

Inés NOGALES BACARIZA

EL PAPEL DE LA ANSIEDAD EN LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS

Trabajo de Fin de Carrera
Dirigido por
Montse GINER LLADÓS

Universitat Abat Oliba CEU
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Licenciatura en Psicología

2007

*La mujer alcanzó la perfección.
Su cuerpo
muerto muestra la sonrisa de realización;
la apariencia de una necesidad griega fluye por los pergaminos de su toga:
Sus pies
desnudos parecen decir:
hasta aquí hemos llegado, se acabó.*

SYLVIA PLATH¹

¹ Del poema *Filo*, recopilado en *Ariel* (Hiparión, sexta edición, 2001)

Resumen

El objetivo de este proyecto es demostrar la coexistencia de los trastornos ansiosos en la patología de la conducta alimentaria. En primer lugar se encuentra la descripción detallada de las alteraciones de la conducta alimentaria y sus factores de vulnerabilidad. Posteriormente, y tras la explicación de los trastornos de ansiedad, se muestran estudios científicos sobre la comorbilidad de ambos, para reforzar la importancia de la implicación de la ansiedad en el pronóstico terapéutico de la patología de la conducta alimentaria. En todos los estudios realizados sobre éste último, se ha llegado a la conclusión que existe una comorbilidad con trastornos ansiosos, sobre todo el obsesivo-compulsivo y la fobia social en la anorexia nerviosa, así como el trastorno por estrés postraumático en la bulimia nerviosa.

Resum

L'objectiu d'aquest projecte és demostrar la coexistència dels trastorns ansiosos en la patologia de la conducta alimentària. En primer lloc es troba la descripció detallada de les alteracions de la conducta alimentària i els seus factors de vulnerabilitat. Posteriorment, i després de l'explicació dels trastorns d'ansietat, es mostren estudis científics sobre la comorbiditat d'ambdós, per a reforçar la importància de la implicació de l'ansietat en el pronòstic terapèutic de la patologia de la conducta alimentària. En tots els estudis realitzats sobre aquest últim, s'ha arribat a la conclusió que existeix una comorbiditat amb trastorns ansiosos, sobretot obsessiu-compulsiu i la fòbia social en l'anorèxia nerviosa així com el trastorn per estres posttraumàtic en la bulímia nerviosa.

Abstract

The aim of this project is to prove the coexistence of anxious disorders in pathologies of eating behaviour. First there will be described the detailed of the eating disorders and the vulnerability-factors. Then, and after explained the anxiety disorders, there will be show scientific studies about comorbilidad of both disorders to reinforce the importance of implication from anxiety in the therapeutic prediction for eating disorders. In all realized studies mentioned in this project, it has come near to the conclusion that the

coexistence of anxious disorders is a fact, especially the obsessive-compulsive disorder and the social phobia in the anorexia nervosa, as like the posttraumatic stress in the nervous bulimia.

Palabras claves / Paraules claus / Keywords

Trastornos de la conducta alimentaria - Trastornos de ansiedad – Comorbilidad – Prevalencia - Factores de riesgo – Tratamiento - Prevención

Eating disorders – Anxiety – Comorbidity – Prevalence - Risk-factors – Treatment - Prevention

Tastorns de la conducta alimentaria - Trastorns de l'ansietat – Prevenció – Comorbiditat - Factors de risc – Prevalença - tractament

Sumario

| | |
|---|----|
| Introducción | 9 |
| 1. Historia de los Trastornos de la Conducta alimentaria | 11 |
| 1.1. Anorexia Nerviosa | 11 |
| 1.2. Bulimia Nerviosa | 12 |
| 2. Definición de los TCA | 13 |
| 3. Tipos de TCA | 14 |
| 3.1. Anorexia Nerviosa | 14 |
| 3.2. Bulimia Nerviosa | 18 |
| 3.3. TCA no especificado | 21 |
| 3.4. Obesidad | 22 |
| 4. Etiología global de los TCA | 24 |
| 5. Diagnóstico diferencial de los TCA | 30 |
| 5.1. Diagnóstico diferencial con AN | 30 |
| 5.2. Diagnóstico diferencial con BN | 31 |
| 6. Epidemiología | 32 |
| 6.1. Incidencia y prevalencia | 32 |
| 7. Comorbilidad de los TCA | 34 |
| 7.1. Comorbilidad con trastornos de la personalidad | 34 |
| 7.2. Comorbilidad con otros trastornos clínicos | 36 |
| 8. Pronóstico | 39 |
| 9. Ansiedad | 40 |
| 9.1. Manifestación | 40 |
| 9.2. Pensamiento | 41 |
| 9.3. Organismo | 41 |
| 9.4. Comportamiento | 41 |
| 9.5. Situaciones que provocan ansiedad | 42 |
| 9.6. Diferencia entre estrés, miedo y ansiedad | 43 |
| 10. Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-IV-TR | 44 |
| 10.1. Trastornos de pánico sin agorafobia | 44 |
| 10.2. Trastornos de pánico con agorafobia y agorafobia sin ataques de pánico | 44 |
| 10.3. Fobia específica | 45 |
| 10.4. Fobia social | 45 |
| 10.5. Trastorno obsesivo-compulsivo | 45 |
| 10.6. Estés postraumático | 46 |

| | | |
|--------|---|----|
| 10.7. | Ansiedad generalizada | 46 |
| 10.8. | Trastorno de ansiedad por enfermedad médica | 47 |
| 10.9. | Trastorno de ansiedad inducido por sustancias | 47 |
| 10.10. | Ansiedad inespecífica | 48 |
| 11. | Causas de la ansiedad | 48 |
| 11.1. | Causas genéticas | 48 |
| 11.2. | Experiencias infantiles | 49 |
| 12. | Relación entre TCA y TA | 50 |
| 12.1. | Anorexia nerviosa y TA | 55 |
| 12.2. | Bulimia Nerviosa y Síndrome de Estrés Postraumático | 55 |
| 12.3. | Conclusiones sobre las investigaciones | 56 |
| 13. | Tratamiento | 56 |
| 13.1. | Escuelas de tratamiento en TCA y TA | 58 |
| 14. | Prevención | 63 |
| 15. | Conclusión | 65 |
| 16. | Bibliografía | 67 |

