



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA Y CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
ROSA OLIVIA APARICIO BELLO

DIRECTORA: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN

ASESORES: DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO

LIC. XÓCHITL LÓPEZ AGUILAR



TLANEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2001

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS	10
1.1. ANOREXIA NERVIOSA	
1.1.1. Breve revisión histórica y delimitación diagnóstica	16
1.1.2. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa.....	22
1.1.3. Diagnóstico diferencial	29
1.2. BULIMIA NERVIOSA	
1.2.1 Breve revisión histórica y delimitación diagnóstica	31
1.2.2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa.....	34
1.2.3. <i>Diagnóstico diferencial</i>	36
2. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	
2.1 Factores predisponentes	41
2.2. Factores precipitantes	43
2.3 Factores mantenedores o perpetuantes	46
3. DESARROLLO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA	
3.1. Cambios en la delimitación de los trastornos alimentarios	49
3.2. Cambios en los criterios de la anorexia nerviosa	50
3.2.1. Análisis de las modificaciones diagnósticas de la anorexia nerviosa.....	57
3.3. Cambios en los criterios de la bulimia nerviosa	71
3.3.1. Análisis de las modificaciones diagnósticas de la bulimia nerviosa.....	75
4. CONCLUSIONES	83
5. REFERENCIAS	86

A Dios, por sus inmensas enseñanzas
que me han permitido madurar y valorar
cada instante de la vida propia y de los demás

A mi madre: por su amor, su fe, su valor
constante, porque nunca claudico; porque me
enseño que cada instante de vida y cada ser
inmerso en ella es grandioso.

Tan grandioso como el brillo que da hoy
al cielo convertida ya en una estrella.

Gracias mamá por tu inmensa sonrisa,
comprensión y constantes palabras de aliento,
porque sigues inspirando
cada momento de mi existencia,
aún desde la eternidad.

Te Amo.

A mis hermanas Lupita e Isabel
por su amor y consejos
gracias mil, las amo.

A mi jefe, Lic. Miguel A. Lujan Bravo,
por su incondicional apoyo y paciencia, ya que
sin ello esto no hubiera sido posible.

A! Lic. Marco A. Larios S.,
a quien debo mucho en mi formación,
profesional, por sus consejos y constante apoyo.

A mis amigas Alejandra, Aimita e Isabel
porque siempre tienen tiempo para escuchar
y compartir, porque esta Amistad nos
ha permitido crecer y entender el valor
real de esta palabra.

A la maestra y directora de este trabajo
Georgina L. Alvarez R , que más que mi
directora ha sido una amiga,
gracias por tu invaluable tiempo.
apoyo. exigencia y
motivación

RESUMEN

Los trastornos alimentarios, Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, son padecimientos que han cobrado una gran importancia en los últimos años dada su alta incidencia en la población. Las bases para conceptualizar, diagnosticar y atender a los trastornos alimentarios están en función de los criterios establecidos para su diagnóstico, no obstante, la elaboración de éstos no ha sido fácil y además han estado sometidos a diversas modificaciones, las cuales a su vez también han influido en la conceptualización y delimitación que se tiene actualmente de la anorexia y bulimia nerviosas. Por ello, es necesario comprender sus orígenes y evolución diagnóstica, para a partir de ello, poder generar procedimientos de detección e intervención más tempranas, así como nuevos esquemas de prevención.

El objetivo de este trabajo fue hacer una descripción y análisis del desarrollo de la conceptualización y de los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios, específicamente de la Anorexia y Bulimia Nerviosa. Para su realización, se hizo una exhaustiva búsqueda y revisión de los primeros reportes de la anorexia y bulimia, así como de sus primeras conceptualizaciones y formas de diagnóstico, hasta llegar a resultados de recientes investigaciones.

Se concluye que estos trastornos tienen sus raíces inminentemente en la psicología de cada individuo, la que indudablemente está poderosamente influenciada por la cultura y sociedad de aquél que los desarrolla. Por lo que es de suma importancia tener en cuenta dichos aspectos al momento de hacer un diagnóstico, tratando de generar una intervención temprana y mucho más que eso, un sistema de prevención capaz de frenar su incidencia en cualquier sociedad, cultura o zona geográfica.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es una actividad esencial para la sobrevivencia de los seres humanos, ésta se inicia en el momento en que se es concebido, pues a través del alimento que ingiere la madre, el producto recibe los nutrientes necesarios para seguir desarrollándose de manera normal y saludable.

Para comprender el concepto alimentación y sus implicaciones, es necesario hacer una diferenciación entre éste y otro que comúnmente es utilizado como sinónimo del primero, el concepto de "nutrición", el cual refiere específicamente a los procesos fisiológicos y químicos que se llevan a cabo internamente en el cuerpo de los seres humanos; mientras que el primero no depende únicamente de ello, sino que además está influenciado por la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales, e incluso los estados de ánimo (Higashida, 1991).

Se puede entender entonces que la alimentación constituye un tema de vital importancia por ser uno de los elementos esenciales de la vida humana. Sin embargo, como ya se mencionó, esta conducta adquiere un valor aún más significativo cuando se comprueba que no sólo está supeditada a factores biológicos, sino que también intervienen aspectos psicológicos; de tal manera que el hombre no come sólo por hambre, sino también por la influencia de una serie de circunstancias emocionales y sociales, que hacen mucho más complejo el tema.

Sobre este aspecto, Debré (1950, cit. en Kreisler, 1990), destaca la importancia de diferenciar dos elementos inmersos en la conducta alimentaria: el hambre y el apetito. Refieren que el hambre es un estado somático provocado por la falta de alimento, en tanto que el apetito constituye un deseo de alimento en función de una experiencia anterior, y por tanto el interés específico por un determinado alimento

Bajo esta perspectiva, los trastornos alimentarios se definen como trastornos psicológicos o mentales que se caracterizan por graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, los cuales se manifiestan en medio del lujo y la abundancia; a diferencia de los trastornos de la nutrición, que tienen que ver más con la privación y las condiciones precarias (Raich, 1994, Sorosky, 1988). Entre los trastornos alimentarios más comunes se encuentran la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa ha sido definida como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepúberes y mayores; y en menor medida a hombres. Caracterizado por la pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o uso de laxantes y diuréticos, provocación del vómito o el exceso de ejercitación físico; miedo a la gordura, imagen corporal distorsionada, estreñimiento y amenorrea (Wells, 1983; Schütze, 1983; Herscovici y Bay, 1990).

Por su parte, la bulimia nerviosa se caracteriza por alternar periodos de restricción alimentaria con episodios de ingesta copiosas, seguidas por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y diuréticos. Estos periodos de sobrealimentación descontrolada han sido denominados en lengua anglosajona como "binge eating" que no tiene una traducción literal en nuestro idioma, pero que significa en realidad una "parranda" o "fiesta" alimentaria en donde se unen el descontrol y el placer (Herscovici y Bay, 1990). La presencia del atracón (binge) es justamente lo que define la enfermedad.

El estudio de los Trastornos Alimentarios (T.A.) ha tomado una gran importancia en los últimos años, sin embargo se tienen datos de su existencia desde hace tiempo: por ejemplo, de la Bulimia Nerviosa podemos encontrar sus antecedentes en la antigua Roma, quienes preparaban grandes banquetes en los que los comensales se repantigaban y engullían los alimentos, para luego estimular la garganta con plumas e ingerir eméticos, vomitar y reiniciar la

glotonería (Fischer, 1976, cit. en Blinder y Camdenhead, 1988). Por su parte, en cuanto a la anorexia nerviosa se sitúan sus primeras referencias en el año 1684, en donde una joven adolescente desarrolló amenorrea por una multitud de "ansiedades y pasiones de su mente"; Morton llamó a esta enfermedad "consumición nerviosa" (cit. en Sorosky, 1988). Sin embargo, hay que considerar que el concepto anorexia implica pérdida de apetito y esto en realidad no es lo que sucede a las pacientes hasta que no han alcanzado un estado de desnutrición severa por el ayuno prolongado. Muchos pacientes reconocen haber tenido hambre, pero expresan miedo a perder el control sobre la ingesta si ingieren un bocado más de lo que se habían propuesto (Schütze, 1983).

De acuerdo a lo anterior, se puede notar que los antecedentes de los trastornos alimentarios se remontan a varios años atrás, por lo que es necesario hacer un análisis exhaustivo para comprender su transformación a través del tiempo y de su impacto en la sociedad actual, y esto se logrará al abordar la alimentación humana no sólo como un sistema biológico, sino haciendo un análisis de los factores psicológicos, sociales y culturales que la influyen (Barber, Bolaños -Cacho, López- Jensen y Ostrosky, 1995). Por ello, el objetivo central de este trabajo es realizar un análisis de los trastornos denominados Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa, con lo cual se pretende obtener una correcta identificación de éstos y con ellos poder generar nuevos esquemas de incidencia, para la detección y solución de estos problemas.

Por medio de un breve recorrido en la historia de los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios, podemos dar cuenta de que éstos son de orden psicológico y que comportan graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta, es decir que su base y fundamento se halla en la alteración psicológica (Raich, 1994).

Es razonable entender, que no se puede incidir en algo de lo cual se desconocen sus raíces, por ello la importancia de conocer la evolución de la

conceptualización y de los criterios diagnósticos de los Trastornos Alimentarios, lo cual nos brindará nuevas oportunidades de incidir en éstos

Las transformaciones o evolución de los criterios diagnósticos, se debe a los constantes cambios en la percepción psicológica, cultural y social, así como a los constantes avances de la investigación (Alvarez, 2000). De tal suerte, que esta última ha posibilitado la mejora de opciones cada vez más completas a las necesidades de una sociedad cada vez más influenciada por la cultura de la delgadez.

Las bases para conceptualizar, diagnosticar y atender a los trastornos alimentarios está en función de los criterios establecidos para su diagnóstico; no obstante, la elaboración de éstos no ha sido fácil y además ha estado sometida a diversas modificaciones, las cuales a su vez también han influido en la conceptualización y delimitación que se tiene actualmente de la anorexia y bulimia nerviosas.

La actual conceptualización de los trastornos alimentarios, que no es considerada única sino el resultado de todo un proceso de investigación a lo largo de estos años, ha sido de gran ayuda en el ámbito clínico y psicológico, ya que se han esclarecido muchas dudas en torno a los mismos; de hecho, gracias a la especificación que se ha logrado, ya existen mejores elementos para detectar más casos, así como los factores de riesgo más importantes (Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Martínez y Román, 1998; Wichstrom, 1995; González, Lizano y Gómez, 1999).

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es describir y analizar el desarrollo en la conceptualización y criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios, específicamente de la anorexia y bulimia nerviosas.

CAPITULO 1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La alimentación constituye un tema de vital importancia por ser uno de los elementos esenciales de la vida humana. Sin embargo, esta conducta adquiere un valor aún más significativo cuando se comprueba que no sólo está supeditada a factores biológicos, sino que intervienen también aspectos psicológicos; de tal manera que el hombre no come sólo por saciar su hambre, sino también por la influencia de una serie de circunstancias emocionales y sociales, que hacen mucho más complejo el tema.

Sobre este aspecto, Debré (1950, cit. en Kreisler, 1990) destaca la importancia de diferenciar dos elementos inmersos en la conducta alimentaria: el hambre y el apetito. Refieren que el hambre es un estado somático provocado por la falta de alimentos, en tanto que el apetito constituye un deseo de determinado(s) alimento(s) en función de una experiencia anterior. Así, mientras que la ausencia de hambre constituye un mero suceso orgánico, la ausencia o trastorno del apetito, está condicionada a factores de índole psicológica que la pueden convertir en fuente de conflicto generadora de trastornos del comer.

Desde esta perspectiva, los trastornos alimentarios se definen como trastornos psicológicos o mentales, que se caracterizan por graves anomalías en el comportamiento de la ingesta, los cuales se manifiestan en medio del lujo y la abundancia; a diferencia de los trastornos de la nutrición, que tienen que ver más con la deprivación y las condiciones precarias (Raich, 1994; Sorosky, 1988; Fairburn, Mphil, Cooper, Dip, Doll, Norman y O'Connor, 2000).

Sin embargo, a pesar de que se habla de anomalías en el comportamiento de la ingesta (como la dieta restrictiva, la inanición, el atracón, etc.) surge la interrogante acerca de cuáles serían entonces los parámetros para considerar a una alimentación como normal, cuando en la actualidad la dieta e

incluso la preocupación por el peso y la figura parecen ser tan comunes (Polivy y Herman, 1987).

En primer lugar, habría que diferenciar el tipo de dieta a la que se someten las personas para determinar si es o no precipitante de los trastornos alimentarios. Al respecto, algunos autores argumentan que las dietistas “normales” asumen la dieta restrictiva y el deseo de mantenerse delgadas de manera diferente a las personas con trastorno alimentario. Las primeras lo intentan por metas positivas, es decir por mantener la salud, el control de sí mismas y la buena apariencia personal, de hecho la mayoría cuenta con orientación médica; las segundas en cambio, restringen sus alimentos sin ningún tipo de orientación médica y sólo por el temor exagerado a engordar; por lo que son las actitudes anormales hacia el cuerpo y la figura las que llevan al desarrollo de los trastornos del comer, de modo que usan la dieta de tipo restrictivo o el ayuno, como una forma de escape a las demandas psicosociales que suponen la pubertad y madurez (Crisp, 1980; Crispo, Figueroa y Guelar, 1996). Bruch (1973) por su parte, sostiene que los verdaderos trastornos alimentarios involucran distorsión en la imagen corporal y un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso. Porque cabe señalar, que la dieta restrictiva por sí misma no basta para realizar un diagnóstico de trastorno alimentario.

Los trastornos de la alimentación descritos por la American Psychiatry Association (APA, 1994) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales son cinco: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno alimentario no específico –en el cual se incluye al sobreingesta-, Pica y Rumiación. Sin embargo, estos dos últimos fueron reclasificados en el DSM-IV en la sección. Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia y la Niñez.

Los trastornos alimentarios se han incrementado considerablemente en los últimos años, siendo motivo de gran preocupación para médicos, psicólogos y demás profesionales encargados de atender la salud, ya que además de los efectos negativos que pueden acarrear en el ámbito biológico, se vinculan con complejas perturbaciones psicológicas y con diversas modalidades enfermizas de la vida social y familiar (Rausch y Bay, 1990).

Este trabajo abordará de manera específica los trastornos alimentarios más comunes en la población, y éstos son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TCANE).

No obstante, la definición y delimitación nosológica de estos trastornos no ha sido una tarea fácil, incluso se podría hablar de que aún no está acabada, ya que constantemente está sufriendo modificaciones, como resultado de las investigaciones que se van generando en torno a ellos. Lo que se observa de inicio es que los términos para nombrar o denominar estos trastornos están mal empleados. Anorexia, por ejemplo, significa "ausencia de hambre", sin embargo esta característica no corresponde con el trastorno alimentario que se referirá a lo largo del presente trabajo, ya que las personas que padecen Anorexia Nerviosa, si manifiestan el estado somático producido por la falta de alimento (hambre), pero sucede que también presentan un intenso temor a engordar o a subir de peso lo que las lleva a dejar de comer, de manera consciente y volitiva. Por lo que resulta importante diferenciar entre esta Anorexia Nerviosa (AN) y la Anorexia generalmente temporal que se asocia a la presencia de algunas enfermedades como la gastritis, el cáncer de estómago o algunos trastornos psicopatológicos severos como la esquizofrenia o la depresión, en donde se manifiesta la falta de hambre (síntoma), pero no el temor mórbido a engordar o a subir de peso, y por el cual se atribuye el adjetivo de "nerviosa" al padecimiento (Andersen, 1985; Garner y Garfinkel, 1982; Holtz, 1995. Patton, 1993).

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres púberes o adolescentes, pero también en menor medida, a mujeres adultas y a varones jóvenes. Se caracteriza por un deseo intenso de perder peso, intenso miedo a la gordura-obesidad, y un peculiar trastorno del esquema corporal, que les hace verse más gruesas(os) de lo que son en realidad. El método para conseguir esta progresiva pérdida de peso consiste en una intensa restricción alimentaria, en el ejercicio físico y en las conductas de purga (Turón, 1997).

