

## INTRODUCCIÓN

*“El hombre es un equilibrio de tensiones opuestas  
como lo es el arco, como lo es la lira.”*

Fragmento 51

Heráclito “El oscuro”

Con ésta pequeñísima frase, Heráclito (Siglo VI a. de J.C.) define una de las características esencial de la existencia del ser humano: el esfuerzo permanente que debe realizar para mantener en un equilibrio armónico a nuestra biología, a nuestra psicología, a nuestro mundo de relaciones..., es decir a esa totalidad que definimos como personalidad.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son cuadros clínicos cuyos síntomas mas llamativos se muestran en el ámbito de la comida y expresan diversos desequilibrios emocionales.

Cuadros que se presentan en la cultura occidental, desconocidos en el oriente no occidentalizado, que en general lo padecen mujeres (40 a 1 en nuestro medio) en edades que van desde la adolescencia a los 25 años y que viven en zonas del planeta ricas en alimento, donde la comida es un bien ofrecido.

Comunidades en donde los factores estéticos son sobrevalorados y el concepto de belleza está ligado a la figura magra.

Sociedades en las que se ha desarrollado una “industria del adelgazamiento”, alentando a las jóvenes a tener determinada silueta para lograr “éxitos” y la seguridad que no serían excluidas ni abandonadas.

Culturas en donde la publicidad abusa del cuerpo femenino delgado y se hace un culto de la apariencia.

Cuadros que se inician en la adolescencia... *“esa última gran ola del crecimiento humano, que arroja a un niño a las orillas de la edad adulta, tan indefenso como tras un segundo nacimiento” (Stanley Hall, 1904) ... “y donde nada de lo humano le es indiferente” (Rousseau, 1770).*

La adolescencia (del latín: crecimiento), es un período que comienza con la pubertad, hecho marcado por lo biológico: menarca en la mujer, primera eyaculación en el varón, donde lo permanente es lo cambiante, cambiante en la forma del cuerpo, en el trato social, en el despertar de nuevas sensaciones y donde nacen todas las incertidumbres referidas al crecimiento emocional y social; cambios que no siempre resulta fácil o posible de integrar armónicamente en el desarrollo de la personalidad.

Agregaríamos que socialmente en la adolescencia se crean relaciones nuevas, que el temor a no *“pertenecer”*, a no ser aceptado por sus pares se incrementa, que se despierta un torbellino de sensaciones nuevas y que los comentarios sobre la silueta y el peso son cotidianos, todo lo cual pone a prueba su autoestima y su capacidad de ir integrando dichos cambios.

Podemos considerar que un TCA es un “doloroso fracaso” del adolescente, una falla en su capacidad de síntesis como para integrar armónicamente, en su personalidad, los cambios que aparecen en esa etapa del desarrollo y lo llevan a adoptar “una falsa solución”, una salida enferma, a su crisis de identidad; por ejemplo una proyección sobre su cuerpo: “soy gorda, soy fea, me van a rechazar..., tengo una solución: ADELGAZAR!”.

