

“SOBRE 500 CASOS DE TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA”

Bernardo Rovira; Eduardo Chandler; Miriam Remo; Marcela Alvarez

Programa de Trastornos en la Conducta Alimentaria, Departamento de Salud Mental, División Psiquiatría de Enlace, Hospital de Clínicas “José de San Martín”, Universidad de Buenos Aires.

Introducción: Los trastornos en la conducta alimentaria (TCA), enfermedades psíquicas que se expresan a través de conductas que alteran los hábitos alimentarios, están recibiendo cada vez más atención tanto a nivel científico como social, debido a su frecuencia creciente y a la morbi-mortalidad que implican. Estos trastornos se apoyan en cuatro pilares etiológicos –todos necesarios pero ninguno aisladamente suficiente-: la personalidad previa, el marco social propiciatorio, una familia con determinada estructura y dinámicos y una predisposición biológica que torna particularmente vulnerables a ciertas jóvenes. De ellos, los dos cuadros paradigmáticos son la Anorexia y la Bulimia Nerviosas, entre los cuales existen cuadros intermedios que no reúnen los criterios necesarios para ser considerados como Anorexias ó Bulimias. Se llaman, en su conjunto, Trastornos Alimentarios no Especificados (TANE). Nos ocuparemos aquí de cinco de ellos: trastorno restrictivo, atracones subjetivos, síndrome de descontrol alimentario, bulimias de baja frecuencia sintomática y pacientes que mastican y escupen los alimentos. La frecuente observación de ciertos factores etiológicos y clínicos que se repiten en los distintos TCA nos motivó para investigar, en una amplia muestra de 500 casos, a dichos factores y a las conexiones existentes entre ellos.

El propósito de este trabajo fue relevar la prevalencia de cada una de las formas clínicas de TCA en el conjunto de esta muestra y revisar en detalle su sintomatología y criterios diagnósticos. Como agregado, desarrollamos brevemente una descripción de las características de los TANE aquí estudiados. Para este fin, dividiremos la entrega del trabajo en dos partes, la primera dedicada a la Anorexia Nerviosa y a las pacientes con conductas restrictivas y la segunda a la Bulimia Nerviosa y a los trastornos no especificados en los cuales existen conductas de descontrol alimentario.

Material: De nuestra casuística de cerca de 2.000 casos observados en los últimos diecisiete años, extractamos una muestra de 500 pacientes con distintos TCA estudiados en detalle y tratados entre 2001 y 2010. El 98.6 % de ellos son mujeres, siendo el 87.5 % de ellas solteras. Su edad promedio fue de 24.12 (DS: 8.28). Dada la presencia casi absoluta de pacientes de sexo femenino en la población afectada por TCA y para facilitar la escritura y la lectura de este trabajo, nos referiremos genéricamente a *las* pacientes.

Instrumentos y procedimiento:

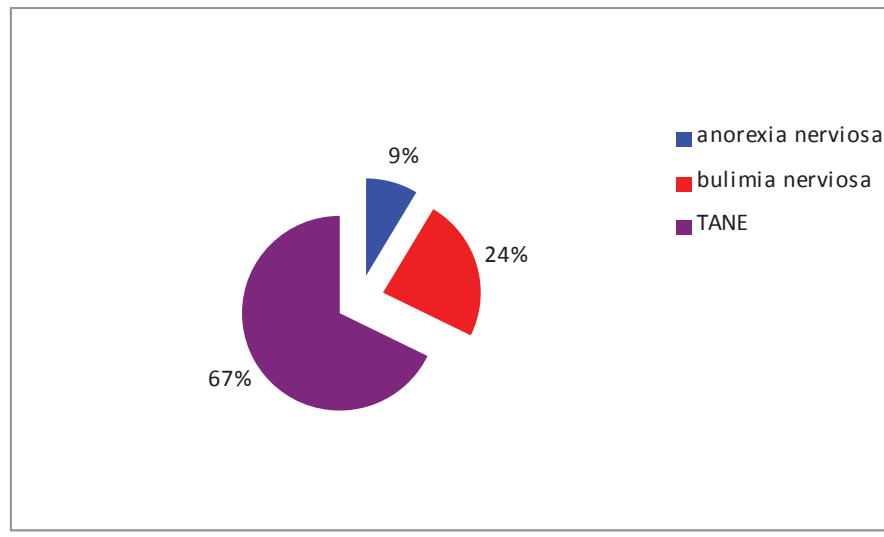
- Cuestionario autoadministrado desarrollado por nuestro Programa, abarcando hábitos, síntomas clínicos, historia personal y rasgos psicológicos.

