

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La patología específica de la conducta alimentaria pone de manifiesto la complejidad psiquis-cuerpo, particularmente a través de UN ELEMENTO CLÍNICO CENTRAL que es la distorsión de la percepción de la imagen corporal propia en estas pacientes.

Considerando éste concepto bisagra psiquis-cuerpo, los trastornos de la conducta alimentaria se ubican nosográficamente, en la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE10), como una entidad perteneciente a un género de patologías llamado “disfunciones fisiológicas relacionadas con factores mentales o del comportamiento”.

Ahora para ubicarnos en el tiempo nos detendremos en un pantallazo histórico.

Las primeras descripciones clínicas de la patología en su forma de anorexia nerviosa (AN) son prácticamente simultáneas en Francia por Charles Lasègue en 1873 y en Inglaterra por William Gull en 1868, si bien al parecer había sido evocada algunos siglos antes por J. Reynolds, en 1669.

Durante gran parte de la historia, una mujer “rellena” era lo deseable, indicaba seguridad en provisión de alimentos y defensas frente a enfermedades endémicas, en particular en sociedad pre-industrializadas. Con el transcurrir del siglo pasado, frente a una provisión abundante de comida y buena distribución en muchas naciones desarrolladas del mundo occidental, casi por primera vez en la historia el estar delgada para la mujer se convierte en moda. Hace algo más de cinco décadas que una mujer delgada implica en el pensamiento colectivo de nuestras sociedades ser atractiva, deseable, exitosa y autocontroladas, en otras palabras, “supermujeres”.

Como vemos a través de la historia, la patología existía pero la prevalencia era mucho menor que en la actualidad. Siendo las anoréxicas de hoy exactamente comparables a las descritas por Lassègue en 1873, viven en una cultura que facilita la racionalización de éste comportamiento. El cliché de delgadez, reforzado por la presión

de los MASS MEDIA y la publicidad ejerce en las mujeres jóvenes en general una influencia muy considerable. El cuerpo al servicio de la expresión del EGO está directamente vinculado a la cultura de los jóvenes y, la delgadez, cada vez más, no es tanto el repudio de los aspectos femeninos del cuerpo, como su sofisticación.

Algunos expertos afirman que los factores socioculturales explican el creciente aumento de casos diagnosticados del trastorno. HILDE BRUCH, ya en 1978 y GARNER Y GARFINKEL en 1980, señalaban que la marcada tendencia de la sociedad por preferir estéticamente la delgadez en la mujer, equiparando delgadez y belleza con éxito social, sexual, interpersonal y profesional, debía considerarse como un impacto tremendo sobre la mujer joven en general y sobre estas pacientes en particular. Concomitantemente en los últimos 60 años con el comienzo del movimiento femenino, las mujeres han sido enfrentadas a roles altamente competitivos, pero a la vez con la exigencia de mantener roles propiamente femeninos. Es frecuente ver el desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes con este perfil de SUPERMUJERES, exitosas y competitivas, pero que experimenta a la vez, miedo y evitación completa al fracaso y un intenso miedo al éxito, especialmente a sus consecuencias negativas, tales como el rechazo o la desaprobación.

Es conocido por todos la influencia de los aspectos socioculturales sobre esta compleja patología en cuya etiopatogénesis interactúan factores genéticos, psicológicos, fisiológicos y ambientales. Por lo cual, si bien no es posible diluir la especificidad de este trastorno en una sociogénesis exclusiva, estimo de gran importancia, abordar aspectos sociales y culturales relacionados con la conducta alimentaria que merecen ser explorados al entrevistar y valorar estas pacientes.

Desde el tercer mundo y en plena era posmoderna, podíamos definirnos como una sociedad que ha visto y ve desarmar sus bases de identificación, sin mantener casi, fundamentos suficientes para los valores, ni en las ideologías, política o religión.

Pensando nuestra cultura como homogeneizada por el MERCADO AUDIOVISUAL, la IMAGEN es la vedette. Pero la pluralidad de oferta no llega a compensar la pobreza de ideales colectivos, determinando particularmente en la “CULTURA JUVENIL” como la define el mercado, como un imaginario social sostenido por dos fantasías:

- 1) la libertad de elección sin límites (slogan publicitario)

- 2) el individualismo programado (muy distinto de un verdadero y propio proceso de separación-individuación).

Libertad para diseñar nuestros cuerpos, nuestra imagen corporal, hoy, es la cirugía y una multiplicidad de productos que modelan, transforman, mañana será la genética. Nos propone soñarnos en la publicidad, en la moda, a través de la promesa de conducirnos a algo profundamente PERSONAL, INDIVIDUAL Y ORIGINAL, pero siempre en una trama tejida con deseos absolutamente colectivos y programados.