Por su parte, Toro (1996) define a la AN como un trastorno del comportamiento alimentario, caracterizado por la pérdida significativa de peso (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente los que “engordan”, y con cierta frecuencia mediante vómitos inducidos, uso indebido de laxantes y ejercicio físico desmesurado, entre otros.

Abraham y Llewellyn (1994) describen las características centrales de este trastorno, y son:

1. La mujer es anormalmente sensible al hecho de estar gorda, o tiene un temor mórbido a llegar a estar gorda, y a perder el control de la cantidad de comida que consume, dicho temor le induce a adoptar comportamientos dirigidos a perder peso, de tal forma que reducen drásticamente la cantidad de alimentos que come, limitando especialmente aquellos ricos en grasas y carbohidratos. Asimismo, es común la práctica de conductas compensatorias como los vómitos, laxantes, diuréticos o el ejercicio excesivo.

2. Las personas que padecen anorexia nerviosa han perdido una cantidad considerable de peso, de manera que éste normalmente es menor de 45 kg

3. Y por último, las mujeres dejan de menstruar, es decir se vuelven amenorreicas. La amenorrea puede aparecer precozmente en la enfermedad antes de haber ocurrido una gran pérdida de peso, aunque la menstruación invariablemente está ausente en las mujeres emaciadas.

Por otro lado, al tratar de definir a la bulimia nerviosa se observa algo parecido al caso de la anorexia nerviosa, en razón de que también se presentan algunas confusiones generadas por la terminología empleada para denominar a este trastorno.

Bulimia proviene del término "bulimy", que en griego significa "hambre voraz" (Kaplan y Garfinkel, 1984) o "hambre canina"; literalmente derivada de los conceptos de "buey" y "hambre" en griego y "hambre voraz" en latín. El término bulimy se ha dado por traducir al inglés como "binge eating", el cual no tiene traducción literal al español, y refiere a una "parranda o fiesta alimentaria", y se ha dado por traducir al español como "atracción" o "sobreingesta alimentaria", en los que se unen el descontrol y el placer.

Este hecho conductual, si bien caracteriza parte de la sintomatología bulímica, también puede ser confundida con aquellos episodios de ingesta exagerada que se manifiestan en algunas situaciones ya sean de tipo emocional, social o clínica, tal es el caso de aquellas personas que frente a situaciones de estrés ingieren más comida de lo habitual, o en algunos adolescentes (*particularmente varones*) que, debido a su desarrollo puberal, generan gran asombro por las copiosas ingestas en las que se involucran (Rausch y Bay, 1990).

En este sentido, también habría que hacer una distinción entre esta bulimia considerada como síntoma y la Bulimia Nerviosa (BN), la cual se relaciona con una falta de control sobre la ingesta que conlleva al "atracción" (binge eating), y con la subsecuente adopción de conductas compensatorias,

tales como la autoprovocación del vómito, la ingesta de diuréticos o laxantes, la excesiva realización de ejercicio, etc., como formas de evitar el sobrepeso, ya que también en este trastorno existe el temor mórbido a engordar o a ganar peso.

Las personas que padecen bulimia nerviosa pueden describir que sienten compulsión por comer enormes cantidades de comida durante un corto periodo de tiempo, normalmente dos horas o menos. La mayor parte de las personas que padecen este trastorno suelen ser mujeres, al igual que en el caso de anorexia nerviosa; aunque las primeras se diferencian de las segundas por ser personas normo-peso o incluso obesas (Abraham y Llewellyn, 1994).

Toro (1996) define a la BN como un trastorno alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que normalmente ingeriría en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma; no obstante, cabe señalar que en un principio el bulímico(a) no desea incurrir en el atracón, ya que esto precisamente escapa de su control

Turón (1997) por su parte, considera que la bulimia se caracteriza esencialmente por la pérdida de control sobre la conducta alimentaria, de la que se derivan los episodios de ingesta voraz, consumo de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, seguido por conductas compensatorias para evitar el aumento de peso: el ayuno, el vómito autoinducido, el abuso de laxantes, el uso de diuréticos y/o el excesivo ejercicio físico

Como se puede notar, de acuerdo a las definiciones antes descritas, es importante dejar claramente establecida la asociación de la bulimia nerviosa con el miedo a engordar, ya que el término “**bulimia**” como tal, corresponde más con

el trastorno por sobreingesta, establecido recientemente en el DSM-IV (APA, 1994), en el cual la persona se involucra en la práctica de frecuentes atracones o parrandas alimentarias, sólo que no se manifiestan las conductas compensatorias, ni mucho menos el temor a engordar como sí sucede en la bulimia nerviosa (Kaplan y Sadock, 1994; Thomas, Turón, Sánchez y Vallejo, 1992).

1.1. ANOREXIA NERVIOSA

1.1.1. Breve revisión histórica y delimitación diagnóstica

Existe actualmente cierta evidencia que ayuda a comprender los antecedentes históricos de la Anorexia Nerviosa (AN), descritos simultáneamente por Laségue y Gull en 1873 (cits. en Mateos y Solano, 1997). Las definiciones empleadas para designar al trastorno han sido varias, como por ejemplo: rechazo a la comida de origen nervioso sin causas orgánicas comprobables o anormal baja de peso (Parry-Jones y Parry-Jones, 1994).

Clásicamente se diferencian tres períodos sucesivos en la historia de las ayunadoras de la Europa Occidental (Guillemot y Laxenaire, 1994):

Un primer periodo puede considerarse del siglo V al siglo XVI. En esta época con frecuencia se encontraban mujeres que siguiendo un modelo de ascetismo comían muy poco, incluso al grado de llegar al total rechazo del alimento como un signo de divinidad. Uno de los casos más famosos es el de Santa Catalina de Siena, la cual en un periodo muy corto de tiempo perdió la mitad de su peso, al morir ella su fama se extendió generándose de esa forma una gran cantidad de seguidoras (Bell, 1985). Las ayunadoras de esa época, consideraban que al restringir el consumo de los alimentos podían desprenderse más fácilmente de los lazos terrenales, alcanzando así una mayor espiritualidad. Con el tiempo, estas mujeres enfermaban gravemente como consecuencia de la inanición y su padecimiento les iba impidiendo cada vez más la realización de sus actividades;

de hecho, muchas de ellas permanecían en cama por largos periodos. Esto dio pauta a que su conducta empezara a ser interpretada como un acto demoníaco, ya que se pensaba que vivían más de "un fuego interior, que de alimentos terrestres".

El postmedievo comprende el segundo periodo, en el cual fueron frecuentes los casos de mujeres que sobrevivían sin comer, pasando mucho tiempo en cama y sufriendo de parálisis hística; sin embargo, la razón del ayuno se debía aparentemente al valor simbólico que esas mujeres le atribuían a la comida, al igualar al alimento y la comida con objetos sexuales "prohibidos", de ahí que se hiciera alusión (desde una postura psicoanalítica) al temor a ser penetrada - alimentada- por miedo a quedar embarazada - engordar. Un caso sobresaliente de este periodo es el de Marthe Taylor, la cual tras una vida de accidentes y parálisis de las extremidades inferiores, episodios depresivos y una tos aparatosa e incoercible, a los 18 años inició una amenorrea, al tiempo que aparecieron vómitos sistemáticos tras las comidas, dejando de comer alimentos sólidos durante doce o trece meses, sus episodios de parálisis coincidían con estados de melancolía religiosa (Silverman, 1986) Este podría ser el primer caso específico de una paciente anoréxica que cumplió el criterio de la amenorrea.

Esta idea sobrenatural de las ayunadoras prevaleció hasta el siglo XVII, durante éste se incrementó el interés de algunos médicos por estudiar este tipo de casos. Estos estudios, sin embargo, se concentraron básicamente en determinar las modalidades del ayuno más que en indagar acerca de su posible etiología, o mejor aún, de estructurar alternativas de tratamiento para aquellas personas que presentaban este tipo de padecimiento.

De acuerdo con Haberman (1989, cit. en Holtz, 1995), las mujeres antes referidas no padecían propiamente de anorexia nerviosa –de acuerdo a la definición actual-, ya que en su sintomatología faltaba un elemento básico que los ayunos fueran motivados por un temor mórbido a engordar, por su parte, Bell

en ellos si se hacia referencia al temor a engordar o a subir de peso

William Gull en 1874 fue quien acuñó el término anorexia nerviosa (cit. en Mateos y Solano, 1997), destacando como sus características: su preponderancia en mujeres, típica aparición en la adolescencia y efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales; y asimismo, subraya la importancia de intervenir oportunamente de manera profesional y especializada para contrarrestar los efectos generados por el trastorno (Rausch y Bay, 1990). Al inicio de sus investigaciones, Gull consideraba que los casos de restricción alimentaria se debían fundamentalmente a un problema orgánico, particularmente a una disfunción del aparato digestivo; sin embargo, fue a raíz de las observaciones de Láségue, que la concepción del trastorno se modificó a favor de la propuesta de este último.

Laségue, al describir el cuadro clínico del trastorno, utilizó el nombre de anorexia histérica, debido a que su origen ya no era orgánico, sino de tipo "mental" o "nervioso"; de tal manera que los pacientes no sufrían de falta de apetito, sino más bien rechazaban el alimento, por un temor anormal a engordar y a un trastorno de la imagen corporal. Para Laségue, la anorexia se iniciaba entre los 15 y 20 años a consecuencia de un algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición de la adolescencia a la edad adulta, y señaló que la evolución de la enfermedad se producía a lo largo de tres etapas: en la primera, la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo tipo de presiones por parte de sus padres en el sentido de incrementar su alimentación. La segunda etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente. limita sus conversaciones al tema de la alimentación y obliga a la intervención médica, ya que la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa. Finalmente en la tercera etapa, Laségue describe que el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos (Toro, 1996) Otra de las

contribuciones importantes de Laségue fue que también proporcionó excelentes descripciones sobre la patología y anormalidades de la conducta alimentaria, no sólo de las pacientes anoréxicas sino también de sus familiares, lo cual lo coloca como el primer médico en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una expresión de conflicto intrafamiliar entre la paciente y sus padres (Brumberg, 1988).

El segundo período de las descripciones clínicas acerca de la anorexia nerviosa, se caracterizó por el retorno a las explicaciones fisiopatológicas del trastorno (Guillemot y Laxenaire, 1994). La razón fue que en 1914 el patólogo alemán Simmonds, describió que al realizarle la autopsia a una paciente caquéctica, encontró una destrucción pituitaria, lo que generó una confusión entre la insuficiencia pituitaria y la anorexia nerviosa, suponiéndose así una causa biológica o somática al trastorno. Este modelo explicativo se mantuvo durante casi treinta años, debido a que coincidió, con los criterios de los modelos científicos de la época. Sin embargo, cabe destacar que esta concepción de la AN era errónea, ya que los trastornos biológicos característicos de las pacientes fueron concebidos como la causa del padecimiento, en vez de ser considerados como una consecuencia de la misma desnutrición de la que se era objeto. Esto por consiguiente, obstaculizó la diferenciación entre lo que era la anorexia primaria (referida a la anorexia nerviosa entendida como síndrome) y la anorexia secundaria (referida a la anorexia, entendida como síntoma asociado a otro trastorno)

El tercer y último período, se caracterizó por el firme regreso hacia las posturas psicológicas que explicaban a la Anorexia Nerviosa, siendo la mayoría de ellas de tendencia psicoanalítica. Fue así que durante años prevaleció la idea de que este trastorno simbolizaba el repudio a la sexualidad, con predominancia de fantasías fóbicas al embarazo (Wilson y Waish, 1991).

A partir de ese momento, incrementaron los reportes de investigación que abordaban a la Anorexia Nerviosa, ya como categoría clínica y nosológica. Esto dio apertura a que la sintomatología del padecimiento fuera cada vez mejor delimitada, insistiéndose en la diferenciación entre la anorexia primaria (síndrome) y la secundaria (síntoma). De hecho, uno de los hitos más importantes dentro de la investigación de la Anorexia Nerviosa fue su incursión como trastorno mental dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, APA, 1980). Pero más interesante aún, es el esfuerzo empeñado hasta hoy por ofrecer una mejor conceptualización del trastorno, lo cual -como se verá más adelante- no ha sido una tarea fácil, ya se que han tenido que retomar y superar las numerosas modificaciones generadas a raíz del avance en las investigaciones enfocadas al tema.

1.1.2. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa

Hasta principios de la década de los 70's no existían en la literatura especializada criterios diagnósticos concretos sobre la anorexia nerviosa. Hasta entonces, como informó Bruch (1965, cit. en Fernández , 1999), la anorexia nerviosa había sido diagnosticada como desnutrición auto-inducida sin aparentes causas orgánicas

Halmi señala cuatro razones por las que, es necesario poseer unos criterios diagnósticos claros para la anorexia nerviosa (cit. 1979. en Buendía, 1996):

- 1 Factor comunicativo. Los clínicos han de saber de qué están hablando cuando emplean dicho término.
2. Investigación. Permitirán que los hallazgos científicos puedan ser replicados.
3. Determinación del objeto o entidad que se está estudiando o examinando

en un momento determinado, lo que no obsta para que con el paso del tiempo y en medida del avance científico, dicho objeto de estudio pueda ser modificado

4. Tratamiento. Para determinar la eficiencia de un tratamiento es imprescindible conocer concretamente qué entidad patológica estamos estudiando

Entonces, de acuerdo a lo antes mencionado, es comprensible la necesidad de tener criterios cada día más actualizados y eficientes; con respecto a la anorexia nerviosa, como ya se mencionó previamente, esto no ha sido una tarea fácil, debido inicialmente –al menos en parte- a la confusión generada por el término empleado para nombrarla (falta de apetito). Sin embargo, esta dificultad también se ha hecho extensiva al momento de establecer los criterios para el diagnóstico del trastorno, ya que éstos aún no están totalmente definidos, de hecho los métodos de clasificación y diagnóstico de la anorexia nerviosa han variado en las últimas décadas como resultado de la comprensión que se ha desarrollado en torno a la psicopatología del trastorno

Desde los años 60's se han multiplicado los trabajos sobre la anorexia, lo que da cuenta del creciente interés de los investigadores acerca del tema; asimismo las líneas terapéuticas se han diversificado, y en la actualidad se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema (Turón, 1997).

En 1965, se elaboraron las primeras tres conclusiones básicas del trastorno y son: a) la enfermedad está relacionada con las transformaciones de la pubertad, b) el conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria y c) la etiopatogenia y las clínica son diferentes a las establecidas para el caso de los procesos neuróticos (Turón, 1997) Asimismo, Bruch (1973) destacó la importancia de los trastornos de la imagen corporal y las dificultades para la interpretación de los estímulos metabólicos.

Posteriormente, Russell en 1970 y 1977, intento simplificar y concentrar las tendencias biológicas, que ponían énfasis en el papel del hipotálamo en la génesis de la enfermedad, integrándolas con las tendencias psicopatológicas y sociológicas. Las cuales resumió de la siguiente manera.

- El trastorno psíquico origina la reducción de la ingesta y la pérdida de peso.
- La pérdida de peso es la causa del trastorno endocrino.
- La desnutrición agrava el trastorno psíquico.
- El trastorno psíquico también puede agravar por vía directa la función hipotalámica y producir amenorrea.
- Es posible que exista relación entre un trastorno del control hipotalámico de la ingesta y el rechazo de la alimentación, típico de la anorexia nerviosa.
- El trastorno hipotalámico podría afectar las funciones psíquicas, dando lugar a actitudes anómalas hacia la comida, imagen corporal y sexualidad.

De manera resumida, Russell en 1970 propone tres criterios diagnósticos centrales para la anorexia nerviosa, y son:

- 1) Conducta que se designa para producir una importante pérdida de peso;
- 2) la evidencia de un trastorno endocrino, por ejemplo, amenorrea en las chicas y pérdida del apetito sexual en los chicos; y
- 3) la psicopatología se caracteriza por un miedo mórbido a engordar.