- Entrevista semiestructurada para determinar el subtipo específico de TCA y si la paciente podía ser incluida en el programa o no.

Resultados:

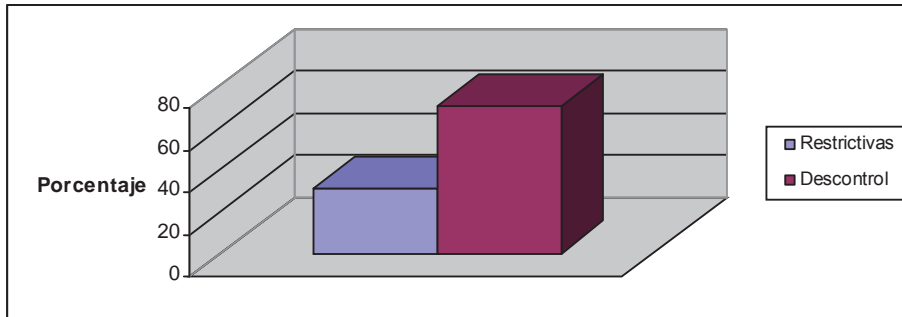
La mayoría de las pacientes estudiadas en nuestra muestra presentaron un TANE (68%), de entre los cuales los dos subgrupos prevalentes fueron: restrictivo (21%) y atracones subjetivos (22%).

Tabla 1: Clasificación y prevalencia de pacientes con TCA (n: 496) entre 2001 y 2010



Clasificación de pacientes según subtipo de TANE :

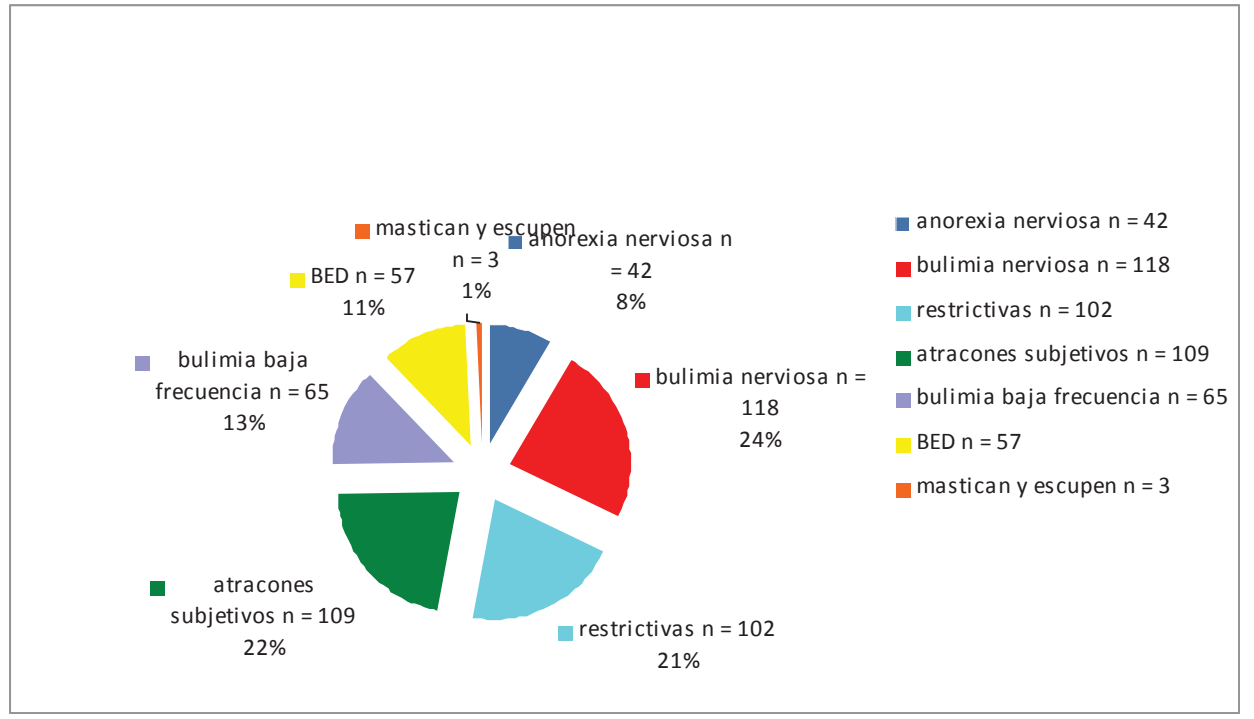
Consideradas en conjunto, las pacientes de la muestra que presentaron un trastorno alimentario no especificado se distribuyeron en dos grandes categorías:



Dentro de estas dos categorías mayores, hemos clasificado, en base a ciertas semejanzas, a los trastornos de la conducta alimentaria no especificados en los cinco subtipos ya mencionados, los que nos han impresionado -por sus características y por su epidemiología- como los de mayor representatividad de todos los que han sido descritos. Estos subtipos trazan un amplio arco semiológico que se extiende desde la vecindad de la Anorexia Nerviosa, en el caso de las pacientes restrictivas, hasta el umbral mismo de la Bulimia Nerviosa en los cuadros de sintomatología poco frecuente y en el Síndrome de Descontrol Alimentario (en la actualidad, considerado en el DSM V como entidad autónoma de jerarquía nosográfica equivalente a la de los dos trastornos principales). Todos estos cuadros presentan una semiología diversa, siempre derivada de uno u otro paradigma pero tienen, a su vez, un sello propio, lo que les da personalidad clínica definida.



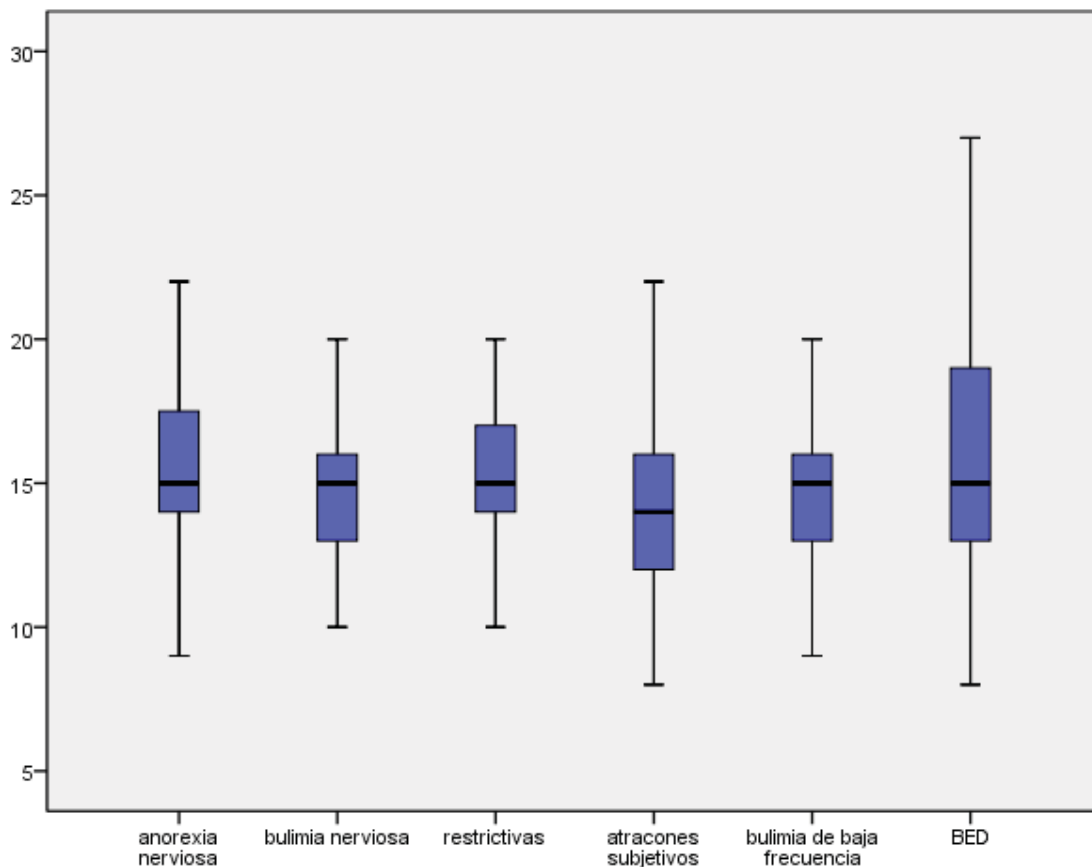
Tabla 3: Clasificación de pacientes con TCA, según subtipo de TANE



