivos	41
3.4.1 Causas afectivo – emocionales	41
3.4.2 Causas familiares	42
3.4.3 Causas genéticas	43
3.5 El comedor compulsivo en la psicología	44
3.5.1 Factores predisponentes	44
3.5.2 Factores precipitantes	45
3.5.3 Factores de mantenimiento	45
3.6 Conclusiones	46

Capítulo 4: Los Trastornos Alimentarios en México

4.1 Anorexia nerviosa	47
4.1.1 Características del paciente	47
4.2 Bulimia	49
4.2.1 Características del paciente	49
4.3 Comer Compulsivamente	52
4.3.1 Características del paciente	53
4.4 Trastornos alimentarios y su relación con aspectos psicológicos	54
4.4.1 Estructura Familiar	54
4.4.2 Autoestima, Autocondenación	55
4.4.3 Comportamiento Autodestructivo	56
4.5 Posibles efectos psicológicos de los trastornos alimentarios en la sociedad mexicana	56
4.6 Tratamientos	58
4.6.1 Tratamiento Médico	59
4.6.2 Psicoterapia Individual	60
4.6.3 Psicoterapia Familiar	62
Conclusiones	64
Bibliografía	67

En nuestra sociedad se está prestando cada vez más atención a la alimentación y a la dieta. Se habla de la importancia de seguir una "dieta sana" entendiendo como tal una dieta baja en calorías, pobre en grasas y azúcares y sin condimentos. Por otra parte se sobrevalora la figura y la delgadez. El estar delgado y tener una figura estilizada se consideran en nuestro medio como valores personales muy positivos. De ahí que con este fin muchos adolescentes, principalmente mujeres, sigan una "dieta" que puede llevarles, en no pocos casos, al desarrollo de conductas alimentarias patológicas.

L. Lasa Aznar y C. Canedo Magariños

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto cómo se ha incrementado la incidencia de los llamados trastornos alimentarios, que comprenden la anorexia nerviosa, la bulimia y el comer compulsivamente.

Al respecto, desde hace ya tres décadas comenzaron a realizarse estudios sobre estos trastornos, principalmente en países industrializados, manteniendo el pensamiento tradicional acerca de que éstos eran característicos de las sociedades en donde la comida se encuentra en abundancia; sin embargo, es posible encontrar en la actualidad desórdenes de este tipo en países como México.

Al llevarse a cabo estos estudios, se ha observado que, aún más que las características de raza y nivel socioeconómico, los factores que más influyen en la aparición y perpetuación de los trastornos alimentarios se refieren a las influencias a las que se encuentra expuesta la sociedad, identificándose éstas como las imágenes corporales establecidas por los medios de comunicación y por el mercantilismo en que se vive constantemente.

El estereotipo de la mujer extremadamente delgada como símbolo de belleza y del hombre absolutamente musculoso como el único atractivo se refleja en toda la población, sin importar su nivel socioeconómico, e impone presiones que pueden derivar en conductas autodestructivas, sobre todo en jóvenes. Por otro lado, la aparición en el mercado de alimentos que excluyen grasas y azúcares, pero que no conservan sus propiedades realmente nutritivas, invita al consumidor a comer sin preocuparse por su peso. Como puede observarse, aquí se refleja una posición totalmente contradictoria, parecen existir mensajes que dicen: "Cuida tu figura pero sigue comiendo, no hay necesidad de que evites los alimentos engordantes, nosotros tenemos la solución..."

Es impactante observar ciertos anuncios televisivos en los que, a manera general, se presentan productos que prometen sustitutos que no engordan, mientras se observa a modelos perfectamente delgados, lo cuál podría llevar a pensar: "Si se encuentra tan delgada ¿Para qué evitar el azúcar?" Dichos mensajes actúan en el individuo como precipitante, al considerar que sólo por consumir ese producto puede, en verdad, obtener la figura que se muestra.

Resulta interesante la consideración de que en cualquier revista popular, fundamentalmente en las femeninas, aparezcan en cada número dietas diferentes prometiendo alcanzar esa figura deseada en poco tiempo.

De esta manera se podrían mencionar una infinidad de ejemplos como los anteriores, con lo que podría concluirse que la población de cualquier país del mundo se encuentra sobre saturada del estereotipo de la delgadez a toda costa. De aquí nace la pregunta ¿Es normal que los trastornos alimentarios se hayan incrementado en los últimos años? Todo parece indicar que sí.

Sin embargo el problema va más a fondo: la sociedad no sólo impone una estereotipo de delgadez, distorsiona la imagen corporal a un grado tal que sólo las personas ubicadas en la rama del modelaje o el deporte pueden llegar a alcanzar ese tipo de figura.

Como se ha podido observar, en el estudio de los trastornos alimentarios se combinan un sinnúmero de factores: los sociales, al estar expuestos continuamente a los estereotipos marcados por la sociedad; los familiares, que buscan la perfección en la figura de los hijos; los emocionales, pues al no alcanzar esta figura se puede llegar a caer a un estado de depresión, frustración constantes en deterioro de la autoimagen y la autoestima.

Así pues, los trastornos alimentarios conjugan no sólo un factor netamente individual, sino que conllevan una serie de alteraciones que son establecidas por un ambiente externo, hostil, en el que la persona, necesariamente, debe mantenerse en el ritmo que le impone el estereotipo social.

En este punto aparece otra causal ambiental: el hedonismo. Es innegable que los tiempos modernos imponen la cultura del placer a toda costa y una de las maneras para conseguirlo es teniendo el cuerpo perfecto que todos puedan admirar y desear. Lo anterior se observa en todos los quehaceres cotidianos, tanto en la familia, la escuela, el deporte y el trabajo. La idea de delgadez se observa hasta en frases como: "flaca, flaca aunque parezca enferma".

Así pues, queda claro que la sociedad contemporánea, en su gran mayoría, impone el estereotipo de la delgadez como un modelo ideal a alcanzar, tomando en cuenta ello, puede entenderse perfectamente la aparición de los trastornos alimentarios, pues en ellos se observa siempre la variable de la distorsión de la imagen corporal, la cual se piensa que debe ser como la aparecida en ese anuncio de televisión, como la de aquella modelo de ropa o la del artista famoso, sin tomar en cuenta las características genéticas propias de la persona que, en la mayoría de los casos, se lo impiden.

Hasta aquí puede comprenderse la aparición de los trastornos de la alimentación, sin embargo ¿En donde radica la importancia de su estudio? Es innegable que estos trastornos, y su repercusión en lo psicológico, presentan una alteración en el individuo que los padece que se refleja en todo su mundo: la familia, amistades y compañeros, de manera que, además de que son ellos mismos los que pueden actuar como agentes precipitantes de estos trastornos, también se convierten en víctimas de la conducta alterada del paciente.

El aumento en la frecuencia de los trastornos alimentarios ha derivado en una gran preocupación tanto de la psicología como de la nutrición. Se ha propuesto que estas alteraciones no tienen un origen único, sino que están implicados varios factores diferentes de origen multicausal, como son:

- Afectivo emocionales
- Familiares
- Socioculturales
- Genéticas

como lo indica Bruce (1996).

Los desórdenes alimentarios están caracterizados por severas alteraciones en la conducta alimentaria. La incidencia de los mismos se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil.

Para contar con una base sólida es importante definir de manera concreta, los trastornos referidos. Así la anorexia nerviosa es reconocida por primera vez por Richard Morton (1689) como la "phtisis nervosa", quien estudió varios casos de una patología que él denominó "Consunción Nerviosa". En 1873¹ el internista inglés William Guil por una parte y el neurólogo francés Ernest Lasègue por otra publicaron sendos artículos sobre una enfermedad que el primero denominó "Anorexia Nerviosa" y el segundo "Anorexia Histérica". Sin existir entre ellos ninguna relación, ambos autores describen una serie de observaciones sobre el cuadro clínico de la enfermedad con tal precisión, que todavía hoy permanecen vigentes. Ambos consideran que se trata de una enfermedad psicógena².

¹ Bergh, Cecilia y Södersten Por. Anorexia Nerviosa: el Descubrimiento de un Trastorno. Lancet 1998 351: 1127-29. Huddinge, Suecia.

² El término *psicógena* se refiere a que el origen de la enfermedad es psicológico.

Consiste en un trastorno que se caracteriza por una considerable pérdida de peso originada por el propio enfermo quien rehusa mantener un peso corporal normal para su talla y edad a través de la restricción voluntaria de la ingesta por un temor fóbico a engordar. Por otra parte el paciente, para conseguir esa disminución ponderal, puede también realizar ejercicio físico excesivo, usar o abusar de laxantes, diuréticos o anorexígenos, y provocarse el vómito.

Existe además una distorsión de la imagen corporal con dismorfobia y un miedo morboso a engordar, sobre todo en la población femenina que se ve mayormente atacada por los estereotipos estéticos que imponen los diferentes anunciantes tanto de ropa como de alimentos bajos en calorías. Para la mayoría de autores este trastorno de la vivencia corporal femenina es el factor nuclear de la Anorexia Nerviosa (AN). Hemos de sospechar un cuadro de anorexia nerviosa ante una mujer joven con amenorrea y bajo peso corporal, preocupada excesivamente por la alimentación y/o con sobreingesta de laxantes.

El término bulimia, por su parte, fue establecido por Russell en 1979 como la descripción de una categoría de pacientes con una tendencia a comer en exceso y que mitigaban los efectos engordantes de la comida a través del vómito auto-inducido o del abuso de laxantes; en 1986 Fairburn y Garner establecieron que la persona bulímica comparte con la anoréxica el mismo temor hacia la gordura, que la lleva a prácticas de evitación y de expulsión, las cuáles caracterizan y constituyen este síndrome.

Por último, el síndrome de comer compulsivamente consiste en la ingesta de una gran cantidad de comida. Al respecto se pueden encontrar las consideraciones de Polivy y Herman (1983), quienes establecieron la teoría de la restricción, o Restraint Theory en inglés, en la cual proponen que la conducta alimentaria de las personas que comen en exceso puede desinhibirse por diferentes condiciones que van desde los estados emocionales, consumo de alcohol, es decir el paciente encuentra cualquier pretexto para seguir comiendo, no importando si esta conducta le causa malestar o no; sin embargo, la primera descripción de este síndrome aparece con Hamburger en 1951, al describirlo como Hyperphagia, caracterizada por "la actitud compulsiva por la comida".

Las personas que presentan dichos trastornos causan sufrimientos y desajustes no sólo a sus personas, sino al núcleo social al que pertenecen, los cuales se traducen en problemas psicológicos como depresión, relaciones interpersonales equivocadas como una introversión exagerada, una autoestima baja o nula, identidad pobre o devaluada y un

total desajuste de la imagen corporal. Es por ello que su estudio se reviste de una importancia primordial, en el que se detecten sus causas y efectos para, con esta información contribuir al abordaje psicológico de un problema que ya se presenta en la sociedad mexicana.

Retomando lo anterior, es indiscutible que estos trastornos son la causa de muchos sufrimientos y desajustes en una gran parte de la población, de la cual la sociedad mexicana no se encuentra exenta, por lo que su estudio y detección se postula como una manera efectiva de combatirlos para contribuir al mejoramiento de la salud e higiene del país.

La presente tesina expondrá los rasgos de cada uno de los tipos de trastornos, sus patrones psicológicos y sus causas, con el fin de conformar un marco en el que se puedan encontrar factores constantes que determinen el porqué de estos desórdenes y que sirvan de marco sustentante para estudios posteriores que ayuden a comprender, controlar y evitar este tipo de desórdenes en la sociedad mexicana.

Lo anterior quedará estructurado en cuatro capítulos: en los tres primeros se analizarán los antecedentes, definiciones, estudios, causas y tratamiento en la psicología de cada uno de los trastornos alimentarios; por su parte, el cuarto capítulo establecerá el comportamiento de dichos trastornos en México, identificando las características del paciente que los padece, su estructura familiar, autoestima y comportamiento, al igual que los posibles efectos psicológicos que pueden llegar a generar y los tratamientos que pueden utilizarse en dichos casos.

En cuanto a los alcances y limitaciones del presente estudio es importante señalar que dentro del desarrollo de la investigación se encontrará con la limitante de las cifras, en el sentido de que en México no se cuentan con estadísticas confiables que expongan el avance de estos trastornos, además de que no existe una conciencia en la población de estas enfermedades, por lo que es difícil describir a exactitud la presencia de dichos desórdenes en el país.

Dichas limitaciones, sin embargo, pueden traducirse en que el alcance de los resultados del presente estudio es enorme, ya que podrá contribuir a sentar las bases para sugerir líneas de investigación que permitan ayudar a la población mexicana.

OBJETIVOS

Dentro del marco anteriormente expuesto, este estudio se basará en los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Describir los estudios realizados en los últimos diez años de los llamados trastornos alimenticios y realizar un análisis crítico desde la psicología, de los factores subjetivos asociados a ellos y de las causas que los originan y sus efectos en la sociedad mexicana actual.

Objetivos Específicos:

- Establecer las características de la anorexia, la bulimia y el síndrome de comer excesivamente.
- Realizar, a partir de los estudios revisados, un análisis de los factores que identifican la personalidad del paciente que presenta algún trastorno alimenticio.
- Realizar un análisis crítico de las posibles causas que originan los trastornos alimentarios en la actualidad.
- Realizar desde la psicología un análisis de la forma en que este tipo de trastornos afectan a la sociedad mexicana.

*"...La hambruna llena el vacío interno,
cuando aprobación proveniente de ti, es lo
que pido. El deseo por la comida se ha ido y
allí te encuentras de nuevo gritando...
siempre negativo... tiempos como éstos son
copados con un martilleo en mi cabeza, y es
urgente salir corriendo y desaparecer..."*

Anónimo.

CAPÍTULO 1

LA ANOREXIA

1.1 Antecedentes

La anorexia es uno de los trastornos alimentarios más estudiados y reconocidos. Sin embargo su importancia no se remite a la actualidad, los antecedentes históricos de este trastorno se remontan muchos siglos atrás, concretamente a la Edad Media, donde los primeros relatos hablan de una enfermedad misteriosa que transformaba a las personas que la padecían y se caracterizaba por la gran pérdida de peso por una dieta de hambre autoimpuesta, lo anterior sucedido durante el siglo XIV.³

Así pues, la anorexia era un trastorno conocido en épocas antiguas. Así se describe en la vida de algunas santas como Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV, o la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina.

1.1.1 Antecedentes Médicos

Las primera descripción clínica de este trastorno es atribuida a Richard Morton en el año 1694, quien estudió varios casos de una patología que denominó "Consumción Nerviosa"; su nombre, anorexia nerviosa, fue establecido por William Gull en forma definitiva en 1874. En su presentación, Gull, destacó su aparición en la adolescencia y principalmente en mujeres.

Como lo indican Cecilia Bergh y Por Södersten⁴, William Gull se percató de que las muchachas juveniles que dejaban de comer voluntariamente no sólo aparecían enflaquecidas sino también inquietas e hipotérmicas. Teniendo en cuenta la demacrada condición física de las pacientes, Gull se sorprendió de su inquietud, que no sólo era difícil de controlar sino que además "parecía ser aceptada por las pacientes".

³ Bergh, Cecilia y Södersten Por. Anorexia Nerviosa: el Descubrimiento de un Trastorno. Lancet 1998 351: 1127-29. Huddinge, Suecia.

⁴ Bergh, Cecilia y Södersten Por. Op Cit.

Aunque sabía que el ayuno extremo voluntario podía ser fatal, Gull aparentemente era capaz de curar a sus pacientes por medio de la reducción de su actividad física y de proporcionar calor externo durante el tratamiento, ya que algunas de ellas se recuperaron de uno a cuatro años; incluso una paciente sumamente enflaquecida se recuperó después de sólo tres meses de tratamiento. Gull avisaba que no se debía "permitir que prosiguiera el proceso de inanición". Gull no encontró ningún trastorno gástrico en la inanición voluntaria y por consiguiente supuso que "... su origen es central y no periférico", y para sugerir la participación del cerebro en lugar del tracto gastrointestinal, llamó a este trastorno anorexia nerviosa, reconocida por sus siglas AN.

A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico

Así en 1914 Simonds, patólogo alemán, describe una paciente caquéctica a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes treinta años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simonds) y anorexia nerviosa.

1.1.2 Antecedentes Psicológicos

La primera descripción de la anorexia, como enfermedad psicógena, fue hecha por Laségue en 1873, quien la calificó de inanición histérica⁵.

A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud describió un caso de anorexia tratado con hipnosis; un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía.

A partir de los años 30, la anorexia nerviosa se ha estudiado principalmente desde el punto de vista psicológico, quedando en el olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino del trastorno. Las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento.

La prevalencia de la anorexia nerviosa está situada entre el 0.5-1%⁶, con una mortalidad terriblemente alarmante, aproximadamente un 10% de los casos⁷. Durante los últimos quince años, los índices de prevalencia para los trastornos de la alimentación parece que

⁵ Mateos-Parra, Ana y Solano-Pinto, Natalia. Trastornos de la Alimentación: Anorexia y Bulimia. Revista Electrónica de Psicología. Vol. 1 No. 1 Julio 1997. Madrid, España.