Introducción

Los rápidos cambios en los estilos de vida experimentados en los últimos años en las sociedades desarrolladas han dado lugar a un preocupante aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Por otro lado, la sociedad actual ha situado el culto al cuerpo y la imagen personal en un lugar destacado como instrumento de éxito social. Este hecho ha desencadenado situaciones paradójicas, en las que frente a un aumento progresivo de los problemas de exceso de peso corporal, los medios proyectan como canon de belleza ideal una figura extremadamente delgada. Una proporción considerable de la población adolescente, especialmente la femenina, refiere no estar satisfecha con su imagen corporal, se ve gorda y tiende a hacer dieta bien de forma intermitente o continua, introduciendo conductas alimentarias inadecuadas que las coloca en situación de riesgo nutricional. Los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son problemas de salud que han suscitado cierta alarma e inquietud en nuestra sociedad en los últimos años. El deseo de estar delgada, la falta de autoestima, relaciones interpersonales problemáticas y/o el abuso de sustancias son factores de riesgo para la evolución hacia un trastorno de la conducta alimentaria.

La Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia de la A.E.P. se refiere en un artículo publicado en su página web a unas investigaciones realizadas por el profesor titular de pediatría de la Universidad Autónoma de Madrid y Jefe de la Sección de Endocrinología y Laboratorio de Investigación, Dr. Jesús Argente, que expuso sus resultados en el XXIX Congreso Nacional de Pediatría en Tenerife del 14 al 17 de junio del 2000. Según sus investigaciones, se estima una prevalencia del 1% en mujeres adolescentes de países occidentales para la anorexia nerviosa y entre un 2 - 4% para la bulimia nerviosa. Considerando los casos que cumplen todos los criterios diagnósticos según el DSM-IV, la prevalencia de la anorexia nerviosa es del 0,5 – 1% en mujeres adolescentes jóvenes y entre 1 – 3% para la bulimia nerviosa. La prevalencia de síndromes parciales puede situarse en torno al 5 – 10%. Desde entonces no se han publicado actualizaciones sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

Quien sufre trastornos de la conducta alimentaria (TCA en adelante), también suele manifestar síntomas psiquiátricos como depresión, trastornos de ansiedad (TA en adelante) y comportamiento obsesivo-compulsivo. El TA muchas veces se manifiesta anteriormente y es comorbido con los TCA y, si no se tratan, pueden mantenerse después de la recuperación.

Entre los tipos de TCA se encuentran la anorexia nerviosa (AN en adelante), que se caracteriza por el rechazo de la ingesta de calorías suficientes para sustentarse a sí mismo, y la bulimia nerviosa (BN en adelante) que se caracteriza por atracones de comida y la posterior purga de estos.

La relación entre ansiedad y el comer disturbado ha sido el sujeto de varios estudios, sobre todo extranjeros. Se supone que los miedos sociales, el malestar con el pensamiento de ser juzgado por el entorno social o la ansiedad generalizada puede ser un importante primer paso para el desarrollo de un TCA, particularmente AN. Con ambos, AN y BN, puede haber determinantes genéticos que juegan un papel en la conexión con la ansiedad. Lisa Lilienfeld, doctora en filosofía, psicóloga y profesora asistente en la Universidad del Estado de Georgia en Atlanta EEUU desde 1998, forma parte de un estudio de colaboración internacional, creado por la Price Foundation, institución que investiga factores genéticos que puede contribuir en el desarrollo de TCA. Según Lilienfeld, los TCA son sustancialmente mediados por factores genéticos, y las investigaciones se realizan para determinar cuales pueden ser estos genes. La realidad nos indica que en algunos TA hay mayor prevalencia con TCA en general y los TA específicos también pueden estar vinculados con TCA específicos. En sujetos que padecen AN se ha encontrado una tasa mayor de trastornos obsesivos-compulsivos (TOC en adelante), trastornos de personalidad obsesivo-compulsiva y también ansiedad generalizada (AG en adelante), fobia social y fobias simples. Mujeres diagnosticadas de BN tienen un índice mayor en trastornos por estrés postraumáticos (TEP en adelante) y TOC.

1. Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.1 Anorexia Nerviosa

En el siglo XVII el médico inglés Richard Morton escribe “A Treatise of Consumptions”, donde se relata por primera vez el cuadro clínico de la anorexia nerviosa en una joven de 20 años que murió a los tres meses rechazando los consejos terapéuticos de Morton. Este mismo autor describió también un caso parecido en un varón de 16 años al que prescribió una cura de reposo con práctica de la equitación y abstención de los estudios. Este es probablemente el primer caso descrito de anorexia en un varón. Sin embargo, la verdadera individualización de la anorexia nerviosa como entidad clínica no se produce hasta el siglo XIX. Desde entonces, su historia puede resumirse en tres períodos:

- Primer Período

En 1873 casi simultáneamente Lasègue en Francia y Gull en Inglaterra describen casos de restricción alimentaria voluntaria en pacientes jóvenes. Lasègue habla de “anorexia histérica” y Gull de “apepsia histérica”. Los dos utilizan el término histeria porque la histeria era un concepto de moda por aquel entonces. Cuando Gull reconoce que las pacientes no tienen ningún déficit de pepsina gástrica, crea el término de “anorexia nerviosa”, denominación que desde entonces ha quedado acuñada. Así pues, estos autores clásicos consideraban “mental” o nervioso el origen del síndrome.

- Segundo Período

En 1914, Simmons describe la caquexia hipofisaria y se abre así una nueva era marcada por la importancia otorgada a la patogenia endocrina en la AN. Los endocrinólogos consideran entonces la anorexia nerviosa como una forma de panhipopituitarismo que precisa un tratamiento hormonal. Tienen que pasar casi 25 años hasta que en 1938 Sheehan describa la verdadera necrosis hipofisaria del posparto y deshaga el equívoco. Sin embargo, hasta los años 50 persistieron hipótesis endocrinológicas para explicar el origen de la AN.

- Tercer Período

A partir de los años 60, se producen múltiples tentativas de explicaciones psicopatológicas profundas que se basan en su mayor parte en el modelo de la

neurosis. Así se insiste en la diferenciación que debe establecerse entre anorexia, primaria y secundaria, relacionando ésta última con una patología psiquiátrica subyacente como la histeria, el delirio de envenenamiento o la depresión grave. En 1973, Hilde Bruch destaca la importancia de los trastornos de la imagen corporal que presentan estos pacientes y las dificultades que tienen de interpretar los estímulos metabólicos internos, como por ejemplo el hambre y la saciedad.

A partir de ese momento los métodos terapéuticos empiezan a diversificarse y adquiere un gran protagonismo la terapia familiar defendida por los modelos. Desde los años 70 hasta la actualidad se han impuesto los enfoques multidimensionales más eclécticos que han intentado aunar las tendencias genéticas, con las psicológicas y las sociológicas. Destacan aquí autores muy importantes como Garner y Garfinkel. Para estos autores la AN es un trastorno diferenciado de patogenia compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes de naturaleza psicológica, biológica/genética, social y cultural.

1.2 Bulimia Nerviosa

En cuanto a los antecedentes históricos de la bulimia tampoco son recientes. El término bulimia se deriva del griego *bous*, *buey* y *limos*, hambre. En 1743, James describe en el Diccionario Médico de la Universidad de Londres un cuadro clínico que denomina "*True Boulimus*" caracterizado por una intensa preocupación por la comida y episodios de ingesta voraz en un corto espacio de tiempo, seguidos de períodos de ayuno. Describe además una segunda variante que denomina "*Caninus Appetitus*" en la cual la ingesta voraz se sigue de vómito. Janet en el año 1903 en su obra "Las obsesiones y la psicastenia" describe cuatro casos de síndrome bulímico. Pero aunque evidentemente la bulimia tampoco es un trastorno nuevo, hasta los años 70 no llegaría a individualizarse como entidad nosológica independiente. En 1976, Boskind-Lodhal describe un síndrome dominado por episodios de sobreingesta al que denomina "bulimarexia" y en 1979 Palmer describe un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por accesos de voracidad que él denomina "síndrome del caos alimentario". Pero el término y la verdadera individualización de la bulimia se deben a Russell que en 1979 la define como una variante funesta de la anorexia nerviosa.

Este autor fue el primero que hace una descripción completa del cuadro clínico, establece los primeros criterios diagnósticos e introduce el término "Bulimia Nerviosa". Un año más tarde la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) incluyó la bulimia en su

Manual Diagnóstico DSM-III dándole carta de naturaleza como trastorno mental junto a la AN. Las tres características fundamentales que Russell atribuyó a la BN son:

1. los pacientes sufren impulsos imperiosos e irresistibles de comer en exceso,
2. buscan evitar el aumento de peso con vómitos y/o abuso de laxantes y
3. presentan un miedo morboso a engordar.

2. Definición de los TCA

El término “Trastornos Alimentarios” se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta, es decir, la base y el fundamento de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Se entiende, pues, que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia, pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica. Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes, y no enfermedades específicas con una causa, un curso y unas características comunes, por lo que es mejor conceptualizarlos como síndromes y clasificarlos según el conjunto de síntomas que presentan.²

Los TCA son trastornos psiquiátricos, en los que el miedo a engordar y al rechazo de los demás, la alteración de la percepción del peso y la silueta y la dependencia de la opinión de los otros, determinado por factores biológicos y de personalidad, provocan alteraciones graves de la conducta alimentaria y de la vida afectiva. Son problemas de salud que se manifiestan como alteraciones llamativas en los hábitos relacionados con la comida, trastornos del comportamiento alimentario y que a veces, cuando no se tratan, pueden poner en peligro la vida de las personas que lo sufren.

Los autores Cabranes, J.A.; Gil, I.; Gómez Candela, C.; Gual, P.; Julián, R.; Ponce de León, C.; et al. Definen este trastorno como sigue.