Edad de aparición de la insatisfacción corporal en todos los TCA

La preocupación por la silueta corporal comienza más tempranamente en pacientes con atracones subjetivos que en pacientes con BED, quienes comenzaron sensiblemente más tarde. No se hallaron diferencias significativas en la edad de aparición de la insatisfacción corporal entre los demás subtipos de TCA.

Tabla 4: Edad de aparición de la insatisfacción corporal en todos los TCA



Características diferenciales entre Anorexia Nerviosa y Trastorno Restrictivo:

Repasemos aquí los criterios diagnósticos vigentes según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV): decimos que presenta un “TANE restrictivo (R)” a aquella paciente que cumple con los diversos criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa pero no lo hace en alguno, lo que lo diferencia sustancialmente de las verdaderas enfermas anoréxicas. Este hecho, por ejemplo la menor severidad de la restricción con menor pérdida de peso y conservación de menstruaciones, permite alentar un mejor pronóstico respecto de la morbilidad de estos casos así como alienta a no incluir entre los riesgos esperables el de la muerte por desnutrición.

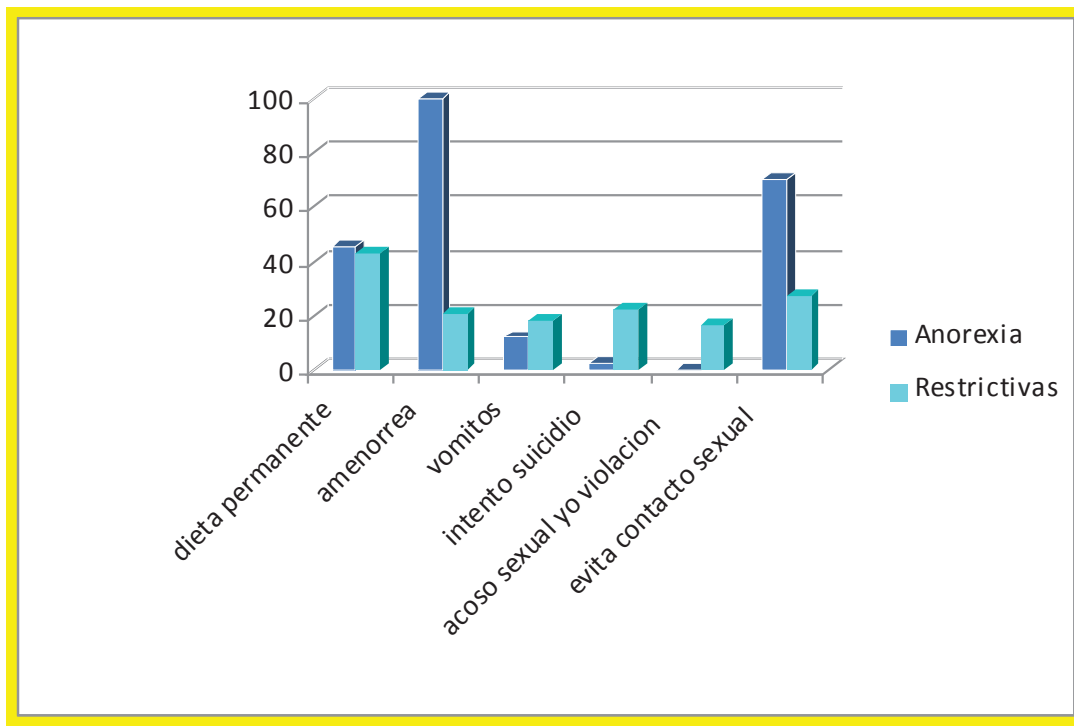
De los rasgos diferenciales más característicos entre estos dos trastornos, el denominado por Crisp “*fobia al peso*” designa a la vivencia aterrizante que la paciente muestra ante la sola idea de recuperar parte del peso perdido, concepto al que inevitablemente entiende como “engordar”. Derivado natural de este terror, que condiciona su conducta alimentaria, son los demás comportamientos que observamos en ella: una caprichosa clasificación de los alimentos, un estricto control sobre lo que