Desde entonces, han sido propuestos diversos criterios diagnósticos, los cuales siempre implican ciertos aspectos de los criterios originales de Russell

Después de los criterios de Russell, siguieron los de Feighner, (Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokurt y Muñoz, 1972) los cuales tuvieron vigencia durante largo tiempo. Sin embargo, estos criterios adolecen de poca especificidad y de incluir algunos otros que en la actualidad ya no se consideran del todo correctos:

- A) Edad de inicio antes de los 25 años.
- B) Anorexia acompañada de una pérdida de peso, correspondiente por lo menos al 25% del peso corporal original.
- C) Una actitud distorsionada e implacable hacia la ingesta, el alimento o el peso, que desatiende el hambre, las advertencias, la incertidumbre y las amenazas, por ejemplo:
 - Negación de la enfermedad sin reconocer las necesidades nutritivas.
 - Aparente complacencia con la pérdida de peso, manifestando abiertamente que el rechazo de los alimentos es agradable.
 - Una imagen corporal deseable de extrema delgadez, evidenciándose que es agradable para la paciente conseguir y mantener ese estado.
 - Acumulación o manipulación desusada de alimentos.
- D) No hay enfermedad médica que explique la anorexia y la pérdida de peso.
- E) No existe otro trastorno psiquiátrico conocido con particular referencia a trastornos afectivos primarios, neurosis obsesivo-compulsiva y fóbica, y esquizofrenia (se supone que aún cuando el rechazo del alimento puede resultar fóbico u obsesivo, por sí solo no es suficiente para calificar una enfermedad obsesivo-compulsiva o fóbica).
- F) Al menos dos de las siguientes manifestaciones:
 - Amenorrea.
 - Lánugo.
 - Bradicardia (pulso en reposo de 60 o menos pulsaciones).

- Periodos de hiperactividad
- Episodios de bulimia
- Vómitos (pueden ser autoinducidos)

La necesidad de ajustar, precisar y unificar, hizo que los criterios diagnósticos de Feighner fueran relevados por otros de mayor aceptación.

En la actualidad, se han desarrollado criterios operativos que enfatizan los síntomas del trastorno, incluyendo las complicaciones en la función endocrina, aunadas a las características psicopatológicas y conductuales. Estos criterios han sido de gran utilidad, ya que constituyen la principal base para diagnosticar si una persona padece o no Anorexia Nerviosa. Los criterios de mayor consenso se encuentran especificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión más reciente (DSM-IV, APA, 1994) y en la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud, también en su versión más reciente (ICD-10; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Ambos manuales ofrecen valiosos elementos que complementan los estudios clínicos llevados a cabo con personas anoréxicas. El ICD-10, consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Cabe señalar que los códigos y términos empleados en el DSM-IV, son compatibles con los del ICD-10, de hecho, para la elaboración de ambos se trabajó en estrecho contacto a fin de coordinar la información que brindan, lo cual ha dado lugar a una retroalimentación recíproca.

No obstante, lo que diferencia dichos manuales podría ser la especificidad que se aporta en ellos, y en este caso respecto al trastorno de la anorexia nerviosa. En el DSM-IV, por ejemplo, no sólo se mencionan los criterios diagnósticos, sino también se hace referencia a los tipos específicos del

trastorno, que son la Anorexia Nerviosa Restrictiva y la Anorexia Nerviosa Compulsiva, lo cual contribuye a identificar las características psicopatológicas de cada uno de ellos, ofreciendo información proveniente de estudios de laboratorio que hacen referencia tanto a la sintomatología, prevalencia, curso, influencia familiar y diagnóstico diferencial. Toda esta información resulta de gran interés debido a que con ella es posible ofrecer una mejor delimitación diagnóstica del trastorno, lo que redundará en una mayor comprensión del mismo, y como consecuencia, a la implementación de tratamientos más eficaces, y sobre todo, a la búsqueda de elementos que puedan contribuir a su prevención.

A continuación se enlistan los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, de acuerdo a las versiones más actuales de los manuales antes mencionados.

De acuerdo con la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1994), la anorexia nerviosa se considera un trastorno de deliberada inanición que se caracteriza por:

- A) Peso corporal un 15% por debajo del peso teórico, conforme a la edad y talla, así como un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal;
- B) Temor intenso a ganar peso o acumular grasa, aún sin tener sobrepeso,
- C) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta,
- D) Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea).

En el DSM-III-R (APA, 1987) se mencionaba que en ocasiones la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa podían presentarse conjuntamente, sugiriendo en tales casos realizar un doble diagnóstico. Sin embargo, en los criterios del DSM-IV (APA, 1994) se observan éstos más específicos y delimitados, de modo que

facilitan el diagnóstico diferencial. Además en esta última versión se establecen subtipos. Los correspondientes a la anorexia nerviosa son:

- I) Tipo restrictivo.- durante el actual episodio de anorexia nerviosa el paciente no presenta conductas compensatorias inapropiadas (auto-provocación del vómito, o el consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos).
- II) Tipo compulsivo/purgativo.- durante el actual episodio de anorexia nerviosa el paciente presenta conductas compensatorias inapropiadas

Mientras que los criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa especificados en el ICD-10 (OMS, 1992) son los siguientes:

A) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5); en tanto que los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

B) La pérdida de peso es propiciada por el comportamiento del propio enfermo, a través de: 1) la evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los siguientes síntomas: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C) Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia -con el carácter de idea sobrevalorada intrusa- de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo como meta el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia del sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras

anticonceptivas). También pueden presentarse altas concentraciones de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso éstas se detienen (cesa el crecimiento, y en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

1.1.3. Diagnóstico diferencial

En los anteriores apartados se ha hecho un esfuerzo por clarificar el concepto de la anorexia nerviosa y aunque no ha sido una tarea fácil, es importante dejar claro que deben cumplirse los anteriores síntomas o componentes para diagnosticar el trastorno. No obstante, más adelante se describirán y analizarán las controversias generadas en torno a estos elementos. Por lo pronto, hay que destacar la diferencia existente entre la anorexia nerviosa y otros trastornos que pueden llegar a tener una sintomatología similar, ya que en función de esto será más acertada la identificación que se haga del trastorno, sin dar pauta a confusiones que obstaculicen la investigación en torno al tema.

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994) y el ICD-10 (OMS,1992), la anorexia se caracteriza por una gran pérdida de peso. Sin embargo, esto puede generar confusiones al observar que en algunas otras enfermedades también se presenta este síntoma, un ejemplo de ello lo constituyen las enfermedades digestivas, tumores cerebrales, neoplasias, etc. Asimismo. en la depresión y en la esquizofrenia se observan patrones anómalos de alimentación que conducen a la pérdida considerable de peso; sólo que hay que destacar que en éstas no se manifiesta un temor mórbido a subir o ganar peso, el cual es un requisito indispensable para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa

Asimismo, algunas otras características de la Anorexia Nerviosa pueden formar parte de los criterios para diagnosticar otros trastornos; por ejemplo, es común que los anoréxicos se sientan incómodos -e incluso molestos- al comer en público (al igual que en la fobia social); la misma distorsión que tienen de su imagen corporal puede generarles gran preocupación por algún defecto corporal imaginario (tal como sucede con el trastorno dismórfico); y también pueden presentar obsesiones y compulsiones en torno a la alimentación (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo).

Este fenómeno en que los síndromes comparten una sintomatología similar, se denomina comorbidez (Toro y Vilardell, 1987). Este hecho es frecuentemente encontrado al realizar investigaciones diagnósticas, por tal motivo es importante establecer un adecuado diagnóstico diferencial entre los trastornos, teniendo en cuenta sus rasgos fundamentales, así como las posibles similitudes entre uno y otro.

También es común encontrar que junto con el diagnóstico de algún trastorno se establezca otro de manera adicional o cuando la sintomatología se aleja de lo característico del trastorno para formar parte de otro trastorno. Por ejemplo, cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la comida únicamente, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social de manera adicional, ya que ese aspecto es un rasgo común dentro de la sintomatología anoréxica; en cambio, si existen fobias sociales no relacionadas con la comida (por ejemplo, un miedo excesivo a hablar en público), es necesario realizar también el diagnóstico de fobia social, pues al referir las características conductuales y psicológicas de la anorexia es poco común hallar este aspecto.

En la medida en que se realicen adecuadamente estos diagnósticos diferenciales se facilitará la tarea de delimitar y conceptualizar con mayor

clardad a la Anorexia Nerviosa, lo cual constituye uno de los pasos primordiales, no sólo para implementar mejores tratamientos, sino también para realizar un trabajo preventivo que ayude a disminuir la incidencia del trastorno.

1.2. BULIMIA NERVIOSA

1.2.1. Breve revisión histórica y delimitación diagnóstica

Históricamente, de acuerdo a la literatura registrada, el trastorno bulímico ha merecido mucha menos atención que el anoréxico, aunque con frecuencia se superponga a éste o forme parte del mismo. De hecho, hasta finales del siglo XIX e inicios del XX, el tema de la bulimia sólo representaba una pequeña parte de lo publicado sobre los actualmente denominados trastornos del comportamiento alimentario (Toro, 1996).

Sobre los antecedentes registrados de la Bulimia Nerviosa podría decirse que existen dos posturas. Por una parte, se considera la existencia de reportes muy certeros del trastorno, al referir como ejemplo los antiguos bacanales romanos en los que se practicaba la bulimia "hambre excesiva o hambre de buey" (Blinder y Cadenhead, 1988; Holtz, 1995). Por otra, se argumenta que la bulimia es un trastorno relativamente reciente que parece haber surgido con el advenimiento de las sociedades modernas (Thomas, Turón, Sánchez y Vallejo, 1992).

Siendo el atracón y el vómito características esenciales del trastorno bulímico, en la historia, se encuentran reportes de casos muy claros que se asemejan al diagnóstico actual de la Bulimia Nerviosa, entre ellos se incluye el hecho ya mencionado de los bacanales romanos, en donde se preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados ingerían cantidades exageradas de alimento para después estimular su garganta, a fin de vomitar, vaciar su estómago y reiniciar nuevamente su glotonería (Holtz, 1995)

Durante la Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial, en donde el penitente, mediante la emesis, arrojaba de sí sus pecados. Por ello, que en esta época las grandes escuelas de medicina incluso prescribían eméticos, situación que prevalece hasta la época del Renacimiento (Giannini, 1993). Por otro lado, existen reportes en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX, en los que se describían cuadros clínicos muy similares a la bulimia nerviosa; algunos casos relevantes se encuentran en los informes de James (1743, cit en Blinder y Cadenhead, 1988), en los que describe a la "Caninus Appetitus" como caracterizada por una intensa preocupación por la comida y episodios de ingesta voraz en un periodo corto de tiempo, y seguidos de la provocación del vómito.

La historia del mundo occidental y la de Europa en particular, está salpicada de personajes o grupos sociales que practicaban asiduamente el atracón y el vómito. Como estos casos, existen muchos otros que refieren conductas similares, no obstante, en tales reportes se omite el principal ingrediente por el que a la bulimia se le denomina nerviosa, es decir, que los vómitos y demás conductas compensatorias (como uso de laxantes, enemas, diuréticos, etc.) se empleen como una forma de evitar el sobrepeso, ya que en este trastorno, al igual que en la anorexia nerviosa, persiste el temor mórbido a engordar o a subir de peso.

Sin embargo, aunque pareciera que en esas épocas no se encuentra presente, el temor mórbido a engordar, sí se hallan presentes factores de orden social que inducían la realización de esas conductas, como lo son actualmente la cultura de la delgadez y el hipercontrol alimentario, que predisponen a una gran parte de la población al desarrollo de una patología alimentaria. Por lo que, desde este punto de vista es importante comprender a cada uno de estos trastornos en su contexto histórico-cultural.

La postura que argumenta que la Bulimia nerviosa es un trastorno relativamente reciente es acertada si se considera que fue hasta 1940 cuando se le empezó a considerar como un síndrome. Aunque hay que destacar que la

mayoría de estos reportes la asociaban con la anorexia nerviosa, por lo que seguía existiendo cierta inespecificidad de la bulimia como patología, ya que no se distinguía si era un síndrome independiente, o bien un síntoma de la anorexia. Asimismo, Habermas (1989), estudiando la evolución histórica del "apetito voraz", llegó a la conclusión de que la bulimia nerviosa es un trastorno mucho más reciente que la anorexia nerviosa, situando su origen en los albores del siglo XX. Esto condujo a que durante muchos años se describieran síntomas clínicos de bulimia en pacientes no anoréxicos; sin embargo, tales síntomas fueron considerados una consecuencia de estados neuróticos más que de un síndrome diferenciado (Blinder y Cadenhead, 1988).

De modo que no fue sino hasta finales de la década de los 70's y principios de los 80's, que la bulimia nerviosa se reconoce como un síndrome independiente y diferenciado. La razón de esto fue que se observó que la sintomatología bulímica no sólo se daba en pacientes anoréxicas u obesas, sino que también podía presentarse en personas normopeso. Este trastorno obtuvo entonces varios nombres: "bulimarexia" por Boskind-Lodah en 1976, "dietary chaos syndrom" por Palmer, en 1979, "bulimia nerviosa" por Russell también en 1979 y bulimia en el DSM-III (cits. en Fernández, 1999); los dos últimos han sido los más aceptados.

Así, en 1979 Russell hace una descripción completa del cuadro, acuñando a su vez el término de "Bulimia Nerviosa" para la conducta caracterizada por:

- 1.- Necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse;
- 2.- Presencia del atracón seguido de la autoinducción del vómito y uso de purgantes, como medidas para evitar el sobrepeso, y
- 3.- Presencia de un gran miedo a engordar

Los criterios diagnósticos posteriores a los de Russell, los criterios del DSM-III (APA, 1980), recibieron numerosas críticas al haber usado la misma denominación (bulimia) para determinar un síntoma (episodios bulímicos o

bulimia) y un síndrome (bulimia como trastorno o bulimia nerviosa), (Fairburn y Garner, 1986). Las principales críticas respecto a estos criterios, además de la ya mencionada, fueron: a) incorrecta definición de episodios bulímicos, y b) no dar la importancia necesaria ni a las conductas compensatorias (p.ej., vómitos), ni a las cogniciones y afectos respecto a la imagen corporal en estos pacientes (Buendía, 1996).

Sin embargo, pese a la críticas recibidas a este manual, lo que hay que reconocer como muy relevante es el hecho de haber aceptado por primera vez a la bulimia como una entidad independiente, así como el énfasis que se le da a los estados emocionales tras la ingesta voraz (Turón, 1997).

Finalmente, en 1994 en el DSM-IV (APA), al igual que en el caso de la anorexia nerviosa los criterios de la bulimia nerviosa sufrieron diversas modificaciones

1.2.2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa

Previamente, cuando se mencionaron los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, se refirieron dos manuales considerados como de uso más común dentro de las investigaciones clínicas: el ICD-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV (APA, 1994), siendo este último el que ofrece una mayor especificidad acerca de lo que es el trastorno. Por esta razón se tomarán de referencia para exponer los criterios que se utilizan para el diagnóstico de la bulimia nerviosa. En el DSM-IV se establece que la bulimia nerviosa consiste en.

A) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los siguientes elementos: 1) ingesta en un periodo corto (por ejemplo, dos horas) de una cantidad de comida evidentemente más grande a la que la mayoría de la gente comería durante un periodo similar y en circunstancias similares; y 2) sensación de falta de control sobre la ingesta

durante este episodio (por ejemplo, sensación de no poder cesar de comer, o de no controlar qué o cuánto se está comiendo).

B) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado para prevenir el aumento de peso, tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo.

C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces por semana, por un periodo de al menos tres meses.

D) La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.

E) El trastorno no aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Existen también dos tipos específicos de la Bulimia Nerviosa:

Bulimia Nerviosa con **purga** y bulimia nerviosa **sin purga**. En ambas se presenta la parranda alimentaria y el sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta; lo que las distingue son el tipo de conductas compensatorias empleadas para evitar el sobrepeso, ya que en la primera se emplean la autoprovocación del vómito, los laxantes, diuréticos o enemas; mientras que en la segunda se observa la realización de ejercicio excesivo o bien el sometimiento a dietas restrictivas o ayuno.