“Los TCA se caracterizan por la desregulación del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez.”³

² *Tratamiento multimodal de los trastornos de la conducta alimentaria.* Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría, 3, 69-73

³ Cabranes, J.A.; Gil, I.; Gómez Candela, C.; Gual, P.; Julián, R.; Ponce de León, C. et al. *Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario dirigido a médicos de*

Los dos autores y pedagogos Joseph María López Madrid y Neus Sallés Tenas definen los TCA de de la siguiente forma:

“Los trastornos del comportamiento alimentario se definen como enfermedades mentales que afectan al cuerpo de las personas. Se caracterizan principalmente por la gran insatisfacción corporal que sufre el individuo, es decir, las personas no se gustan, pero además, tienen pensamientos distorsionados por lo que respeta a la comida, a su cuerpo o a su peso.”⁴

3. Tipos de TCA

3.1 Anorexia Nerviosa

La AN – en general - se caracteriza por la incapacidad de comer normal, con deseo de bajar de peso, por la preocupación obsesiva de la imagen, el peso y la comida. Manifestaciones como la pérdida de peso y de la menstruación (amenorrea), enfermedades y debilidad son también características de la AN. En las personas con este tipo de TCA se observa una distorsión de su imagen corporal y un cambio de carácter, la aparición de ansiedad y depresión, y por el disgusto consigo mismo. El esquema o la imagen corporal, En términos generales, es entendido como un conjunto de representaciones mentales que tenemos de nuestro propio cuerpo. En ocasiones la imagen que tenemos de nuestro cuerpo o algunas de sus partes o componentes como la nariz, orejas, rostro en general, estatura, proporciones del busto, no nos complace, y la rechazamos en función de que no se corresponden con el “ideal de belleza” que predomina en el grupo o entorno social. El modo en que nos sentimos con nuestra imagen corporal influye en la manera en que nos valoramos, y también en nuestro malestar o bienestar, en dependencia del tipo de emociones y sentimientos que nos provoca. Así, el culto hacia la delgadez, a la figura ideal, a modelos con determinada estatura y complexión física, hace que muchas personas, en particular los jóvenes, se sientan descontentos con su figura, con su propio cuerpo, que rechazan por completo o a alguna de sus partes, lo que provoca diversos malestares que pueden llevar a la aparición de ciertos trastornos emocionales, acompañados de distorsión de la propia

atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones, 2000

⁴ LÓPEZ MADRID, J.M.; SALLÉS TENAS, N. *Prevención de la anorexia y la bulimia; Educación en valores para la prevención de los TCA.* Ediciones Culturales Valencianas, S.A., 2005

imagen corporal y de la búsqueda, a toda costa, del ideal de belleza, que no siempre resulta accesible o racional en función del genotipo u otras razones genéticas o culturales.

En la AN, las estrategias para perder peso se consiguen a través de diferentes conductas, como la restricción calórica, ayunar, ejercicio intenso, el uso de diuréticos y/o laxantes e incluso vómitos autoinducidos. Muchas personas enfermas de AN niegan padecer este tipo de trastorno y suelen sentirse gordas aunque estén muy por debajo de su peso normal. Las personas anoréxicas suelen experimentar una sensación de control cuando restringen su ingesta alimentaria.

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Textos revisados) la AN se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

El DSM-IV-TR distingue además dos tipos de AN, la restrictiva y la purgativa. Se denomina AN restrictiva cuando la persona durante el episodio de AN no recurre a atracones o purgas, es decir, no ingiere compulsivamente grandes cantidades de comida, desde un punto de vista subjetivo de la persona - ya que las cantidades dependen de lo que ingiere normalmente (si suele comer tres galletas al día, cinco pueden parecerle una cantidad desmesurada) - ni vomita posteriormente lo ingerido. Si el individuo recurre regularmente a atracones o vómitos, se le denomina AN compulsiva o purgativa.

Los criterios diagnósticos del CIE-10 (décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades) son:

- Pérdida de peso significativa. En prepúberes, fracaso en la ganancia de peso esperable.

- La pérdida de peso es autoinducida mediante evitación de alimentos que engorden y dos o más de los siguientes síntomas: vómitos autoinducidos, toma de laxantes, exceso de ejercicio físico, uso de inhibidores del apetito y/o diuréticos.
- Una psicopatología específica según la cual persiste como idea sobrevalorada e intrusiva el horror a la gordura y/o la flacidez, y la paciente se impone un umbral de bajo peso.
- Un trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como falta de interés sexual e impotencia. Puede haber niveles elevados de GH y cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anormalidades en la secreción de insulina.
- Si la aparición es prepuberal, se interrumpe el crecimiento. En las niñas no se desarrollan los pechos y hay amenorrea primaria, en los niños los genitales permanecen juveniles. Con la recuperación generalmente se completa la pubertad pero se retrasa la menarquía.

La diferencia entre ambas clasificaciones radica en que la CIE-10 tiene un carácter eminentemente descriptivo. Establece diagnósticos con definiciones para cada uno de ellos. CIE-10 (décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud) es un sistema pensado con finalidad básicamente epidemiológica, por este motivo es menos precisa y permite mayor juego en la apreciación clínica (como señalan E. Requena y A. Jarné en Manual de Psicopatología clínica). Esta clasificación es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El DSM-IV (cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (APA) funciona por criterios y surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó incorporando desarrollos de la experiencia clínica, así como avances de la investigación. Uno de los objetivos de este manual es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares).

En Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) ó CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por este motivo en la mayoría de trastornos del DSM-IV figuran dos códigos.