comen, que presenten excusas para no comer, que cuenten calorías -sirviéndose para ello de tablas sofisticadas y dietas pormenorizadas que han atesorado y de las cuales jamás se alejan-, etc. Estas conductas también las vemos regularmente en las verdaderas anoréxicas, pero en las pacientes restrictivas no siempre están presentes todas, o lo están pero en forma más atenuada. Así, en una muestra de 222 pacientes que estudiamos entre los años 1997 y 2000, hallamos las siguientes diferencias.

<u>SÍNTOMA</u>	<u>% en R</u>	<u>% en AN</u>
• Fobia al peso:	100	100
• Control de lo que come:	95	100
• Excusas para no comer:	50	100
• Contar calorías:	70	100
• Clasificar alimentos:	90	100
• Evitar comer (con hambre):	25	100
• Cortar la comida en trozos chicos:	25	100
• Comer más lento que los demás:	55	100
• Evitar alimentos con azúcar:	95	100
• Comer alimentos dietéticos:	95	100
• Hacer dieta constantemente:	75	100
• Represión sexual:	35	100
• Educación formal:	95	100
• Familias "atípicas":	60	100
• Amenorrea:	40	100
• Rendimiento superior:	50	100
• Edad de comienzo:	17.5 años	menor edad

En la muestra actual de 500 TCA consideramos, además, otros aspectos y observamos las siguientes características comparativas entre TANE-R y AN verdadera: dietar permanente, amenorrea, vómitos, intentos de suicidio, abuso sexual y/o violación y evitación sexual. Graficamos nuestros hallazgos en la tabla siguiente:

Tabla 5: Características diferenciales entre Anorexia Nerviosa y Trastorno Restrictivo



Resulta pertinente repasar aquí los criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa que avala el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría) al momento de escribir nuestro trabajo. Según esta fuente, las pacientes que cumplen criterios para ser diagnosticadas con esta condición deben presentar las siguientes características:

- A.- Rechazo a mantener un mínimo peso corporal de acuerdo a su edad, sexo y talla.
- B.- Intenso miedo a engordar o a recuperar peso, aún encontrándose por debajo del nivel normal para su edad y talla.
- C.- Manifiesta distorsión en la manera en que es experimentada la forma y el peso corporal, con una indebida influencia de esto en su autovaloración. Negación de las normas de peso según sexo, edad y talla.
- D.- En la postmenarca, amenorrea con ausencia de tres ciclos consecutivos.

En nuestras observaciones, el diagnóstico diferencial entre “trastorno restrictivo” y “AN” se basa en que las pacientes con TANE - Restrictivo:

- Buscan tener un cuerpo atractivo, mientras que las verdaderas anoréxicas rehúsan lucir atractivas y jamás presentan actitudes seductoras. El simple pirolo las espanta.

- No tienen la inhibición social que observamos en las anoréxicas, quienes se retraen al punto de encerrarse en un mundo que ha sido considerado una forma de “cápsula autista” (F. Tustin).
- Establecen vínculos amorosos propios de la edad, mientras que las anoréxicas rehuyen el contacto natural con varones.
- Mantienen períodos menstruales y presentan una actividad sexual acorde a su edad. Las verdaderas anoréxicas presentan amenorrea y no tienen actividad sexual.
- Su rendimiento académico es promedio, mientras que las anoréxicas son bien conocidas por ser alumnas brillantes, con frecuencia las abanderadas de su escuela.
- Presentan un marcado autocontrol de sus afectos y conductas, fenómeno similar al observado en las AN.
- Son autosuficientes y seguras de sí mismas, rasgos que en las anoréxicas alcanzan características extremas.
- Su pérdida de peso es marcada, con intenso miedo a recuperarlo pero sin perseguir –como sí lo hacen las AN- una delgadez que nunca les resulta suficiente.
- Presentan rasgos histriónicos, obsesivos y evitativos de la personalidad. Las AN también los muestran, pero en los casos más graves tienen acentuados mecanismos disociativos.
- Comen carnes rojas, hecho que no se observa en una verdadera anoréxica.