Además, las conductas alimentarias en sí mismas son portadoras de profundos sentidos, testimonio de elecciones morales, adhesión a valores, o modelos o diferenciación de otros. Sentidos que son utilizados por pacientes anoréxicos y bulímicos para racionalizar su comportamiento, cuyas razones son mucho más privadas y propias.

Quisiera detenerme en algunos conceptos sobre las prácticas alimentarias en la vida social, de un trabajo de Bernard Brusset.

Considerando un recién nacido: en los cuidados prodigados a un niño desde su nacimiento predomina la preocupación por la alimentación; por su dependencia, el bebé debe ser alimentado y a medida que logra progresiva autonomía, se nutrirá por sí mismo. Sin embargo; los adultos con frecuencia, no llegan a calmar esa preocupación, muchas veces sobrepasando la satisfacción de la necesidad para inscribir el reparto de alimentos en una red imaginaria y simbólica. Los hábitos alimentarios son generados justamente en esta primera edad y determinarán un papel más decisivo aún que otros factores tales como la herencia, en la determinación de las necesidades cualitativas y cuantitativas de los alimentos.

La cultura en las diferentes sociedades refuerza o neutraliza el agrado o desagrado que pueden inspirar la forma, el olor o el origen, así como el sabor de ciertos alimentos. Y muchas veces en un mismo individuo el umbral entre el gusto y el desagrado es variable en función del contexto, el clima psicológico, el humor, etc.

Las normas sociales conciernen igualmente al modo de comer, el ritmo, el horario a lo que es un almuerzo o una fiesta.

Pero además debemos destacar que en todas las sociedades, el placer de comer no es sólo individual, sino colectivo, unido al intercambio y a la comunidad; de hecho, es en la mesa hoy en día donde se tratan negocios, se declaran ambiciones y se deciden matrimonios.

Esto es así también para el niño de corta edad, dado el lugar inevitable que la alimentación ocupa en la instauración de las primeras relaciones con la madre. Todo ocurre como si la satisfacción de las necesidades fuese para la madre la ocasión de enseñar el placer a su hijo, placer que es buscado y diversificado, por el niño, a medida que este crece. Las primeras experiencias de satisfacción-insatisfacción, placer-desagrado, esperanza-decepción, se producen en la relación alimentaria.

EL APETITO SIRVE EN CIERTO MODO COMO EDUCACIÓN DEL DESEO. Y LAS RESPUESTAS DADAS A UNO (APETITO O DESEO), DETERMINAN LAS FORMAS DEL OTRO. ESTO SERÁ UNA IMPRONTA EN LA PERSONALIDAD DEL INDIVIDUO.

Ahora es necesario destacar que en el sentido opuesto, también tiene gran peso la creencia de cualidades negativas de los alimentos, y nos aproximamos más a las anoréxicas al considerar, la destrucción que forzosamente comporta la alimentación, ya al preparar los alimentos destruyendo y transformando su aspecto y naturaleza, así como en la masticación, deglución y digestión que rematan el proceso destructivo.

SI SOLO SE COME LO QUE NOS GUSTA, ES SIEMPRE PARA DESTRUIRLO.

El acto alimentario guarda una estrecha relación con fantasías sexuales y de destrucción, podríamos pensar en las fantasías de canibalismo, que son universales. Ahora, la significación destructiva y sexualizada que puede adquirir la conducta alimentaria, no sólo apunta hacia el alimento, sino también al cuerpo del sujeto y PUEDEN INSCRIBIRSE EN LA IMAGEN CORPORAL, ACTITUDES PROFUNDAS RESPECTO A LA VIDA, LA MUERTE Y AL PROPIO SER, como ocurre en estos pacientes.

Estas consignas están presionando desde lo sociocultural y familiar a estas pacientes jóvenes, con una distorsión de la percepción de su imagen corporal y que también exhiben una fantasía de elección sin límites en la base de una omnipotencia patológica al decidir permanentemente sobre, si comer o no comer, qué y cómo, cuándo o en qué tiempo, sobre el vomitar o el retener, sobre un cuerpo muy idealizado o muy maltratado, sobre la vida y sobre la muerte.

Pensemos cómo podría actuar el impacto de un cuerpo ideal, soñado y deseado por todos en el psiquismo de estas pacientes que se caracteriza por una pobreza de representación y marcadas fallas en la simbolización. En ellas además, por el fracaso en el equilibrio PLACER-NECESIDAD, el DESEO tiende a transformarse en NECESIDAD. De éste modo, la única posibilidad que tienen para aparecer como

sujetos deseantes es la NECESIDAD DE NEGARSE A COMER, EROTIZANDO EL HAMBRE, adquiriendo un poder de fascinación que ellas esperan de sus FORMAS INDECISAS de una primera adolescencia que pretende durar, desafiando el tiempo y manteniendo una RELATIVA INDIFERENCIACIÓN SEXUAL.