Por su parte, en el ICD-10 (OMS, 1992) se establece que la bulimia nerviosa se caracteriza por.

A) Una preocupación continua por la comida con deseos irresistibles de comer. de modo que el enfermo termina por sucumbir ante ellos. presentando episodios de hiperfagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.

B) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso producido, mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno, y consumo de fármacos como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C) La psicopatología consiste en un miedo mórbido a engordar y el enfermo se fija de forma estricta una meta de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos, *que puede ser de meses o incluso años. Este episodio precoz puede manifestarse en una forma florida, o por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.*

1.2.3. Diagnóstico diferencial

La bulimia nerviosa, entendida como un síndrome independiente y con una psicopatología particular, también debe distinguirse de cualquier otro tipo de trastorno que presente una sintomatología similar, ya que es muy común que la Bulimia Nerviosa se confunda con la anorexia nerviosa tipo compulsivo, por también presentarse en ésta periodos de atracones seguidos de conductas compensatorias para evitar el sobrepeso; incluso, en una revisión que se hizo sobre los cambios que serían pertinentes para la elaboración del DSM-IV, se planteó la posibilidad de eliminar a la Bulimia Nerviosa como categoría diagnóstica, quedando solamente la Anorexia Nerviosa con sus dos categorías específicas: la restrictiva y la compulsiva (Wilson y Walsh, 1991)

No obstante, sugerencias como éstas puedan generar confusión respecto a lo que es el trastorno y los elementos que lo caracterizan. Pero más importante aún es que la Bulimia Nerviosa genera una serie de trastornos biopsicosociales que afectan negativamente a quien la padece. Por ello genera gran

preocupación el hecho de discutir sobre su eliminación como categoría diagnóstica independiente, ya que la anorexia nerviosa compulsiva y la bulimia nerviosa son trastornos distintos. En principio, porque en la primera se presenta la inanición, mientras que en la segunda no, lo que implica la existencia de características psicopatológicas diferentes; además, como ya se mencionó previamente en la sección correspondiente a los antecedentes históricos de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, esta última puede presentarse tanto en *personas obesas como en personas con peso normal y de bajo peso*; de ahí, que a partir del DSM-III (APA, 1980) se haya incluido como trastorno independiente. De esta forma, considerando que las personas con anorexia nerviosa deben cumplir con el requisito de permanecer bajas de peso respecto a un 15% del peso normal, es necesario recalcar la imposibilidad de su semejanza con la bulimia nerviosa, debido a que ésta no es exclusiva de personas con esta característica de peso.

Asimismo, también hay que distinguir a la bulimia nerviosa de aquellos trastornos en los que se observan conductas alimentarias similares. Tal es el caso del Trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos, en donde es común encontrar que las personas comen en exceso, aunque no recurran a medidas compensatorias ni muestran preocupación por el peso y la figura.

Como se puede observar, la Anorexia y Bulimia Nerviosas son trastornos respecto a los cuales ya existen criterios diagnósticos específicos, pese a que éstos en ocasiones puedan generar ciertas controversias o confusiones. Una medida para intentar contrarrestar esta situación, fue la de incluir en el DSM-IV (APA, 1994) la categoría denominada Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE en español, o EDNOS=eating disorders not otherwise specified, en inglés), que permiten la identificación y comprensión de aquellos trastornos del comer que no concuerdan exactamente con los criterios para alguno de los trastornos específicos (entendiéndose AN o BN), pero que pueden ser igualmente graves. En esta categoría se incluyen aquellos casos que:

1. Cumplen todos los criterios de la AN, pero las menstruaciones son regulares.

2. Cumplen todos los criterios de la AN, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Cumplen todos los criterios de la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno compulsivo, se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria.

De acuerdo a los criterios diagnósticos de los trastornos denominados como TCANE, se puede notar que sus diferencias son mínimas, pero significativas con respecto a los criterios de la AN y BN; de tal forma que los puntos uno y dos hacen referencia a “un casi” trastorno de anorexia nerviosa, mientras que en el punto tres se hace referencia a “un casi” trastorno de bulimia nerviosa.

Pero, la interrogante que surge aquí es ¿por qué existe la necesidad de crear esta subcategoría; si los criterios diferenciales entre los TCANE y los definidos para la AN y BN son mínimos?

Una posible respuesta, es que ha sido necesaria esta creación por la *implicación histórica que han tenido estos trastornos, -ya que como se ha mencionado a lo largo de este trabajo- sus antecedentes se remontan siglos atrás, y desde entonces se identificaron algunas características que forman*

parte de los actuales criterios; y otra posible opción es que su creación ha permitido un gran avance dentro de la investigación; lo que ha llevado a la detección temprana del trastorno, así como su intervención y prevención. Pese a lo anterior, surgen otras interrogantes ¿estamos hablando realmente de parcialidad, cuando sólo uno de los criterios no está presente al momento de tratar de detectar el trastorno? o ¿el síndrome es completo sólo que no cubre una de las características propias establecidas de acuerdo a los nuevos criterios? O bien ¿los criterios diagnósticos simplemente deben ser modificados de acuerdo a los cambios socioculturales a lo largo de la historia de la sociedad, incluyendo la moda, situación económica y política?

Sin duda, una de las más importantes implicaciones de la creación de esta categoría, es el hecho de tener la oportunidad de identificar cualquiera de los trastornos en su etapa inicial, poder realizar más investigaciones al respecto y sobre todo poder prevenir; la detección temprana y oportuna puede evitar daños mayores, entre ellos el más grave, "la muerte".

CAPITULO 2. ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Como se ha podido observar a lo largo de este trabajo, la forma de abordar el tema de los trastornos alimentarios en general, y el de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en particular, genera diversas controversias en torno a su conceptualización, ya sea por los términos utilizados para designarlos o por los criterios empleados para diagnosticarlos, pero no sólo eso, ya que esto se ha complejizado respecto al establecimiento de su etiología, sobre la cual se ha llegado a la conclusión de que es multivariada, al intervenir en ella factores sociales, psicológicos, biológicos, etc. (Vandereycken, 1993; Bulik, Sullivan y Kendler, 2000).

Los trastornos alimentarios, comprometen la salud y destino de un gran número de adolescentes y mujeres jóvenes. Estos trastornos no son un padecimiento de fácil manejo, pues además de poner en peligro la vida de los pacientes por la vía de la desnutrición y de sus complicaciones, se vincula con complejas perturbaciones psicológicas y distintas modalidades disfuncionales de la vida familiar. Por perturbaciones psicológicas se entienden los trastornos de la personalidad, distorsión de la imagen corporal, ansiedad, depresión y poca tolerancia a la frustración, entre otras (Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Román; 1999)

A este respecto, Garfinkel y Kapian (1996) también consideran que el desarrollo de un trastorno alimentario se asocia con la presencia de un sin número de factores de riesgo que se pueden concebir -de manera general- como producto de la cultura, la familia y el individuo, y por tal motivo, Garner y Garfinkel (1982) acordaron en clasificar a los factores involucrados en el desarrollo de los trastornos alimentarios en: Factores predisponentes, Factores precipitantes y Factores mantenedores, partiendo para ello de los modelos de psicopatología.

2.1. FACTORES PREDISPONETES

De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (1996), los factores predisponentes se refieren a aquellos elementos que se encuentran inmersos en el contexto sociocultural y en las características individuales de cada sujeto o en las de su familia, que preparan su estado de ánimo de tal manera que se vuelve más vulnerable a la adopción de actitudes y conductas anómalas hacia la comida. Entre estos factores podrían considerarse los siguientes:

Socioculturales. En nuestra sociedad es común encontrar una fuerte presión social hacia la figura delgada como el modelo ideal, merecedor de beneficios, como: conseguir un buen empleo, una pareja, seguridad, confianza en sí mismas, etc. en tanto que se genera una estigmatización hacia la obesidad, a través de un sinnúmero de anuncios en los que se remarca el alcance de éxito en un sentido inversamente proporcional al peso, es decir, a menor peso mayor es el éxito y logro de las metas propuestas. De ahí, que el trastorno sea más común en las clases sociales media alta, en la que existen valores estéticos dominantes y por lo tanto se sobrevaloran los anteriores aspectos. Las personas de clase baja que llegan a ser afectadas por algún trastorno alimentario, son aquéllas que por su trabajo o relación social se encuentran inmersas en un ambiente de clase social media o alta, donde se juegan esos valores como fundamentales para “estar bien” dentro de la sociedad (Toro y Vilardell, 1987; Garner y Garfinkel, 1980; Buendía, 1996).

Individuales. Por lo general las personas que llegan a desarrollar algún trastorno alimentario se caracterizan por ser emocionalmente inestables, presentan problemas relacionados con la autonomía, es decir que tienden a ser inseguras y viven excesivamente pendientes de lo que otros esperan de ellas. lo que les deja poco margen para desarrollar pensamientos personales o planteamientos propios a su etapa de crecimiento, por lo que ante situaciones que implican algún cambio se pueden volver más vulnerables a desarrollar algún

La dieta restrictiva o ayuno. Respecto a este punto, varios investigadores han sugerido que una historia prolongada de recurrentes dietas es uno de los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de la bulimia nerviosa (Russell, 1985; Stein y Laakso, 1988; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986); ya que diferentes estudios clínicos, específicamente encargados del estudio de la bulimia, han encontrado que a menudo este trastorno sobreviene después de un periodo de dieta restrictiva (Ledoux, Choquet y Flament, 1991; Johson, Tobin y Lipkin, 1989; Patton, 1993).

De tal suerte, que los datos encontrados en dichas investigaciones, llevan a concluir que la prevalencia de los trastornos alimentarios ocurre en proporción directa a la prevalencia de la dieta, es decir, que aquellos factores que incrementan la frecuencia de la práctica de dieta restrictiva, indirectamente incrementan la prevalencia del trastorno alimentario (Hsu, 1990; Haiman y Devlin, 1999).

Así, de acuerdo con Polivy y Herman (1987), el hecho de mantener una restricción respecto a determinados alimentos, incrementa la posibilidad de incurrir en un atracón compensatorio, lo que conduce a la persona preocupada por el peso y la figura a involucrarse en dietas aún más estrictas, o incluso el ayuno. Estos mismos autores consideran que la privación conduce al trastorno alimentario a través de eventos desinhibidores, tales como la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos hipercalóricos, consumo de alcohol o humor negativo; sobre todo, si consideramos que las estrictas normas dietéticas autoimpuestas por los dietistas son imposibles de obedecer, particularmente durante periodos de estrés.

Específicamente las pacientes bulímicas, identifican la incapacidad en el control de impulsos después de romper sus reglas dietéticas. Estos episodios bulímicos ocurren en los momentos en que las pacientes están ansiosas, deprimidas, aburridas o beben alcohol, situaciones que interfieren con el

mantenimiento de la de la dieta restrictiva. Por su parte, Toro (1996) considera que los siguientes aspectos son factores precipitantes específicos para el desarrollo de la anorexia nerviosa los cambios corporales que supone la adolescencia, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales paternas, contactos sexuales, incremento acelerado de peso, críticas respecto al cuerpo, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento de la actividad física y ciertos acontecimientos vitales (cambio de casa, escuela, trabajo, la pérdida de algún ser querido, etc.). Mientras que para el desarrollo de la bulimia nerviosa, los factores precipitantes significativos son: situaciones estresantes, trastornos emocionales, restricción alimentaria y anorexia nerviosa (Cervera, 1996).

La pérdida de peso y la restricción alimentaria resultan de una incrementada preocupación por la comida y el peso, de modo que la comida, la alimentación y el peso comienzan a dominar los pensamientos del "dietista". Esa preocupación contribuye a afianzar el patrón de pensamiento dicotómico que caracteriza a las anoréxicas -y la mayoría de estas dietistas-, el cual implica la discriminación entre "buenas comidas" (comidas bajas en calorías) y "malas comidas" (aquéllas que exceden la cuota colórica). Estas distinciones rígidas contribuyen a perpetuar la lucha contra la comida, de modo que el dietista incrementa progresivamente su dependencia a controles cognitivos, debido a que las señales de hambre tienden a aparecer frente las "buenas cantidades" de "buenas comidas". Cuando estas señales son ignoradas, entonces aparece el característico patrón de restricción y sobreingesta propio de la anorexia de tipo compulsivo o de la bulimia nerviosa (Mora y Raich, 1994).

El dietista consume pequeñas dosis de comida bajo condiciones normales, pero menos que los no dietistas en condiciones semejantes. Cuando por circunstancias determinadas (tensión emocional, ingesta de alcohol, humor negativo, etc.) se produce una ruptura de este control cognitivo, se dispara la desinhibición como consecuencia de una situación que sólo permite una

perfecta observancia de la dieta o descontrol alimentario total. No obstante, el dietista suele regirse por la ley del "todo o el nada" cuando se excedió - aunque sea levemente- la cuota calórica diaria, ya que suele pensar que no tiene sentido seguir con la dieta y da rienda suelta a las presiones fisiológicas tanto tiempo inhibidas (Polivy y Herman, 1987; Faiburn y Garner 1986 y Fichter, 1990) Y como vemos, el vínculo entre dieta y la sobreingesta puede trazarse a partir de los controles cognitivos auto-impuestos del dietista, sin descartar la intervención de otros factores de índole metabólico (Mora y Raich, 1994).

2.3. FACTORES MANTENEDORES O PERPETUANTES

Estos factores se refieren a aquellas condiciones que mantienen o perpetúan el trastorno una vez desarrollado (Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1982); entre ellas destacan las siguientes:

Los efectos de la inanición. Este aspecto puede constituir un factor reforzante de las prácticas inapropiadas de alimentación, ya que al perder peso se experimenta satisfacción, y mejor aún, disminuye la ansiedad generada ante la idea de engordar. Después de un largo período de anorexia, las personas que la padecen se han acostumbrado a vivir con prácticamente nada de alimento o sin sensación alguna de hambre. Las anoréxicas tienen una alta tolerancia a las sensaciones aversivas del hambre. poseen un límite calórico muy restringido. Cualquier consumición debajo del límite es tolerable y cuando menor sea, mejor (Mora y Raich, 1993).

Un periodo prolongado de inanición. conduce a la sustitución de los controles fisiológicos del hambre por lo controles cognitivos, a partir de los cuales viven las personas con anorexia, dando paso y permanencia la pensamiento dicotómico y finalmente a la ahora sí ausencia de hambre (Lewisohn, Stregel-Moore y Seeley, 2000)

Los pensamientos negativos. Un rasgo esencial de las personas con trastorno alimentario es su pensamiento irracional y persistente por permanecer delgadas, en tanto que se sienten devaluados cuando suben de peso, de esta manera, es común que la persona se mantenga en sus prácticas de alimentación inadecuadas, ya que así evita la gordura (Kaplan y Garfinkel, 1984). De particular importancia es el estilo de pensamiento dicotómico, del “todo o nada”, a partir del cual el peso y la alimentación se experimentan, por ejemplo, si se comen más de su ración, sienten que han perdido completamente el control. Este estilo de pensamiento se aplica también a la comida y al peso, e implica otras conductas (estudio, ejercicio, relaciones con los chicos) así como actitudes hacia sí mismas (se ven como totalmente buenas o totalmente malas) o hacia los otros (los demás pueden ser idealizados o despreciados), (Garner, Olmsted y Garfinkel, 1983).

Actitudes familiares. La familia puede perpetuar el trastorno alimentario al permitir y consentir las mismas prácticas inapropiadas de comer, ya que en casos como la Anorexia Nerviosa, la encargada del núcleo familiar prefiere acceder a los caprichos de quien padece el trastorno, con tal de que ingiera algo de alimento.