⁶ Mateos-Parra, Ana y Solano-Pinto, Natalia. Op cit.

⁷ Mateos-Parra, Ana y Solano-Pinto, Natalia. Op Cit.

no han variado ya que la investigación sobre este tema indica que se mantiene constante la tasa de pacientes que son remitidos a especialistas.

Hoy en día, el resultado para los pacientes con anorexia parece haber empeorado en relación con la época de Gull. Así, la posibilidad de recuperación en 10 años es inferior al 50% y el riesgo de fallecimiento en los 10 a 20 años siguientes al inicio del trastorno se sitúa entre el 6 y el 15%. Además, en muchas pacientes este trastorno se hace crónico, con frecuentes recaídas.

Así pues, queda claro que para conformar un marco más real de los antecedentes de la anorexia es importante remontar hacia las conclusiones de Gull, según las cuáles existen dos factores de riesgo básicos en el trastorno: la ingesta reducida de comida y el exceso de actividad física.

Con estos antecedentes, y tratando de exponer un marco de estudio más claro, es importante considerar que, con los estudios y artículos realizados a lo largo del tiempo, es posible reconocer que en la anorexia nerviosa se produce un adelgazamiento autoimpuesto, como lo indica Gull, desatado por procesos multicausales entre los que se destacan de manera definitiva los aspectos familiares, sociales y culturales, sumado a una predisposición intrínseca de la persona.

La importancia de dichos aspectos es tal que debido a ellos la persona se ve envuelta en una patología que le ocasiona trastornos físicos y psíquicos.

Como lo indica Linda Hamilton⁸ en un estudio acerca de las conductas anoréxicas y bulímicas en un grupo de bailarinas profesionales de ballet, la incidencia de la anorexia depende generalmente de factores socioculturales, además del tiempo histórico y el contexto ambiental. Parece haber aumentado en las últimas décadas, debido a la nueva idea cultural de la mujer delgada. Por último, el aumento en el deporte parece ser una causa ambiental, al igual que el rol competitivo.

Así pues, es posible concluir que a pesar de su antigüedad, la anorexia se había visto, hasta la década de los sesenta, como una enfermedad rara no especificada realmente; pero a partir del incremento de casos encontrado desde entonces, su estudio se ha convertido en un importante área dentro de la psicología.

⁸ Hamilton Linda H. Et al. Sociocultural Influences on Eating Disorders en Professional Female Ballet Dancers. 1994, USA.

1.2 Definiciones

Existen una gran cantidad de definiciones de la anorexia, sin embargo en todas se encuentran denominadores que determinan sus características esenciales. Vale la pena mencionar aquellas que establecen los elementos específicos del trastorno.

La fundación CADAB (Centro de Ayuda de Anorexia, Bulimia, Obesidad y Patologías Asociadas)⁹ define la anorexia nerviosa como un severo y prolongado desorden alimentario que se caracteriza por una pérdida de peso autoimpuesta que luego se torna indomitable, y se ve inducido por una disminución en la ingesta y un exceso de actividad física.

Por su parte, Molina Lofrano¹⁰ en su artículo referido a la bulimia y la anorexia, la reconoce como el trastorno psicopatológico cuyo síntoma es el del rechazo a la comida por un terror mórbido a engordar. Este comportamiento lleva a una pérdida de peso considerable y a una imagen corporal distorsionada en quienes lo padecen.

Por su parte Bruch¹¹ en su estudio en cuanto al diagnóstico de la anorexia, la define como la condición de pérdida de apetito auto-inducida, sin una causa orgánica aparente. El punto que reconoce a la anorexia es la obsesión por estar delgado. Esta autora destaca las opiniones de varios investigadores, entre los que destacan los siguientes:

- ⇒ Bliss y Branch, quienes concluyeron que la anorexia nerviosa no era una entidad distinta, sino un síntoma encontrado a veces en casi todas las categorías psiquiátricas.
- ⇒ Thomae y Selvini, que la delinearon como una forma aparte de desnutrición psicológica, concluyendo que la edad era un factor preponderante en su aparición.
- ⇒ Thomae en particular la definió como una desviación psicológica con ambivalencias orales en sus síntomas, considerando al análisis clásico como su tratamiento.
- ⇒ Selvini, por su parte, reconoció a este trastorno como una condición en la que el propio cuerpo es usado como una herramienta en la lucha del individuo por su existencia, de manera que la falta de alimento es vista como el factor sintomático, es decir como un esfuerzo por escapar pasivamente y concretar la independencia.

⁹ Home Page CADAB

¹⁰ López Molina Lofrano, Amanda. *Las Enfermedades de Nuestros Tiempos: Anorexia y Bulimia*. Obesidad Vol. 6 No. 3/21-22 Julio-Septiembre 1993.

¹¹ Hilde Bruch. *Anorexia nervosa and its differential diagnosis*. The Journal of nervous and mental disease. 1966. USA.

1.2.1 Características de la anorexia

Básicamente, la anorexia nerviosa puede reconocerse como un estado de inanición que puede ser adquirido a través de dietas severas o purgación. Las personas con anorexia se tornan morbosamente delgadas al punto de inanición real, perdiendo por lo menos 15% y hasta el 60% del peso corporal normal.

Las motivaciones primarias de su repulsa a comer es un miedo abrumador al sobrepeso junto con una imagen distorsionada de sus propios cuerpos.

Aún cuando se vuelven flacas, las personas con anorexia suelen estar todavía convencidas de tener sobrepeso, de manera que los alimentos se convierten en su enemigo.

Con estos antecedentes es posible identificar a la anorexia, desde un punto de vista particular, como un estado de inanición que puede ser adquirido a través de dietas severas, cuyas características se basan en los factores externos, de carácter familiar y social, que impulsan a las personas a considerar su cuerpo como un medio para alcanzar los fines establecidos en relación con los cánones de belleza, por lo que consideran que deben someterlos a las más severas privaciones con el fin de aparecer como los individuos ideales.

1.3 Estudios

Los estudios realizados de este trastorno se basan en las características de los pacientes, su tratamiento y diagnóstico, así como en los grupos sociales que las padecen más comúnmente.

1.3.1 Perfil del paciente

Conforme a lo reportado en los diferentes estudios, la anorexia es la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres jóvenes y se calcula que ocurre en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. Ocurre generalmente en la adolescencia, aunque todos los grupos de edad son afectados, incluyendo las personas ancianas y los niños de hasta seis años de edad. Entre los mediados de los años cincuenta y los años setenta, la incidencia de la anorexia aumentó por casi 300%. Las indicaciones son, sin embargo, que la tasa puede estar estabilizándose.

1.3.2 Tratamiento

En cuanto a su tratamiento, es posible destacar que, tomando en cuenta datos recabados por la Universidad de Nueva York hasta el momento ningún programa de tratamiento para la anorexia es completamente eficaz. La misma institución, en un comunicado reciente a través del Acceso Computarizado a la Salud de Nueva York (NOAH por sus siglas en inglés), ha reportado que en tratamientos a largo plazo, establecidos de 10 a 15 años entre mujeres que ingresaron a este centro hospitalario para ser atendidos, se observa una recuperación posterior de entre 76% y 90% de los pacientes.

1.3.3 Diagnóstico

Para el diagnóstico de la anorexia el instrumento más común a utilizar es el Eating Attitude Test (EAT), el cuál mide las actitudes que un individuo tiene ante la comida, las cuales son indicios muy claros de la existencia del padecimiento más que el propio peso bajo o alto. Este test es usado ampliamente y contiene 40 ítems presentados en un formato de autoevaluación, de selección forzada.

El EAT es un diseño utilizado como índice de los síntomas de anorexia nerviosa, así como una herramienta para identificar patrones alimentarios patológicos y preocupaciones con respecto a la comida.

Como lo indica Linda Hamilton¹² en su estudio realizado a bailarinas de diferentes razas, en el que se aplicó el EAT, aparece que la actividad profesional a nivel competitivo influye en la aparición de este tipo de desórdenes.

En este estudio las mujeres negras aparecen sanas, mientras que las que presentan este tipo de desórdenes son exclusivamente blancas.

El perfil de las pacientes puede afectar, reconociendo los factores de: una elevada necesidad de agradar, perfeccionismo, miedo al fracaso, problemas con su cuerpo, dieta y altos niveles de actividad.

¹² Hamilton Linda H. Et al. Op Cit.

1.3.4 Grupos Sociales

Dentro de los grupos sociales en los que más se encuentra este trastorno es importante recordar lo indicado por Maisie¹³ en su revisión de los diversos estudios acerca de la anorexia, en el sentido que fue Fenwick en 1880, quién estableció el cliché de que las personas de nivel socioeconómico alto eran más propensas a la anorexia. En la actualidad, numerosos estudios ponen en duda esta afirmación, debido sobre todo a las características de la población estudiada.

En los últimos años se ha encontrado que la anorexia aparece aún con mayor frecuencia en estratos bajos.

Lo anterior posee una importancia fundamental en la delimitación de los estudios acerca de este trastorno ya que, como lo indica Maisie¹⁴, los estudios que demuestran a la anorexia como prevaleciente en las clases bajas muestran problemas en su población, ya que sólo abarcan un pequeña muestra de casos tratados en clínicas.

Las herramienta clínica, tomada para afirmar la relación entre las clases sociales y la anorexia, no puede servir al cien por ciento para validar esta afirmación, aún cuando es la más útil para entender este desorden.

Por último es importante recordar que los estudios relacionados con el nivel socioeconómico, hasta principios de los 80's, sólo incluían dentro de los desórdenes alimentarios a la anorexia, por lo tanto ésta se ha estereotipado como el único desorden alimentario a estudiar.

1.4 Causas de la Anorexia

No existe una sola causa de la anorexia. Un número de factores, incluyendo presiones culturales y familiares, desajustes químicos y trastornos emocionales y de la personalidad colaboran para producirla. Es importante mencionar que la genética también puede desempeñar un papel importante en su aparición.

¹³ Maisie C. E. Gard y Chris P. Freeman. *The Dismantling of a Myth: A Review of Eating Disorders and Socioeconomic Status*. International Journal of Eating Disorders, Vol. 20, No. 1, 12 (1996).

¹⁴ Maisie C. E. Gard y Chris P. Op Cit.

1.4.1 Causas afectivo-emocionales

Los trastornos del comer con frecuencia van acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultados de estas disfunciones.

Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con trastornos del comer experimentan depresión, y la depresión es común en las familias de los pacientes con trastornos del comer. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos del comer rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. Cabría aclarar que la depresión se cura con medicamentos cuando esta es de origen neurológico, sin embargo puede estar relacionada a factores emocionales y subjetivos y por tanto los medicamentos no serían el tratamiento adecuado. La gravedad del trastorno del comer tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiezan a aumentar de peso. Por otro lado, los estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores, mensajeros químicos en el cerebro, en algunas personas con anorexia severa, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo. Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptófano, un componente en la comida que es esencial en la producción de serotonina, pueden producir depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteínico.

Por otro lado, la estación a menudo afecta la depresión y los trastornos del comer. El inicio de la anorexia parece llegar al máximo en mayo, el mes con mayores índices de suicidio.

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno del comer, y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos del comer. Las personas con anorexia, sin embargo, están especialmente propensas al trastorno obsesivo-compulsivo.

Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamiento compulsivo, rutinas repetitivas, rígidas y autoprescritas cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión. Las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida. A menudo desarrollan rituales compulsivos, por ejemplo, el pesar cada pedazo de comida, cortándola en pedazos diminutos o poniéndola en pequeños envases.

La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia no parece ejercer un efecto negativo en las perspectivas a largo plazo, aunque la mejoría en el trastorno del comer a menudo es paralela a la mejoría en la ansiedad.

1.4.2 Causas familiares

Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Como lo indica el estudio realizado por Gilda Gómez Pérez-Mitre y Enrique Dávila Angulo¹⁵ en el que se buscaba aclarar si preadolescentes con una edad promedio de 10 años hacían dieta para bajar de peso, el 25% de los niños entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. De igual manera, las madres de los anoréxicos tienden a estar sobreinvolucradas en la vida de sus hijos.

Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas.

Es importante considerar la posibilidad de que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tengan mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general.

¹⁵ Gómez Pérez-Mitre, Gilda y Dávila Angulo Enrique. ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? Universidad Nacional Autónoma de México.

1.4.3 Causas socio culturales

Las presiones sociales de la cultura occidental desempeñan sin duda un papel importante en la provocación de los trastornos del comer. Por un lado, los anunciantes comercializan a gran escala programas para la reducción de peso y presentan modelos jóvenes anoréxicos como paradigma de deseo sexual; por otro lado, los medios de comunicación inundan al público con anuncios de comida. La ropa se diseña y exhibe para los cuerpos delgados a pesar de la realidad de que pocas mujeres podrían llevarlas con éxito.

Aunque corren mayor riesgo las personas cuyo sentido de la autoestima se basa en su totalidad en la aprobación externa y apariencia física, pocas mujeres son inmunes a estas influencias.

Por otro lado, la actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer. A los estadounidenses, de manera particular, se les anima a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como espectadoras. En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia.

La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular añorada sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podría mitigar su estímulo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan en frente de los miembros del equipo o precisan castigos. En las personas con trastornos de la personalidad que los hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos.

En este trastorno puede encontrarse el paradigma sexual que enfrentan las mujeres, como otra causa socio cultural que determina la aparición de la anorexia.

1.4.4 Anormalidades

Existen dudas sobre si las anormalidades típicas observadas en los sistemas neurológicos y hormonales de las personas con trastornos del comer son resultados o causas de éstos. El entorno clave de estas anormalidades se origina en el área del cerebro conocida como el hipotálamo, el cual regula la glándula pituitaria, a veces conocida como la glándula maestra debido a su importancia en la coordinación de los sistemas nerviosos y hormonales. Los estudios a base de imágenes de los cerebros de pacientes anoréxicos han encontrado altos niveles de proteínas conocidas como factores de secreción de corticotropina (CRF, por siglas en inglés), las cuales se secretan durante periodos de estrés y bloquean la sustancia neuropéptido (NPY, por siglas en inglés), un estimulante de apetito potente. Estos productos químicos relacionados con el apetito pueden servir como los enlaces biológicos entre las enfermedades estresantes extremas en la vida de una persona joven y el desarrollo posterior de anorexia, aunque algunas imágenes indican que estas anormalidades ocurren después de desarrollada la anorexia, por lo que podrían ser consecuencias de la misma.

Por otro lado, niveles inestables, generalmente bajos, de leptin pueden ocasionar anorexia; esta sustancia está bajo escrutinio por su papel en la obesidad.

El sistema pituitario del hipotálamo es también responsable de la producción de hormonas reproductivas importantes que se agotan severamente en la anorexia, dando lugar a la cesación menstrual. Altos niveles de la hormona masculina testosterona también se han detectado en las mujeres con trastornos del comer. Aunque la mayoría de los expertos de la Academia de Medicina de Nueva York creen que estas anormalidades reproductivas son resultado de la anorexia, otros han reportado que en un 30% a 50% de las personas con anorexia los trastornos menstruales ocurrieron antes de la aparición de la malnutrición severa y se convirtieron en un problema por mucho tiempo después del aumento de peso, indicando que las anormalidades pituitarias de hipotálamo preceden al trastorno del comer mismo.

1.4.5 Causas alrededor del nacimiento

En algunas personas con anorexia se ha encontrado una incidencia alta de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento, lo cual puede haber desempeñado un papel en el desarrollo posterior de trastornos del comer. Estos problemas incluyen infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer y mayor edad materna. Las personas con anorexia a menudo tuvieron problemas del estómago e intestinales en edades muy tempranas.

1.4.6 Infecciones

Investigaciones médicas realizadas en la Universidad de Nueva York han encontrado un enlace entre la anorexia y las bacterias del grupo A beta-hemolítico estreptocócico (GABHS, por siglas en inglés), la causa de la inflamación séptica de la garganta. GABHS ya se ha identificado como un factor causante de una forma rara de trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, por siglas en inglés) en los niños; OCD y anorexia tienen varios comportamientos en común. Epstein Barr, dice que el virus que causa la mononucleosis también ha sido asociado con el desarrollo de anorexia.

Una teoría que explica estos vínculos es que los anticuerpos provocados por los organismos pueden accidentalmente lesionar el cerebro durante el proceso de lucha contra la infección. Los antibióticos, la terapia inmunológica y una vacuna experimental contra la fiebre reumática pueden inclusive ayudar a tratar la anorexia en estos pacientes.

1.4.7 Causas genéticas

La anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente cuál podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá haciéndoles más difícil el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de la aprobación cultural podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia.