Volviendo a la sintomatología de la AN, se considera como manifestaciones generales para el inicio de la enfermedad, un peso por debajo del 85% esperado, amenorrea (ausencia temporal o permanente del flujo menstrual), lanugo (vello), alopecia (caída de cabello), hipotensión (presión arterial baja), hipotermia (descenso no intencional de la temperatura corporal por debajo de 35°), bradicardia (descenso del ritmo cardíaco), piel seca, estreñimiento, lipotimia (breve pérdida de conocimiento o desmayo), anemia (deficiencia de hierro en la sangre), hipercolesterolemia (presencia de colesterol en sangre por encima de los niveles considerados normales) e hipovitaminosis (carencia vitamínica) suelen aparecer en función de la gravedad del trastorno. Cuando más grave el trastorno y más avanzado en su desarrollo, se manifiestan más síntomas. Estos pueden incluso ser razón de ingreso hospitalario del individuo enfermo.

Las manifestaciones conductuales y observables de este tipo de TCA son la restricción alimentaria autoimpuesta, pesarse y mirarse excesivamente al espejo, desmenuzar los alimentos, comer muy lentamente, selección alimentaria por valor calórico, contar calorías, tirar comida, evitar ingestas y rechazar comer en sociedad. También son síntomas observables en personas con AN el consumo de productos dietéticos sin necesidad (por ejemplo, porque tienen un peso normal), problemas de conducta en la mesa, irritabilidad, atracones de comida y purgas ocasionales (en el tipo purgativo), hiperactividad física y ejercicio físico extenuante. En algunos casos se puede observar además una forma de vestir excesivamente amplia y dificultades en mostrar el cuerpo (por ejemplo, evitarán ir a la piscina).

Los síntomas psicológicos son factores intrínsecos de la persona y pueden caracterizarse por una baja conciencia de enfermedad, una baja autoestima, inseguridad general y distorsión del esquema corporal, la autoexigencia y el perfeccionismo. Además suelen ser personas irritables con frecuentes cambios de humor y estados depresivos, inestabilidad emocional, alexitimia (incapacidad del sujeto para identificar las emociones propias y, en consecuencia, la imposibilidad para darles expresión verbal). Las personas que padecen AN también pueden manifestar obsesiones y pensamiento circulares (la repetición de una misma idea).

Referente a los síntomas interrelacionales, las personas con AN suelen aislarse socialmente. Incluso pueden llegar a evitar el encuentro social, al mismo tiempo que suelen depender de las personas de su más cercano entorno. Las mentiras recurrentes y discusiones familiares también suelen ser síntomas relacionales frecuentes en personas con este trastorno.

3.2 *Bulimia Nerviosa*

La BN es, en líneas generales, un trastorno que se caracteriza por una preocupación constante y ansiedad con la comida. Concretamente es un trastorno afectivo determinado por episodios de atracones seguidos por episodios purgativos o episodios de restricción de comida. Los atracones son la ingesta rápida de alimentos con alto contenido calórico en un espacio corto de tiempo. Muchas bulímicas vomitan después de haber tenido un atracón. De todas formas, la purga también puede ser en forma del abuso de laxantes o/y diuréticos, ayunas y/o ejercicio físico excesivo. A diferencia de la AN, que hace mucha actividad física para quemar calorías y adelgazar todo lo posible, aunque no haya ingerido calorías, el objetivo de las bulímicas es compensar con las purgas el descontrol efectuado, no tanto el adelgazamiento en sí, aunque también tienen miedo al aumento de peso. Este ciclo atracón-purga se acompaña normalmente por autoreproches, ánimo depresivo y la conciencia de que la conducta alimentaria no es normal y esta fuera de control. Muchas de estas personas están siempre a dieta pero suelen mantener su peso; están obsesionadas con la imagen que condiciona su vida. La comida alcanza un significado simbólico para la bulímica, y los ciclos atracón-purga pueden ser una manifestación de frustración, disgusto, angustia, miedo, soledad y aburrimiento. Los bulímicos suelen presentar cambios de humor, depresión y desmotivación, y vuelven a la comida para afrontar situaciones estresantes en la vida y suele ir acompañando por otra conducta impulsiva como la compra compulsiva y otras conductas relacionadas con la falta de control de los impulsos y adicciones como el abuso de alcohol/drogas.

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR la BN se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

De la misma manera que en la AN, también en la BN existen dos tipos (según DSM-IV-TR), la *BN compulsiva o purgativa*, que se caracteriza por la provocación regular de vómitos o/y el frecuente y excesivo uso de laxantes, diuréticos o enemas. Si durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso, se habla de la *BN no purgativa*.

Según los criterios diagnósticos según el CIE-10 Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia (atracones) durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel (tope) 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 de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Los indicios clínicos más evidentes de la BN son la oscilación en el peso, alteraciones dentales como erosiones y desgaste de esmalte provocados por los vómitos. Además y según la gravedad del trastorno, son síntomas evidentes la hipopotasemia (bajo nivel del ion potasio en la sangre), anemia, el retraso en el vaciado gástrico, reflujo y estreñimiento, diarreas por laxantes y disfunciones renales. La hipertrofia parotídea (aumento de las glándulas salivares), el signo de Russel (erosiones en las manos que parecen quemaduras provocadas por los vómitos), hematemesis (expulsión de sangre

por la boca), gastritis y esofagitis, conjuntivitis y gingivitis, calambres musculares, lipotimia, arritmias y taquicardia y alteraciones hormonales son otros signos que pueden conducir a un diagnóstico positivo.