### **Los diferentes cuadros clínicos de TCA**

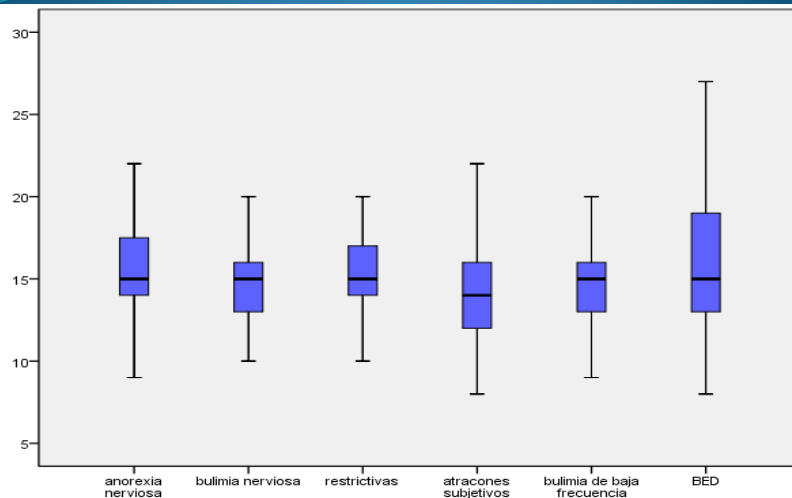
Dentro del capítulo de Trastornos en la Conducta Alimentaria (TCA) se encuentran dos cuadros paradigmáticos y claramente definidos que son la Anorexia (AN) y la Bulimia Mental o Nerviosas (BN), entre ambas se incluyen una serie de cuadros intermedios de difusos límites y definición, que no cumplen con los criterios diagnósticos como para ser considerados Anorexias o Bulimias, y se los denominó Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE).

Frente a una muestra de 500 pacientes, estudiados y tratados en el Hospital de Clínicas “J. de San Martín” de la UBA entre los años 2002 y 2010, nos encontramos con que 42 pacientes presentaban cuadros de Anorexia (AN), 118 de Bulimia (BN) y 340 correspondían a Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE).



Todos los pacientes del estudio manifestaron que la “insatisfacción con su figura corporal” comenzó entre los 13 y los 18 años, con un promedio de 14 años y 8 meses. La misma encuesta realizada a fines del año 2015 nos muestra que dicha insatisfacción comienza actualmente, promedio, a los 13 años y 6 meses, coincidiendo con que los TCA se manifiestan más tempranamente.

### Edades de comienzo de la “insatisfacción” con su cuerpo



Bernardo Luis Rovira  
www.centroab.com.ar

La **ANOREXIA** (*del griego an=sin, orexis=apetito*) es un trastorno caracterizado por la pérdida progresiva de peso como consecuencia de una **restricción voluntaria** de la ingesta con eliminación de todo placer que pueda brindar la comida.

Fue descripta bajo diferentes nombres: *Consunción Nerviosa, Phtysis Nerviosa, Chlorosis, Enfermedad de las Vírgenes, Anorexia Histérica, Disorexia, Anorexia Vera, Etc.* Y fue considerada como: *Histeria, Obsesión, Neurosis fóbica, Esquizofrenia Monosintomática, Psicosis Maníaco Depresiva, Melancolía, Paranoia Intrapersonal, Trastorno Borderline, Perversión, Enfermedad Psicósomática, Etc.*, para terminar siendo considerada, en la actualidad, una entidad autónoma, con sintomatología clínica y psicopatológicamente independiente.

Se presenta preferentemente en mujeres jóvenes, de la pubertad a los 20 años, occidentales, de raza blanca, que viven en zonas del mundo donde el alimento es un bien ofrecido y el ideal de belleza está ligado a la figura magra.

Pertenecen a familias bien constituidas, con padres que son hombres cultos, intelectuales, exitosos, que participan poco en la educación de sus hijos y han tenido limitaciones en las demostraciones de cariño a su hija. Padres que sobrevaloraron el buen rendimiento, tanto escolar como deportivo de la niña y madres sacrificadas, con conductas rígidas, que *“cumplen con sus deberes”*, madres cuidadosas de su aspecto personal y, en general, son *“flacas”*. Al mismo tiempo su hija vive pendiente de las expectativas de esa madre y se esfuerza permanentemente por cumplirlas.

Pacientes que son descriptas por sus padres como: *“hijas ideales”*, pues han sido dóciles, sumisas, obedientes. Siempre sobre autoexigidas, autosuficientes y seguras de sí mismas, muy inteligentes, exitosas en estudios y deportes y que nunca presentaron problemas de conducta.