La preocupación por la delgadez en estas pacientes es también la PREOCUPACIÓN POR EL EFECTO DE SU APARIENCIA SOBRE LOS DEMÁS, porque hacen comunicables a través de su imagen, significaciones complejas y contradictorias, como para dispensarlas de toda palabra y preservarlas en su aislamiento. Estas adolescente, se distinguen en su comportamiento, desdeñando casi la condición humana, al punto de presentarse como si fueran DIOSES SIN NECESIDADES.

Datos actuales de la Asociación Psiquiátrica Americana indican que la prevalencia de la conducta alimentaria parece en aumento continuo y que oscila entre el uno y el cuatro por ciento de las adolescentes mujeres jóvenes con predominio en:

- estudiantes muy competitivas y autoexigentes
- de raza blanca
- de clase social media y alta

Pero también aumentaron los casos en niños prepuberales de ambos sexos y los varones homosexuales parecen tener mayor riesgo.

La bulimia nerviosa (BN) es claramente mas frecuente que la AN.

La edad de comienzo para la A.N. es entre los 12 y 16 años, mientras que para la B.N. es más tarde , entre los 15 y 25 años.

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen predominancia en mujeres en el noventa y cinco por ciento de los casos.

Existen multiplicidad de clasificaciones de los trastornos alimentarios, según ejes diferenciales heterogéneos, el DSM IV por ejemplo, lo hace priorizando parámetros somáticos e indicadores conductuales, mientras que otros expertos como Bruch, se centraron en los aspectos psíquicos, obligando a un esfuerzo psicopatológico.

En la clasificación del Manual de diagnóstico y estadificación de enfermedades en su cuarta edición (DSM IV) la anorexia Nerviosa se define por:

- -intenso propósito de perder peso con el consiguiente rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal
- -pronunciado miedo o terror de volverse obeso
- -trastornos en la percepción de la imagen corporal y del propio peso (el paciente clama verse obeso aún cuando está emaciado)
- -presencia de amenorrea acompañando el cuadro

Muchas pacientes presentan conductas tanto anoréxicas como bulímicas.

Hasta cincuenta por ciento de las pacientes portadoras de una AN desarrollan síntomas bulímicos.

Un número significativo de pacientes con BN inicial desarrolla síntomas anoréxicos y los subtipos restrictivo y bulímico pueden alternar en ocasiones en el mismo paciente.

Los criterios que propone Hilde Bruch priorizan los aspectos psicopatológicos para el diagnóstico de la A.N.:

- Imagen corporal distorsionada , con percepciones erróneas sobre el propio cuerpo.
- Incapacidad para identificar los estados de necesidad, principalmente los relacionados con el hambre , aunque también esa dificultad se extiende a otros estados emocionales.
- Sensación de impotencia acompañada de la poderosa impresión de que los sentimientos y acciones no emanan del propio yo sino de la demanda externa.

En la bulimia la preocupación por el peso, la comida, y la imagen corporal son también síntomas primarios y puede desencadenarse también frente a una dieta estricta pero la bulimia se diferencia nutricionalmente de la anorexia en que las pacientes, mantienen un peso normal o esperado para la edad y la altura, e incluso sobrepeso en algunas de ellas.

Según el DSM IV la bulimia puede definirse como:

- episodios de atracones (descontrolada voracidad, entendiendo por tal, el consumo de gran cantidad de comida, en un período discreto de tiempo)
- seguidos de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso (vómitos autoinducidos, purgas, ejercicio)
- con una frecuencia promedio de dos veces por semana durante un período de tres meses

Cómo se instalan los TCA?

Comencemos diciendo que en contraposición semántica con su denominación por la restricción de las ingestas acompañada de apetito conservado inicialmente. Es importante distinguir:

1) el proceso de comienzo de la enfermedad, dado por el propósito empedernido de adelgazar, con la convicción de que su cuerpo es muy gordo. Como dijimos antes la distorsión de la percepción de la imagen corporal debe ser considerada un elemento sintomático central, y buscado como componente del cuadro clínico. Su ausencia nos permitirá en muchos casos evitar errores diagnósticos, y por otro lado, detectarlo precozmente nos pondrá en la pista del diagnóstico temprano evitando retrasos de tratamiento.

2) La elaboración secundaria de síntomas que resultan posteriormente en la vida enferma en la que se sumergen gradualmente éstos pacientes.