En las personas con BN podemos observar un comportamiento compulsivo por la comida muy unida a la pérdida de control con la ingesta. Suelen comer a escondidas, por vergüenza a que la vean descontroladas. Además van al WC inmediatamente tras los atracones para provocarse el vómito o/y usan excesivamente laxantes y diuréticos. También puede ser una característica conductual la potomanía (consumo excesivo de agua), la compulsión con las compras, una irritabilidad notable, cleptomanía y agresividad (hacia los demás o a sí mismo). En algunos casos puede incluso haber amenazas e intentos de suicidio y la predisposición al consumo de tóxicos.

Como en la AN, también en la BN son los factores psicológicos quizás los más importantes y más difíciles de detectar. Entre ellos encontramos la impulsividad e impaciencia, una baja autoestima e inseguridad y baja tolerancia a la frustración. Las bulímicas suelen participar con facilidad en actividades de riesgo (por ejemplo deportes de aventura) y suelen experimentar frecuentemente sensación de pérdida de control. La conciencia de las enfermas suele ser relativa, es decir, muchas saben que tienen un problema con la comida e piensan que controlándose se curaran. Desgraciadamente, se dan cuenta que son incapaces de controlarse, lo que les lleva a la desesperanza y depresión. La ansiedad es un síntoma muy propio de la BN. Además pueden manifestarse ataques de pánico, trastornos del sueño, la falta de concentración y memoria y el sentimiento de culpa.

Los individuos con este tipo de TCA, suelen manifestarse en las relaciones interpersonales muy irritable, por lo que las discusiones pueden ser frecuentes. Los bulímicos pueden tener una gran dificultad en la aceptación de límites familiares, lo que les lleva a mentir, manipular e incumplir los compromisos. Sus relaciones interpersonales suelen ser de dependencia e inestables, además de inconstantes (por ejemplo, frecuente cambio de pareja). Otros síntomas interrelacionales que se observan con frecuencia en la BN son problemas de integración social y relaciones de competencia con los demás.

Otros síntomas evidentes por los cuales se puede reconocer una BN son, cuando los sujetos enfermos hacen frecuentes comentarios sobre su peso con la intención de controlar éste a través de dietas y cuando sus pautas alimenticias alternan entre ayunas y atracones. También es típico que los alimentos consumidos en un episodio de atracón

tengan un alto valor calórico. A pesar de los atracones, la mayoría de los bulímicos tienen un peso normal o ligeramente por debajo o por encima. Un ánimo depresivo y autoreproches suelen ser la consecuencia de un episodio de atracón.

3.3 TCA no especificado

De aquí en adelante, los criterios de diagnóstico y la sintomatología de los trastornos se referirán a la clasificación según el DSM-IV-TR, ya que éste es de uso más común en el ámbito de la psicología clínica.

La categoría de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, según la clasificación del DSM-IV-TR. Algunos ejemplos son:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. Ej., provocación del vómito después de haber comido galletas.)
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (v. Apéndice B del DSM-IV para los criterios que se sugieren.)

Los trastornos por atracón también se encuentran dentro de la clasificación de los TCA no especificados (según el DSM-IV-TR) y se caracterizan por ansiedad con la comida, sobreingesta sin compensación, sobrepeso caracterizado por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. Comida de forma compulsiva con sensación de pérdida de control sobre la misma, atracones de comida sin conductas de compensación, obsesión con la comida que condiciona la vida, uso de la comida como amortiguador emocional, cambios de humor,

depresión y desmotivación, sensación de impulsividad, de pérdida de control y de desorientación vital son otros de los síntomas diagnósticos para este tipo de TCA.

Aunque la sintomatología de los TCANE son muy parecidos a los de la BN, se resume a continuación brevemente los factores clínicos, interrelacionales, conductuales y psicológicos del TCANE.

Entre los síntomas que llevan al clínico a diagnosticar un TCA no específico (TCANE en adelante) se encuentran el sobrepeso u obesidad, alteraciones metabólicas y endocrinas, como un metabolismo lento, problemas articulares y óseos, estreñimiento y lentitud en el vaciado gástrico, digestiones pesadas y flatulencia, aumento del colesterol, triglicéridos y transaminasas.

El entorno puede observar directamente en la conducta de una persona con este tipo de TCA una ingesta mucho más rápida de lo normal y una ingesta sin sensación de hambre incluyendo el comer sin freno hasta sentirse desagradablemente lleno. En el TCANE es característico comer a escondidas, tener desorden en los hábitos alimentarios, tener intentos frustrados de hacer dieta, el abandono de programas de adelgazamiento y dificultad en el control de alimentos hipercalóricos.

Entre los factores psicológicos se encuentran la sensación de pérdida de control sobre la comida, el sentimiento de culpa y autorreproche al recordar la sobreingesta, el uso de la comida como mediador emocional, ideas obsesivas con la comida, baja autoestima y aceptación personal, baja tolerancia a la frustración, impaciencia e impulsividad, dificultad en el control de los impulsos, vulnerable a la aprobación externa e inestabilidad emocional.

En sus relaciones interpersonales, el individuo con TCANE evita comer en público, suele tener relaciones pasivo-agresivas y es frecuente la dependencia interpersonal. Además, a los enfermos les falta de constancia en las relaciones interpersonales, y se implican excesivamente en los problemas ajenos.

3.4 Obesidad

Dada la actual situación y la relación que tiene la obesidad con los trastornos de ansiedad, se merece una mención aparte.