En la historia de la paciente vemos que su autoestima siempre se encontró ligada a su *“buen rendimiento”*, aunque en su evaluación fue: *“siempre pudo ser mejor”*. Siendo en sus relaciones interpersonales poco espontáneas con sus emociones y rígidamente autocontroladas, han estado bien integradas socialmente, pero se han ido aislando a partir del comienzo de la enfermedad.

Enfermedad que comienza con un período de ansiedad e irritabilidad crecientes, comportamiento que despierta interrogantes en sus familiares, pues no es lo acostumbrado en esa niña. Con ese estado de ánimo alguna frase referida a su aspecto físico la decide a *“perder algunos kilos”*. Comienza con dietas cada vez estrictas, eliminando primero las carnes rojas, luego los carbohidratos y las grasas, con porciones de comida cada vez más pequeñas, comienza a comer en soledad, pues le molesta que la vean comer *“como si estuviera comiendo un pecado”*. Incorpora alimentos ricos en carotenos, por lo que las palmas de sus manos siempre presentan un color naranja, ignorando que el primer síntoma secundario del exceso de carotenos en el cuerpo es: disminuir el impulso hambre.

La dieta es cumplida con su acostumbrada perfección, no alcanzando nunca un peso que la satisfaga y tranquilice, se invierte el sentido vital y se inicia el pasaje de *“comer para vivir a no comer para vivir”*, en esa búsqueda de *“vivir sin cuerpo”*.

Se siente contenta con la pérdida progresiva de peso, mostrando que el adelgazar y el poder rechazar los alimentos le despierta una sensación de triunfo. El Ideal de extrema delgadez y el permanente desagrado con el peso actual se van incrementando día a día. Nunca se ven SUFICIENTEMENTE delgadas.

Más allá de la pérdida de peso su cuerpo va mostrando una serie de signos, resultado de la defensa del organismo ante la desnutrición: el cabello no crece y se cae fácilmente, el cuerpo se cubre de lanugo, la piel se muestra seca, la temperatura corporal baja por vasoconstricción de la circulación periférica y aumenta la sensibilidad al frío, las manos y los pies se muestran cianóticos, hay una disminución del ritmo cardíaco y de la presión arterial, disminuye el ritmo intestinal y desaparece la menstruación.

En un estudio, que realizamos en el año 2004, se demuestra que muchas de esas manifestaciones son resultado de una alteración del sistema nervioso autónomo, con aumento de la función parasimpática y disminución de la simpática.

**BULIMIA** (*del griego: bous=buey, limos=hambre*). Es un cuadro caracterizado por episodios repetidos, más de dos veces por semana, de ingesta de grandes cantidades de comidas (entre 3000 y 6000 calorías) en poco tiempo, en general menos de dos horas, sin hambre, sin placer, alimentos ricos en calorías, que tragan sin masticar, empujando con los dedos en un festín solitario y sufriente, que, al terminar, genera angustia y rabia y el miedo a engordar, que es permanente en su mente, se multiplica y la impulsa a recurrir a conductas, llamadas compensatorias, que le impidan que lo ingerido la engorde, siendo una sucesión de vómitos la conducta más frecuente, pudiendo sumar laxantes, diuréticos, anorexígenos, ejercicios físicos intensos, Etc.

Es un cuadro que se desarrolla con mucha mayor frecuencia en mujeres jóvenes, mujeres que presentan una marcada auto desvalorización, que son hipersensibles a situaciones en las que se sienten abandonadas o excluidas, cosa que sucedería si no tienen un cuerpo atractivo, pacientes que no toleran la soledad, soledad que le despierta un vacío doloroso por lo que se muestran como “*nómades afectivas*” para evitarlo.

Son pacientes que han sufrido abusos sexuales o violaciones antes del comienzo de la enfermedad en un 40% de casos.