Estas pacientes, cercanas a la Anorexia Nerviosa en muchas de sus características descriptivas y psicopatológicas, presentan un extremo control en sus hábitos alimentarios. Cuestiones relacionadas con dónde, cómo, qué, cuánto y cuándo comen se constituyen en el eje central organizador de su existencia. En la consulta inicial nos encontramos con mujeres jóvenes que van ejerciendo en su vida un creciente control sobre la cantidad de calorías y la calidad de los alimentos que ingieren. Este proceder las lleva a un paulatino descenso de peso que, al comienzo, no llama la atención del entorno; además la facilitación social respecto de lucir una figura magra enmascara el cuadro y permite su instalación. En estos casos, hemos observado que el pedido de ayuda puede demorarse durante varios años, lapso en el cual la conducta alimentaria de “comer raro” se profundiza y cronifica hasta constituirse en un modo de vida.

El descenso de peso en las pacientes de este grupo, si bien puede ser notable, no llega al porcentaje requerido por los criterios diagnósticos vigentes como para que se las considere Anorexias Nerviosas (ese descenso debe ser del 15% del peso que corresponde a la edad y talla o bien deben registrar un IMC menor de 18,5). Tampoco presentan períodos de amenorrea prolongados, aunque sí son comunes en este grupo las irregularidades menstruales y, en algunos casos, amenorreas de corta duración debidas, al igual que en las AN, a la carencia de los nutrientes necesarios para la elaboración de estrógenos y al permanente estrés en el que viven.

Autosuficientes y seguras de sí mismas, no presentan un deseo explícito de perder peso como el que observamos en las pacientes anoréxicas, sino un intenso temor a ganarlo, temor que se mantiene aún estando muy delgadas. Esta búsqueda de una silueta definida y estable, por debajo del peso correspondiente, guarda estrecha relación con su necesidad de mostrar una imagen que agrade, para así sentirse aceptadas y, por fin, seguras.

Una paciente lo refiere así: “Me quiero mantener justo en el peso que estoy, ni más flaca ni más gorda” (en ese momento presentaba un muy bajo peso, lo que le permitía sentirse segura). “Mi temor a engordar es muy fuerte.... En el colegio que voy, si sos rellenita no existís: no tenés amigos, no sos nadie, no te conocen”.

En las pacientes anoréxicas, en cambio, vemos una búsqueda activa de perder peso, con un ideal inalcanzable de extrema delgadez y el consecuente desagrado con el peso actual, más allá del número que la balanza muestre. Esto hace que el peso deseado esté siempre por debajo de su valor en ese momento. Nunca se ven tan flacas como quisieran.

Otra diferencia fundamental respecto de las verdaderas anoréxicas reside en su actitud frente a la seducción, actitud que en éstas es de un hostil desagrado, no observándose tal reacción en las mujeres restrictivas.

En las demás áreas de su vida presentan un funcionamiento adecuado: mantienen una vida social activa, una ocupación estable y un buen desempeño en el estudio y/o el trabajo. Pero esta eficiencia obedece a las normas de un autocontrol rígido e inocultable, rasgos que son particularmente evidentes en el plano de los afectos. En lo laboral o académico este alto nivel de exigencia las lleva a sobrecargarse, en una entrega sin límites que va avanzando sobre otras áreas personales y termina ocupando una gran parte de sus vidas. Esta demanda que ejercen sobre sí mismas está motivada por la necesidad de cumplir con lo que los otros esperan de ellas, para así sentirse reconocidas. Nuevamente vemos aquí este denominador común a distintos trastornos alimentarios: la necesidad de aceptación por parte de los demás. Ilustramos esto con algunas breves viñetas:

Una paciente, profesional de 26 años de edad, nos cuenta:

“Termino haciendo solo las obligaciones, lo que me lleve al reconocimiento de los demás, las cosas que siento que me harían bien las pienso pero no las hago, salir con mis amigas por ejemplo. Siempre termino diciendo que sí a todo lo que me piden, me cargo de trabajo también en mi casa los fines de semana y después me siento mal.”