A los aspectos antes citados, Toro (1996) agrega la importancia de la interacción familiar, el aislamiento social, “las cogniciones anoréxicas” y la excesiva actividad física, como factores que contribuyen al mantenimiento de la anorexia nerviosa. Para la bulimia nerviosa se consideran los siguientes factores: dietas, conductas alimentarias anómalas, imagen corporal negativa y reaparición de la ansiedad como resultado de la sobreingesta y/o de la conducta compensatoria (Cervera, 1996)

Cabe destacar que cada uno de los factores antes mencionados actúan en conjunto para el desarrollo de algún trastorno alimentario, por lo que

difícilmente podrían desarrollarse solo a partir de la presión social, o algún otro, ya que prácticamente todos los que viven en una sociedad como la de México, están expuestos diariamente a anuncios que promueven mantener una figura delgada, sin embargo no todos desarrollan trastornos alimentarios, lo que indica que también es necesaria cierta estructura de la personalidad (como las que ya se han mencionado) de cada sujeto que lo haga más vulnerable que a otros (Raich, 1994).

Por otra parte, también respecto a la etiología de los trastornos alimentarios se han propuesto dos teorías. La primera que sugiere un continuum, en donde por un lado se localiza la alimentación normal en un extremo y en el otro extremo a los trastornos alimentarios, y con la dieta en el punto intermedio (Streigel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986). Mientras que la otra hipótesis (de discontinuidad) propone la existencia de diferencias críticas y fundamentales entre un régimen dietético restrictivo y un trastorno de la alimentación (Crisp, 1965, cit. en Ruderman y Besbeas, 1992; Selvini-Palazzoli, 1978; Bruch, 1982).

Las teorías de la continuidad y discontinuidad, finalmente sugieren la necesidad de una investigación más amplia de la personalidad, desarrollo social y cultural de las personas que padecen AN o BN, así como de las relaciones familiares en las que se encuentran inmersas. Ya que definitivamente no es un solo aspecto el causante del desarrollo de trastorno, en su caso la dieta, ya que en la actualidad la mayoría de las personas la practican y una extensa proporción de ellas no ha desarrollado el trastorno (Mora y Raich, 1994)

CAPITULO 3. DESARROLLO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA

3.1. Cambios en la delimitación de los trastornos alimentarios

En el capítulo anterior se mencionaron las consecuencias de los trastornos alimentarios tanto a nivel biológico, como psicológico y social, y se recalcó la importancia de clarificar el concepto de cada uno de ellos, particularmente el de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, como un medio eficaz para su correcta detección, tratamiento e incluso prevención, debido a las graves complicaciones que generan estos trastornos en las personas los que padecen.

Ante esto, habría que poner de manifiesto que una de las bases para conceptualizar y atender a los trastornos alimentarios está dada en función de los criterios establecidos para su diagnóstico; no obstante, la elaboración de estos no ha sido fácil y ha estado sometida a diversas modificaciones, las cuales han influido en la conceptualización y delimitación actual de la anorexia y bulimia nerviosas

Esta consideración actual de los trastornos alimentarios, -no se considera única ni acabada, sino el resultado de todo un proceso de investigación a lo largo de estos años- ha sido de gran ayuda en el ámbito clínico y psicológico, ya que se han esclarecido numerosas dudas en torno a los mismos; de hecho, gracias a la especificación que se ha logrado, existen mejores elementos para detectar más casos, así como los factores de riesgo más importantes.

No obstante, si bien la delimitación actual de estos dos trastornos ha contribuido favorablemente dentro de la investigación clínica, todavía continúan detectándose algunas dificultades al momento de establecer los criterios para diagnosticar los trastornos alimentarios, ya que a pesar de que éstos se especifican claramente en los manuales diagnósticos de mayor consenso (DSM-IV

e ICD-10), existen investigaciones que no se apegan a ellos, en virtud de que las consecuencias de los trastornos son muy graves y cuando se cumplen los criterios establecidos, la persona ya no tiene suficientes posibilidades de reestablecimiento, por lo que se prefiere trabajar con población subclínica, puesto que con ésta aún es posible lograr una mejoría. Esto por consiguiente interfiere con la correcta detección de los casos, e incluso se podrían alterar las cifras manejadas al momento de establecer su prevalencia, ya que entonces dependería del criterio empleado por cada investigador el que se diagnostique o no algún trastorno alimentario.

Por tal motivo, en el presente capítulo se analizarán las modificaciones que han tenido los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, desde su consideración como trastornos mentales, para así evaluar su utilidad dentro de la práctica clínica.

3.2. Cambios en los criterios de la anorexia nerviosa

Muchos han sido los cambios que se han suscitado con relación a la delimitación de los trastornos alimentarios. Respecto a la Anorexia Nerviosa es aún más importante destacar dichas modificaciones, puesto que éstas indudablemente han influido en la forma en como se ha venido gestando la definición de los mismos; y eso no es todo, ya que también ha crecido proporcionalmente la confusión respecto a lo que es el trastorno, su prevalencia así como las consecuencias que de él se derivan, lo cual ha llevado en muchas ocasiones a subestimar su gravedad.

En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1994) constituye la base de mayor consenso para diagnosticar a la anorexia nerviosa. Hasta el momento dicho manual lleva publicadas diferentes versiones y resulta sorprendente que en cada una de ellas se han hecho importantes modificaciones con relación a la conducta alimentaria.

La primera versión del DSM se publicó en 1952 y dentro de él ya se incluían problemas relacionados con la alimentación, sin embargo no se les daba la cobertura que hoy en día se le otorga, más bien se les incluía dentro los llamados trastornos o reacciones psicofisiológicos, los cuales referían a un amplio grupo de problemas médicos, cuyos cambios a nivel fisiológico eran producto de factores psicológicos. Las personas en quienes se desarrollaban estos trastornos se describían como poseedoras de una personalidad frágil e inmadura; como estudiantes eran buenos y a menudo sobresalientes, y con frecuencia se observaba que tienen actitudes excesivamente tendientes a complacer a los demás (Haimi, 1997).

De los problemas relacionados con la conducta alimentaria se mencionaba a la obesidad y a la anorexia nerviosa. Respecto a la obesidad se manifestaba cierta controversia acerca de si la naturaleza o la sobreingesta eran las responsables de la obesidad. En este sentido se estudiaban por separado tanto el padecimiento de estar obesos, como el proceso de comer en exceso, con el fin de entender los factores subyacentes a dicha conducta.

Por tal razón, la obesidad si bien está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, OMS, 1992) como enfermedad médica en el DSM-IV (APA, 1994) no aparece así, ya que desde su punto de vista no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Al respecto, existe una polémica en los que a su etiología se refiere. biológica versus mental, así como por su estrecha relación con la alimentación compulsiva (Alvarez, Mancilla y López 1996; Alvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y López, 1998). Sin embargo en el DSM-IV se sugiere que cuando existen pruebas de que factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso de obesidad. puede remitirse éste a la categoría diagnóstica: Factores psicológicos que afectan el estado físico

Desde el punto de vista psicológico se consideraba a la obesidad como un medio para escapar de la sexualidad, la interacción social, la madurez y las responsabilidades; en tanto que el comer en exceso se veía como respuesta a una necesidad de amor, seguridad y placer, la cual se presentaba más frecuentemente en individuos infantiles, pasivos e incapaces de obtener su gratificación y subsistencia a través de formas más maduras (Toro, 1996).

Por otro lado, la anorexia nerviosa se definía como la restricción impuesta - por propia voluntad- en cuanto al consumo de comida. Su prevalencia era mayor en mujeres de entre 20 y 30 años de edad, y la tasa de mortalidad se situaba en un 40%. En ocasiones había antecedentes de obesidad y el comienzo de la anorexia nerviosa podía estar asociada (pero no causada) por la dieta extremadamente rígida a la que se sometía la persona, en su intento por lograr una figura delgada.

Asimismo, se mencionaban ciertas características que para algunos fungían como criterios diagnósticos (aunque no se tiene la certeza de que en realidad se hallan publicado como tales dentro del DSM). Dentro de ellas destacan las siguientes:

Por lo general la anorexia se presenta en personas que de niños fueron muy obedientes, serviciales y excelentes alumnos. Como adolescentes eran tímidos y controlados, y por lo general tenían poco conocimiento de aspectos sexuales, asimismo tenían miedo respecto a las responsabilidades que implicaba llegar a ser adulto. Incluso en un estudio reciente realizado por Turner, Batik, Palmer, Forbes y McDermott (2000), se encontró que la gran mayoría de adolescentes que padecen anorexia nerviosa presentan estos característicos rasgos de personalidad; además de usar de forma común los laxantes, como una vía de escape a sus emociones

Otra característica importante era el significado simbólico que le daban a la comida y a la obesidad. Aquí jugaban un papel importante las fantasías respecto al embarazo y el rechazo hacia actividades de tipo sexual. Ya que al parecer, estas personas igualaban el alimento con objetos sexuales prohibidos, de tal manera que temían a la penetración (en este caso la alimentación), por miedo a quedar embarazadas -es decir, convertirse en obesas- (Kaplan y Sadock, 1994).

Los patrones de alimentación eran poco comunes, así como las actitudes hacia la misma. Algunos escondían la comida en el baño para evitar comerla; otros se autoinducían el vómito; y otros más se atracaban primero y después vomitaban. Este último medio era de los más utilizados, de hecho se encontró en casi una cuarta parte de la población afectada. Aunque en realidad no importaba el medio que se empleara para rechazar el alimento, ya que el propósito fundamental era evitar la gordura (Bruch, 1982; Andersen, 1985).

También era frecuente encontrar amenorrea en las mujeres afectadas de anorexia nerviosa. La pérdida de menstruación comprendía dos patrones: aproximadamente el 50% de la población afectada desarrollaba la amenorrea antes de la pérdida de peso, usualmente después de alguna crisis emocional; mientras que en otro grupo, primero se daba la pérdida de peso y después se presentaba la amenorrea, esta situación se mantenía hasta que las condiciones de malnutrición eran corregidas. Sobre este último grupo no existen dudas acerca de la pérdida de la menstruación como consecuencia de la ausencia de alimento, sin embargo en el primer grupo, no se tiene la certeza de que los patrones alimentarios sean realmente los responsables de la amenorrea, puesto que se menciona su aparición antes de la pérdida de peso, y sobre todo, después de situaciones emocionalmente estresantes, lo cual también puede presentarse en otras mujeres que no padezcan anorexia nerviosa (Garner y Garfinkel, 1980).

La poca certeza que existe sobre si las características anteriores pudieron ser los criterios diagnósticos del DSM-I. e incluso del DSM-II, se debe a la poca

literatura existente en esa época sobre el tema. Ya que tal parece que en realidad sólo se mencionaban como características, más que como criterios diagnósticos.

Esta conclusión se deriva a partir de una investigación realizada por Andersen (1992), a fin de determinar los cambios existentes en el diagnóstico de la anorexia nerviosa durante las décadas de los 70's y los 80's. En dicha investigación se reconoce el importante papel que tuvieron autores como Russell, Crisp y Bruch, al describir criterios clínicos diagnósticos sobre la anorexia nerviosa antes de los años 70's, sin embargo, también se pone de manifiesto que fue hasta 1972 cuando se publicó la primera investigación interinstitucional sobre los criterios de diagnóstico de dicho padecimiento, la cual estuvo a cargo de Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Muñoz (1972), comprendiendo los siguientes aspectos:

- 1.- La edad en la que se presentaba el trastorno era antes de los 25 años.
- 2.- Existe una pérdida de peso respecto al 25% del peso normal.
- 3.- Actitudes distorsionadas hacia la alimentación y la comida.
- 4.- Negación de la enfermedad y dificultad para reconocer las necesidades nutricionales.
- 5.- Rechazo hacia la comida, lo que se consideraba como una forma de "purificación".
- 6.- Un deseo extremo de permanecer delgada, siendo ésta la meta fundamental de la persona.

Las características que se le atribuían en ese entonces a la Anorexia Nerviosa eran particularmente de influencia psicoanalítica (de hecho la mayoría de los trastornos descritos en la primera y segunda versión del DSM tenían un fundamento psicoanalítico), por lo que era muy común hacer referencia a la calidad de la relación entre la madre y la hija.

Como se puede notar poco a poco se iba configurando el concepto de AN, sin embargo no es hasta 1980 cuando este trastorno es incluido de manera formal por la American Psychiatric Association en el DSM-III (Alvarez, 2000). Cabe señalar que dentro de estos criterios aún no figuraba la bulimia como un síndrome, sino como un síntoma, -no explícito en los criterios- en forma de anorexia bulímica (Holtz, 1995). Los criterios diagnósticos del DSM-III eran:

A) Peso corporal un 25% por debajo del peso teórico, con relación a la edad y la talla; así como un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal.

B) Miedo intenso a ganar peso o acumular grasa, aún sin tener sobrepeso.

C) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal, por ejemplo, la persona que se queja de estar obesa aún estando emaciada.

D) En las mujeres ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Posterior a los criterios del DSM-III surge una versión más actualizada y con la inclusión de algunos cambios importantes al respecto, el nuevo manual recibe el nombre DSM-III-R y las modificaciones con respecto al anterior son:

- ◆ El criterio referente al peso corporal se disminuye del 25% al 15% , lo que permite hacer un diagnóstico más temprano y mejorar las expectativas que supone una intervención terapéutica temprana (Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manríquez y Román, 1998)
- ◆ Asimismo se hace una distinción más explícita de los dos tipos de anorexia nerviosa: la anorexia restrictiva y la anorexia bulímica; de tal suerte que se formaliza la separación conceptual entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, esta última ya se incluye como un síndrome específico (Garfinkel, 1985).
- ◆ También se agrega un criterio específico para hombres: la disminución del apetito sexual (Alvarez, 2000).

Para 1994, aparece la versión más reciente de este manual DSM-IV, de tal forma que los criterios para la AN, quedarían así

A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando al edad y al estatura (p ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado.

B) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D) En las mujeres prepuberales presencia de amenorrea, por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales

Uno de los aspectos más relevantes a considerar de esta nueva versión del DSM, es el establecimiento de los subtipos de la anorexia, de tal forma que esto posibilita un mejor diagnóstico diferencial del trastorno, los subtipos son:

- ◆ Tipo restrictivo: durante el actual episodio de anorexia nerviosa el paciente no presenta conductas compensatorias, inapropiadas (auto provocación del vómito, o el consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones)
- ◆ Tipo bulímico: durante el actual episodio de anorexia nerviosa el paciente presenta las conductas compensatorias inapropiadas.

Esta continua modificación refleja por un lado, la importancia que está adquiriendo día con día la presencia de este tipo de trastorno, pero por el otro

también ha incrementado las interrogantes en su torno, lo cual hace aún más compleja su delimitación

3.2.1. Análisis de las modificaciones diagnósticas de la anorexia nerviosa

Cuatro son los criterios que se han venido manejando con relación al diagnóstico de la anorexia nerviosa, sin embargo desde la publicación del DSM-III (APA, 1980), lo que ha venido variando es la amplitud de la información, así como el contenido de cada uno de ellos

Disminución del Peso Corporal:

Hay un acuerdo general acerca de que la motivación para adelgazar es necesaria para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. Distintas investigaciones han descrito este aspecto en diferentes términos: "la implacable búsqueda de la delgadez" (Bruch), "la búsqueda de la delgadez (Theander), "el deseo intencionado de ser delgado" (Selvini-Palazzoli, o la "búsqueda de la delgadez como un placer en sí mismo" (Ziegler y Sours) (cits. en Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996). Los criterios más recientes del DSM-IV han añadido un mayor grado de precisión al describirlo como el rechazo a mantener el peso corporal por encima del peso normal mínimo según la edad y la altura.

Mientras que ha habido consenso respecto a la presencia de la motivación para adelgazar, la cantidad de peso perdido -que se considera imprescindible para el diagnóstico- ha variado. De tal forma que, el cambio que se ha dado en torno a la pérdida del peso corporal en las anoréxicas ha sido realmente significativo, ya que de un 25% en el DSM-III (APA, 1980), pasó al 15% en las subsecuentes ediciones.

Hablando específicamente de las consecuencias biológicas, este hecho ha ofrecido la oportunidad de hacer una intervención más temprana, ya que si bien

aún continúan siendo graves las consecuencias tras la pérdida de un 15% del peso corporal, más lo era la pérdida del 25%, tiempo durante el cual era mucho más frecuente el deceso de las pacientes, así como la ineficacia de las intervenciones terapéuticas.