Los TCA (las anoréxicas) parecen empezar haciendo dieta, con frecuencia como respuesta a un leve sobrepeso previo y a comentarios de terceros al respecto. En general ya perciben ciertas partes de su cuerpo demasiado gordas (vientre, muslos, glúteos) Pretenden disminuir algunos quilos, dejando de ingerir alimentos de muchas calorías como dulces pero sin embargo cuando logran la meta, todavía sienten tener sobrepeso y restringen aún más sus ingestas. En la ANOREXIA éste adelgazamiento es

egosintónico, no se perciben a sí mismas como patológicas. Esta severa negación es una importante característica temprana del trastorno.

Meyer en 1963 centró la clínica de A.N. en una tríada de negaciones:

- negación del hambre
- negación de la delgadez
- negación de la fatiga.

Concomitantemente se hace ostensible en estas pacientes la distorsión de la percepción de la imagen corporal. Expresan no haber cambiado, ni haber adelgazado sus cuerpos y con frecuencia persisten percibiendo un sector particular de su cuerpo como gordo, estando a veces emaciadas. Los sentimientos de aversión hacia sus cuerpos son el componente emocional usual de esta distorsión de la imagen corporal.

Frente a las presiones sociales y familiares para que coman, comienzan a mentir, a tirar o esconder la comida y algunas de ellas comienzan a inducirse el vómito después de las comidas o a usar laxantes cuando no pudieron evitar comer complaciendo a otros.

Así, gran número de anoréxicas alternan entre el no comer y el atracón, experimentando un intenso sentimiento de autocontrol mientras cumplen omnipotentemente sus dietas y una pérdida total de él, con vergüenza y autorrepugnancia cuando se vuelven voraces. Establecen una lucha contra el hambre, sensación que a veces buscan como tal, y que parece ser una fuente de satisfacción importante en estos pacientes

El ciclo atracón-vómito puede durar horas, reiterándose varias veces en un día, llegando a gastar sumas exageradas de dinero en abastecimiento de comida. En general se introducen sus dedos en la garganta aunque algunas veces usan emetizantes o aumentan la presión intragástrica por diferentes métodos mecánicos externos forzando el pasaje de alimentos al esófago y luego vomitándolos. Algunas pacientes desarrollan erosiones y callos en el dorso de sus manos por la repetida fricción contra sus incisivos en la autoprovocación del vómito y sufren una hipertrofia de las glándulas parotídeas ,por la hipersalivación durante los mismos ,que les determina un ensanchamiento del contorno facial

Relatan sentimientos mixtos frente al vomitar:

- primero gran alivio de librarse de la comida manteniendo así su peso bajo
- pero con el vómito aumentan los episodios de voracidad y con ellos gran vergüenza por necesitar recurrir nuevamente al vómito

Se vuelven esclavas del vomitar. En general cuando vomitan más de tres veces diarias, con frecuencia ya no pueden detenerlo y pueden requerir hospitalización, dado los riesgos metabólicos consecuentes.

La sensación de hambre es normal inicialmente, (en realidad estrictamente no se trata de una anorexia en el sentido clásico del término) pero sienten terror a transformarlo en el impulso de comer, por lo cual algunas pacientes se sobredosifican además con anorexígenos y otras ingieren grandes cantidades de líquidos por día.

Pero luego comienza a distorsionarse la percepción hambre- saciedad, así como la percepción de energía corporal, (lo vemos con Mayer), y ocurre como si la inanición les incrementara la aptitud para el ejercicio que realizan durante horas diariamente (atletas, bailarinas de ballet, son poblaciones de riesgo).

La percepción corporal es muy compleja en condiciones normales ya que lo objetivo y lo subjetivo están íntimamente ligados. En esta percepción el objeto-cuerpo percibido es siempre y necesariamente una propiedad del sujeto-cuerpo. Henri Ey expresó esta complejidad diciendo: “Ninguna sensación es percibida por el cuerpo sentido sin serlo por el cuerpo sintiente”.

En estas pacientes esta severa distorsión de la percepción de la imagen corporal reforzada culturalmente con la valorización y atractivo personal vinculado a la delgadez, hacen que la tarea de poner en tela de juicio, los valores distorsionados en relación a sus siluetas, sea una tarea delicada y que requiere sensibilidad clínica. De otro modo pueden sentirse intensamente confrontadas, incluso en aspectos centrales de su identidad, es frecuente que su carta de presentación en primeras entrevistas sea: “SOY ANOREXICA” o “SOY BULÍMICA”.

Las pacientes bulímicas hacen atracones de gran cantidad de comida, variada, de alto contenido calórico, a escondidas por la vergüenza que les provoca exponer su

voracidad. Atracones que luego son purgados con la provocación del vómito, que es el mecanismo compensatorio más frecuente.

75% por introducción de dedos en la garganta, contracción del diafragma y músculos abdominales para aumentar la presión intragástrica o por uso de emetizantes.