La mayoría de estas enfermas conocen la infidelidad de uno de sus padres y tienen relaciones hostiles y dependientes con su madre. A su vez, las madres son muy ansiosas, rígidas, con características obsesivas, exigentes tanto en el rendimiento intelectual como en lo estético y que han tenido una mala decodificación del lenguaje sin palabras del bebé, mala decodificación que las llevó a responder con una conducta alimentaria: pecho, mamadera, chupete, Etc., ante cada demanda de su hija.

El cuadro en general comienza por imitación, o “*invitadas*” por compañeras, o inducidas por campañas “*preventivas*”, que terminaron enseñando conductas que permiten “*comer y descomer*”. Dichos atracones surgen frente a sensaciones de ansiedad, de miedo, de vacío interior y que calman con el atracón y las conductas compensatorias.

En un 74% de casos presentan sintomatología depresiva de fondo e impulsividad en otras áreas tales como robos, promiscuidades sexuales, consumo de alcohol o diferentes drogas.

El alto porcentaje de **TANE** (68% de las consultas) nos impulsó a estudiar detalladamente: la sintomatología, las características de personalidad de cada paciente y la dinámica de las familias a la que pertenecía cada una de las enfermas. En base a ese estudio separamos, en aquel momento, cinco cuadros de TANE. Aclaremos que en la última edición del DSM (DSM V), del año 2015, el cuadro de Descontrol Alimentario se presenta de manera independiente.



La individualización de cada uno de los cuadros nos facilitó, principalmente, una más clara comprensión de la sintomatología, de los factores desencadenantes y un conocimiento más preciso de las características de personalidad que facilitaron la aparición y evolución del cuadro y la estructura y dinámica socio familiar de la paciente; elementos que nos permiten evaluar y planificar los caminos terapéuticos a seguir con mayor fundamentación.

La primera dificultad que se nos presentó fue diferenciar clínicamente el cuadro de **Anorexia** (8% de las consultas) de las pacientes que llamamos **Restrictivas** (21% de las consultas), pues ambas patologías presentan, como sintomatología más llamativa, el control y la restricción voluntaria de la ingesta, que ambas pacientes son delgadas y hacen dietas permanentes, que las dos tienen fobia al peso con un intenso miedo a “engordar” y, además, siempre llegan a la consulta con diagnóstico de “Anorexia”.

Vimos que los cuadros de Anorexia comienzan a edades más tempranas que las Restrictivas, cuya edad de comienzo promedia los 17,5 años. Que la auto exigencia, el coeficiente intelectual y el rendimiento escolar y deportivo son sobresalientes en las Anoréxicas y de un nivel promedio en las Restrictivas. Que la Anoréxica no busca agradar, teme tener una figura atractiva (*hasta podríamos decir que busca vivir sin cuerpo*) y se aísla socialmente evitando las relaciones con varones propias de la edad, mientras que la Restrictiva necesita tener una figura delgada y atractiva para sentir que atrae y no es excluida de los grupos de pares, manteniendo las relaciones propias de la edad con varones. Que la amenorrea se encuentra presente en el 100% de Anorexias y excepcionalmente se presenta en las Restrictivas.

<b>Anorexias y Restrictivas: algunas diferencias sintomatológicas</b>		
	<b>ANOREXIA</b>	<b>RESTRICTIVAS</b>
<b>Cuerpo Atractivo</b>	No	Si
<b>Aislamiento Social</b>	Si	No
<b>Rendimiento Académico</b>	Sobresaliente	Medio
<b>Autosuficiencia</b>	Marcada	Normal
<b>Autoexigencia</b>	Extrema	Normal
<b>Querer vivir sin cuerpo</b>	Si	No
<b>Buscar Agradar</b>	No	Si
<b>Comer solitario</b>	Si	No
<b>Amenorrea</b>	100%	10%