Otro aspecto que también se ha suscitado por el cambio en los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa es la variabilidad en torno al número de casos detectados, y en el caso particular del peso, sucede lo siguiente:

Mucho se ha hablado de que en los últimos diez años ha proliferado en gran medida este síndrome, atribuyéndose la causa a los continuos bombardeos que hoy en día se dan en contra de la obesidad (Raich, 1994); sin embargo, hay que tomar en cuenta que hace diez años las que ahora son anoréxicas antes no eran diagnosticadas, por cuestiones relacionadas con el criterio de pérdida de peso. Entonces, a partir del 1987 que fue cuando se publicó el DSM-III-R (APA, 1987), la reducción del 10% del peso esperado, obviamente incrementó la incidencia de anoréxicas nerviosas.

Esta situación podría generar algunas confusiones respecto a las causas del incremento en el número de casos detectados con anorexia nerviosa, pues por un lado se encuentran los cambios en los criterios diagnósticos, así como en los métodos empleados para realizar la detección; y por otro, se encuentran también los factores sociales relacionados con la estigmatización hacia la obesidad, que a últimas fechas también han incrementado la presión que ejercen sobre la población.

A este respecto, Pagsberg y Wang (cits. en Hsu y Sing Lee, 1993) realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de detectar todos los casos de A.N. captados por el sistema de salud en un área específica de la ciudad de Bornholm de Enero de 1970 a Diciembre de 1989. Los resultados mostraron que el promedio anual en las tasas de incidencia fue constante de 1970 a 1984 (con un

valor promedio de 1.6 por 100,000 habitantes), pero a partir de 1985 el número incrementó cinco veces (con un valor medio de 6.8 por 100,000 habitantes), siendo en 1989 cuando ocurrió el máximo incremento (126 por 100,000 habitantes). Estos autores concluyeron que el incremento en la incidencia de la anorexia nerviosa pudo deberse a una desestimación de la atención primaria en los primeros años del periodo estudiado, además de que estuvo acompañado por un incremento en la tasa de pacientes con una primera admisión al hospital.

No obstante, los anteriores resultados no dejan claro si fueron los cambios en los criterios diagnósticos los que influyeron en el incremento de los casos detectados con anorexia nerviosa; seguramente sí y lo hicieron en un grado considerable, sin embargo no se debe olvidar el papel preponderante que ha jugado el aspecto social con relación a la estigmatización de la obesidad, ya que en las últimas décadas se ha detectado un incremento del 14% al 77% en la utilización de métodos para la disminución del peso corporal (French y Jeffery, 1994).

Miedo a ganar peso o a convertirse en obesa:

Este aspecto se ha venido mencionando a lo largo de todo el trabajo como el principal elemento al momento de diagnosticar a la anorexia nerviosa, y por el cual, el trastorno adquiere la característica de síndrome y no de síntoma.

Sin embargo, existe polémica respecto a que este criterio diagnóstico tan aceptado en la actualidad, halla sido válido para las jóvenes anoréxicas reportadas a través de la historia, es decir ¿padecían auténtico miedo a engordar o no?. Ante esto, la aplicación rigurosa de tales criterios a la información histórica disponible, obligaría a no clasificar como anoréxicos a la inmensa mayoría de los casos presentados (Toro, 1996)

Estudiosos del tema como Habermas (1989), defienden que si la cuestión del miedo al sobrepeso se toma en consideración -prescindiendo de otras

continuidades sintomatológicas-, tanto la anorexia como la bulimia son dos síndromes que tienen un larga historia. Este mismo autor ha demostrado que el miedo a engordar se reporta en la literatura de la anorexia nerviosa desde finales del siglo XIX y en la dedicada a la bulimia sólo a partir de la primera mitad del siglo XX.

De manera general parece verosímil defender que la anorexia nerviosa ha existido siempre y, que una parte de los criterios diagnósticos son perfectamente válidos, pero con seguridad sólo para el siglo XX. Lo esencial y permanente del trastorno anoréxico sería la restricción alimentaria voluntaria (por lo menos en un principio), la existencia de presiones sociales para ponerla en práctica, las consecuencias psicológicas y somáticas de la malnutrición y -con toda probabilidad- la presencia de predisposiciones biológicas al trastorno. En consecuencia, el temor desmesurado a engordar -y probablemente- la distorsión de la imagen corporal serían síntomas no esenciales, no universales, posiblemente específicos del actual mundo occidental (Beumont, Kopec-Schrader y Touyz 1995; Toro, 1996).

Pese a que en el pasado el criterio del miedo a ganar peso o convertirse en obesa(o) no se hacía presente, en la actualidad es ampliamente aceptado dadas las transformaciones sociales y culturales. En estos días se acepta que en la base de la anorexia nerviosa está la presencia de una distorsionada e implacable actitud hacia el peso y la forma corporal (Hsu y Sing Lee, 1993). Esta actitud ha sido descrita como “búsqueda de la delgadez”, “fobia al peso” y “temor a la obesidad”. Sin embargo, la aceptación de este criterio para el diagnóstico de la anorexia nerviosa no precisa la selección respecto a un grupo más homogéneo de pacientes que tiene este trastorno, sin embargo dos observaciones han sido ignoradas, y por tanto, nunca sistemáticamente estudiadas: 1) la fobia al peso no surge como un rasgo predominante de la enfermedad sino en los últimos 60 años (Casper, 1983; Russell, 1985); y 2) la

algunos autores (Hsu y Sing Lee, 1993) simpatizan con el punto de vista de Habermas (1989), respecto a que los clínicos están frecuentemente influenciados por las expectativas pre-establecidas en cuanto a que los pacientes con AN ocultan su fobia al peso, aunque esto no explica los hallazgos reportados en Hong Kong y la India, ya que se ha observado que, algunas personas con AN no muestran fobia al peso, sino hasta que han recuperado éste tras el tratamiento (Fahy, Robinson, Russell y Sheinman, 1988). Una consideración alternativa es que la fobia al peso sea un "idioma de angustia" cultural perteneciente a aquellos conflictos que involucran el estatus del peso, apariencia e ingesta alimentaria (Nichter, 1982), por lo tanto, podríamos concluir que los pacientes anoréxicos dependiendo a la cultura que pertenezcan adoptarán un idioma o forma de angustia en particular.

- c) La tercera explicación es que se ha dado una transformación desde 1930 en el contenido de la AN en Occidente. Algunos autores han invocado el concepto de "patoplasticidad" para explicar el cambio en el contenido de la AN (Russell, 1985; Russell y Treasure, 1989). Los factores patoplásticos, de acuerdo con Russell (1985), son factores causales que contribuyen en la instauración de una enfermedad; ellos no influyen únicamente al contenido, sino además delimitan sus formas y distinguen las principales causas de una enfermedad psiquiátrica, las cuales incluyen causas que ejercen una tendencia predisponente.

La patoplasticidad está altamente relacionada con los cambios o transformaciones culturales, de ahí que el temor mórbido a la obesidad en el pasado y en países como la India y Hong Kong, no se determine como un rasgo característico de la enfermedad. Por ello, Russell sugirió que la actual preocupación social por la delgadez -como un factor patoplástico- conduce a la imagen de una forma relativamente

nueva de trastorno psiquiátrico, en la que la psicopatología central es el temor mórbido a la obesidad. Si esta interpretación fuera cierta, entonces la fobia al peso que delinea a la enfermedad no sería un rasgo central, lo cual sin duda tendría importantes implicaciones sobre la formulación de los criterios diagnósticos.

Brumbreg (1988) si bien considera el surgimiento de la AN como una patología moderna, plantea las siguientes consideraciones:

- a) Las mujeres ayunadoras han existido desde siempre, por lo cual tienen un largo historial a través del tiempo;
- b) las mujeres utilizan el apetito como una forma de expresión emocional más a menudo que los hombres;
- c) una vez que se ha observado que las mujeres ayunadoras se han presentado a través de las culturas y el tiempo, no únicamente han cambiado las interpretaciones respecto a las conductas de rechazo a la comida, sino que también han variado las razones por las que las mujeres controlan el apetito;
- d) debido a que las funciones alimentarias -como símbolos- se revisten de múltiples significados, la clave para la comprensión del rechazo a la comida, supone el análisis y comprensión de su valor simbólico; y
- e) la AN, cual forma primaria de la restricción alimentaria femenina surge durante el desarrollo del "capitalismo", por lo que está nutrido por aspectos centrales de la vida burguesa. Asimismo, Brumberg asume que en el contenido de la AN ha ocurrido una transformación, por lo que sugiere que su desarrollo podría dividirse en dos fases.

1. Fase de reclutamiento, comprende el inicio de la conducta dietaria por razones estéticas y sociales.
2. Fase de curso, comprende la adaptación del cuerpo y la mente de la persona, al proceso de la inanición.

Actualmente, existe claridad en que el miedo a ganar peso, por si solo no es un rasgo exclusivo de la anorexia nerviosa (Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996), quizá por eso autores como Hsu y Sing-Lee, (1993) le han restado importancia como rasgo esencial del desarrollo del trastorno. Por ello, que sea necesario identificar los rasgos esenciales (o su asociación con otros factores) que hacen de este temor exagerado un elemento psicopatológico capaz de generar trastornos con relación a la conducta alimentaria.

Sin embargo, Hsu y Sing-Lee argumentan que existen dos razones prácticas por las que se sugiere retener el actual concepto de AN:

1. Los casos de AN sin fobia al peso ocurren rara vez en América y Europa;
2. Los casos de AN con fobia o sin ella, son poco comunes en culturas no occidentales.

Por tanto, hasta que la patogénesis de la AN sea clarificada es prudente definirla de acuerdo a sus principales rasgos clínicos y proceder a signar los casos sin fobia al peso a la categoría de trastornos alimentarios no especificados (TCANE); lo cual sin duda supone la modificación del DSM-IV y el ICD-10 (Hsu y Sing-Lee, 1993), con la finalidad de incluir este aspecto en dicha categoría diagnóstica.

Alteración de la imagen corporal:

Este tercer criterio diagnóstico va muy relacionado con el anterior, en virtud de que el temor a subir de peso altera la percepción de la imagen que tienen de sí mismas las personas que padecen de anorexia nerviosa. La imagen corporal es definida como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Schilder, cit. en Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins, 1990). Aunque una concepción más dinámica la define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, de modo que Bemis y Hollon (1990) advierten acerca de la necesidad de distinguir entre la representación interna del cuerpo y los sentimientos y actitudes hacia él. Finalmente, de acuerdo con Rosen (1995), el concepto de imagen corporal se refiere a la manera en que una persona imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Por otro lado, el concepto de preocupación patológica acerca de la apariencia física tiene una historia más larga que la de su inclusión en el diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal en los DSM's. El término dismorfia fue introducido por Morselli en 1886 (Raich, 1998), el que significa literalmente "miedo a propia forma". Janet en 1903 hablaba de: "la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo". Cabe señalar que la esencia del trastorno fue definida no como el miedo a verse déforme, sino como la convicción irracional de ser anormal y el consecuente temor ante las reacciones de los demás (Hay, 1970, cit. en Raich, 1998). Cabe señalar que en los DSM's, se suprimió el sufijo "fobia" cuando se introdujo al trastorno dismórfico como un tipo de categoría diagnóstica (APA, 1987).

Rosen (1995) propone que el trastorno de la imagen corporal se defina como una preocupación exagerada que produce malestar, hacia un defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Esto es lo que bajo la denominación: Trastorno Dismórfico aparece en el DSM-III-R (APA, 1987) y en el

DSM-IV (APA 1994) y está incluido en los trastornos somatoformes, cuyos criterios diagnósticos son:

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral o en otras áreas de actividad.
- c) La preocupación no se explica por la presencia de otro trastorno mental (p.e. insatisfacción con el tamaño y la silueta corporal presente en la anorexia nerviosa).

Como vemos el trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptuales, cognitivos y conductuales (Raich, 1998).

Perceptualmente la persona ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en la realidad, a esto se le llama distorsión perceptual. El ejemplo más corriente hoy en día es el de las jóvenes que teniendo un peso normal se ven gruesas

Sin embargo, aunque la insatisfacción corporal es muy frecuente, sobre todo en las mujeres, esto no es suficiente para definir al Trastorno de la Imagen Corporal. Los individuos con este trastorno devalúan intensamente su apariencia, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, por lo que ponen excesivo énfasis en el que creen un defecto de su apariencia, el que piensan es una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o un defecto de carácter. Aunque esta preocupación puede presentarse en cualquier momento del día es aún más intensa en situaciones sociales en las que la persona se siente auto-consciente y espera ser escudriñada por la otra gente. Esta ideación sobre-valorada representa el *aspecto cognitivo* de este trastorno.

Conductualmente, las personas con este trastorno organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal, ya que estas personas pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo. Asimismo, solicitan continuamente opiniones tranquilizadoras sobre su defecto y se comparan con otros individuos. Estas conductas tienden, por un proceso de reforzamiento negativo, a mantener e incrementar la ansiedad respecto a su apariencia (Klonooff y Landrine, 1993).

Las creencias y pensamientos que suelen presentar las personas con trastorno de la imagen corporal han sido descritos como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios (De Leon, Bott y Simpson, 1989); sin embargo, es difícil distinguir entre ellos ya que no parece existir un único patrón de pensamientos. Philips y McElroy (1993) concluyen que el pensamiento varía en un continuo que va desde la ligera convicción hasta el delirio. El delirio en el trastorno de la imagen corporal, está confinado al defecto que se atribuye, mientras que el pensamiento obsesivo se refiere a los pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia. Concluyendo, el Trastorno de la Imagen Corporal es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador, especialmente de las relaciones sociales (Phillips, 1996).

En la aparición y desarrollo del trastorno de la imagen corporal hay varios factores que influyen, uno de los más importantes puede ser la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad. Otras variables igual de importantes son: el desarrollo físico y el feed-back (retroalimentación social), éstos en razón de que los cambios físicos de la pubertad pueden provocar una preocupación temprana acerca de la apariencia física, por lo que dichos cambios - o los comentarios que generan por parte de otras personas- inducen la retroalimentación, que a su vez influencia a la imagen corporal, así como a la autoestima (Raich, 1998). Por último, cabe mencionar que existe evidencia longitudinal de que la insatisfacción corporal es el principal factor predictor del trastorno alimentario en la adolescencia (Attie y Brooks-Gunn, 1989); de hecho en

un reciente estudio realizado por Kostanski y Gullone, (1999) encontraron que niños de 7 y 10 años que presentaban insatisfacción corporal, se iniciaban más temprano en dietas restrictivas que más tarde desencadenaban el trastorno alimentario.

Sin embargo, al respecto también habría que tomar en cuenta que la presencia de la distorsión de la imagen corporal en la AN es inconsistente, ya que ha observado que mujeres que no sufren de trastornos alimentarios también tienen una percepción distorsionada de su tamaño corporal, tal es el caso de mujeres embarazadas que han sufrido un gran cambio en la figura y mujeres que tienen un comportamiento alimentario normal, pero que sobrestiman su tamaño corporal y en ocasiones mucho más que una persona anoréxica, especialmente cuando miran la anchura de sus caderas y cuerpo de perfil (Abraham y Llewellyn, 1994).

Amenorrea:

El diagnóstico de la presencia de la AN con base a la amenorrea, ha causado cierta desconfianza, ya que si bien ésta es un rasgo común del trastorno, aún no son claros los mecanismos por lo cuales esto ocurre. Se sabe que la amenorrea se asocia con una disfunción hipotálmica en la anorexia nerviosa (Garner y Garfinkel , 1982).