En 20% de los casos se constata el uso de laxantes, muchas veces en grandes dosis, diuréticos en el diez por ciento y anorexígenos en 25% por ciento de los casos.(Datos de la APA)

Las fluctuaciones de peso son frecuentes y significativas en estas pacientes que pueden presentarse con sobrepeso, delgadas, o con peso normal. Las comidas se dividen para ellas dicotómicamente, en alimentos buenos o seguros y alimentos prohibidos, los últimos, son en general los usados en los atracones. Al igual que las anoréxicas esta dicotomía invade las áreas que requieren autocontrol.

Del punto de vista Médico, en los TCA, hay múltiples alteraciones hormonales, que sugieren una disfunción hipotálamo-hipofisario.

La amenorrea es un rasgo constante en la AN y puede ocurrir antes, durante o después de la pérdida de peso. Algunos autores la han vinculado a un peso crítico, otros a un porcentaje de grasa corporal (del diecisiete por ciento), necesarios para la menarca y función cíclica menstrual. Otros, plantean la dupla ejercicio-amenorrea inducida, por efectos hormonales; pero estudios recientes en atletas femeninas no concluyen ninguna de estas vinculaciones.

La amenorrea prolongada, de seis meses a un año, se asocia con osteoporosis potencialmente irreversible y el correspondiente aumento de la tasa de fracturas patológicas. El tratamiento de sustitución estrogénica es un tema controvertido durante el primer año de la amenorrea.

Las complicaciones orgánicas de la AN incluyen bradicardia y otras alteraciones de la función cardíaca como descenso ortostático de la presión arterial y alteraciones hidroelectrolíticas severas por la inanición y los vómitos que pueden llevar a alcalosis hipocaliémica-hipoclorémica y muerte súbita.

Es frecuente la hipotermia y otros signos de hipometabolismo.

A menudo los hallazgos de laboratorio muestran: neutropenia con linfocitosis relativa, hipoglicemia, hipercolesterolemia, hipercarotinemia, hipocinquemia y hipomagnesemia

La piel se vuelve seca y quebradiza, aparece lanugo en las mejillas y adquieren pigmentación carotenoidea.

Alteraciones dentales como caries y disolución del esmalte dental, son consecuencia del vómito reiterado.

Las complicaciones orgánicas de la BN son las alteraciones hidroelectrolíticas, especialmente alcalosis hipocaliémica e hipoclorémica en pacientes vomitadoras, irritación y hemorragia gástricas y esofágicas; con baja frecuencia ocurren desgarros esofágicos de Mallory-Weiss, abuso de ipecacuana, en algunos países para inducir el vómito, que puede provocar debilidad muscular periférica y muerte súbita, en algunos bulímicos se observa bradicardia, hipotensión, disminución del metabolismo basal, que indican disminución de la actividad del sistema nervioso simpático y del eje tiroideo

Desde el punto de vista psicológico, las pacientes bulímicas, aunque parezcan físicamente dentro de valores normales de peso, pueden mostrar correlaciones psicológicas de la inanición, por lo que la valoración psiquiátrica definitiva es difícil de realizarse, antes de que el peso y la conducta alimentaria se estabilicen. Sin embargo estudios sobre tratamiento de estas pacientes indican, que en un porcentaje significativo de estas pacientes, existen relaciones específicas entre el estado de ánimo, la conducta bulímica y la respuesta a medicaciones antidepressivas específicas.

Se ha comunicado abuso sexual en el veinte al cincuenta por ciento de las pacientes con BN, pero esta tasa es similar en otras poblaciones psiquiátricas por lo que no es concluyente.

Del punto de vista psicopatológico, las anoréxicas, desde su preocupación dominante de delgadez, aparece concomitantemente el pensamiento obsesivo asediante

sobre la comida y actividades ritualizadas vinculadas a ella. Se fijan un límite máximo de peso arbitrario, que no les permite una producción hormonal normal como vimos, no permitiendo la consecuente maduración biológica. Si no pesan eso, sienten que pueden llegar a pesar más del doble.

Así funciona todo el pensamiento de las anoréxicas, sin términos medios, y vive una lucha dicotómica, especialmente con todo lo que requiere autocontrol:

- comer vs no comer
- ejercicio vs pasividad
- estudio vs recreación
- abstinencia sexual vs promiscuidad
- hipervaloración de sí vs desvalorización (incluye también al terapeuta)

Con frecuencia estrechan el campo de sus intereses, se retraen socialmente, dejan de frecuentar amigos (signo precoz), aparece el deterioro de las relaciones, en función a la variabilidad y cambios bruscos de su humor. La depresión es frecuente y con el paso del tiempo estos síntomas se vinculan al proceso de emaciación.