1.5 La anorexia en la psicología

La anorexia en la psicología se identifica con los trastornos de ansiedad, muy comunes en este tipo de desórdenes.¹⁶

1.5.1 Factores predisponentes

Como se especificó con anterioridad, las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio de este trastorno del comer y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, también son comunes.

Además de estos comportamientos, es importante considerar que la depresión es considerada como una enfermedad primaria que incita a la anorexia, como lo expone Hilde Bruch¹⁷ en su estudio de los diferentes diagnósticos de la anorexia, en el cuál expone que este trastorno psicológico se presenta como factor preponderante en la aparición de dicho desorden alimenticio.

En dicho estudio se hace notar que las personas en las que aparecen antecedentes depresivos tienen tendencia a desarrollar anorexia, de una manera en que este factor se presenta como la variable de estudio, contemplándose la aparición de este fenómeno en las diferentes pacientes anoréxicas observadas.

1.5.2 Factores precipitantes

Una vez que una persona ha logrado emaciación, una sensación de logro y condición social podrían ser los motivadores principales de la perpetuación de la anorexia. La pérdida de peso trae un sentimiento de triunfo sobre la impotencia. En un país donde la obesidad es epidémica, las mujeres jóvenes que logran adelgazar creen que han alcanzado una victoria cultural y personal importante; han superado las tentaciones y al mismo tiempo, autocreado una imagen corporal idealizada por los medios de comunicación. Esta sensación de logro falsa a menudo es reforzada por la envidia de sus amigos más gordos quienes pueden percibir a los pacientes anoréxicos como emocionalmente más fuertes y más atractivos sexualmente que ellos.

¹⁶ López Molina Lofrano, Amanda. Op cit.

¹⁷ Hilde Bruch. *Anorexia nervosa and its differential diagnosis*. The Journal of nervous and mental discase. 1966. USA.

Por otro lado, el hambre a menudo intensifica la depresión, lo cual puede reducir aún más la autoestima y la confianza, aumentando la necesidad de vigilancia renovada sobre el control del peso, por lo tanto perpetuando el ciclo. Por otro lado, algunos expertos creen que ciertas personas anoréxicas heredan una cantidad inusual de narcóticos naturales que se secretan en el cerebro durante condiciones de inanición y pueden promover una adicción al estado de hambre. La inanición también puede crear una sensación de llenura debido a la actividad reducida del estómago, haciendo cada vez más fácil el no comer.

1.5.3 Factores de mantenimiento

El paciente con anorexia intenta llamar la atención y dominar a través de la debilidad. Sin embargo intenta ser fuerte y superior al proponerse vencer sus necesidades, sin importar el caso su necesidad de alimento es lo suficientemente fuerte para resistirla y no comerá por ningún motivo.

Este estado le produce euforia y sensación de poder, lo que le lleva a persistir en su intento.

Sin embargo, es importante mencionar que no sólo se presenta un afán por no comer, ya que el síndrome incluye una desorganización de todos los hábitos alimenticios con algunas preferencias y antojos incontrolables.

Se ha encontrado que la ausencia de apetito se alterna con unos deseos incontrolables de haziarse de comida y la carencia de control durante estos episodios es impresionante.

1.6 Conclusiones

Dentro de los trastornos alimentarios, la anorexia se presenta como uno de los casos más estudiados e investigados a lo largo de la historia. Aún cuando su descubrimiento se remonta al siglo pasado, es importante recalcar que no puede considerarse como una enfermedad totalmente moderna y contemporánea.

El incremento en los casos de anorexia es lo que ha llevado a los investigadores a tomarla más en cuenta, sin embargo su estudio presenta ciertos problemas en cuanto a la facilidad para llegar a la población que la padece. Lo anterior ha quedado reconocido en varios estudios, conforme los cuáles este síndrome sólo era presentado por mujeres de clases altas, debido a que este segmento era el que tenía acceso a las clínicas de tratamiento.

Analizando los antecedentes de este trastorno es posible concluir que la anorexia se presenta como un síndrome que a lo largo del tiempo se ha presentado, de una u otra manera, en la población femenina. El estudio del mismo ha tenido una mayor fuerza en la psicología, la cuál contempla factores específicos como los sociales, culturales y familiares.

A pesar de los diversos estudios realizados sobre el tema, queda claro que no ha sido posible encontrar factores fisiológicos específicos que produzcan este trastorno, es por ello que su tratamiento y diagnóstico ha quedado también en manos de la psicología, la cuál ha logrado encontrar factores externos e internos en las pacientes que desencadenan este tipo de desorden alimentario.

A manera de resumen, es posible afirmar que la anorexia consiste en un trastorno que se caracteriza por una considerable pérdida de peso originada por el propio enfermo, quien rehusa mantener un peso corporal normal para su talla y edad, a través de la restricción voluntaria de la ingesta por un temor fóbico a engordar. Por otra parte el paciente, para conseguir esa disminución ponderal, puede también realizar ejercicio físico excesivo.

Además, se presenta con una distorsión de la imagen corporal con dismorfobia y un miedo morboso a engordar. Para la mayoría de autores este trastorno de la vivencia corporal es el factor nuclear de la anorexia.

Finalmente es clara la multiplicidad de factores psicológicos–afectivos, fisiológicos, neurológicos, familiares, culturales, etc., que interactúan en la generación de dicho padecimiento.

En este sentido el presunto trabajo realiza la aportación de integrar información sobre estos elementos que pueda facilitar una comprensión integral de dicho proceso.

*"...Perdida en la oscuridad de mis propias
circunstancias, ecos que me atacan y
critican, me despiertan en la noche.. las
barreras y el bloqueo me mantienen a salvo
y me devuelven el control, mientras pretendo
estar bien..."*

Anónimo.

CAPÍTULO 2

LA BULIMIA

2.1 Antecedentes

A lo largo de la historia el significado de la palabra "bulimia" ha seguido trayectorias diversas. Brenda Parry-Jones¹⁸, en su trabajo de revisión sobre la terminología histórica de los trastornos de la alimentación, refiere cómo el término se remonta a la Antigua Grecia, derivado del griego *bous*, buey y *limos*, hambre. Dicha denominación, a lo largo del periodo medieval y moderno, ha servido para designar episodios de "voracidad insaciable", "mórbida" o "apetito canino" con o sin vómitos y acompañado de otros síntomas y a veces con el deseo de ingerir sustancias dañinas, incluso no alimentos.

2.1.1 Antecedentes médicos

De acuerdo con Chinchilla¹⁹, Galeno describió ya la "kynos orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica.

La primera aparición del término se encuentra en 1743, cuando James describió en el Diccionario Médico de la Universidad de Londres un cuadro clínico que denomina "True Boulimus" caracterizado por intensa preocupación por la comida y episodios de ingesta voraz en un corto espacio de tiempo, seguidos de periodos de ayuno, y una segunda variante "Caninus Appetitus" en la cual el atracón se sigue de vómito.

Ya en el siglo XIX, Blanchet²⁰, en el Diccionario de Ciencias Médicas de París de 1869, describe también ambos cuadros.

Con ello puede considerarse que la bulimia no es un trastorno nuevo sino que aparece recogido desde hace siglos en la literatura; sin embargo, no es hasta finales de este siglo cuando se individualiza como entidad nosológica independiente.

¹⁸ Brenda-Jones B. Historical terminology of eating disorders. Psychol Med 1991; 21: 21-28. USA.

¹⁹ Mateos-Parra, Ana y Solano-Pinto, Natalia. Trastornos de la Alimentación: Anorexia y Bulimia. Revista Electrónica de Psicología. Vol. 1 No. 1 Julio 1997. Madrid, España.

²⁰ Blanchet PF. "Boulimie" en Dechandre A. (De) Dictionaire Encyclopedique des Sciences Medicales, vol 10, 1869. Paris.

2.1.2 Antecedentes psicológicos

En 1979 Russell²¹ fue el primero en hacer una descripción completa del cuadro clínico. De igual manera estableció los primeros criterios diagnósticos para este trastorno e introdujo el término "Bulimia Nerviosa". Un año más tarde, la American Psychiatric Association (APA) incluyó este trastorno en el Manual Diagnóstico DSM-III²².

En el mismo artículo, Rusell definió tres características fundamentales de la bulimia: los pacientes sufren impulsos imperiosos e irresistibles de comer en exceso, buscan evitar el aumento de peso con vómitos y/o abuso de laxantes y presentan un miedo morboso a engordar.

En 1983 el mismo autor añadió otro criterio diagnóstico: se exigía la presencia de un episodio anterior, manifiesto o crítico de anorexia, con lo que planteó una nueva cuestión referente a la posible relación entre los distintos trastornos alimentarios, la cuál sigue siendo debatida en la actualidad.

Hace algo más de 10 años se comenzó a comprender a la bulimia como enfermedad cuyo origen es un trastorno alimentario, identificándose como la caída compulsiva del paciente en atracones de sobrealimentación, aparentemente desencadenados por el hambre resultante de dietas adoptadas sin control profesional.

2.2 Definiciones

Al igual que en el caso de la anorexia, existen una gran cantidad de definiciones de la bulimia, las cuáles, sin embargo, no presentan grandes desviaciones en sus conceptos básicos, pero vale la pena hacer mención de ellas para obtener una idea más clara del significado de este trastorno.

Según la fundación CADAB²³, el Centro de Ayuda de Anorexia, Bulimia, Obesidad y Patologías Asociadas con sede en Argentina, la bulimia se identifica como un tipo de desorden alimentario caracterizado por una ingesta desmedida seguida por atracones que inducen el vómito para evitar el aumento de peso, pero que no siempre muestra una disminución del mismo. De esta manera, la bulimia puede ser purgativa, cuando después del vómito se recurre al uso de diuréticos, laxantes y anorexígenos, o restrictiva, cuando no se recurre a vómitos, ni a laxantes y pueden existir atracones.

²¹ Russell GF. *Bulimia nervosa, an ominous variant of anorexia nervosa*. Psychol Med 1979; 9: 429-48. USA

²² American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3^a Ed. Washington DC, 1980.

²³ Home Page CADAB

Por su parte el Acceso Computarizado a la Salud de Nueva York²⁴ (NOAH por sus siglas en inglés) la identifica como un trastorno alimentario en el cual una persona reiteradamente se atiborra al comer, luego se autoinduce vómitos, usa diuréticos, laxantes, ayunos o hace ejercicios excesivos para prevenir el aumento de peso.

Por último, es importante mencionar la opinión de Russell²⁵ en su estudio acerca de la relación existente entre la bulimia y la anorexia, en el sentido de que aún cuando la bulimia presenta semejanzas con la anorexia su diagnóstico difiere de ella, ya que sus pacientes no necesariamente reducen su ingestión de comida. Más bien presentan episodios de sobrealimentación alternados con abstinencia. Esta sobrealimentación va acompañada de la auto inducción al vómito o la purgación, considerados como fenómenos clínicos.

2.2.1 Características de la bulimia

A manera general, la bulimia, más común que la anorexia, describe un ciclo de comer excesivo y purgación. Empieza generalmente a principios de la adolescencia cuando las mujeres jóvenes intentan dietas restrictivas, fracasan y reaccionan comiendo excesivamente. En respuesta a los excesos, los pacientes se purgan vomitando o tomando laxantes, pastillas de dieta y medicamentos para reducir los líquidos.

Así pues, es posible afirmar que la bulimia es un trastorno mental que se caracteriza por presentar episodios de "atracones" seguidos de auto-purgación, con la finalidad de auto-castigarse por aquello de lo cual de forma arbitraria se culpan. Casi siempre, las conductas tendientes a evitar el aumento de peso suelen ser tales como:

- ⇒ El ayuno.
- ⇒ El ejercicio físico excesivo y de forma compulsiva.
- ⇒ Utilización de medicamentos laxantes y/o diuréticos.
- ⇒ Vómitos provocados.

De manera global, este desorden es causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, reconocido también como la imagen que el paciente tiene de su propio cuerpo.

²⁴ NOAH. *Bulimia*. 1998.

²⁵ Gerald Russell. *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. Psychological medicine. 1979. USA.

2.3 Estudios

Los estudios realizados acerca de la bulimia indican generalmente una relación directa entre la aparición de este trastorno y la imagen que la paciente posee de su propio cuerpo.

Así pues, el síntoma más confuso de la bulimia es la distorsión de la imagen corporal.

2.3.1 Imagen corporal

Aunque las personas asocian típicamente la distorsión de la imagen corporal con la anorexia severa, un estudio realizado por la Universidad de Nueva York en el que se comparan mujeres anoréxicas y bulímicas indicó que la distorsión es más probable en las personas con bulimia que en las personas con anorexia. Este estudio indicó que las personas con bulimia tienen una mayor probabilidad de sobrestimar su tamaño; hay una mayor disparidad entre cómo quieren lucir y cómo piensan que se ven que en las personas con anorexia o en las personas que no sufren de trastornos del comer. Las personas con bulimia tienen una mayor probabilidad de describir sus propios cuerpos más grandes de lo que son cuando se encuentran presentes imágenes de comida. Según un reporte reciente²⁶, publicado en el diario español El País que rescata la opinión de conocidos médicos y psicólogos europeos y que fue tomado en cuenta debido a la falta de cifras recientes en México, la bulimia le ha quitado el puesto a la anorexia en la lista de trastornos alimentarios que aumentan en las opulentas sociedades occidentales.

En este artículo se expone la opinión de Gonzalo Morande, reconocido psiquiatra español, en el sentido de que desde hace dos años, mientras que los casos de anorexia se han estancado, la bulimia es observada con más frecuencia por los especialistas. De la misma forma crece el número de pacientes que transitan en un estado intermedio entre la normalidad y una preocupación excesiva por su cuerpo, fomentada por la publicidad.

Según un estudio llevado a cabo por este especialista, en la población de Madrid, en 1996, un 0.6% de las mujeres padecía anorexia; un 1.2% bulimia, y un 2.7% se encontraba en situación de riesgo, que se identifica cuando las afectadas ya han empezado a perder peso y menstruación.

²⁶ Díaz de Tuesta José. La Bulimia Desbanca a la Anorexia como Trastorno Alimentario. El País, 18 de marzo de 1999. España.

2.3.2 Perfil del paciente

Como ya se ha mencionado, la bulimia ha aumentado a una velocidad mayor que la anorexia durante los pasados cinco años. Un estudio llevado a cabo en estudiantes de escuela secundaria realizado por la Academia de Medicina de Nueva York dentro de una población considerable a quienes se aplicó la prueba EAT conjuntamente con preguntas directas, reportó que 2.7% de las niñas y 1.4% de los niños presentaron comportamiento bulímico. Los estudiantes universitarios corren un riesgo inclusive mayor. Los cálculos de la prevalencia de la bulimia entre las mujeres jóvenes oscilan entre cerca de 3% a 10%. Al respecto, en México, la Dra. Guilda Gómez Pérez-Mitre corrobora el peligro en que se encuentran los preadolescentes ante la bulimia, en su artículo titulado: "¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?", publicado por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Algunos expertos sostienen que este problema está bastante subestimado ya que muchas personas con bulimia pueden ocultar la purgación y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal. Algunos estudios realizados en la Universidad de Nueva York entre los estudiantes que asisten a la misma, reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento; los jóvenes que ocasionalmente forzan el vómito después de comer demasiado, sin embargo, no se consideran bulímicos y casi siempre este comportamiento insalubre ocasional no continúa después de la juventud.

Como lo afirma Russell²⁷, algunos estudios la consideran como una variante de la anorexia, más no como una enfermedad por separado, ya que sigue estando relacionada con ella.

Es importante tomar en cuenta que los episodios de vómito autoinducido se presentan con más frecuencia cuando el paciente bulímico se encuentra preocupado por su peso. Algunos planean el lugar y el tiempo para sobre alimentarse, mientras que otros lo hacen a diario, generalmente en la tarde o noche.

El vómito autoinducido se presenta como un alivio, tanto para su estómago sobre expandido como para su mente, ya que piensan que la sobrealimentación ya no repercutirá en gordura. Lo mismo sucede con el uso de los laxantes.

²⁷ Gerald Russell. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological medicine. 1979. USA.

También es común que después de la sobrealimentación se presenten períodos de abstinencia total.

Por último, es importante recalcar que en un estudio realizado por Beary²⁸ en el que se consideró la historia de un grupo de mujeres que presentaron este problema en su juventud, se concluyó que las pacientes bulímicas se presentan como un grupo de alto riesgo para convertirse, en edades mayores, en alcohólicas.

2.3.3 Tratamiento

Autores como Chinchilla²⁹ coinciden en señalar que para un adecuado tratamiento de los pacientes con bulimia es necesario un modelo integrado de tratamiento que incluya la corrección de las posibles complicaciones orgánicas, la rehabilitación nutricional y la recuperación de las pautas normales de alimentación, así como el estudio de los posibles problemas psicológicos, familiares, sociales y conductuales que presente cada enfermo, lo anterior con el fin de establecer las adecuadas intervenciones psicoterapéuticas individuales o familiares y la valoración de la conveniencia o no de la utilización de psicofármacos.