Hace 50 años se introdujo la obesidad dentro de la clasificación internacional de enfermedades y actualmente puede ser considerada una epidemia universal ya que si

en 1995 había 200 millones de adultos obesos en el mundo y otros 18 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso, según los estudios realizados en el año 2000, se estima que unos 300 millones de personas en el mundo son obesas, constituyendo la obesidad un importante problema médico y de salud pública. Contrariamente a lo que pudiera pensarse, la epidemia de la obesidad no está restringida a las sociedades industrializadas, pues en los países en desarrollo se estima que 115 millones de personas sufren problemas relacionados con la obesidad y a menudo su aumento es más rápido en estos países que en los países desarrollados. Es una situación compleja con repercusiones psicológicas y sociales graves y que afecta a todas las edades y grupos socioeconómicos.

La obesidad tiene un origen heterogéneo. Los cambios en la alimentación, e incluso los nuevos hábitos y estilo de vida de las sociedades desarrolladas, son el definitivo desencadenante, ya que el organismo no está dotado del control suficiente para hacer frente a la excesiva oferta energética y/o sedentarismo. El crecimiento económico, la modernización, urbanización y globalización de los mercados de alimentos son algunas de las causas que han llevado a esta epidemia. Los factores ambientales y culturales relacionados con la alimentación y la actividad física están siendo decisivos en el aumento de prevalencia de obesidad observado en los últimos años en el mundo desarrollado. Diversos trabajos han demostrado la clara relación entre actividades sedentarias y acumulación.

También deben tenerse en cuenta las interrelaciones entre los distintos componentes de las dietas, especialmente la proporción de grasas, y el desarrollo de la obesidad, así como los posibles efectos del estrés como desencadenante de la acumulación adiposa. Por tanto, según los datos de los que se dispone hasta ahora se puede suponer que la obesidad humana es, en la mayor parte de los casos, fruto de las diversas interacciones entre factores genéticos (obesidad mórbida) y ambientales (obesidad comórbida) es decir, multifactorial y que sólo excepcionalmente se debe a causas monofactoriales (de origen endocrino, origen hipotálmico y por síndromes genéticos de baja incidencia) de uno u otro tipo.⁵

La obesidad se define como un incremento de la grasa corporal a un nivel que significa un riesgo para la salud. Existe acuerdo universal que su principal causa es un balance calórico positivo, condicionado por un mayor ingreso o un menor gasto energético. Ello puede ser la resultante de un desorden del apetito o una reducción del gasto energético, derivado de causas ambientales o defectos de la regulación endógena. La International Obesity Task Force (IOTF), la Organización Mundial de la Salud (OMS),

⁵Ver artículo en http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/contributing_factors.htm

las sociedades científicas, entre ellas la SEEDO, y los grupos de expertos aceptan en la actualidad como criterio para la definición de obesidad valores para el índice de masa corporal (IMC) (peso en kg/talla en m²) iguales o superiores a 30.

En 1997 el Institute of European Food Studies (IEFS) llevó a cabo un estudio entre los 15 Estados Miembros de la Unión Europea. Sus resultados mostraron que la mayor prevalencia de obesidad se daba en el Reino Unido (12%) seguido de España (11%), siendo la menor en Italia, Francia y Suecia (7%). Por sexo, la prevalencia de obesidad es algo mayor entre las mujeres, siendo la de sobrepeso mayor en los hombres.

En 2002, en el Reino Unido el 23% de las mujeres y el 22% de los hombres eran obesos (IMC>30) comparados con el 8% de las mujeres y el 6% de los hombres en 1980, y el 57% de mujeres y el 65% de hombres tenían sobrepeso o eran obesos (IMC>25).⁶

Los estudios realizados por Palacios y cols (1977) indican que la obesidad se presenta en un 20% - 30% de los individuos (fundamentalmente mujeres mayores de 35 años) y un 9,2% en la infancia. Un estudio realizado por Alonso, Palies, Segovia y Cos (1984) en Castellón de la Plana con escolares de 6-14 años concluyó que el 27% de los escolares eran obesos.

4. Etiología global de los TCA

- Factores predisponentes de los TCA

Son características de la personalidad, biológicas, genéticas y familiares preexistentes en el individuo que, junto con las características socio-culturales, predisponen a desarrollar un TCA.

Hay varios factores de personalidad que predisponen a una persona a sufrir un TCA. Común a todos los TCA (AN, BN, trastornos por atracción y TANE) encontramos factores como:

- baja autoestima
- miedo a madurar
- egocentrismo, personalización
- tendencia a maximizar los fracasos y a minimizar los éxitos

⁶ Ver artículo en http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm

- Factores precipitantes de los TCA

Los factores precipitantes son hechos previos a la aparición del TCA que parecen actuar como desencadenantes de que la enfermedad aparezca. Pero tiene que haber una predisposición previa.

- Factores precipitantes comunes a todos los TCA

- Cambios corporales propios de la adolescencia y la percepción que tienen los adolescentes de estos cambios.
- Cambios de casa (separación de los padres, discusiones familiares, violencia o pérdida de uno de los congéneres).
- Depresión o estados de ansiedad (por ejemplo, pierde el hambre o come compulsivamente).
- Primeros contactos sexuales (relacionados con la satisfacción y la aceptación del propio cuerpo, autoestima).
- fracasos relacionados con el entorno escolar (por ejemplo, ser objeto de burlas, mal estudiante, etc.).
- Traumas como abusos físicos, psicológicos y sexuales.
- Soledad.
- Embarazo (poca capacidad de aceptar los cambios hormonales y de peso que lo implican, miedo a engordar).
- Obsesión causada por el ejercicio físico, dieta y de la desnutrición

- Factores mantenedores de los TCA

Los factores mantenedores son aquellos factores que contribuyen a que la enfermedad, que ya se ha desarrollado, siga presente, siga manteniéndose y persista en el tiempo.