Para tratar de estudiar de manera más específica este criterio diagnóstico se han realizado varios estudios, a continuación se menciona uno que refleja de manera clara las variaciones de éste, dependiendo de diferentes factores: De inicio cabe destacar que era frecuente encontrar la pérdida de menstruación mediante dos patrones. 1) aproximadamente el 50% de la población afectada por anorexia nerviosa (o que aparentaba manifestarla), desarrollaba la amenorrea antes de que se produjera una pérdida significativa de peso y grasa corporal, esto usualmente después de alguna crisis emocional o el cambio de la dieta que

provoca una alteración de los neurotransmisores en el cerebro y 2) en otro grupo. primero se daba la pérdida de peso y después se presentaba la amenorrea, hasta que las condiciones de malnutrición eran corregidas. Sobre el último grupo no existen dudas acerca de la pérdida de la menstruación como consecuencia de la restricción de alimento, sin embargo, en el primer grupo no se tiene la certeza de que los patrones alimentarios sean realmente los responsables de la amenorrea, puesto que se menciona la desaparición de la menstruación antes de la pérdida de peso, y sobre todo después de situaciones emocionalmente estresantes, lo cual puede presentarse también en otras mujeres que no padezcan anorexia nerviosa (Theander, 1970, cit. en Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside, 1996).

La consideración de la amenorrea como criterio diagnóstico de la AN ha ido cambiado ampliamente a través del tiempo, de modo que aún hasta esta fecha no está del todo definido, probablemente el mantenimiento de la amenorrea como criterio diagnóstico, está relacionado con las primeras premisas médicas acerca de que el síndrome se consideraba basado en perturbaciones físicas

Recordemos que la amenorrea fue incluida como un criterio diagnóstico para mujeres en el DSM-IV (APA, 1994), retomándolo de Russell (1970), pese a que otras clasificaciones, incluyendo la del DSM-III-R (APA, 1987) no consideraba a la amenorrea como un elemento diagnóstico (Garfinkel, 1985). Por ello, Garfinkel, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan y Woodside, (1996), sugieren que la amenorrea no sea considerada como un criterio diagnóstico de la AN, al menos en muestras comunitarias.

Como vemos, parecería que los criterios diagnósticos más relacionados con los cambios a nivel físico y biológico de la persona están cada vez mejor especificados, sin embargo, al remitirnos a los criterios que hablan sobre las características de tipo psicológico, aún se detectan ciertas deficiencias o

Como ya se ha mencionado en este trabajo, durante un largo tiempo, se describieron síntomas clínicos de bulimia en pacientes no anoréxicos; sin embargo, tales síntomas fueron considerados una consecuencia de estados neuróticos más que de un síndrome diferenciado (Blinder y Cadenhead, 1988) La razón de su inclusión como un síndrome diferenciado se debió a que se observó que la sintomatología bulímica no sólo se daba en pacientes anoréxicas u obesas, sino que también era característica de personas con peso normal.

Pese a la inclusión formal de la BN en el DSM-III; en 1979, Russell hace una primera descripción completa del cuadro, proponiendo a su vez el término de "Bulimia Nerviosa" para la conducta caracterizada por:

- 1.- La necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse.
- 2.- El atracón seguido de la autoinducción del vómito y el uso de purgantes, como medidas para evitar el sobrepeso.
- 3.- El padecimiento de un gran miedo a engordar

La bulimia nerviosa, entendida como un síndrome independiente y con una psicopatología particular, debe distinguirse de cualquier otro tipo de trastorno que presente una sintomatología similar, ésta es una necesidad que se ve claramente reflejada en los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-III-R (APA; 1987), los cuales se mencionan a continuación:

- a) Episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de grandes cantidades de alimentos en un corto periodo de tiempo)
- b) Al menos tres de los siguiente síntomas:
 - (1) Consumo fácil de alimentos con muchas calorías durante la comida.
 - (2) Ingesta disimulada durante la comida.
 - (3) Terminación de los episodios de ingesta voraz con dolor abdominal, sueño, interrupción social o vómitos autoprovocados.

- (4) Intentos repetidos de perder peso con dietas exageradas, vomitos uso de laxantes o diuréticos.
 - (5) Frecuentes oscilaciones de peso, superiores a 5 kgs., debidos a la alternancia entre los atracones y los ayunos.
- c) Conciencia de que el patrón de la ingesta es anormal y temor a no ser capaz de parar voluntariamente.
- d) Estado de ánimo deprimido y pensamientos autodespreciativos después de cada episodio de voracidad.
- e) Los episodios bulímicos no son debidos a la anorexia nerviosa ni a un trastorno somático conocido.

Pese a la presentación de los criterios del DSM-III-R aún era muy común que la Bulimia Nerviosa se confundiera con la anorexia nerviosa tipo compulsiva, por presentarse en ésta periodos de atracones seguidos de conductas compensatorias para evitar el sobrepeso; incluso, en una revisión que se hizo sobre los cambios que serian pertinentes para la elaboración del DSM-IV (APA, 1994) se planteó la posibilidad de eliminar a la Bulimia Nerviosa como categoría diagnóstica, quedando solamente la Anorexia Nerviosa con sus dos categorías específicas: la restrictiva y la bulímica (Wilson y Walsh, 1991).

Sugerencias como éstas generan confusiones respecto a lo que es el trastorno y los elementos que lo caracterizan. Pero más importante aún es que la Bulimia Nerviosa genera una serie de trastornos biopsicosociales que afectan negativamente a quien la padece. Por ello, es preocupante el hecho de discutir sobre su eliminación como categoría diagnóstica independiente, ya que la anorexia nerviosa compulsiva y la bulimia nerviosa son trastornos distintos. En principio, porque en la primera se presenta la inanición, mientras que en la segunda no, lo que implica características psicopatológicas diferentes. Además, se mencionó en la parte correspondiente a los antecedentes históricos de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, que esta última puede presentarse tanto en personas obesas, como en personas con peso normal y bajo peso, de ahí que a

partir del DSM-III (APA, 1980), se haya incluido como trastorno independiente. De esta forma, considerando que las personas con anorexia nerviosa deben cumplir con el requisito de permanecer bajas de peso en un 15% del normal, es necesario recalcar la imposibilidad de su semejanza con la bulimia nerviosa, debido a que - como ya se ha mencionado- ésta no es exclusiva de personas con estas características de peso.

Para el diagnóstico de la BN, los criterios con base al DSM-IV son:

- A) Recurrentes episodios de ingesta compulsiva caracterizada por :
 1. Ingesta de alimento en un periodo corto de tiempo (menor a 2 hrs.) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo .
- B) Recurrentes conductas compensatorias inadecuadas, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.
- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

Tipo con purga. Durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo sin purga. Durante el actual episodio de BN, la persona ha practicado conductas compensatorias inadecuadas como la dieta o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito regularmente ni usan laxantes, diuréticos o enemas.

Estos nuevos criterios, nos dan la oportunidad de distinguir a la bulimia nerviosa de aquellos trastornos en los que se observan conductas alimentarias similares, tal es el caso del *trastorno por sobreingesta o atracón con síntomas atípicos*, en donde es común encontrar que las personas comen en exceso, sin embargo, estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación por el peso y la figura.

De acuerdo a los aspectos antes descritos de la bulimia nerviosa, se puede notar que las características centrales de ésta son el atracón y la práctica de ciertas conductas compensatorias.

3.3.1. Análisis de las modificaciones diagnósticas de la bulimia nerviosa

Un problema para diagnosticar a la bulimia es que la mayoría de las personas practican atracones de vez en cuando. La diferencia, entre ellas y las mujeres que padecen la este trastorno es que estas últimas lo hacen frecuentemente (normalmente dos veces por semana) acompañados de la sensación de pérdida de control sobre su ingesta. Se han vuelto "comilómanas", cuando la compulsión para hacer una comilona se vuelve irresistible. Las bulímicas están conscientes de la ansiedad y el estrés; y la depresión o infelicidad pueden provocar el episodio bulímico.

Los pacientes con bulimia saben que tienen un trastorno de la alimentación (Abraham y Llewellyn, 1994). sin embargo, están fascinados por la comida y compran libros y leen artículos sobre el tema y la cocina. Disfrutan hablando de regímenes, y a menudo utilizan el comer como una manera de escapar del

desagradable estrés de la vida, hasta tal punto que tienen un deseo de comer que se sobrepone a todo lo demás, pero están conscientes de que la bulimia es muy distinta del hecho de comer en exceso.

Los aspectos que caracterizan la enfermedad, y que de hecho sustentan su diferenciación, son: los episodios de sobreingesta o atracón y la práctica de conductas compensatorias como la autoprovocación del vómito, uso de laxantes y diuréticos, prácticas de dietas estrictas o ayunos, o bien, la realización de ejercicio excesivo; asimismo, la autovaloración está excesivamente influenciada por la figura y el peso (APA, 1994).

Atracón:

Durante una comilona (que normalmente dura unas pocas horas pero que puede continuar durante días) falla la resistencia de la persona a la comida, ya que experimenta un deseo irresistible de comer. Esto le conduce a ingerir *cantidades excesivas de comida, mucha más de lo que necesita para mantener una buena nutrición y mucho más de lo que comen normalmente las personas de su medio*. Percibe a la bulimia como un asunto muy privado, y planifica sus comilonas sigilosamente, por lo menos durante las etapas iniciales de la enfermedad, (Abraham y Llewellyn, 1994).

La presencia de atracones y de conductas compensatorias inapropiadas es considerada la característica esencial de la bulimia nerviosa. En cuanto a la definición del atracón, se han observado varias modificaciones que de alguna manera han contribuido favorablemente en la correcta detección de quienes podrían considerarse bulímicos.

De tal forma que los criterios diagnósticos de la BN se han ido modificando en cuanto al criterio del atracón y los aspectos que lo caracterizan, por ejemplo, en el DSM-III-R (APA, 1987) se señalan episodios recurrentes de voracidad

(consumo de grandes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo) y al menos tres de los siguientes síntomas:

1. Consumo de alimentos con alto valor calórico durante la comilona.
2. Ingesta disimulada o clandestina durante la comilona.
3. Terminación de los episodios de ingesta voraz con dolor abdominal, sueño, interrupción social o vómitos autoprovocados.
4. Intentos repetidos de perder peso con dietas exageradas, vómitos o consumo de laxantes o diuréticos.
5. Frecuentes oscilaciones de peso, superiores a 5 kgs. debidos a la alternancia entre los atracones y los ayunos.
6. Conciencia de que el patrón de ingesta es anormal y temor a no ser capaz de parar voluntariamente.
7. Estado de ánimo deprimido y pensamientos auto-despreciativos después de cada episodio de voracidad.
8. Los episodios bulímicos no son debidos a la anorexia nerviosa ni a un trastorno somático conocido.

Posteriormente, en el DSM-IV (APA, 1994), se efectúan nuevas modificaciones a este criterio, quedando de la siguiente forma:

A) Recurrentes episodios de ingesta compulsiva, caracterizados por.

1. Ingesta de alimento en un periodo corto de tiempo (menor a 2 horas) de una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
2. *Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.*

B) Recurrentes conductas compensatorias inadecuadas, con el fin de no ganar peso como son: provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.

- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses
- D) La auto-evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia.

Tipo con purga: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo sin purga: durante el actual episodio de bulimia nerviosa, la persona ha practicado conductas compensatorias inadecuadas como la dieta o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito regularmente ni usa diuréticos, laxantes o enemas.

Al comparar los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) y los del DSM-IV (APA, 1994) se identifican algunas diferencias verdaderamente importantes. Primero, se sustituye el uso del concepto "voracidad" por el de "atracon" y se precisan un poco más sus características. Segundo, se explicita y especifica el concepto de conductas compensatorias, incluso se les divide en purgativas y no purgativas. Tercero, se considera la práctica de la dieta restrictiva o del exceso de ejercicio excesivo como conducta compensatoria (no purgativa); y cuarto, se establecen parámetros temporales y de frecuencia para los atracones y conductas compensatorias.

Por otra parte, respecto al "atracon" específicamente, en el DSM IV (APA, 1994) se hace una distinción más clara entre los atracones propios de la Bulimia nerviosa y del trastorno por sobreingesta. Los criterios para esta categoría son los siguientes:

a Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las siguientes condiciones:

1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p.ej. 3 hrs), de una cantidad definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio, como sensación de no poder parar de comer o controlar la cantidad y la calidad cuando se está comiendo.

b. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente "lleno".
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
4. Comer a solas para ocultar la voracidad.
5. Sentirse a disgusto consigo mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.
6. Profundo malestar al recordar los atracones.
7. Los atracones tienen lugar, como promedio, al menos dos días a la semana durante seis meses.
8. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (purgas, ayuno, ejercicio excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa.

De acuerdo a lo anterior, algunos de los síntomas que caracterizan a la bulimia nerviosa en el DSM-III-R fueron desplazados de dicha categoría, y en cambio, se incluyeron en la categoría de nueva creación: trastorno por sobreingesta.

Con base a lo hasta aquí revisado, se puede decir que se ha producido un consenso acerca de la necesidad de la presencia de atracones como criterio diagnóstico para la bulimia nerviosa: antes no había habido un acuerdo final para definir qué constituía un atracón y cual debía ser la frecuencia mínima, aunque

en el DSM III R (APA, 1987) ya se presenta un primer consenso para realizar un diagnóstico.

Existían algunos desacuerdos, debido a que algunos clínicos consideran que el criterio debía centrarse en la cantidad de comida consumida, otros en el estado subjetivo, y otros en la necesidad de que los episodios de sobrealimentación se produzcan en un corto espacio de tiempo o en la rapidez con que se ingiera la comida (Fernández, 1999).

La rapidez con que se ingiere la comida fue parte componente de los criterios del DSM-III y del DSM-III-R, sin embargo en el DSM-IV éste se ha modificado desde que muchos pacientes dicen comer a un ritmo lento o moderado, y es difícil determinar con fiabilidad la velocidad del atracón (Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996).

Con respecto a la cantidad de comida ingerida durante el atracón, lo que resulta relevante es que la persona coma más de lo normal. Esto tendría en cuenta lo que otra gente come, el tiempo transcurrido desde la última comida y las circunstancias sociales; asimismo, el atracón se caracteriza por un sentido subjetivo de pérdida de control; esto es la sensación de que la persona no pueda prevenir la ocurrencia del atracón o finalizarlo una vez que lo ha comenzado (Fairburn, Norman, Welch, O'Connor, Doll y Peveler, 1995).

Vómito y otras conductas compensatorias:

Dado que una mujer bulímica es consciente de que hacer comilonas y comer en exceso son cosas distintas, y debido a que tiene miedo a engordar, toma medidas para asegurarse de que los alimentos que ha comido durante el atracón no conduzcan a un aumento de peso, y para lograrlo puede adoptar uno o más métodos. Puede seguir un régimen estricto entre cada atracón, o puede practicar una cantidad excesiva de ejercicio, pasando horas cada día en el

gimnasio o haciendo "joggin", jugando "squash" o nadando. Si encuentra que dichas medidas no controlan su peso, puede recurrir a métodos más peligrosos para reducir su peso asegurándose de que la comida que se consume no sea digerida. Puede lograrlo induciendo el vómito o tomando grandes cantidades de laxantes con la esperanza de que la comida que ha consumido no sea absorbida.

Más de la mitad de los pacientes con bulimia inducen el vómito durante y al final de cada atracón, y todos los bulímicos tratan de seguir un régimen entre ellos, aunque muchos no logran mantener el régimen elegido. Sólo una minoría de bulímicos no inducen el vómito y mantienen un régimen muy estricto entre las comilonas, controlando así su peso. Algunos pacientes con bulimia también abusan de los laxantes o diuréticos entre las comilonas en una tentativa de mantener su peso bajo control.

Existe una variación considerable en cuanto al comportamiento destinado a perder peso de los bulímicos, pero en general, los que vomitan tienden a tener un historial más largo de atracones y toman más tiempo para preparar la comida para el atracón. También parecen experimentar un mayor grado de "bienestar" después de la comilona que los que no vomitan, quienes más probablemente se sentirán culpables o tristes. En otras palabras, los sentimientos de infelicidad, ansiedad o estrés que desencadena una comilona se alivian en un mayor grado entre los pacientes bulímicos que inducen el vómito que entre los que utilizan otros comportamientos para evitar la ganancia de peso. Algunos pacientes bulímicos encuentran que el vómito les brinda tanto "alivio" que hacen la comida para luego poder vomitar.