El segundo grupo de los TANE, pacientes con **Atracones Subjetivos** (22% de las consultas) al igual que las Anoréxicas y las Restrictivas, también se presentan delgadas y con un marcado control de las calorías que contiene cada alimento, lo que las lleva a estar pendientes de qué, cómo y cuánto debe comer, sienten la necesidad de tener un cuerpo atractivo, que les brinde seguridad y lograr evitar el sentirse rechazadas y excluidas tan temido por ellas. Cuando “fallas” en ese control las llevan a ingerir algo no permitido, porque no está dentro de lo programado por ellas, así sean dos galletitas, se ven obligadas a recurrir a una conducta compensatoria, habitualmente al vómito. Las llamamos Atracones Subjetivos para diferenciar

dicho síntoma de los atracones presentes en los cuadros Bulímicos, donde se ingieren alrededor de 3.000 a 6.000 calorías, sin hambre, con una enorme ansiedad y rabia, sin placer, sin masticar, empujando el alimento con los dedos, en un festín solitario y sufriente que termina con conductas que impidan que lo incorporado genere una obesidad: vómitos auto provocados, laxantes, diuréticos, Etc.

En el siguiente grupo incluimos a pacientes que **Mastican y Escupen** (1 a 2% de las consultas), pacientes que mastican elevada cantidad de comida, en general hidratos de carbono, como galletas, masas, panes, Etc., en soledad, con marcada descarga de emociones agresivas, durante una o dos horas y escupen lo masticado evitando tragarlo para *“escapar al engorde que me provocaría”*. *“Masticando satisfago los requerimientos de mi cuerpo, escupiendo cumplo con lo que mi mente espera de mi”*.

En el cuarto grupo de TANE incluimos a las pacientes que presentan sintomatología **Bulímica de Baja Frecuencia** (13% de las consultas). Pacientes que presentan atracones de las mismas características que los cuadros bulímicos: ingerir entre 3.000 y 6.000 calorías, sin hambre, sin deseo, en un festín solitario y angustiante y luego recurrir al vómito para evitar el aumento de peso corporal. Se diferencia de la Bulimia en que estos episodios no suceden con la frecuencia que tienen en los cuadros bulímicos, sino que acontecen luego de situaciones de tensión, de estrés, como puede ser un examen, un encuentro con un varón que le generó una alta carga emocional, o cualquier situación que la produjo un torbellino de sensaciones que sobrepasan su capacidad de soportarlo y metabolizarlo y el atracón y las compensaciones son una vía de descarga de dichas tensiones.

El último cuadro que consideramos incluido en los TANE es el **Síndrome de Descontrol Alimentario** (11% de las consultas), cuadros caracterizados por la presencia de atracones frecuentes y con las mismas características que en los cuadros Bulímicos, pero que no son seguidos de conductas compensatorias por lo que evolucionan hacia una obesidad mórbida. Actualmente en el DSM V es considerado un cuadro con características clínicas, psicopatológicas y evolutivas definidas, saliendo del grupo de los TANE.

Hemos hecho un recorrido sobre los elementos más llamativos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en próximas publicaciones trataremos cada uno de los cuadros con mayor profundidad, tanto en los aspectos clínicos, como en la psicopatología presente en cada uno de ellos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Aberasturi, Arminda. *“La adolescencia normal”*. Ed. Paidós. 1973.

Stanley Hall. *“Adolescence”*. American Psychological Association. 1904.

Guisjoan, Salvador. Rovira, Bernardo, Chandler, Eduardo. *“Funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo en pacientes con Anorexia Nerviosa”*. Primer Premio Investigación del Congreso Internacional de Psiquiatría de APSA. Mar del Plata 2004.

DSM-IV-TR. *“Criterios Diagnósticos”*. Ed. Elsevier-Masson. 2002.

DSM V. *“Criterios Diagnósticos”*. Ed. Elsevier-Masson. 2015.

Rovira, Bernardo. Chandler, Eduardo. *“Anorexia Nerviosa, curioso no comer para vivir”*. Ed. Verlap S. A. 2012.

Igoin, Laurence. *“La bulimia y su infortunio”*. Ed. AKAL S. A. 1986