En cuanto a la necesidad de hospitalización de los pacientes con bulimia, el tratamiento de este tipo es necesario en aquellos casos en los que existen otros trastornos concurrentes como consumo grave de alcohol o drogas, conducta suicida, grave descontrol de los impulsos o alteraciones orgánicas severas, lo cuál sucede con bastante frecuencia, sobre todo en el caso de las adicciones.

En las personas que no presentan los problemas anteriormente mencionados su tratamiento es posible sin tener que internarse, siempre y cuando estén adecuadamente motivados, cuenten con la cooperación familiar y estén dispuestos a colaborar para la consecución de los objetivos establecidos por mutuo acuerdo.

2.3.4 Diagnóstico

Para el diagnóstico de la bulimia se han creado diferentes cuestionarios y test que tienen por objeto la medición de los diferentes factores que actúan en ella. Así pues, es posible considerar el Body Cathexis Scale (BCS) de Secord y Jourard, que mide con 46 ítems en

²⁸ Beary et al. *Alcoholism and eating disorders in women of fertile age*. British journal of addiction. 1986. Gran Bretaña.

²⁹ Chinchilla A. *Guía Teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. Masson. 1994. Barcelona, España.

una escala de Likert, la satisfacción relativa con cada parte del cuerpo y la satisfacción global.

En el mismo caso de imagen corporal se encuentra el Body Satisfaction Scale (BSS), creado por Slade, Dewey y Newton, cuestionario que permite evaluar en dos o tres minutos la satisfacción o insatisfacción con diferentes partes del cuerpo.

También es importante mencionar el Body Image Assesment (BIA), diseñado por Williamson, Kelley, Davis y Ruggiero, que consiste en seleccionar siluetas de cuerpos femeninos que más se parezcan a la percepción del sujeto de su tamaño corporal real e ideal; este cuestionario es simple y eficiente, lo que le da una gran ventaja económica sobre otros métodos de evaluación de problemas de la imagen corporal.

La psicopatología de los pacientes bulímicos, como lo indica Russell³⁰, se presenta en preocupaciones por la comida, por el peso y el tamaño, al igual que en depresión e histeria.

Así, los criterios para su diagnóstico son:

- ⇒ El paciente sufre de urgencia por sobre alimentarse.
- ⇒ Busca evitar los efectos engordantes, utilizando el vómito o el abuso de laxantes.
- ⇒ Presenta un miedo mórbido a engordar.

Es importante mencionar que, además de lo anterior, en 1983 Russell³¹, en su artículo acerca de la bulimia y la anorexia, añadió otro criterio diagnóstico: se exigía la presencia de un episodio anterior, manifiesto o críptico de anorexia.

Con ello se plantea una nueva cuestión que sigue siendo muy debatida en la actualidad: la posible relación entre los distintos desórdenes alimentarios. Así pues, no es raro que un paciente con anorexia evolucione en el futuro a una bulimia; de hecho hay autores, como el mismo Russell y Ruderman³² que en su estudio acerca de pacientes con hábitos dietéticos que derivan en bulimia hablan de un "continuum" entre ambas entidades.

³⁰ Gerald Russell. Op Cit.

³¹ Russell GF. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Russell GF, Hervov L (Eds.); Handbook of Psychiatry, Vol 4: The Neuroses and Personality Disorders. University Press. Cambridge, 1983. Gran Bretaña.

³² Ruderman AJ, Besbeas M. Psychological characteristics of dieters and bulimics. J Abnorm Psychol. 1992; 101 (3): 383-90. USA.

2.4 Causas de la bulimia

Al igual que en la anorexia, no existe una sola causa identificable para la aparición de este trastorno. Un gran número de factores emocionales y biológicos son los que, en conjunto, dan aparición a este tipo de desorden en la alimentación.

2.4.1 Causas afectivo-emocionales

Al igual que en el caso de la anorexia, la depresión parece estar totalmente relacionada con la aparición de la bulimia. En este sentido es posible observar la aparición de esta última con la época del año.

La estación a menudo afecta la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de los pacientes bulímicos sufren de una forma específica de bulimia la cual empeora en el invierno y el otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia de haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer excesivamente con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año.³³

2.4.2 Causas familiares

Las relaciones familiares negativas desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de la bulimia. Particularmente, la relación con la madre parece afectar directamente al paciente bulímico, presentándose éstas como críticas y distantes.

Tomando en cuenta la información proporcionada por NOAH, las personas con bulimia tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general, además de que existe entre los pacientes una incidencia mayor de abuso sexual, llegando a reportarse tasas hasta un 35% en las mujeres con bulimia.³⁴

Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.

³³ NOAH. *Bulimia*. 1998.

³⁴ NOAH. Op Cit.

2.4.3 Causas socio culturales

En este sentido cabe considerar que en la sociedad actual se impone cada vez con más fuerza la moda de la delgadez. Se le presenta a la mujer un ideal estético difícil de alcanzar, antinatural. La "belleza" se identifica con "delgadez extrema", con una figura andrógina, con caderas, hombros y pecho según el modelo masculino, en la que apenas se marcan las diferencias entre perímetro pectoral, abdominal y pélvico y que podría ser definida como "tubular"³⁵.

Este modelo de belleza aparece continuamente en los medios de comunicación que intentan imponer la idea de que el éxito, el triunfo, la valía humana, vienen dados por un cuerpo delgado, estilizado y dinámico.

Se puede hablar de la existencia de presiones sociales para mantenerse delgado, como es el hecho de que la sociedad tiende a rechazar a los obesos³⁶. Incluso en el ámbito laboral juega un papel preponderante la figura, no sólo para aquellas actividades que requieran de por sí un cuerpo delgado, como bailarinas, gimnastas, etc., sino también en el resto de profesiones.

De aquí se deduce la influencia sociocultural en las conductas y actitudes alimentarias, como lo indica Polivy³⁷ en su artículo acerca del diagnóstico y tratamiento de los desórdenes alimenticios. El papel de los factores socioculturales parece ser definitivo en la mayoría de casos de inicio de la bulimia.

2.5 La bulimia en la psicología

Es importante destacar que la bulimia no es considerada en general por la literatura una manía ni un mal comportamiento; sino como una enfermedad psiquiátrica. Su descripción se recoge en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, como "Trastornos de la Conducta Alimentaria" y en la Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

Los factores que se incluyen en este trastorno se identifican como de historia familiar, de historia personal y rasgos de la personalidad.

³⁵ Garner DM, Garfinkel PE. Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. Brunnel-Mazel, New York, 1982. USA.

³⁶ Martínez E, Toro J, Salameo M, Blecua MJ, Zaragoza M. Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Rev. Psiquiatría Fac Med, Barna 1993; 20.2:51-65. España.

³⁷ Polivy J, Herman CP. Diagnosis and treatment of normal eating. J Cons Clin Psychol 1987; 55: 635-44. USA.

2.5.1 Factores predisponentes

Los pacientes bulímicos, en comparación con los anoréxicos, tienden a poseer una personalidad más marcada, a ser más extrovertidos y a presentar dificultades en el control de impulsos con tendencia al abuso de alcohol y drogas, trastornos afectivos e intentos autolíticos (suicidas), como lo indica Casper³⁸ en su estudio acerca de la anorexia y la bulimia en particular.

Como factores predisponentes al inicio del trastorno, Strober³⁹ ha descrito problemas por inestabilidad afectiva, ansiedad manifiesta y dificultades interpersonales.

Además, con este desorden se asocian relaciones familiares disfuncionales, acompañadas con frecuencia de alteraciones psicopatológicas en los padres. Es posible encontrar actitudes de hostilidad y negativismo por parte de las familias de bulímicas frente a las necesidades emocionales de sus hijas, de manera que éstas percibirán en sus ambientes familiares más conflictividad y desintegración que los sujetos normales, menos apoyo y ayuda, menos independencia y expresividad emocional; la orientación sociocultural, identificada como la preocupación por actividades sociales e intelectuales, y la actividad recreativa son más bajas.

Es importante mencionar que la sugerencia o la presión de algún familiar puede ser un factor determinante que provoque en el sujeto la decisión de iniciar una dieta de adelgazamiento.

2.5.2 Factores precipitantes

La obsesión y la preocupación por la comida y las cantidades que se ingieren tienen una relación directa con la aparición de la bulimia. En este sentido, como factores precipitantes se identifican aquéllos que integran la historia personal, como son la baja autoestima, la culpa y el poder.

La baja autoestima se presenta en una pobre auto imagen y auto percepción, lo que ocasiona que la persona se vuelva perfeccionista, con lo cuál, al no poder lograr ese perfeccionamiento termina castigándose con atracones de comida, seguidos por vómitos o uso de laxantes. Este factor es, sin duda, uno de los actores principales en la aparición de la bulimia.

³⁸ Casper RC, Halmi KA, Goldberg SC, Eckert E, Davis JM. Anorexia nervosa and bulimia. Arch Gen Psychiatry 1980; 39: 388-9. USA.

³⁹ Strober M, Sotkin B, Burroughs J, Morrell W. Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa: parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. J Nervous Mental Dis 1982; 170: 345-51. USA.

Por otro lado, la culpa se presenta al no poder cumplir con las expectativas trazadas, las cuáles, generalmente, son irreales en todos los sentidos, tanto en el comer como en otras actividades de la vida cotidiana.

Por su parte, el poder se presenta como una necesidad de control de los estándares psíquicos y emocionales, la cuál, en el caso de las personas con bulimia, genera un mecanismo negativo que utiliza el control emotivo para mantener sus emociones.

Con lo anterior se genera un círculo en el que el enfermo come como resultado de su baja autoestima, conjuntada con la culpa y el poder, lo cuál trae como consecuencia una decepción de su propia persona que se traduce en una honda depresión que se intenta manejar por medio de la desaparición del problema, utilizando el vómito autoinducido y mediante el uso de agentes externos como los laxantes.

2.5.3 Factores de mantenimiento

En los factores de mantenimiento se reconocen los rasgos de la personalidad del paciente, identificados como:

- ⇒ Cambio de carácter (incluye depresión, tristeza, sentimientos de culpa y odio a sí mismo).
- ⇒ Severa autocrítica.
- ⇒ Necesidad de recibir la aprobación de los demás respecto a su persona.
- ⇒ Cambios en la autoestima en relación con el peso corporal.

Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomania, los cuales se han reportado en la mitad de las personas que padecen este trastorno.

El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. En un estudio de mujeres bulímicas proporcionado por la Universidad de Nueva York, el 33% abusaban el alcohol y el 28% abusaban las drogas, con un 18% con sobredosis repetidamente. La cocaína y las anfetaminas fueron las drogas con mayor frecuencia abusadas.

En el mismo estudio, fueron comunes otros tipos de comportamiento autodestructor, entre otros el auto-cortado y el robo.

Por otro lado, algunos factores biológicos se presentan como determinantes en el mantenimiento de la enfermedad. La restricción crónica de comida, como sería el

someterse a una dieta severa, a menudo conduce a un patrón de comer excesivo que persiste aún décadas después de restaurados suministros regulares de alimento. Los factores biológicos pueden ser responsables de este ciclo insidioso.

Algunos expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico de comer excesivamente y purgación, disminuyendo su ritmo, así aumentando el riesgo de aumento de peso inclusive sólo a través de la ingestión normal de calorías. El proceso de vomitar y el uso de laxantes puede estimular la producción de opioides, es decir narcóticos en el cerebro, lo cual causa una adicción al ciclo bulímico.

Además, durante la etapa de dieta entre los períodos de comer excesivo, las personas se tornan a menudo irritables, deprimidas y pueden tener una tendencia mayor a expresar trastornos de la personalidad. Los sentimientos positivos tan sólo pueden ser restaurados con otro periodo de comer excesivo; y así continúa el patrón.

El comer dulces también aumenta la serotonina, un producto químico en el cerebro que reduce la depresión y el estrés.

En este sentido, algunos investigadores afirman que la bulimia podría deberse a una disfunción química en el cerebro y no solamente a una necesidad imperiosa de mantenerse delgado. Lo anterior se observa en el hecho de que las mujeres que sufrieron la enfermedad y lograron recuperarse, resultaron más afectadas psicológicamente a causa de una falta de triptofán, un aminoácido que juega un papel indirecto en la regulación del apetito.

El triptofán se encuentra en varios alimentos y el organismo lo utiliza para producir serotonina, un elemento químico que funciona a nivel cerebral como regulador del humor y el apetito. Comparado con las mujeres que nunca padecieron la enfermedad, las bulímicas recuperadas presentaron mayores cambios de humor, intensa preocupación por su imagen corporal y mayor temor de perder el control sobre sus hábitos alimenticios luego de ser privadas de triptofán durante 17 horas.

Diez bulímicas recuperadas y 12 mujeres sanas participaron en el estudio, difundido por los Archivos de Psiquiatría General de la Asociación Médica Estadounidense y realizado por Katherine A. Smith, de la universidad de Oxford.

2.6 Conclusiones

La bulimia se presenta como uno de los trastornos alimentarios más problemáticos en la actualidad. Su frecuencia es, indudablemente, mayor que en el caso de la anorexia, aún cuando existen más estudios de esta última.

Lo anterior presenta problemas para la definición y aplicación de los tratamientos de esta enfermedad, debido a ser considerada más como una complicación de la anorexia que como un desorden en sí mismo.

En este sentido cabría hacer un llamado al estudio más profundo de la bulimia, ya que se presenta con mayor facilidad y sus causas y síntomas son más comunes que los de la anorexia.

Además, es importante contemplar que muchos de los síntomas de esta enfermedad son presentados por personas aparentemente sanas, como lo es el vómito autoinducido y la purgación, por lo que puede ser que este trastorno se encuentre avanzando sin que el paciente lo note o lo reconozca de manera consciente.

Por otro lado, la distorsión de la imagen corporal da una idea de los alcances de esta enfermedad, ya que el paciente no alcanza a razonar la importancia de la misma, lo cuál se traduce en complicaciones más amplias, que repercuten directamente en la salud del individuo que la padece.

Vale la pena, por último, hacer énfasis en la importancia que la historia familiar tiene en este padecimiento, representándose como el factor predisponente de la enfermedad.

*"...La única culpa que puedo imputar, es
hacia mi misma; por añorar la felicidad que
jamás podré tener... y aun.. hoy.. no creo
merecerla..."*

Anónimo.

CAPÍTULO 3

COMER COMPULSIVAMENTE

3.1 Antecedentes

El comer compulsivamente es considerado también un trastorno alimentario. Este concepto se establece como un nuevo síndrome clínico, a partir de la descripción de Hamburger⁴⁰ de la hyperphagia o la actitud compulsiva por la comida, establecida como un patrón seguido por personas con problemas de obesidad. Al respecto, Polivy y Herman, en 1983, establecieron la teoría de la restricción, en la cuál proponen que la conducta alimenticia de las personas que comen en exceso y que se convierten en dietantes crónicos puede deshinibirse para diferentes condiciones que van desde el estado emocional, consumo de alcohol, hasta la misma violación de la dieta, que es lo que se conoce como efecto paradójico.

En general, aún cuando hay diferencias marcadas entre la anorexia, la bulimia y el síndrome de comer en exceso, se consideran tres aspectos diferentes de un mismo problema: trastornos alimentarios, ya que incluso se ha observado a pacientes pasar de un síndrome a otro a través del tiempo.

3.1.1 Antecedentes Médicos

Existe un problema en la diferenciación del comer compulsivamente y la obesidad como tal, lo anterior se da en el sentido de que la obesidad es causa de este trastorno, sin embargo, las opiniones son encontradas al momento de considerar a ésta como una enfermedad.

De la obesidad se dice que es un Síndrome Plurimetabólico, lo cual expresa una condición de riesgo. La diferencia con la enfermedad es que ésta presenta una característica importante que es la involuntariedad de continuar el proceso o guiar su evolución: el que sufre no puede modificar lo que pasa, pudo haberlo hecho al comienzo pero no luego, como es el caso del alcoholismo crónico.

⁴⁰ James E. Mitchell, M. D. and Russell P. Mussell. Binge Eating Disorder: An Update. Eating Disorders Review, Vol. 7, No. 1, January/February 1996. Pág. 1. USA.

La determinación de un proceso biológico como enfermedad se hace en un ambiente científico, una persona puede sufrir y no por ello padecer una enfermedad. Esto no descalifica a quienes argumentan enfermedad para describir un problema, en ciencia se identifica y ordena el conocimiento para utilidad del hombre, es decir resolver problemas de la vida.

Hablando con propiedad, científicamente no se puede aún identificar a la obesidad como enfermedad, apenas como síndrome plurimetabólico y esto no implica necesariamente obesidad.

Además las investigaciones determinaron grandes diferencias en los fenómenos que globalmente son nombrados obesidad, de tal manera que ya se acepta la idea de hablar de obesidades, dado la distinta evolución, grado de riesgo y peso estadístico.