Crisp postuló que la psicopatología subyacente, se trataba básicamente de una "evitación a la madurez psicosexual, con dificultad para regular sus mundos internos y externos que se evidencia frente a desencadenantes tales como separaciones, muertes o eventos sexuales que las confronta a la madurez."

Se niegan a crecer.

Para Bruch, la base psicopatológica sería una sensación general e invasiva de ineffectividad que originan un intento de conseguir autocontrol y efectividad en el ámbito del peso, a partir del cual creen extenderlo a las diferentes áreas de sus vidas.

Los déficits de estructura del yo en estas pacientes, fundamentalmente en cuanto a su autoestima, coherencia y modulación de sí mismas y por otro lado el establecimiento de relaciones objetales incompletas y ambivalentes hacen que estas pacientes estén poco preparadas para enfrentar los procesos evolutivos de separación-individuación, produciendo un sentido de identidad personal y sexual débil y una sensación general de

ineficacia y desamparo. El trastorno de la conducta alimentaria , como ya vimos , se convierte en algunas pacientes en el núcleo de su identidad.

Para complejizar aún más las cosas, los trastornos de la conducta alimentaria, asientan, sobre una población muy heterogénea que sufre diferentes tipos y grados de psicopatología, organización de la personalidad y nivel de funcionamiento del yo.

A esto sumemos que a menudo las historias de estas pacientes están complicadas con enfermedades médicas o quirúrgicas, separaciones, muerte de familiares, y alteraciones conductuales severas.

En este sentido hay pacientes con trastornos de la conducta alimentaria no complicados y detectados en poblaciones universitarias o más jóvenes aún, pero muchos de los pacientes que consultan son psiquiátricamente, de mayor complejidad, en muchos casos por comorbilidad de otras patologías.

- La depresión mayor y/o distimia, coexiste en el cincuenta a setenta por ciento de las pacientes, con trastornos alimentarios.
- TOC en el diez a trece por ciento, de ellos en general y se eleva a veinticinco por ciento en anoréxicas exclusivamente.
- En pacientes con BN, se han comunicado tasas elevadas de:
 - trastornos por ansiedad (cuarenta y tres por ciento)
 - abuso de sustancias (cuarenta y nueve por ciento)
 - trastorno bipolar (doce por ciento)
 - trastornos o alteraciones de personalidad (cincuenta al setenta y cinco por ciento) con síntomas disociativos y/o conductas impulsivas como robo, gastos excesivos, promiscuidad y automutilación

Por último, se han descrito aumento de la tasa de AN en familiares de primer grado de estas pacientes mientras que en los de las bulímicas se han visto mayores tasas de abuso de sustancia (sobre todo alcoholismo), trastornos afectivos y obesidad.-

En relación a las familias de pacientes portadoras de trastornos alimentarios, se pueden destacar algunas características:

- Aglutinamiento con proximidad extrema de las relaciones familiares y escasa diferenciación interpersonal.
- Sobreprotección, con necesidad de amparo recíproco.
- Rigidez, dificultades para tolerar los cambios.
- Ausencia de resolución de conflictos, se niegan o se postergan.

La pregunta que surge es ¿ qué relación hay entre lo que la anoréxica o la bulímica hace soportar a su entorno familiar y lo que ella soporta de la familia o ha soportado anteriormente? , la patología sería una respuesta a esta doble presión?

Tratamiento

La Asociación Psiquiátrica Americana plantea algunas directivas para la práctica clínica en las patologías alimentarias.

Siendo tanto la A.N. como la B.N.,

- procesos del punto de vista médico, psicopatológico e interpersonalmente complejos
 - con múltiples diagnósticos interrelacionados,
- requieren un tratamiento planificado y global con
- atención médica especializada
 - psicoterapia individual y/o grupal (cuando el paciente está medicamente preparado)
 - terapia familiar

En el caso de la Anorexia Nerviosa el objetivo central y precoz del tratamiento es obtener un Peso Diana, que se define como aquel peso corporal saludable, que permite la recuperación de la función reproductiva normal, con la consecuente desaparición de la desmineralización ósea

Se utiliza el índice de masa corporal, como indicador del estado nutricional, que se obtiene de la relación del peso (en Kg), sobre la talla (en m), al cuadrado.

Lo normal serían valores de 20 a 25 de I.M.C.

Del punto de vista médico se debe establecer consulta con médico general, ginecólogo y/o endocrinólogo y con nutricionista que trabajará directamente

relacionado con el equipo, particularmente con el psiquiatra tratante así como con el psicoterapeuta.

El soporte nutricional es central al comienzo del tratamiento, dado que la realimentación de estas pacientes es la meta temprana.

Es necesario establecer “ guías de consumo diario” para cada paciente según su estado nutricional.