Otra paciente, estudiante universitaria de 20 años, nos dice:

“Las cosas me terminan sobrepasando, tengo que poder con todo...con la facultad, con la ayudantía, con la actividad física que me propongo hacer para verme bien...ahora me doy cuenta de que mis síntomas físicos aparecen cuando las cosas me sobrepasan...ahí no puedo tragar la comida, me veo mal, fea, gorda...”

A nivel de los antecedentes familiares, este grupo de pacientes pertenece a familias relativamente bien integradas, donde la sexualidad es una manifestación muy reprimida pero donde, luego de circunstancias vividas (en general en el matrimonio de los padres), surgen cambios de conducta que modifican el paradigma cultural y educacional vigente, dejando de coincidir lo tan rígidamente transmitido con lo actuado.

Como ejemplo de esto tenemos una paciente cuyos padres se separaron y su madre comenzó a salir con otros hombres, presentando conductas desacostumbradas en su sexualidad. Cuanto mayor era el

descontrol de la madre, más aumentaba el control de la paciente, que incluía tanto su propia sexualidad como la ingesta alimentaria.

En estas familias las apariencias juegan un rol fundamental. Los padres varones, presentes pero distantes afectivamente, suelen estar preocupados por su imagen personal y la de su familia. Frente al aumento de peso correspondiente a la pubertad, llegan a presionar a sus hijas para que comiencen “a cuidarse”. Es habitual que las dietas y el peso constituyan temas de interés familiar. Durante una entrevista familiar un padre nos comentó: *“Toda la vida les inculqué a nuestros hijos que comieran sano, pues los gordos son gente enferma”*. También las madres suelen estar excesivamente preocupadas por su propio aspecto físico, además de cuidar en exceso que sus hijos no engorden, aún desde que son muy pequeños.

La sintomatología de las pacientes con trastorno restrictivo consiste en una marcada reducción autoimpuesta de la ingesta con una sumamente rigurosa e inapelable selección de determinados alimentos, selección que muchas veces queda encubierta por racionalizaciones, como por ejemplo: molestias gástricas, o “nervios al estómago”, o por la pretensión de “comer sano”. Así, ellas decretan que determinados alimentos son “buenos” –las verduras, en general- y que otros son “malos” o “prohibidos”, como las pastas y las carnes rojas. Un claro ejemplo lo ofrece una paciente de 24 años de edad quien refiere molestias digestivas cada vez que comienza a salir con un hombre. Aludiendo a que se pone nerviosa, comienza a reducir la ingesta de determinados alimentos, considerados por ella como “no sanos”.

Respecto del desempeño sexual, muchas de estas pacientes no han iniciado dichas actividades, mientras que otras mantienen una vida sexual activa, pero siempre ligada al deseo de sus parejas, como un intento más de complacer al otro sin experimentar ellas placer. En todo necesitan agrandar y ensayan la seducción como forma de ganar seguridad en sí mismas. Rara vez concretan una relación y cuando lo hacen, las vemos involucrarse en vínculos muy turbulentos, en los cuales el acercamiento sexual es vivido como peligroso.

Las peleas con sus parejas, hecho frecuente de observar, les permite tomar distancia afectiva y mantener así el control de la situación. Lo que no toleran es el acercamiento afectivo, vivido como un riesgo de desestabilización para su frágil equilibrio emocional. Esta fragilidad es la que intentan compensar mediante la observación estricta de su comportamiento alimentario y de su sexualidad, ambas muy ligadas entre sí. Una paciente de 26 años refiere:

“Pongo distancia con los otros porque siento que me tengo que mostrar espléndida, bárbara, tengo que impactar, y a veces eso no se corresponde con mi sensación interna. Creo que genero situaciones porque necesito probarme, seducir... pero a veces, después, se me van de las manos... Con los hombres yo no busco nada más, solo eso, solo confirmar que puedo resultar atractiva”.

Los mecanismos psicológicos predominantes son *represión* y *evitación* y los rasgos de personalidad están ligados a las características de las personalidades histriónicas y evitativas.

En la segunda parte de este artículo recorreremos el campo clínico de la Bulimia Nerviosa y de los trastornos que, constituyendo cuadros parciales, guardan ciertas semejanzas con ella.