A nivel médico, para determinar obesidad se utiliza la medida de la grasa corporal, de manera que el peso aumentado puede ser un indicador de crecimiento, pero lo anterior no es siempre cierto ya que existen obesidades de peso normal. Si los depósitos de tejido adiposo han crecido un 20% o más se habla de un sobrepeso con obesidad, relacionado necesariamente con el comer compulsivamente.

La palabra obesidad, viene de "obesitas" y significa "a causa de lo que como". La confusión en este tema ha llegado a tal punto que este significado se ha descartado, siendo que la investigación científica ha comprobado la sobreingesta alimentaria y el subregistro de los pacientes bajo control.

Por otro lado, cuando se habla del enorme peso genético de la obesidad puede confundirse la capacidad heredada del ser humano para aumentar sus depósitos de grasa y la alteración genética que pueda explicar aquellas hiperobesidades donde el apetito está alterado, es decir el comer compulsivamente, también identificado como hiperfagia.

3.1.2 Antecedentes Psicológicos

Tomando en cuenta que el comer compulsivamente ocasiona la obesidad, ésta puede ser considerada como causa de alteraciones psicológicas, de manera que puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales.

Para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica se deben usar categorías tales como otros trastornos del humor o afectivos, trastorno mixto ansioso-depresivo o trastorno neurótico sin especificación.

La obesidad puede provocar, en ocasiones, el seguir una dieta que puede dar lugar a síntomas afectivos menores, como ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad, o más raramente a síntomas depresivos graves.

3.2 Definiciones

Los estudios acerca de los trastornos alimentarios se basan, primordialmente, en la anorexia y la bulimia, por lo que es difícil encontrar definiciones precisas del trastorno de comer compulsivamente.

Sin embargo, la definición más real es la expresada por NOAH⁴¹ (Acceso Computarizado a la Salud de Nueva York), que la identifica dentro de una tercera categoría en los trastornos alimentarios, bajo el nombre de trastornos del comer no especificados de otra manera, NOS por sus siglas en inglés, y que la define como los desórdenes alimentarios no definidos específicamente.

Esta categoría incluye el comer compulsivamente, identificado como el exceso del comer sin purgación, y otros comportamientos de anorexia y bulimia acompañados de peso normal o vómitos después de comer cantidades pequeñas de comida.

El comer excesivamente es identificado como sobreingesta por Gómez Pérez-Mitre⁴² en su estudio acerca de la conducta de sobrealimentación, quien la identifica como uno de los componentes centrales de los trastornos de la alimentación, con un papel estigmatizante en la sociedad.

3.2.1 Características de los comedores compulsivos

Las víctimas de este desorden tienden a caracterizarse como "adictos" a la comida, utilizando los alimentos y el comer como una forma de protegerse y de huir de sus emociones, así copan el vacío interno y manejan el estrés diario y los problemas en su vida.

⁴¹ NOAH, Op Cit.

⁴² Gómez Pérez-Mitre, Gilda et al. *¿Por qué comemos de más? Algunas razones de la conducta alimentaria de sobreingesta*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. 1993. México.

Quienes son comedores compulsivos suelen estar en sobrepeso y son conscientes de la anormalidad de sus hábitos alimenticios. Sin embargo la tranquilidad que encuentran con sus comportamientos resulta ser mínima y efímera, por la tendencia social a estereotiparlos como simples "individuos en sobrepeso."

Es importante considerar que las víctimas de este desorden no se encuentran en menos peligro que los pacientes anoréxicos o bulímicos. Los riesgos para su salud incluyen, entre otros peligros, ataques cardíacos a edades prematuras, alta presión sanguínea, colesterol elevado, daños o pérdida de riñón, artritis y deterioro del sistema óseo.

Los comedores compulsivos se esconden detrás de su apariencia física, creando un bloqueo entre ellos y la sociedad. Presentan un sentimiento de culpa por no tener la figura aceptada públicamente, tienen vergüenza de su sobrepeso y generalmente poseen una muy baja auto estima. Utilizan la comida como forma de manejar y evadir sus sentimientos, lo cuál sólo les lleva a introducirse en un ciclo interminable donde la comida es la única respuesta a la angustia, el estrés y el dolor.

Al presentar esta baja auto-estima, acompañada de una necesidad aguda de aceptación, valoración y cariño, los episodio de atracones y los momentos en los que come se convierten en una obsesión y en una forma de olvidar el intenso dolor que les produce el no ser aceptados y el afán de ser queridos.

3.3 Estudios

3.3.1 Perfil del paciente

Como lo indica Gómez Pérez-Mitre⁴³ en su estudio acerca de la conducta de sobrealimentación, al entender la conducta de sobreingesta compulsiva como adicción a la comida, comparándola con el abuso del alcohol, la persona se llena de comida cuando se siente feliz, triste, como método de recompensa o por presentar una baja autoestima, de manera que el alimento se convierte en el nutriente emocional o en la respuesta indiscriminada a cualquier sentimiento. De esta manera, el paciente que sufre este trastorno presenta características depresivas que lo llevan a convertirse en un comedor compulsivo como un escape a sus trastornos afectivo emocionales.

⁴³ Gómez Pérez-mitre, Gilda. Op cit.

Así pues, el perfil del comedor compulsivo se identifica con la depresión y ansiedad, además de presentar sentimientos de culpa por comer en exceso.

Es importante considerar que, grosso modo, la obesidad se identifica con el comer compulsivamente, aún cuando se han llegado a identificar pacientes delgadas que también presentan este trastorno, como lo indica Gómez Pérez Mitre en el mismo estudio. En relación con la obesidad y el sobrepeso, la insatisfacción con la imagen corporal tiene un fundamento real, ya que es posible la existencia de un importante exceso de grasa corporal. En general, las personas con problemas de obesidad o sobrepeso se convierten en dietantes crónicos y, a menudo, exhiben conductas reactivas y recurrentes: períodos de dietas altamente restrictivas, que llevan a accesos bulímicos con o sin prácticas de expulsión.

Se ha observado que estas conductas conllevan costos psicológicos como sentimientos de culpa, lucha desgastante interior, temores asociados con la pérdida de control, inseguridad y autodevaluación o, de nueva cuenta, una baja autoestima.

3.3.2 Tratamiento

En el caso de este síndrome, el tratamiento que se ha considerado más adecuado es la terapia de grupo anónima, basada en grupos de autoayuda, como los llamados "Alcohólicos Anónimos" que se basan en el tratamiento de los doce pasos; dichas asociaciones conjuntan terapias en las que los pacientes deben aceptar, como primera acción para lograr su curación, su enfermedad frente a otros muchos enfermos, a partir de ello la recuperación se basa en qué tanto puede expresar el paciente acerca de sus frustraciones, como medio para alcanzar un estado en el que, por sí solos, puedan lograr curarse.

Aún cuando estos grupos han probado su éxito en algunas adicciones, como en el caso del alcohol principalmente, como lo indica Mitchell⁴⁴ en su estudio acerca del síndrome de comer compulsivamente o Binge Eating Disorder, los comedores compulsivos prevalecen, aún con esta modalidad.

⁴⁴ James E. Mitchell et al. Binge eating disorder: an update. Eating disorders review. January/february 1996. USA.

3.3.3 Diagnóstico

Al no ser considerada precisamente como una enfermedad, el diagnóstico de la sobreingesta presenta complicaciones; sin embargo, en opinión de Mitchell, para lograr un acercamiento al síndrome pueden tomarse en cuenta los siguientes puntos:

- ⇒ Mientras más elevada es la masa corporal, más aparece este trastorno en el individuo.
- ⇒ En este síndrome se ingieren menos cantidades de comida que en el caso de la bulimia.

La masa corporal es la relación entre peso y talla y se mide con el Índice de Masa Corporal (IMC), identificado como la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros, elevada al cuadrado, como aparece en la siguiente fórmula:

$$\text{Peso/Talla}^2$$

3.3.4 Grupos sociales

En cuanto a los grupos sociales que padecen este trastorno puede apreciarse que, como lo indica Maisie y Freeman⁴⁵ en su revisión de los estudios de los trastornos alimentarios en relación con la posición social, de la mitad de los años ochentas a la fecha ha habido un incremento en el número de estudios que han examinado la relación entre el estatus y la aparición de los trastornos alimenticios, los cuáles determinan que existen errores metodológicos en las afirmaciones de que estas enfermedades se sujetaban solamente a las clases altas, los cuáles se refieren a la muestra, tomada de clínicas o escuelas particulares, de manera que sólo los trastornos de este segmento eran los que podían recopilarse.

Tomando en cuenta lo anterior, es posible afirmar que no existe un estrato social especificado para el comedor compulsivo, al igual que un grupo en específico, sino que se presenta de manera general en cualquier segmento de la sociedad.

⁴⁵ Maisie C. E. Gard y Chris P. Freeman. The Dismantling of a Myth: A Review of Eating Disorders and Socioeconomic Status. International Journal of Eating Disorders, Vol. 20, No. 1, 12 (1996). USA.

3.4 Causas de los comedores compulsivos

Entre las múltiples causas que originan el trastorno de la sobre alimentación, la insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables más importantes, como lo indica Gómez Pérez-Mitre⁴⁶ en su estudio acerca de las variables cognoscitivas y actitudinales referentes a las conductas alimenticias. Sin embargo es necesario considerar que dicha alteración emocional se basa en causas más específicas, como se menciona a continuación.

3.4.1 Causas afectivo – emocionales

Las causas afectivo-emocionales del comer compulsivamente se resumen en el proceso de socialización, mediante el cual los rasgos físicos convertidos en rasgos de personalidad y en valores, se asumen como patrones definitorios de los demás y de uno mismo. Tales prejuicios pueden encontrarse incluso en edades muy tempranas y ponen de manifiesto que la estigmatización de la gordura está presente desde la infancia.

Recientemente, en un estudio realizado por Saucedo-Molina y Montero⁴⁷ en niños, se encontró que los niños obesos tienen dificultades para establecer interacciones sociales y afectivas normales. En el mismo estudio fue posible evidenciar que los sujetos obesos presentan con poca frecuencia conductas de afrontamiento para eliminar la soledad, pues al parecer la condición de rechazo social enmascara la experiencia de soledad.

Por último, se ha encontrado también que el comedor compulsivo, y en particular el niño y adolescente, es menos activo que los individuos normales de su misma edad. Lo anterior no solamente es el resultado de su tamaño corporal, sino también de la exclusión sufrida en los deportes organizados debido a que entrenadores, organizadores y compañeros los consideran incapaces de vencer y de ser buenos atletas.

⁴⁶ Gómez Pérez-Mitre, Gilda. Variabes cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Universidad Nacional Autónoma de México. 1994. México.

⁴⁷ Saucedo-Molina, T. Y Montero y López Lena, M. Relación entre estado de nutrición y la experiencia de soledad en niños. Acta Pediátrica de México, 1996. México.

Como lo indica Klesges⁴⁸ en su artículo acerca de los efectos de la obesidad en la sociedad, lo que tiende a hacerse es asignarles roles inferiores dentro del equipo que sean de rellenos o inadecuados para ellos, de tal modo que se le hace sentir torpe, inútil, mal jugador y el menos deseable como compañero del equipo.

3.4.2 Causas Familiares

Es innegable que en el comer compulsivamente, así como en otros trastornos alimentarios, la historia familiar tiene un alto peso como factor desencadenante de este desorden, primordialmente en la manera en que los hijos se relacionan con los padres en cuanto a la comida.

A diferencia de los animales, la función natural de la alimentación en el ser humano adquiere proporciones complicadas, ya que los padres esperan que el hijo coma y cuando éste no quiere probar bocado se le presiona.

En contraposición, cuando un niño comienza a comer de más se le insta a que deje de hacerlo, pues las consecuencias se traducirán en gordura, centro de atención y burlas por parte de sus compañeros, lo cuál es inadmisibile para cualquier padre.

En este sentido es importante considerar que los mismos padres exteriorizan sus propios complejos y desórdenes alimenticios día con día en cuanto a la ingesta de comida, frecuencia y cantidad, hasta provocar, en muchos casos, que sus propios hijos sean los que desarrollen la enfermedad.

Por otro lado, los niños de peso alto generalmente reportan un ambiente familiar y relaciones paternas y maternas muy favorables, por lo que sería posible inferir que los padres de estos sujetos manejan estilos de crianza permisivos y laxos en normas que pueden ocasionar abandono y descuido, permitiendo al hijo que coma lo que quiera sin orden ni control, estilo que lleva a los padres a ser negligentes y apáticos lo cual incrementa el riesgo de obesidad temprana.

Así pues, es posible concluir que los efectos de las diferentes formas de crianza se relacionan directamente con los problemas en la conducta alimentaria la cual se encuentra íntimamente relacionada con el peso del sujeto. Es importante entonces corroborar que los padres efectivamente actúan con un contexto ambiental para el

⁴⁸ Klesges, R. C. Effects of obesity, social interactions and physical environment on physical activity in preschoolers. Health psychology, 1990. USA.

individuo mismo que incluye las conductas y actitudes de sus hijos con respecto a la comida y al peso.

Además de los efectos de la crianza como tal, es posible identificar factores emocionales en la relación familiar; las madres con hijas que presentan desórdenes alimentarios no se encuentran satisfechas con las funciones de sus familias, piensan que el paciente debe perder más peso. Lo anterior se contrapone con el sentir de los padres, en la creencia de que sus hijos no presentan el problema, apareciendo este sentimiento como una forma de autodefensa.

La experiencia clínica sugiere que muchos de los niños que son objeto de reproches provenientes de progenitores y pares por tener figura de gordos, están encerrados ya o pronto lo estarán en un círculo vicioso de rechazo, aislamiento y menosprecio adicional.

3.4.3 Causas Genéticas

En el síndrome del comer compulsivamente, solamente en un número muy reducido de casos, inferior al 5%, es debida a enfermedades genéticas o endocrinas, el resto corresponden a la denominada obesidad exógena o nutricional, ligada etiopatológicamente a la ingesta de dietas hipercalóricas, a la escasa actividad física y a una predisposición genética para conservar y almacenar la energía. Según esta hipótesis, la obesidad dependerá de factores ambientales actuando sobre individuos predispuestos genéticamente al acumulo excesivo de tejido adiposo.

Como lo indica Hernández-Rodríguez⁴⁹, en los países desarrollados se está produciendo un aumento en la prevalencia de la obesidad que incluso llega a representar entre un 30 y 40% de la población mayor de 40 años.

Aunque la asociación de sobrepeso y obesidad guarda una estrecha relación en familias de obesos, resulta interesante dedicar un comentario sobre un aspecto que empieza a preocupar de forma general, Esto se refiere al aumento progresivo de obesidad en la población infantil y adolescente

Diversos informes sobre obesidad, entre ellos el realizado por Krause⁵⁰ en sujetos adultos, indican que un porcentaje substancial de los pacientes fueron obesos en la infancia. En la investigación se encontró que aproximadamente la mitad de las tres cuartas partes de un grupo de adultos que estaban en un 60% por arriba de su peso ideal

⁴⁹ Hernández-Rodríguez, M. Alimentación infantil. Díaz de Santos. Madrid, 1993. España.

⁵⁰ Krause, M. Nutrición y dietoterapia. Interamericana-Mc Graw Hill. México, 1995. México.

se reportaron como obesos desde la niñez. En investigaciones semejantes los hallazgos obtenidos en 98 niños estudiados, indicaron que sólo la cuarta parte habían alcanzado su peso ideal en el momento de hacerse una evaluación 8 años después de haber iniciado el estudio. Finalmente, en otro estudio de seguimiento a lo largo de 20 años, en una población de 120 niños obesos de entre 10 y 13 años de edad, los resultados permitieron concluir que más del 60% de esa muestra se convirtieron en adultos obesos.

3.5 El comedor compulsivo en la psicología

El estudio de este trastorno en la psicología, como lo indica Gómez Pérez-Mitre⁵¹, en la relación con la obesidad y el sobrepeso es la insatisfacción con la imagen corporal que tiene un fundamento real, es decir, en la obesidad puede existir un importante exceso de grasa corporal o no tan importante.

Es por ello que se deben considerar los diferentes factores que se presentan en el trastorno para poder conformar un marco teórico básico para su estudio a nivel psicológico.

3.5.1 Factores Predisponentes

Continuando con la opinión de Gómez Pérez-Mitre, el factor más importante en la aparición de este trastorno es la ansiedad, constituyendo el rasgo común de las razones que se argumentan para la sobreingesta, conjuntándose éste con el ocio, otra variable relevante en la presentación de esta conducta alimenticia.

Entre los hallazgos de mayor relevancia teórico practica destaca la alta prevalencia con la que se detectaron conductas alimentarias de sobreingesta y el hecho de que la ansiedad constituyen el rasgo común subyugante a las interacciones psicosociales y psicoambientales en las que se produce dicha conducta.