En casos de desnutrición se evita la realimentación por sonda nasogástrica o parenteral hasta que sea posible, dado que el destete posterior se vuelve muy difícil con estos pacientes y porque el éxito de esta primera instancia del tratamiento implica no sólo la recuperación ponderal sino y sobre todo, la recuperación y mantenimiento de hábitos alimentarios adecuados. Se trabajará con el propósito de corregir el modo de alimentación del paciente a través de un plan de pautas alimentarias que apunten a ingestas adecuadas, que se le van proponiendo de modo gradual al paciente. Los controles estrictos de peso, y de ingestas , se llevan a cabo solicitando al paciente , a la familia o eventualmente al personal de enfermería si es durante internación ,que lleve un registro de cada una de las ingestas del paciente en cantidad y calidad de alimentos. En el caso de las bulímicas, la hospitalización es poco frecuente, y sólo se realiza para detener el círculo atracón –vómito en casos graves. En general se las trata en forma ambulatoria o en hospitales diurnos.

Del punto de vista del tratamiento psiquiátrico farmacológico, si bien se ha ensayado con multiplicidad de medicamentos , los más utilizados por ser de mayor efectividad son:

1. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina .
Floxitina, sertralina , paroxetina , fuvoxamina, citalopram entre otros son los más utilizados , en dosis altas, tanto durante la fase de recuperación , como en la de mantenimiento de peso.
2. Ansiolíticos.
Para disminuir la ansiedad anticipatoria frente a las comidas, síntoma muy frecuente .
3. Neurolépticos y antipsicóticos de nueva generación.
En dosis bajas mejoran la ansiedad y alivian la ideación psicótica .
4. IMAOS, como la Fenelzina ,han dado buenos resultados especialmente en pacientes con depresión atípica y bulimia , pero se pueden administrar sólo en casos en los que

haya una evaluación detallada de la capacidad del paciente para evitar alimentos que contengan tiramina.

El tratamiento psicoterapéutico individual, a grandes rasgos, apunta a establecer el proceso de separación – individuación en estos pacientes jóvenes que les permita lograr su identidad personal y sexual, un mejor manejo de sus afectos, así como la mejoraría de las disfunciones vinculares.

La psicoterapia familiar es necesaria en pacientes adolescentes tempranas, menores de 18 años y más efectiva cuando la enfermedad lleva poco tiempo de evolución.

La línea cognitivo- conductual :

- se orienta al problema y está dirigida al presente y futuro
- se dirige a mantener una conducta alimentaria saludable,
- así como al logro de una introspección madura y de mecanismos de adaptación más eficaces.

El éxito de la terapia cognitivo conductual depende de:

- en gran parte de la voluntad del paciente, de jugar un rol activo en el tratamiento
- y de la realización de las tareas domiciliarias continuas que suelen ser bastante dificultosas.

Para la Bulimia:

Se recomiendan alrededor de 19 sesiones, con una frecuencia de una por semana. Y se plantean tres etapas de tratamiento.

La 1ª etapa se focaliza en los cambios de comportamiento:

- Establecimiento de una buena relación terapéutica

-Educación del paciente sobre el impacto que tienen las cogniciones en el mantenimiento de la bulimia con la explicación de lo necesarios que son los cambios tanto a nivel cognitivo como conductual.

-Control de peso semanal regular

-Educar al paciente sobre la regulación normal del peso, sobre los efectos adversos del dietar, sobre las consecuencias de los atracones, el vómito autoinducido y el abuso de laxantes.

-Reducir la frecuencia de los atracones introduciendo un esquema de comidas regulares y el uso de conductas alternativas, por ejemplo actividades que los distraigan, cepillado de dientes durante el atracón, ingesta de agua, etc.

La 2ª etapa se agregan a la anterior una variedad de procedimientos para reducir la restricción alimentaria y se desarrollan estrategias cognitivas y comportamentales para resistir los atracones. Se focaliza más en las modificaciones cognitivas.

-Eliminación de la realización de dietas.

-Enseñar técnicas de realización de problemas

-Reestructuración cognitiva del pensamiento dicotómico del todo o nada, como por ejemplo hay comida buena y mala, sentirse completamente controlados o completamente fuera de control, ser delgada es ser atractiva, exitosa y feliz, con su correlato para la gordura.

La 3ª etapa el objetivo es establecer estrategias de prevención de recaídas, el objetivo principal es poder anticipar con el paciente las futuras dificultades y encontrar técnicas para poder resolverlas.

Para la Anorexia:

La duración del tratamiento es de uno a dos años y se divide en tres fases

-Crear confianza y establecer los parámetros de tratamiento.

-Cambiar las creencias relacionadas con el peso y la alimentación.