En el DSM-III (APA, 1980) no se hacía referencia a estas conductas (vómito, abuso de purgantes u otros métodos); en el DSM-III-R (APA, 1987) estos rasgos se describen: "la persona regularmente se encuentra realizando conductas de inducirse el vómito, uso de laxantes o diuréticos, dieta estricta o ejercicio vigoroso para prevenir ganar peso". Sin embargo, en el DSM-IV (APA, 1994) se

ha modificado este criterio para usarlo como base de la sub-clasificación en bulimia nerviosa de tipo purgativo y no purgativo.

De acuerdo a Toro (1996), posiblemente los vómitos y otras conductas compensatorias de la restricción alimentaria sean adquisiciones relativamente recientes dadas las presiones socioculturales a las que se ven sometidas especialmente las mujeres, con la moda de la "delgadez".

Algunos autores (Davis, Katzman, Keptein, Kirsh, Brewer, Kalmbach, Olmsted, Woodside y Kaplan, 1997) consideran que la actividad física excesiva como conducta compensatoria es mucho más usual que el vómito o uso de laxantes, con la diferencia de que ésta pasa más desapercibida que cualquiera de las otras dos; dado que ésta suele ser muy bien vista como indicador de salud y deseo natural de bienestar. Asimismo, cabe señalar que este tipo de conducta aunque es común en la anorexia y bulimia nerviosa, lo es más en la primera; especialmente en aquella gente que su trabajo depende de su cuerpo como lo es el caso de las bailarinas de ballet, gimnastas y actores (Yates, 1991).

CONCLUSIONES

- ◆ La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son trastornos que tienen un inminente origen psicológico, y que definitivamente están influenciados por la sociedad y la cultura. Por tanto, su etiología es multivariada, ya que en ella intervienen factores sociales, psicológicos y biológicos. Asimismo, es de vital importancia considerar que un solo factor –por sí mismo- no desata el trastorno, se necesita de la influencia de por lo menos dos de éstos.
- ◆ A través de las modificaciones realizadas a los criterios de diagnóstico, especialmente desde la publicación del DSM-III (APA, 1980), se observa una mayor delimitación con relación a los criterios que hacen referencia a las características orgánicas y físicas, como lo podrían ser el peso y la presencia de amenorrea (en el caso de la anorexia nerviosa); o bien la frecuencia de atracones y conductas compensatorias (empleadas en la bulimia nerviosa).
- ◆ Los criterios actuales que se emplean para diagnosticar a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pueden dividirse en dos grupos. Uno de ellos lo conforman los criterios que hacen alusión a los aspectos orgánicos que manifiestan las personas que los padecen; y el otro, corresponde a las características que se manifiestan a nivel psicológico y que están vinculadas con la psicopatología que envuelve a dichos trastornos. Para realizar un diagnóstico eficaz, es necesario valorar ambos tipos de indicadores.
- ◆ De acuerdo con los criterios del DSM-IV (APA, 1994), la diferencia esencial existente entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa es la pérdida de peso (15%), ya que en ambas suelen presentarse atracones, conductas compensatorias, inanición e incluso amenorrea.
- ◆ Estos criterios han contribuido a conceptualizar ambos trastornos, sin embargo, aún se observa cierta inespecificidad en cuanto a las características

psicológicas propias de cada trastorno, lo que puede llegar a generar ciertas confusiones para diferenciar cada uno de ellos. Un caso muy concreto se observa en el diagnóstico de anorexia subtipo compulsiva y la propia bulimia nerviosa subtipo purgativo, cuyas similitudes y delimitación hoy en día siguen generando polémica, lo que sin duda abre nuevas expectativas a los investigadores en el área.

- ◆ En la antigüedad, la presencia de los criterios diagnósticos: "temor mórbido a engordar" y "distorsión de la imagen corporal" no es del todo clara. Contrariamente, si hay registros que constatan la existencia de algunos otros componentes de trastorno alimentario, como la inanición y/o amenorrea (resultantes del ayuno) o la práctica de algunas conductas inapropiadas (vómitos y uso de eméticos). Como se puede observar, hay evidencias históricas de la existencia del patrón conductual, pero no es clara la presencia del componente cognitivo que nos llevaría a considerarlas propiamente como anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
- ◆ Cabe señalar que actualmente existe una "cultura de la delgadez" y del control sobre la ingesta (restricción alimentaria), lo cual nos advierte acerca de la importancia de reconocer la influencia del aspecto histórico-cultural, al tratar de comprender el surgimiento y desarrollo de los trastornos alimentarios.
- ◆ Como pudimos observar, al igual que la sociedad y la cultura se transforman, los criterios diagnósticos deberán modificarse y adaptarse a las necesidades siempre cambiantes de la humanidad, por lo cual éstos deberán ser flexibles y estar en constante revisión y estudio con el objeto de incidir de forma temprana en cada uno de los trastornos alimentarios, así como prevenir su incremento en la población
- ◆ La anorexia y bulimia nerviosas, son trastornos alimentarios que comparten algunas características, pero lo que las convierte en entidades totalmente

diferentes, es que en la primera la pérdida de peso es verdaderamente notoria, mientras que en la segunda, el padecimiento está presente en personas normo-peso, incluso obesas; esta última es mucho más silenciosa que la primera, por lo cual se vuelve más peligrosa, y una detección temprana se vuelve más difícil.

- ◆ La formalización de los criterios diagnósticos de los Trastornos Alimentarios No Especificados, representa una gran aportación para la detección temprana de la anorexia y bulimia nerviosa, sin embargo, al hacer la comparación entre los TCANE, y los últimos podemos notar que si bien las diferencias son mínimas (básicamente la ausencia de un síntoma), es importante destacar la gran aportación que representan, ya que éstos posibilitan una doble función; por un lado, la de realizar una detección temprana, y por el otro, el de acceder a implementar una intervención también temprana, minimizando así los riesgos y costos que para el tratamiento supone la cronicidad de los trastornos alimentarios.

REFERENCIAS

- Abraham, S. y Llewellyn, J.D (1994) *Anorexia y bulimia: Desórdenes alimentarios*. España: Alianza.
- Alvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios EAT y BULIT. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M. y López, A.X. (1996). ¿Qué es la obesidad?: Una aproximación para comprenderla. *Psicología*, 31, 2-4
- Alvarez, R.C., Mancilla, D.J.M., López, A.X., Vázquez A.R., Ocampo T.M.T. y López, A.V (1998). Variables psicológicas asociadas a la obesidad: Algunos avances de investigación. *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 22-28.
- Alvarez, R.G., Vázquez, A. R., Dorantes, A I., López, A.X. y Mancilla, D.J.M (en prensa). Dinámica familiar de jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario: Cohesión y adaptabilidad. *Psicoterapia y Familia*.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* Washington: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* Barcelona. Masson
- Andersen, A. E. (1992). *Males with eating disorders*. Washington American Psychiatric Association.

- Andersen, A.E. (1985) Anorexia nervosa in males Conferencia presentada en las Jornadas sobre Psicología y de Salud Murcia, España.
- Attie, I. y Brooks-Gun, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79.
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López- Jensen, C. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos de los trastornos alimentarios: Anorexia y Obesidad. *Revista Iberoamericana*, 3 (2), 20-24
- Bell, R.M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago.
- Bemis K.V. y Hollon, S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Beumont, P.J., Kopec- Schrader, E. y Touyz, S.W. (1995). Defining subgroups of dieting disorder patients by means of the eating disorders examination (EDE). *British Journal of Psychiatry*. 166, 472-474.
- Blinder, B.J. y Candenhead, K (1988). Bulimia: Una reseña histórica (p 23-35) En: S.C. Feistein y A.D. Sorosky (Comps.) *Trastornos en la alimentación* Argentina Nueva Visión
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. obesity. anorexia nervosa and the person within* London: Routledge y Kegan.
- Bruch, H (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531-1538

- Garner, D M , Olmsted, M P. y Garfinkel, P.E. (1983). Does anorexia nervosa exist on a continuum? Subgroups of weight-preoccupied women and their relationship to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 11-20.
- Giannini, A.J. (1993). A history of bulimia. (p. 18-21). En: A.J Giannini y A.E. Slaby (Eds.). *The eating disorders*. Nueva York. Springer-Verlag.
- González, S.L.M., Lizano, M.M. y Gómez. P.G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* 16 (1), 117-126.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura* España: Masson.
- Habermas, T. (1989) The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 259-273.
- Haiman, C. y Devlin, M. (1999). Binge eating before the onset of dieting: A distinct subgroup of bulimia nervosa *Psychiatric Institute N.Y.*
- Halmi, K.A. (1997). Models to conceptualize risk factors for bulimia nervosa. *Archives General of Psychiatry*, 54, 507-508.
- Herscovici. R. y Bay. Z. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía*. México: Paidós
- Higashida, H.B. (1991) *Ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill

Holtz, V (1995) Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 5-13.

Hsu, L.G. (1990) *Eating disorders*. New York: Guilford Press.

Hsu, G. y Sing Lee, M.R. (1993). Is Weight phobia always necessary for diagnosis of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 150 (10), 1466-1471.

Johnson, C. y Maddi, K. (1988). Etiología de la bulimia: Perspectivas biopsicosociales. (p. 53-79). En: S.C. Feinstein y A.D. Sorosky (Comps.). *Trastornos en la alimentación*. Argentina: Nueva Visión.

Johnson, C., Tobin, D. y Lipkin, L (1989). Epidemilologic changes in bulimic behavior among female adolescents over a five-year period. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (1), 81-89.

Kandelwal, S.K. y Saxena, S (1990) Anorexia nervosa in people of Asia extraction *British Journal of Psychiatry*, 157, 778-784.

Kaplan, A.S. y Garfinkel, P.E. (1984). Bulimia in the Talmud. *American Journal of Psychiatry*, 14 (5), 721-727.

Kaplan, A.S. y Sadock, B.J. (1994) Eating disorders. (p. 689-698). En *Synopsis of Psychiatry*. USA: Williams y Wilkings.

Kleinman, A (1987). Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151, 447-455.

- Klonoff, E.A. y Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: Implications for health behavior. *Journal of Behavioral Medicine* 16, 497-508
- Kostanski, M. y Gullone, E. (1999) Dieting and Body Image in the Child's World: Conceptualization and Behavior. *Journal of Genetic Psychology*, 160 (4), 70-78.
- Kreisler, L. (1990). La anorexia mental del lactante. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé, (Eds.). *Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente*. España: Biblioteca Nueva
- Lee, S. (1991) Anorexia nervosa in Hong Kong: A Chinese perspective. *Psychological Medicine*, 21, 703-711
- Lee, S. y Chuy-Chen, C.N. (1989). Anorexia nervosa in Hong Kong. Why not more Chinese? *Psychiatry*, 154, 683-688.
- Ledoux, S., Choquet M. y Flament M. (1991). Eating disorders among adolescents in a unselected French population. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (1), 81-89
- Lewisohn, P., Striegel-Moore, R y Seeley, J. (2000) Epidemiology and natural course eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 39 (10), 1284-1292.
- Mancilla J.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., Alvarez, R. G.L., López, A. X. y Román F. M. (1999) Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 37-46.

- Mancilla, D.J M , Alvarez. R.G . Lopez. A.X.. Mercado, G.L., Manriquez, R.E. y Román F M (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social*. 2 (1), 34-43.
- Mateos, A y Solano, N. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia. *Revista Electrónica de Psicología*, 1 (1), 1-19.
- Mora, G. y Raich, E. (1993). Restricción alimentaria y bulimia nerviosa ¿Un vínculo causal? *Anales de Psicología*, 9 (2), 69-84.
- Mora, G. y Raich. E. (1994). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nerviosa *Psiquis*, 15 (3), 39-48.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context* Cambridge: Harvard University.
- Nichter, M. (1982). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress, a case study from South India. *Cultural and Medicine Psychiatry*. 5. 379-408.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) *Manual de trastornos mentales y del comportamiento ICD-10* (1992). Madrid: Meditor.
- Palmer, B. (1998) Culture, constitution, motivation and mysterious rise of bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 6. 81-84
- Parry-Jones, W. y Parry- Jones. B. (1994). Implications of historical evidence for the classification of eating disorders. A dimension overlooked in DSM-III-R and ICD-10. *British Journal of Psychiatry*, 165, 287-292

- Patton, G.C. (1993) *Eating problems* (p 227-242) En C.G. Costello (Ed.) USA Wiley-Interscience
- Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror*. New York: Oxford University
- Phillips, K. A. y McElroy, S.L. (1993). Insight, overvalued ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 699-702.
- Pirán, N., Kennedy, S., Garfinkel, P.E y Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 635-644.
- Raich, R.M. (1994) *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios* Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (1998) Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1). 15-25.
- Raush, C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós.
- Rodríguez, C., Riquelme, A. y Buendía, J. (1996). *Epidemiología de la anorexia nerviosa. Una revisión*. Universidad de Murcia. 12 (6) 66-73.
- Rosen, J.C. (1995) The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy *Cognitive and Behavior Practice*, 2, 143-166
- Ruderman, A.J. y Besbeas, M (1992) Psychological characteristics of dieters and bulimics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3) 383-390.

- Russell, G.F.M. (1970) Anorexia nervosa: It's identity as an illness and it's treatment. En: J.H. Price (Ed.) *Modern trends in psychological medicine* London Butterworths.
- Rusell, G.F.M. (1977). The present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7, 363-367.
- Russell, G.F.M. (1979) Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Russell, G.F.M. (1985). The changing nature of anorexia nervosa: An introduction to the conference. *Journal of Pediatric Research*, 19, 101-109.
- Russell, G.F.M. y Treasure, J. (1989). The modern history of anorexia nervosa. An interpretation of why the illness has changed. *Ann NY Acad Sci*, 575, 13-27
- Schütze, G. (1983). *Anorexia mental*. Barcelona: Herder
- Selvini-Palazzoli, M. (1978) *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New Jersey: Jason Arosen.
- Silverman, J.A. (1986). Anorexia nervosa in seventeenth century England as viewed by physician, philosopher and pedagogue: an essay. *International Journal of Eating Disorders*. 5 (5), 847-853.
- Sorosky, A.D. (1988). Un panorama de los trastornos en la alimentación (p. 11-22) En: S.C Feinstein y A.D. Sorosky (Comps). *Trastornos en la alimentación*. Argentina. Nueva Visión.
- Stein, D. M. y Laakso, W. (1988). Bulimia a historical perspective. *International Journal of Eating Disorders* 7 (2), 201-210

- Streigel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. y Rodin, J (1986) Toward and understanding of risk factors for bulimia *American Psychologist*, 41, 246-263
- Thomas, P., Turón, V., Sánchez, P. y Vallejo, J. (1992) Relación entre bulimia nerviosa y depresión. *Revista de Psiquiatría*, 19 (4), 169-181.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Turón, V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación: Anorexia, bulimia y obesidad*. España: Masson.
- Turner, J., Batik, M., Palmer, L. Forbes, D. y McDermott, B. (2000) Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 39. (3), 379-385.
- Van Deth, R. y Vandereycken. W (1991) Was nervous consumption a precursor a of anorexia nervosa? *J His t Med Allied Sei*, (46), 3-19
- Vandereyken, W (1993) The sociocultural roots of the figth agains fatness: implications for eating disorders and obesity *Journal of Treatment and Prevention*, 1(1), 7-16
- Vázquez, A.R., Alvarez, R G., Mancilla, D.J. y Raich, R.M. (*en prensa*) Dinámica familiar y actitudes alimentarias de familias con pacientes de trastornos alimentarios. *Psicoterapia y Familia*
- Vázquez, A.R y Raich, R.M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología conductal*, 5 (3) 391-304.

- Wells, C (1983) *Woman sport and performance* Illinois. Human Kinetics
Publischehersinc
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological correlates of eating problems: A study
of the general adolescent population in Norway, *Psychological Medicine*, 25 (3),
567-580
- Wilson, G T. y Walsh, B.T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of
Abnormal Psychology*, 100 (3), 362-365.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchman, E. G. MacKenzie, S.J. y Watkins, P.C
(1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*.
New York: Pergamon Press.
- Yates, A. (1991). *A compulsive exercise and eating disorders*. New York.:
Brunner/ Mazel.