Por otro lado, la obsesión y preocupación por la comida y la cantidad ingerida, vienen acompañadas de una auto imagen muy pobre y distorsionada de los pacientes sobre si mismos. Al parecer, los pensamientos negativos en cuanto a la imagen predisponen a la persona a este tipo de trastorno, de manera que termina convenciéndose que no es merecedora de la felicidad ni de ayuda en sus problemas.

⁵¹ Gilda Gómez Pérez-Mitre. Variables Cognoscitivas y Actitudinales Asociadas con Imagen Corporal y Desórdenes del Comer. Problemas de Peso. Vol 3, No. 1, 1994. Pág. 96. México.

3.5.2 Factores precipitantes

Al comenzar a presentar conductas de sobreingesta, los comedores compulsivos experimentan una pérdida del poder de voluntad y control, lo cuál determina directamente una baja más profunda en su autoestima, con sentimientos encontrados e inadecuados, una precaria auto imagen, culpa presente en cada momento, sentimientos de no hacer nada bien, miedo de ser juzgados como estúpidos y pensamientos totalmente negativos.

Los comedores compulsivos tienden a permanecer sin motivación aparente y perezosos, cuando lo que realmente ocurre es que estas víctimas se encuentran en un profundo estado de depresión y aislamiento. En respuesta a su necesidad de afecto, el vacío que sienten en su interior es llenado con comida.

3.5.3 Factores de mantenimiento

Para cerrar el círculo que comienza con los factores anteriormente expuestos, el comedor compulsivo refuerza su trastorno con sentimientos de culpa, poder y decepción.

Así, los sentimientos de culpa aparecen al no llenar las expectativas de otros, no alcanzar sus propias metas, ser felices mientras otros sufren. Al sentirse tristes cuando otros en el mundo si tienen grandes problemas.

Es una culpa creada por sus hábitos alimenticios y acrecentada por la presión que alrededor se nos impone por dejarlos de lado.

Por otro lado, los pacientes necesitan tener el control sobre sus circunstancias físicas y emocionales. En este contexto, el desorden alimenticio resulta ser un mecanismo negativo para controlar las emociones o mantenerlas en el interior. Resulta mas fácil pensar en la comida y en cómo ingerirla planeando festines de comida, en lugar de afrontar y manejar los sentimientos. Estos disturbios alimenticios pueden ser utilizados como auto castigo por el simple hecho de sentir, o incluso por sentirse mal. Es aquí donde aparece el poder.

Sin embargo, aún cuando pareciera que lo anterior induce al comedor compulsivo un mejor sentimiento acerca de sí mismo, al finalizar el ciclo aparece la decepción, que da a la víctima sensación de pérdida de control, lo cual lleva a sentir a su vez odio hacia ella misma, lo que indefectiblemente conllevará a los comportamientos auto destructivos típicos de los desordenes alimenticios.

3.6 Conclusiones

El comer compulsivamente no es un trastorno que se haya abordado de manera profunda y seria dentro de los estudios psicológicas. Como se ha podido observar, sólo ciertos autores, como es el caso de Gómez Pérez-Mitre en México, se han abocado a su análisis de manera seria. Este es el resultado de la contradicción que aparece a la hora de su diagnóstico y clasificación, al ser considerada no como una enfermedad en sí misma, sino como el detonante de una serie de trastornos físicos que ponen en peligro al paciente.

Por otro lado, es necesario confirmar que su aparición no sólo se debe a la voluntad del paciente. Como ya se ha expuesto, este trastorno muestra factores determinantes, al igual que causas específicas, que llevan al individuo a la sobreingesta y son ellos, y no la persona en si misma, los que deben ser identificados para su tratamiento.

"...Las emociones me controlan... me obligan a esconderme en un lugar seguro... "el silencio". Mi mente está distante de lo que mi corazón siente. Si yo lo digo es real, y las únicas palabras que conozco son las de destrucción, por eso prefiero permanecer callada. No puedo acercarme ellos, si lo hiciera me enredaría en mi misma y me derrumbaría. Tal vez parezca estar hecha de un corazón de piedra pero realmente solo es tiza, y me produce un profundo miedo, encarar la posibilidad de convertirme en polvo fácilmente..."

Anónimo.

CAPÍTULO 4

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MÉXICO

4.1 *Anorexia nerviosa*

Es innegable que la anorexia, como ya se ha especificado en el primer capítulo, es un trastorno común y recurrente en la actualidad. Aún cuando en las primeras investigaciones se consideró que ésta no era recurrente en las sociedades no industrializadas y que era un fenómeno establecido sólo en las clases altas, la realidad es que ha aparecido también en países como México, por lo cuál su estudio no debe ser tomado a la ligera.

La presencia de estos trastornos en nuestro país se refleja en los estudios realizados en los últimos años, principalmente en la Universidad Nacional Autónoma de México. Dichos análisis se basan en la alteración de la imagen corporal, la cuál se relaciona de manera directa con la aparición de estos desórdenes.

4.1.1 Características del paciente

A manera general, es posible observar que el perfil del paciente anoréxico se basa en el perfeccionismo. Sin embargo, la insatisfacción con la imagen corporal se presenta como una característica propia de estas personas, de manera que, en la mayoría de los casos, la paciente se siente y se ve gorda.

Así pues, como lo indica López Molina Lofrano⁵², la imagen interna que la persona anoréxica tiene de su cuerpo se encuentra dominada por una autopercepción distorsionada: el cuerpo que ella ve en el espejo no es el que los demás ven, el que ella tiene en su mente está repleto de rollos y acumulaciones de grasa en las zonas definidas. La carga que lleva es la de la gordura imaginada, un estigma que la atormenta. Por lo tanto, es la única que puede "mejorar" su cuerpo, dejando de comer, alejándose de todo alimento.

⁵² López Molina Lofrano, Amanda. Las enfermedades de nuestros tiempos; anorexia y bulimia. Obesidad Vol. 6 No. 3/21-22. Julio-Septiembre, 1993. España.

Las jóvenes son inicialmente hijas modelo, dóciles y colaboradoras, hasta que aparece la anorexia. Al entrar en la adolescencia y comenzar a ser más autónomas, para afirmar su identidad, el proceso se dificulta.

Sienten que no tienen poder sobre su cuerpo, que son ineficaces y poco valiosas. Aparecen problemas en la etapa de separación e individuación de las jóvenes. Su anorexia se inscribe entre las dificultades para lograr identidad propia dentro de una familia.

Instalada la enfermedad la paciente se ve frente a una alternativa de hierro, morirse de vergüenza o de hambre. Siente amenazada su autoestima y su control sobre el mundo. Una preocupación intensa sobre su cuerpo le permite fantasear que podría controlar todo lo negativo, que percibe en su medio, controlando su peso.

Algunas víctimas comúnmente creen no merecer el ser felices, asumen no ser dignos de disfrutar la vida y se privan de aquellas situaciones que proveen placer, incluyendo el comer, de manera que el ejercicio obsesivo, el conteo de calorías y gramos, la discusión constante sobre temas de salud y dietas y una persistente preocupación por la imagen que proyecta su cuerpo, pueden ser indicaciones físicas de que una persona sufre de anorexia nerviosa.

Particularmente en México, tomando en cuenta los resultados obtenidos en el trabajo de investigación presentado por Saucedo Molina⁵³ en la que analiza los factores de crianza en relación con los trastornos alimentarios, las actitudes paternas negativas que mayor vinculación tienen con el niño de bajo peso que puede presentar tendencias anoréxicas son las de rechazo, adoptando las manifestaciones de hostilidad, comparaciones desfavorables y mandatos ofensivos, con crítica y comparaciones negativas así como con autoritarismo y hostilidad por parte de los padres; a pesar de estos datos, cabe recordar la falta de estadísticas vigentes con respecto al tema en nuestro país.

Estas manifestaciones de rechazo paternal correlacionadas con el bajo peso podrían estar fundamentadas en el hecho de que los padres castigan al hijo delgado por el hecho de serlo, de manera que dichas conductas compensan la angustia y preocupación que para ellos representa tener un hijo "flaco".

Por otro lado, esta actitud negativa y de rechazo a paterno, se puede encontrar igualmente vinculada a la idea, cultural y tradicionalmente aceptada, de que un hijo flaco

⁵³ Saucedo Molina, Teresita de Jesús. Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios. Universidad Nacional Autónoma de México, 1996. México.

no es sano pues es más vulnerable a enfermarse y además refleja una situación de pobreza.

Tomando en cuenta lo anterior, resulta de vital importancia no pasar por alto la relación del padre con los hijos en relación con la anorexia en México.

4.2 *Bulimia*

En relación con la bulimia, vale la pena considerar que este trastorno se ha extendido de una manera importante en los últimos años, de manera que aparece aún más recurrente que la anorexia, por lo que su estudio merece un análisis especial.

En este sentido, es importante considerar que la bulimia puede identificarse más claramente como un trastorno socialmente transmitido; basta observar el estudio de Kelly⁵⁴, que involucra directamente la apreciación de los niños y niñas de la muñeca Barbie y sus medidas corporales, para apreciar que la exposición a factores sociales en la sociedad contemporánea puede ser relacionado directamente con la aparición de este tipo de trastornos alimentarios.

En este sentido, la teoría de un grupo social determinado por el nivel socioeconómico también queda fuera de contexto, ya que concretamente en nuestro país cualquier menor está expuesto a una serie de factores determinados por los medios de comunicación y el mercantilismo imperante no sólo en las sociedades netamente industrializadas, sino en todo el mundo en general.

4.2.1 Características del paciente

Los síntomas de la bulimia pueden ser muy sutiles, ya que las mujeres con este trastorno lo practican en secreto, y aunque pueden ser de bajo peso, no son siempre anoréxicas. En general, las personas con bulimia están preocupadas con la comida y pueden abusar de los laxantes, pastillas de dieta, eméticos o diuréticos.

Del mismo modo que la anorexia, los que sufren de bulimia también pueden hacer ejercicios de manera compulsiva. El esfuerzo ejercido para vomitar a veces puede causar vasos sanguíneos rotos en los ojos e hinchazón de las glándulas salivales que aparecen como áreas abultadas y debajo de las esquinas de la boca. Los dientes son propensos a las cavidades y erosión del esmalte debido al exceso de ácido, la encías pueden

⁵⁴ Kelly D. Brownell et al. *Distorting reality for children: body size proportions of barbie and ken dolls*. 8 august 1994. USA.

enfermarse y pueden surgir brotes de salpullidos y barros en la piel. Los vómitos repetidos autoinducidos en los que la persona se mete la mano hasta la garganta también pueden producir cortes y callos pequeños en las partes superiores de las articulaciones del dedo.

Los pacientes también pueden revertir a dietas severas, las cuales se tornan de nuevo en excesos si es que el paciente no llega a convertirse en anoréxico. Los excesos al comer promedian cerca de 1,000 calorías pero pueden llegar a ser hasta de 20,000 calorías o tan sólo 100. Los pacientes diagnosticados con bulimia tienen un promedio de cerca de 14 episodios por semana. En general, las personas con bulimia tienen un peso corporal de entre normal a normal-alto, pero pueden fluctuar por más de 10 libras debido al ciclo de comer excesivo-purgación.

Como lo indica López Molina Lofrano⁵⁵, a diferencia de la paciente anoréxica, que se imagina toda ingesta como un atracón que pone en peligro su dieta, los atracones del bulímico son reales.

El enfermo de bulimia miente, trampea, disimula y esconde. La mentira es parte de la enfermedad. Son personas que desean adelgazar rápidamente, apareciendo de la noche a la mañana con una figura esbelta. El deseo de obtenerla es tan fuerte y de una urgencia tan desesperante que los bulímicos se enrolan en una dieta "mágica". Para seguirla, crean consigo mismos un contrato secreto, en el cual hacen las veces de acusado, testigo y juez. El contrato es hermético y se debe cumplir para acceder a una nueva vida.

A diferencia de la persona anoréxica, que adopta el hambre como una ideología, la bulímica se vincula con una contradicción interna que la moviliza.

Es importante mencionar que la bulimia generalmente empieza en la adolescencia o en la vida adulta temprana y es mucho más común en las mujeres que en los hombres. El curso puede ser crónico o intermitente durante muchos años. Generalmente los atiborramientos con comida se alternan con períodos de comer normales o con períodos de comer normales y ayunos. En los casos graves, pueden haber alternadamente atiborramientos de comida y ayunos sin períodos de comer normales.

La persona que padece bulimia tiene un intenso temor a engordar, junto a una falta de control sobre su alimentación y sentimientos de culpabilidad y autodesprecio.

Los síntomas de la bulimia tienen una relación directa con la auto imagen que perciben de ellos mismos, cómo se ven o cómo se sienten acerca de situaciones particulares que

⁵⁵ López Molina Lofrano, Amanda. Ob cit.

crean angustia y ansiedad. Estos episodios surgen igualmente, para evitar o dejar salir sentimientos de rabia, decepción o depresión. El estrés, la ansiedad o incluso la infelicidad, pueden ser las claves detonantes que precipitan estos episodios.

Las mujeres y hombres con bulimia, son generalmente conscientes de que sus hábitos alimenticios no son normales. Fascinados por el efímero placer que les produce la comida, se hacen acreedores de revistas y libros de cocina que contienen recetas y disfrutan con las discusiones sobre temas relacionados con dietas extraordinarias. En ocasiones, los bulímicos pueden presentar cuadros de anorexia nerviosa entre períodos de atracones y purgaciones, lo cual representa un peligro adicional.

Es importante tomar en cuenta que la bulimia se manifiesta en diferentes formas y puede presentar signos diversos. Las formas de purgación varían igualmente de persona a persona. Algunas víctimas, después de sufrir atracones, hacen ejercicio compulsivo como jogging o aeróbicos, con el fin de quemar las calorías ingeridas. Otros se autoinducen al vómito, toman laxantes o ayunan los días siguientes al episodio. No es extraño que hombres y mujeres con bulimia, utilicen pastillas para quitar el apetito con el fin de controlar su ansiedad y evitar el atracón, o que igualmente, utilicen diuréticos para perder peso.

A pesar de todos sus esfuerzos por conseguir una mejor figura, las bulímicas no suelen perder peso. Es más, incluso pueden aumentarlo debido a la masiva y desordenada ingesta alimentaria, como lo comenta Josep Toro⁵⁶.

En la población mexicana en particular, como se observa en el estudio de Gómez Pérez-Mitre y Ávila⁵⁷ realizado a escolares mexicanos preadolescentes, una de las características del paciente bulímico es su historia dietética, referida a realizar dietas para bajar de peso desde antes de los 15 años, que se acompañan en la adolescencia del vómito autoinducido y el uso de laxantes.

En este sentido, la familia también se presenta como un factor de riesgo en la aparición de la bulimia, cuando en ella aparecen prácticas autoritarias que despiertan en el preadolescente y adolescente sentimientos de culpa que los inducen a llevar una dieta adelgazante que puede llevar a la aparición de síntomas de la bulimia.

⁵⁶ Díaz de Tuesta, José. *La bulimia desbanca a la anorexia como trastorno alimentario*. El País. Madrid, 1999. España.

⁵⁷ Gómez Pérez-Mitre y Ávila Enrique. *¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

En los estudios realizados en México, como el de Holtz⁵⁸ que determinan la aparición de estos trastornos, demuestran que aún cuando este tipo de trastorno no se reconoce de manera plena en la sociedad mexicana, la existencia de conductas de tipo bulímico es sumamente recurrente, por lo que no debe descartarse su aparición en cualquier estrato social.

Es innegable que la bulimia ataca directamente a la población mexicana, constituyendo sus factores de riesgo el trastorno de la imagen corporal y la presión social. Además, es importante tomar en consideración la aparición, en dicho trastorno, de conductas tales como promiscuidad sexual, cleptomanía o el abuso de alcohol y drogas, las cuáles pueden atribuirse a la frustración que el individuo que lo padece siente al no conseguir, aún a costa de su propia destrucción, la imagen que necesita tener de él mismo.

4.3 Comer compulsivamente

Como lo indica Gómez Pérez-Mitre⁵⁹ en su estudio acerca de las conductas de sobrealimentación, la sobre ingesta alimentaria es uno de los componentes centrales de los trastornos de la alimentación, de manera que es ampliamente conocido el papel estigmatizante que tiene la obesidad presentada por el comedor compulsivo en la sociedad, aún en edades muy tempranas.

En este sentido, puede determinarse que es alta la prevalencia con la que se detecta la conducta del comer compulsivamente, siendo la ansiedad el rasgo común subyacente a las interacciones psicosociales y psicoambientales en que se presenta dicha conducta.

Es importante especificar que la obesidad, característica del comedor compulsivo, puede ser reconocida como un estado patológico caracterizado por la acumulación excesiva de tejido adiposo, en donde se almacena grasa en forma de triglicéridos.

Como se estableció en el capítulo anterior, es importante reconocer al comedor compulsivo por su baja autoestima y por la constante aparición de ansiedad, factores que son manejados por él mismo en forma de consumo de grandes cantidades de comida que lo insertan en un círculo vicioso que sólo logra alterar su estado emocional problemático.