-Prevenir la recaída y preparar la finalización.

Dos veces por semana en la fase 1, una vez en la fase 2 y más espaciados en la tercera.

Los errores cognitivos más habituales son:

-Abstracción selectiva, esto es basar una conclusión en detalles aislados, ignorando la evidencia más saliente y contradictoria. Por ejemplo:

“ No me puedo controlar, ayer cuando cené en el restaurante, comí todo lo que sirvieron aunque había decidido antes de ir que iba a comer muy poco. Soy muy débil”

-Sobregeneralización, extraer una conclusión y generalizarla de un hecho en particular. Por ejemplo: “ cuando comía carbohidratos era gorda, para ser flaca no debo comerlos.

-Magnificación, sobreestimación de la significación de eventos con consecuencias no deseadas. Por ejemplo: “ Si alguien comenta sobre mi peso, no voy a poder tolerarlo”.

-Razonamiento dicotómico de todo o nada.

-Personalización, interpretación o sobreinterpretación de elementos relacionados con uno mismo.

-Pensamiento supersticioso, creencia de causa –efecto de eventos no contingentes. Por ejemplo:” No puedo disfrutar de algo porque no va a durar”.

La terapia analítica,

- es de aplicación posterior en el tiempo, es decir se inicia en pacientes con la mejoría nutricional establecida,
- se plantea objetivos a más largo plazo, se proyecta a mayor tiempo de tratamiento,

- apuntando a la psicopatología que produjo el trastorno de la conducta alimentaria, tanto en lo que concierne a la conflictiva crítica de la adolescencia, como al abordaje de conflictos más arcaicos con origen en disfunciones vinculares primarias.
- Se realiza en forma individual o grupal.

La psicoterapia grupal se ha ensayado más frecuentemente y con bastante éxito en pacientes bulímicas, en grupos en los cuales se busca cierta homogeneidad clínica y sociodemográfica y se incluyen algunas pacientes con sintomatología liviana que faciliten al grupo el pasaje rápido de los problemas alimentarios concretos, a otros psicológicos ligados al trastorno alimentario en sí mismo

En la terapia analítica es fundamental:

- Instaurar una relación que sea asumida con suficiente continuidad que prevenga de interrupciones tempranas del tratamiento, vinculadas a las frustraciones. A menudo las pacientes utilizan y manipulan al terapeuta para el sistema de sus bloqueos narcisistas.
- Es frecuente el conflicto intenso madre-hija, frente al cual se transfiere al terapeuta la restauración de la ley, con la posibilidad de elaboración de las transgresiones y de la agresividad. La efectividad del terapeuta se vincula a la capacidad de identificarse con la paciente sin perder posición terapéutica
- lo central con estas pacientes es LA CONTRATRANSFERENCIA que ellas inducen -por su aspecto
-y por su comportamiento
al mostrar el mayor apetito hacia la vida cuando instalan la muerte en su cuerpo.
- A menudo es necesario evitar centrar la interpretación de los conflictos orales-alimentarios, para prestar una atención mucho más amplia a los aspectos narcisistas y a la contradicción que se organiza alrededor de la representación propia.

- Se trata de poderle ofrecer a la paciente a través del vínculo transferencial la posibilidad de una nueva re-organización de las primeras modalidades de relación madre-hija, que no comporten la severa distorsión que las aqueja. Se propone experiencias relacionales correctoras a fin de darle a la paciente lo que no recibió en su infancia, **RESPUESTAS ADECUADAS A SUS NECESIDADES REALES.**
- El acento debe ponerse en el reconocimiento de la paciente, y cómo vive ella su vida, alentando las iniciativas propias, así como en las posibilidades de conocerse mejor a sí mismas con el tratamiento. Se debe evitar que la paciente se sienta sometida a la interpretaciones de alguien que se presente como si conociera mejor que ella, lo que ocurre en ella, esto pone en duda la identidad propia sostenida por la patología, y pone en duda la posibilidad de control de sus vidas, lo cual genera temor intenso a ser manipulada desde el exterior o a estar vacía y ser incapaz de todo.
- El objetivo es entre otros, la salida progresiva del sentimiento de impotencia en el que se sumergieron , como resultado de la imposibilidad de reconocer sus propios deseos.

Pronóstico

Datos de la A.P.A., muestran que el 45% de las A.N., tienen una buena evolución de la recuperación ponderal a 4 años. Con una mortalidad precoz de 4% por paro cardíaco y suicidio , como causas más frecuentes.

En la B.N., entre el 50 y 90 % , mejoran los atracones con inducción del vómito. En los casos graves con síntomas incapacitantes , se considera buen pronóstico, cuando el episodio atracón- vómito se mantiene menos de una vez al mes.