⁵⁸ Holtz, V. Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Universidad Iberoamericana. México, 1992. México.

⁵⁹ Gómez Pérez-Mitre, Gilda. ¿Por qué comemos de más? Algunas razones de la conducta alimentaria de sobrealimentación. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Es importante tomar en consideración, por último, que el estudio realizado por Saucedo Molina⁶⁰ podría asentar provisionalmente que la proporción de adolescentes escolares en la Ciudad de México que cayó dentro de la clasificación de peso alto es considerable, por lo que este trastorno no debe dejar de tomarse en cuenta.

4.3.1 Características del paciente

Ante todo, es importante reconocer que la obesidad característica del comedor compulsivo no solamente lo predispone a múltiples alteraciones fisiológicas, sino que también puede traer consigo consecuencias sociales y emocionales devastadoras. A diferencia del enfermo o del minusválido, puede pensarse que el obeso es un débil de carácter de tal manera que se hace sentir responsable de su problema y cree tener la culpa de ser como es, de manera que cuando se le trata mal, con burla y desprecio, puede ser llevado a aceptar esta actitud como una conducta justa.

A manera general es posible afirmar que el comedor compulsivo se encuentra insatisfecho con su forma y tamaño corporal y se percibe como obeso, sin embargo presenta conductas contrarias pues no evitan alimentos engordadores, ni aumentan su actividad física de manera sustancial. Esta paradoja posiblemente se encuentra sustentada por la actitud de los padres al manifestar una mayor aceptación por un niño "gordo" que por un niño "flaco" y a la estigmatización de que han sido objeto como torpes, inútiles y malos deportistas.

Según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993, los datos epidemiológicos acerca de la prevalencia de obesidad en México muestran que el 21.4% de la población nacional presenta obesidad, lo cuál determina que nuestro país presenta un gran número de comedores compulsivos.

En este marco es importante recalcar que la obesidad se presenta generalmente en la niñez, de manera que, aún cuando se piense lo contrario, ésta continúa en la adolescencia y adultez y puede convertirse en un problema de conducta alimentaria.

Los factores familiares y la conducta alimentaria manejada por los padres mexicanos, como lo indica Saucedo Molina⁶¹ es una característica primordial en el desarrollo del comedor compulsivo. A manera general puede afirmarse que, particularmente en México, la persona que presenta este síndrome presentó obesidad desde su niñez, la cuál

⁶⁰ Saucedo Molina, Teresita de Jesús. Op cit.

⁶¹ Saucedo Molina, Teresita de Jesús. Op cit.

combinada con la estigmatización propia de su aspecto, degenera en una baja autoestima y una ansiedad constante, que desencadenan alteraciones afectivas caracterizadas por la baja autoestima, sentimientos de culpa y estrés que se traducen en atracones de comida, identificados como factores equilibrantes de su estado, de manera que llega a pensar en los alimentos como su único amigo, aún cuando después de ingerirlos presente un mayor sentimiento de culpa que lo hunde en el trastorno.

4.4 Los Trastornos Alimentarios y su Relación con Aspectos Psicológicos

Ante todo, es importante reconocer que los pacientes con trastornos alimentarios presentan problemas psicológicos, además de combinaciones de trastornos, como es el caso de los bulímicos, que han sido encontrados más deshinibidos, menos depresivos y con mayor actividad sexual que los estrictamente anoréxicos.

Lo anterior es sólo un ejemplo de la relación existente entre estos trastornos y aspectos psicológicos propios de la persona que sufre estos desórdenes, de manera que es necesario reconocer en ellos la estructura familiar, la autoestima y autocondenación y el comportamiento autodestructivo.

4.4.1 Estructura familiar

Como se ha venido especificando a lo largo de la presente tesina, la familia juega un papel primordial en la aparición y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Como lo indica Pika⁶² en un estudio realizado a madres con hijas con trastornos alimentarios, la perspectiva sociocultural de la imagen del cuerpo hace que las personas se obsesionen por su peso y se introduzcan en dietas irreales, de manera que los pacientes con estos desórdenes comúnmente presentan problemas y dietas concernientes a otros miembros de la familia. Así, las madres pueden tener una relación directa con la aparición de la enfermedad, al aparecer como precursoras de una cultura de dieta, que se presenta como una manera de escape en una familia disfuncional.

Como se indicó con anterioridad, los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Se ha encontrado que las madres

⁶² Kathleen M. Pika et al. Mothers, daughters, and disordered eating. Journal of abnormal psychology. USA.

de los anoréxicos tienden a estar sobreinvolucradas en la vida de sus hijos, mientras que las de los bulímicos son críticas y distantes.

Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en los niños.

4.4.2 Autoestima y autocondenación

En el caso de los trastornos alimentarios es importante remarcar que generalmente se consideraba que estos sólo afectaban a mujeres caucásicas con ciertos rasgos socioculturales, con expectativas irreales de delgadez y atractivo, así como la inclusión de un cambio de rol femenino en los estándares sociales y actitudes hacia la obesidad.

Sin embargo, un estudio realizado por Davis y Yager⁶³ abocado a la revisión de los estudios publicados a este respecto sobre varios grupos étnicos, entre ellos el latino, reportó que la mayoría de los casos estudiados presentaban síntomas similares a los reportados en las mujeres caucásicas con desórdenes alimentarios, como miedo a la obesidad, expectativas de delgadez, imagen de su cuerpo distorsionada, amenorrea, perfeccionismo y baja autoestima.

En este sentido, vale la pena considerar los diversos factores que inducen a los pacientes a presentar factores de baja autoestima y autocondenación, expresados en el estudio realizado por Thiel⁶⁴ que sugiere que existe una relación entre los pacientes con desórdenes obsesivos compulsivos y los trastornos alimentarios, por lo que estas conductas pueden ser identificadas como las variables expresadas con anterioridad.

Como lo indica Polivy⁶⁵, una baja autoestima también puede ser causante de los trastornos alimentarios, al presentarse como un punto restrictivo, ya que las personas que la presentan hacen dieta como medio para subirla, lo cuál es contraproducente y degenera en un sentimiento de autocondenación por haber fallado en la meta propuesta. Por otro lado, es importante considerar que cuando se incluye la obesidad, es indiscutible que el comer no saludable es epidémico en América. Las presiones sociales de la cultura occidental desempeñan sin duda un papel importante en la provocación de los trastornos del comer.

⁶³ Cindy Davis and Joel Yager. Transcultural Aspects of Eating Disorders: a Critical Literature Review. USA.

⁶⁴ Andreas Thiel et al. Obsessive compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1995. USA.

⁶⁵ Janet Polivy et al. Self-esteem, restraint and eating behavior. Journal of abnormal psychology. 1988. USA.

Por un lado, los anunciantes comercializan a gran escala programas para la reducción de peso y presentan modelos jóvenes anoréxicos como paradigma de deseo sexual; por otro lado, los medios de comunicación inundan al público con anuncios de comida. La ropa se diseña y exhibe para los cuerpos delgados a pesar de la realidad de que pocas mujeres podrían llevarlas con éxito. En este contexto, corren mayor riesgo las personas cuyo sentido de la autoestima se basa en su totalidad en la aprobación externa y apariencia física, lo cuál se traduce en una disminución de ella.

4.4.3 Comportamiento autodestructivo

Los trastornos alimentarios se encuentran, definitivamente, relacionados con un comportamiento autodestructivo: las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de las personas con bulimia.

Por otro lado, como se especifico en el segundo capítulo, el abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban el alcohol y el 28% abusaban las drogas, con un 18% con sobredosis repetidamente. La cocaína y las anfetaminas fueron las drogas con mayor frecuencia abusadas. En el mismo estudio, fueron comunes otros tipos de comportamiento autodestructor, entre otros el auto-cortado y el robo.

De esta manera es posible identificar a este tipo de comportamientos como factores muy relacionados a los trastornos alimentarios.

4.5 Posibles Efectos Psicológicos de los Trastornos Alimentarios en la Sociedad Mexicana

Después de haber realizado un recuento de las características de los trastornos alimentarios es posible afirmar que, efectivamente, éstos son padecidos por una parte de la sociedad mexicana y su principal peligro se basa en el incremento en el número de casos, el cuál se encuentra en aumento a nivel mundial.

Es por ello importante tomar en consideración los posibles efectos que a nivel psicológico pueden presentarse en la sociedad mexicana, con el fin de dar una muestra real de la importancia de dichos desórdenes.

Primeramente, es importante considerar que, en el caso de la anorexia, el hambre intensifica la depresión. Este deterioro en el estado de ánimo puede reducir aún más los sentidos de autoestima y confianza, aumentando la necesidad de renovar la vigilancia sobre el control de peso, por lo tanto perpetuando el ciclo. La inanición también puede dar un sentido falso de plenitud debida a la actividad reducida del estómago, haciéndolo cada vez más y más fácil para no comer. Lo anterior lleva a que el paciente se conduzca lentamente hacia la muerte, causada por complicaciones médicas derivadas de episodios anoréxicos.

Por otro lado, debido al comportamiento autodestructor que se observa en estos trastornos, es importante considerar los alcances psicológicos en cuanto a adicciones que dichos desórdenes pueden causar en la sociedad. A nivel general, es posible afirmar que la promiscuidad sexual, la cleptomanía y el uso de diversos tipos de estupefacientes, incluyendo el alcohol, inciden directamente en un resquebrajamiento de los modelos familiares proporcionando la disfuncionalidad y su alto costo tanto en lo subjetivo individual y colectivo como en lo social.

En este sentido es importante tomar en cuenta la destrucción del modelo familiar tradicional; la cultura mexicana se basa en las relaciones familiares y si en ellas existen trastornos alimentarios la célula puede debilitarse de gran manera, lo que ocasionaría un desmoronamiento del sistema social actual. Es posible que la cultura latina enfrente, con estos desórdenes, la entrada impulsiva al sistema social de los países más industrializados, teniendo como consecuencia los problemas que éstos enfrentan en el sentido de la desintegración familiar y la pérdida de los valores morales tradicionales, base sustentante de la manera de vivir del mexicano.

Así pues, los trastornos alimentarios son un problema de salud que no se refiere simplemente al ámbito individual, ya que las consecuencias que se observan a nivel familiar infieren un deterioro en el sistema social que no puede considerarse sano. Por lo anterior es importante recordar que muchos de los factores que implican su aparición son básicamente sociales, como aquellos a los que se encuentra expuesta la población en los medios de comunicación, como es el caso de los diferentes anuncios comerciales que exaltan una figura absurdamente delgada o el de los mismos juguetes que, desde una

edad muy temprana, tienden a crear en los niños una abstracción irreal del cuerpo perfecto, lo cuál determina, en una manera muy amplia, la baja autoestima que se verá reflejada a lo largo de toda su vida.

La imagen corporal es el factor más importante a considerar en los efectos que este tipo de trastornos pueden generar, es importante considerar que ésta se encuentra distorsionada por los factores externos ya expresados con anterioridad y, en el caso de México, la situación se torna más grave aún, siendo que las características propias del individuo mexicano difieren totalmente de los modelos extranjeros impuestos en los cánones de belleza occidentales.

4.6 Tratamientos

La primera dificultad para tratar los trastornos del comer es a menudo la resistencia del paciente anoréxico que cree que la emaciación es normal e inclusive atractiva o el paciente bulímico que cree que la purgación es la única manera de prevenir la obesidad. Aun peor, la enfermedad anoréxica puede ser estimulada por los amigos que envidian la delgadez o por los entrenadores de baile o deportes que promueven los niveles de grasa bajos. La familia misma puede negar el problema y ser obstructiva o manipuladora, aumentando las dificultades del tratamiento. Es muy importante que el paciente y cualquier amigo o parientes cercanos estén informados acerca del grave potencial de estas enfermedades y la importancia de recibir ayuda inmediata.

Los pacientes pueden abandonar los programas si tienen expectativas poco realistas de "curarse" tan sólo mediante las apreciaciones de los terapeutas. Antes de que empiece un programa, deberá ponerse de manifiesto que el proceso es doloroso y requiere trabajo duro por parte del paciente y la familia. Existe la posibilidad de tratar varios métodos terapéuticos hasta que el paciente tenga éxito en superar estos trastornos tan difíciles. La recaída es común y no deberá recibirse con desesperación. La bulimia se trata mejor con una combinación de antidepresivos y terapia congoscitiva.

El resultado de la bulimia es en general más favorable que en la anorexia; incluso después de la recuperación, las mujeres con anorexia a menudo retienen un deterioro en el sentido de la línea corporal.

Los estudios a largo plazo, sin embargo, están mostrando recuperación aún en la mayoría de las personas tratadas contra la anorexia. Un estudio reveló que para las personas con

anorexia temprana, la terapia familiar funcionó mejor y para las personas con anorexia tardía la terapia individual de apoyo fue la más eficaz.

4.6.1 Tratamiento médico

La mayoría de los pacientes anoréxicos entre moderada y severamente enfermos son ingresados en el hospital para recibir el tratamiento inicial, en particular bajo las siguientes circunstancias: si la pérdida de peso sigue aun con tratamiento ambulatorio; si el peso está 30% por debajo del mínimo necesario para mantener la salud; si ocurren ritmos del corazón anormales; si la depresión es severa o el paciente es suicida; si la pérdida de potasio es severa o la presión arterial es sumamente baja. Los expertos recomiendan 10 á 12 semanas para la recuperación nutricional total.

Los pacientes solían permanecer varios meses en el hospital, pero ahora las aseguradoras en los Estados Unidos rara vez cubren más de 15 días, lo cual, lamentablemente, no es por lo general suficiente para que el paciente alcance el peso corporal ideal y no es, sin lugar a duda, tiempo suficiente para hacer cambios profundos en el comportamiento alcanzado.

Un estudio ha reportado que la terapia ambulatoria y la orientación nutricional eran tan eficaces como la hospitalización a largo plazo, pero otros han documentado la necesidad de tratamiento de hospitalización prolongado.

Por su parte, los pacientes con bulimia rara vez necesitan hospitalización a menos que el ciclo de comer excesivo-purgación haya conducido a la anorexia, pues se necesitan medicamentos; o está presente una depresión mayor.

Este tipo de trastornos son tratados desde el peso de la persona y no desde la necesidad de alimentos.

El tratamiento parte del conocimiento por parte de la paciente de la necesidad de un proceso de ganancia de peso y de los estadios de bienestar o crisis.

El seguimiento se hace a través de un gráfico que se construye con la misma paciente y que muestra en una línea de relación en el tiempo del peso inicial y el peso ideal para la recuperación de la salud.

El gráfico se muestra cuatro estados posibles:

- ⇒ Logrando el peso ideal se tiene la libertad de salir del hospital e ir a casa.
- ⇒ Logrando la ganancia de 100 gramos de peso diario se tiene la libertad de hacer lo deseado dentro del hospital.

- ⇒ Permaneciendo en un peso de hasta 1 kilo por debajo del proceso descrito para ganar el peso ideal, se tiene la privación de movimientos en el hospital; es decir se debe permanecer sobre la cama.
- ⇒ Permaneciendo por debajo de 1 kilo del peso requerido en el proceso de recuperación, se tiene que alimentar por sonda nasogástrica.

Cabe mencionar que los seguros de gastos médicos vigentes en México no cubren los gastos generados por y para tratamientos de control de peso, desconociendo la naturaleza clínica de estos trastornos, por lo que éstos se vuelven costosos para quien padece este tipo de trastornos, sin que exista una seguridad económica para su solución.

4.6.2 Psicoterapia individual

Otro de los tratamientos se refiere a la psicoterapia, en la cuál el paciente tiene una persona a su lado quien puede desarrollar otro pensamiento sobre su cuerpo y otro nivel de la comunicación.

Puede observarse también que un enfoque de equipo multidisciplinario con apoyo y orientación consistentes es esencial para la recuperación a largo plazo de todos los trastornos severos del comer. Los profesionales incluidos en este equipo pueden ser especialistas de complicaciones médicas específicas, dietistas, terapeutas conductuales y psicoterapeutas, asistentes sociales y enfermeras capacitadas. Todos ellos deberán tener entrenamiento en la provisión del tratamiento de estos desórdenes.

Los estudios han encontrado que las personas tratadas por tales especialistas tienen una tasa de mortalidad inferior que aquellos tratados sólo como pacientes psiquiátricos con un enfoque terapéutico común. Un estudio reportó un éxito significativo cuando los pacientes anoréxicos de una edad promedio de 22 años estaban empleando un enfoque en equipo dentro de una unidad pediátrica. Después de casi dos años, aunque la mitad de los pacientes desarrollaron modelos de comer excesivo-purgación, su peso promedio era el 96% del ideal, la reanudación de la menstruación ocurrió en 80% de las pacientes, y ninguna de las pacientes que deseaban quedar embarazadas, tuvieron problemas para concebir.

Por otro lado, también debe hacerse mención de la terapia conductual, que se concentra sólo en cambiar los hábitos dietéticos. Para las personas con anorexia, estos métodos se emplean de inmediato en el hospital para promover el aumento de peso. Por lo general, estos enfoques utilizan una recompensa por comer y un castigo por no comer (un ejemplo

sería la negación de privilegios). Es importante que el castigo sea lo suficientemente fuerte para promover el cumplimiento con la dieta pero no tan severo como para que haga resaltar la autoestima ya baja del paciente, sentido de aislamiento y cualquier enfermedad psicológica que haya podido causar el trastorno.

Deberá tomarse en cuenta que este método no es muy eficaz cuando se emplea solo. En un estudio de personas con bulimia, los pacientes que empleaban el tratamiento conductual sin ningún otro método presentaron una tasa de abandono de más del 50%.

Por su parte, la terapia cognoscitiva, basada en las conductas que perturban la situación problemática utilizando el mapa cognoscitivo de la situación problemática del paciente, trabaja utilizando el principio de que un modelo de pensamiento y creencia falso acerca del cuerpo de una persona puede ser reconocido objetivamente y alterado, así cambiando la respuesta y eliminando la reacción insalubre a los alimentos. Es la primera línea de terapia para la mayoría de los pacientes con trastornos del comer, y es particularmente eficaz para la bulimia, especialmente cuando se combina con antidepresivos. El proceso lleva entre cuatro y seis meses durante los cuales el paciente llega a comer tres comidas al día, incluyendo alimentos que ha evitado anteriormente. Durante este periodo, el paciente controla la ingestión diaria de alimentos y cualquier episodio de comer excesivo o purgación. Primero, el paciente deberá aprender a reconocer cualquier reacción insalubre habitual y pensamientos negativos hacia el comer mientras están ocurriendo. Deberá observarse objetivamente cualquier lapso, sin autocrítica o juicio. Mediante la información y discusión de estas respuestas con un terapeuta cognoscitivo, con el tiempo el paciente puede descubrir las actitudes falsas acerca de la imagen corporal y el perfeccionismo inasequible que son la base de la oposición a los alimentos y salud. A esta altura, el paciente puede retar estas ideas y respuestas afianzadas y automáticas y puede empezar a reemplazarlas con un conjunto de creencias realistas junto con las acciones basadas en autoexpectativas razonables. Las personas que se recuperan de la anorexia continúan reteniendo una necesidad fuerte de orden y precisión, indicando que aunque estos rasgos pueden hacer a una persona joven susceptible a la anorexia, son también cualidades fuertes que pueden emplearse para reconstruir una vida muy valiosa.

Por último, la terapia interpersonal, referente a la relación entre varios terapeutas que analizan los casos de sus pacientes por separado para luego reunirse con todos ellos para discutirlos, trata la depresión o la ansiedad que puede ser la base de los trastornos del comer junto con los factores sociales que influyen en el comportamiento del comer.

Esta forma de terapia no trata el peso, la comida o la imagen corporal en lo absoluto. Un análisis de estudio encontró que por lo general no funciona para las personas que tienen episodios de comer excesivo y que han fracasado en la terapia cognoscitiva. Las metas son expresar los sentimientos, descubrir cómo tolerar la incertidumbre y el cambio, y desarrollar un sentido fuerte de la individualidad e independencia. Esta forma de terapia también toma en cuenta asuntos sexuales y cualquier suceso traumático o de abuso en el pasado que puedan ser causa del trastorno del comer. El terapeuta deberá acercarse a estos pacientes suave y lentamente para evitar respuestas potencialmente autodestructoras a las emociones profundamente dolorosas despertadas por estos recuerdos.

4.6.3 Psicoterapia familiar

La psicoterapia familiar trata las reglas de la comunicación dentro de la familia, ya que la alteración o cambio de alguno de los integrantes, genera a su vez otras relaciones entre la familia en su totalidad, puesto que funcionan de manera global como un sistema. Un concepto importante a defender dentro de ella es la subjetividad individual.

Debido al papel principal que juegan las actitudes familiares en los trastornos del comer, se podría argumentar que uno de los primeros pasos en el tratamiento del paciente anoréxico es buscarte ayuda y apoyo a la misma familia. Los sentimientos de culpa y ansiedad intensa que experimentan los miembros de la familia que cuidan a los pacientes anoréxicos son probablemente similares a los producidos cuando se vive con una persona suicida. Un padre muy involucrado puede inclusive apoyar el trastorno del comer del paciente por temor de su ira o aflicción o debido a la propia identificación del padre con valores culturales de la delgadez. En tales casos, es sumamente importante el que la familia comprenda por completo el peligro de este trastorno y el que ellos forman parte de la enfermedad de su hijo, o inclusive la muerte, promoviendo este estado.

Si el paciente es hospitalizado, los expertos recomiendan que la terapia de familia empiece después de que el paciente haya aumentado de peso pero antes de ser dado de alta y por lo general deberá continuar después de que el paciente haya salido del hospital. Tal terapia es particularmente útil para los pacientes más jóvenes para quienes la familia continúa siendo una influencia altamente significativa.

Como puede observarse, los trastornos alimentarios no son sólo enfermedades leves; sus tratamientos indican la peligrosidad que su aparición y mantenimiento infringen en la salud del individuo que las padece.

Las consecuencias directas de dichos trastornos pueden provocar la muerte, no se limitan sólo a alteraciones de la personalidad leves. Tanto a nivel psicológico como médico, el paciente se deteriora a un nivel muy alto, que determina un tratamiento fuerte y costoso.

Es importante considerar que no se ha dado la importancia necesaria a estos trastornos; siendo considerados casi como 'caprichos' de quien los padece, se ha tendido a justificar la falta de interés en la 'baja' posibilidad de consecuencias fatales. Lo anterior es totalmente falso.

La persona que padece este tipo de trastornos requiere un tratamiento adecuado, necesita de todo un equipo de profesionales, tanto médico como psicológico, para salir adelante. Es por ello que la necesidad de un mayor estudio acerca de estas enfermedades no sólo se hace necesario, sino absolutamente indispensable.

México se presenta como un país en el que tanto la bulimia como la anorexia y el comer compulsivamente no son sólo enfermedades esporádicas, todo lo contrario, la frecuencia de estas enfermedades en nuestro país tiende a aumentar peligrosamente; es por ello que su estudio y tratamiento se presenta como un compromiso, el cual debe cumplirse lo más pronto posible.

CONCLUSIONES

El marco teórico de la presente tesina arroja, de manera general, las siguientes conclusiones:

- 1°. La anorexia, la bulimia y el comer compulsivamente son trastornos alimentarios que requieren un tratamiento específico como enfermedades psicógenas. Es indudable que, sobre todo en el caso de los dos últimos, no se ha realizado una adecuada profundización, lo cuál indica que los pacientes que los sufren continúan a la deriva, salvados solamente por la idea de que sus conductas pueden cambiar algún día si así se lo proponen.
- 2°. Aún cuando la frecuencia de estos fenómenos se ha presentado más continuamente en las últimas décadas, pueden contemplarse como rasgos que se reconocen en cualquier época de la historia, lo cuál determina que el aumento en sus casos se debe a factores del mundo contemporáneo.
- 3°. Los factores sociológicos se presentan como una causal importante en la aparición y desarrollo de estos trastornos, sin embargo es la familia la que puede identificarse como hilo conductor para la perpetuación de cualquier tipo de trastorno alimenticio.
- 4°. Los estereotipos y modelos sociales, recreados globalmente por los medios de comunicación, influyen en la mente de todas las personas componentes de la sociedad, sobre todo de los más jóvenes.
- 5°. En este sentido, los niños se identifican como el grupo que se encuentra en mayor riesgo para adquirir y desarrollar cualquier trastorno alimentario.

Particularmente, es posible afirmar que la anorexia se presenta como el trastorno más estudiado en la actualidad, ello se debe a las consecuencias devastadoras que tiene en la persona que la sufre; sin embargo, aún cuando éstas son más evidentes, tanto la bulimia como el comer compulsivamente indican un alto grado de riesgo que debe tomarse en consideración.

La bulimia se reconoce como el trastorno más agresivo, debido a las conductas autodestructivas que tiene como consecuencia, además de que, al parecer, es el que se presenta de una manera más palpable dentro de la sociedad contemporánea, al encontrar un incremento en sus casos.

El comer compulsivamente se identifica como el trastorno menos estudiado pero que, sin embargo, es el más frecuente, al tomar en cuenta a la obesidad como consecuencia del mismo.

Respecto a los indicadores que se utilizaron en esta tesis para analizar la información y que son la edad, el género, el nivel socioeconómico y los tratamientos, encontramos observaciones interesantes, y aunque estos elementos fueron integrando en el desarrollo de los capítulos, hacemos ahora algunas puntualizaciones:

- a) En relación a la edad observamos que existe una tendencia a aparecer en mujeres jóvenes y que aumentan cada vez más su aparición en niños y adolescentes.
- b) Referente al género se observa que la anorexia y la bulimia son padecimientos básicamente femeninos mientras que el comer compulsivamente aparece en ambos géneros.
- c) En cuanto al nivel socioeconómico notamos que no es privativo de la clase socioeconómicamente alta sino que se presenta en todos los niveles.
- d) Relativo a los tratamientos, los estudios muestran mayor eficacia de aquellos que abarcan varios aspectos: psicológicos, conductual, médicos, etc.; y además presentan mejores resultados los grupales y familiares sobre los individuales.

Por último, es importante tomar en consideración que la imagen corporal se levanta como el factor más importante en la aparición de dichos trastornos.

Al respecto, es posible afirmar que la visión occidental del mundo se ha visto no sólo invadida, sino basada en una serie de dualidades entre la mente y el cuerpo, dentro de la cuál sólo este último tiene un valor trascendental para la sociedad contemporánea.

La nueva noción moderna de consumo y ganancia ha ido adquiriendo mayor importancia, para dar nacimiento a conceptos como el de alimentación sana para mantener una figura esbelta, de manera que se comercializan los diferentes productos publicitarios acompañados de ese estereotipo de belleza, en base al cual el individuo tiene que hacer ejercicio, comer bien, hacer dieta y esforzarse por alcanzar la meta del cuerpo occidental perfecto.

Es en este momento en que aparece en el individuo la alteración en la consideración de su propia imagen corporal, de manera que comprende que aunque nunca llegue a ser como aquellos modelos debe sacrificarse en el intento, sin importar que su salud física y mental se encuentre en juego y pueda llegar a destruirse de una manera definitiva.

Así pues, la conclusión principal de la presente tesina se refiere a que la distorsión de la imagen corporal, iniciada primeramente como un patrón para sentirse aceptado por la sociedad, determina la aparición de los trastornos alimentarios e incluso puede volverse crónica.

La alteración de esta imagen es, pues, el factor más importante a estudiar, es la causa de que se reciban mensajes externos preocupantes y peligrosos; es la causa, en muchos casos, de la muerte de personas que padecen anorexia, bulimia o que son comedores compulsivos.

Cabe mencionar, por otro lado, que los trastornos alimentarios pueden ser presentados como una enfermedad de género, por lo que su importancia se acentúa.

Los alcances del presente trabajo, como ha podido observarse, se refieren directamente al conocimiento de sus verdaderas características, así como de las pocas cifras y estadísticas que de ellas se tienen en México.

Su mayor importancia se centra en la creación de una conciencia plena con respecto a las mismas, la cual ayudará, en mayor medida, a la implementación de políticas de salud pública que impidan la proliferación de estas enfermedades y que, en su caso, brinden el tratamiento adecuado a los pacientes que las padecen. Con estos conocimientos podremos esperar, tal vez, que los trastornos alimentarios no sigan creciendo en número en nuestro país y que, algún día, puedan ser erradicados.

BIBLIOGRAFÍA

Andreas T. et al. 1995 Obsessive compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry. USA.

Beary et al. 1986 Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. British Journal of Addiction. Gran Bretaña.

Bergh, C. y Södersten P. 1998 Anorexia nerviosa: el descubrimiento de un trastorno. Lancet Huddinge. Suecia.

Blanchet P.F. 1869 Boulimie. Dechandre A. (De) Dictionnaire Encyclopedique des Sciences Medicales, vol 10. Victor. Paris, Francia.

Brenda-Jones B. 1991 Historical terminology of eating disorders. Psychology Medicine. USA.

Brownell K.D. et al. 1994 Distorting reality for children: body size proportions of Barbie and Ken dolls. Eating Disorders Review. USA.

Casper R.C. et al. 1980 Anorexia nervosa and bulimia. Arch Gen Psychiatry. USA.

Chinchilla A. 1994 Guía Teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Masson. Barcelona, España.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1980 American Psychiatric Association. 3ª ed. Washington DC, USA.

Díaz de Tuesta J. 1999 La bulimia desbanca a la anorexia como trastorno alimentario. El País. 18 de marzo, España.

Davis C. & Yager J. 1994 Transcultural aspects of eating disorders: a critical literature review. Psychology Medicine. USA.

Gard M. y Freeman C.P. 1996 The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. International Journal of Eating Disorders, Vol. 20, No. 1. USA.

Garner D.M. & Garfinkel P.E. 1982 Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. Brunnel-Mazel. New York, USA.

Gerald R. 1979 Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine. USA.

Gómez Pérez-Mitre G. y Ávila E. s/f ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Gómez Pérez-Mitre, Gilda. s/f ¿Por qué comemos de más? Algunas razones de la conducta alimentaria de sobreingesta. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Gómez Pérez-Mitre G. et al. s/f ¿Por qué comemos de más? Algunas razones de la conducta alimentaria de sobreingesta. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.

Gómez Pérez-Mitre G. y Ávila E. s/f ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Gómez Pérez-Mitre G. 1994 Vairables cognoscitivas y atitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Holtz, V. 1992 Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis. Universidad Iberoamericana. México.

Hamilton L.H. et al. s/f Sociocultural Influences on Eating Disorders en Professional Female Ballet Dancers. Psychological Medicine. USA.

Hernández-Rodríguez, M. 1993 Alimentación infantil. Díaz de Santos. Madrid, España.

Hilde B. 1966 Anorexia nervosa and its defferential diagnosis. The Journal of Nervous and Mental Diseade. USA.

- Klesges, R. C. 1990 Effects of obesity, social interactions and physical environment on physical activity in preschoolers. Health psychology. USA.
- Krause, M. 1995 Nutrición y dietoterapia. Interamericana-Mc Graw Hill. México.
- López Molina A. 1993 Las Enfermedades de Nuestros Tiempos: Anorexia y Bulimia. Obesidad, Vol. 6 No. 3/21-22 Julio-Septiembre. España.
- Martínez E. et al. 1993 Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Barna. España.
- Maleos-Parra A. y Solano-Pinto N. 1997 Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia. Revista Electrónica de Psicología. Vol. 1 No. 1 Julio. Madrid, España.
- Mitchell J.E. et al. 1996 Binge eating disorder: an update. Eating Disorders Review. USA.
- Mitchell J.E., & Mussell P. 1996 Binge eating disorder: an update. Eating Disorders Review. Vol. 7, No. 1, January/February. USA.
- Murrieta Contreras C. M. 1997 Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Polivy J. et al. 1988 Self-esteem, restraint and eating behavior. Journal of Abnormal Psychology. USA.
- Pika K.J. et al. s/f Mothers, daughters, and disordered eating. Journal of Abnormal Psychology. USA.
- Polivy J, Hernan C.P. 1987 Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting Clinical Psychology. USA.
- Ruderman AJ, Besbeas M. 1992 Psychological characteristics of dieters and bulimics. Journal of Abnormal Psychology. USA.
- Russell GF. 1983 Anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Russell GF, Hervov L (Eds.); Handbook of Psychiatry, Vol 4: The Neuroses and Personality Disorders. University Press. Cambridge, England.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Russell GF. 1979 Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychology Medicine. USA.

Saucedo Molina T.J. 1996 Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimetarios. Tesis. Universidad Nacional Autonoma de México. México.

Saucedo-Molina, T. y Montero y López Lena, M. 1996 Relación entre estado de nutrición y la experiencia de soledad en niños. Acta Pediátrica de México. México.

Strober M. et al. 1982 Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa: parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. Journal of Nervous Mental Disseasse. USA.

DIRECCIONES CONSULTADAS EN INTERNET

Serotonina y bulimia: www.helthing.com/anorexia/anorexia1.html

Anorexia y bulimia: www.psiconet.com/foadlp/anorexia.htm

Anorexia nerviosa: www.pharmanet.com.mx/medicos/anorexia.html

Anorexia: www.ctv.es/USERS/jotajota/anorexia.htm

NOAH: www.noah.cuny.edu/sp/illness/mentalhealth/cornell/conditons/spulbulimia.html

Bulimia: www.pharmanet.com.mx/visitantes/informacion/bulimia.html

Bulimia: www.mujeresicendarias.org.ve/bulimia.htm

Prensa: www.eltercertempo.net/recortes/recort07.htm

Bulimia: www.mcc.gob.uy/inju/informacion/salud/bulimia

Trastornos: www.something-fishy.ord/ed-2s.htm

Epigrafas: www.Something-fishi.ord