- Factores mantenedores comunes a todos los TCA son

- La alexitimia.
- El egocentrismo.
- La disociación, que es un mecanismo de defensa contra el sufrimiento emocional, es decir, la persona simula encontrarse anímicamente bien mientras que, en su interior esta sufriendo.
- Impulsividad o inestabilidad emocional.
- Victimización.

- Baja conciencia de enfermedad (lo que dificulta el tratamiento).
- Distorsiones cognitivas (por ejemplo del esquema corporal), obsesiones, fobias, manipulaciones.
- Sensación de falta de control, de ineficacia personal.
- Pobre manejo del estrés y/o de la ansiedad.
- Evitación, aislamiento.
- Deterioro de la esfera familiar y social.

Se puede decir que los TCA son una manera desadaptada de afrontar los problemas de la vida, huyendo de la propia realidad. Como ya se ha mencionado, las personas con un TCA exteriorizan frecuentemente una percepción irreal de su cuerpo (se ven más gordas de lo que en realidad son, incluso puede limitarse a una parte concreta del cuerpo), obsesiones, fobias, manipulaciones (mentiras), sensación de falta de control, de ineficacia personal, poca capacidad para enfrentarse a situaciones estresantes o ansiosas, ataques de pánico, evitación, aislamiento y deterioro de la esfera familiar y social.

Los TCA se desarrollan de forma multifactorial, como hemos explicado anteriormente, por lo que es especialmente importante tener en cuenta todos los factores, los biológicos, los psicológicos y los sociales, tanto a la hora de la predisposición, del desencadenamiento como también del mantenedor de la enfermedad. De todas formas, hay que insistir en la importancia los factores sociales predisponentes.

La cultura occidental se caracteriza por la sobrevaloración del éxito, asociándolo con la felicidad, delgadez, dinero, prestigio, cargos importantes, en resumen: valores externos que sean observables. Se aprecia antes el resultado que el esfuerzo. Las sociedades actuales también se caracterizan por el hedonismo, es decir, la búsqueda de gratificaciones al momento sin pensar en las consecuencias (por ejemplo, el consumo de drogas, de alcohol, vivir el momento). A través de los medios de comunicación recibimos imposiciones de modas y modelos. En la publicidad se bombardea con mensajes que incitan a este tipo de vida. Subliminalmente se lanzan mensajes consumistas en los que se quiere hacer creer que, para ser feliz se necesita ese o aquel producto y la vida de uno cambiará a mejor. En el mundo de la moda el modelo estético, sobre todo el femenino vigente es de extrema delgadez, que se traduce en una exigencia: para ser válida y admirada por los demás hay que estar delgada. Un ejemplo de esto es la frase que apuntó la condesa de Windsor: *“ninguna mujer es demasiado rica ni está demasiado delgada”*; una idea que esta fuertemente enraizada en la actual cultura occidental.

Por otro lado, los estilos y valores familiares también han sufrido importantes cambios a lo largo del siglo pasado. En la década de los cincuenta se inició el estudio del trastorno alimentario desde una perspectiva más holística, en donde se reconoció la participación de la familia y no solo del individuo.

Hilde Bruch, psiquiatra que en los años 60 se convirtió en pionera del tratamiento de la anorexia, habla en su libro *"The Goleen Cage"* (1978) de padres sobreprotectores, muy ambiciosos, preocupados por el éxito y la apariencia externa. M. Selvini Palazzoli, por su parte, destaca alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falta de resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación. Las pacientes con AN, antes de enfermar, suelen ser consideradas por sus familiares como especialmente buenas, cumplidas y motivo de orgullo para sus padres, cuando se pregunta qué hizo que estas pacientes que provienen de familias que tienen la apariencia de funcionar bien, se sientan incapaces de enfrentar este mundo, la psiquiatra Bruch confirma que, aunque se manifieste de muy diversos modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres. El error central radicaría en que a pesar de haber un hipercuidado y atención, en realidad éstos se llevarían a cabo teniendo en cuenta las necesidades de los padres y no los deseos del niño. Para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro del hijo sino propio. Para la médico Mara Selvini Palazzoli el objetivo primordial es cambiar las interacciones familiares sin recurrir a explicaciones; reemplazar patrones interactivos disfuncionales que resultan desactualizados. S. Minuchin y colaboradores destacan la tendencia de estas familias a apoyar la expresión somática de los conflictos y las encuadran dentro del perfil de las familias psicósomáticas brotado por las características de organización y funcionamiento que surgen de las convergencias y recurrencias observadas en los patrones de interacción familiar.

Otras características identificadas en las familias con TCA reportadas son: la rigidez, la sobreprotección, familias que aparentemente son unidas, pero esta rigidez se ha manifestado en mantenerse sin cambios, a pesar del desarrollo les cuesta introducir en su sistema nuevas experiencias, en apariencia son familias saludables sin conflictos evidentes, pero en un examen más minucioso revelan dificultades maritales crónicas, pobre comunicación, hostilidad no expresada, depresión y problemas sexuales (Fornari, 1999). No son capaces de percibir necesidades, expresar emociones, hablar de sentimientos y mostrarlos (Neumark, 1999). Muestran incapacidad de establecer relaciones afectivas cercanas, por ello se observa que los pacientes anteponen los deseos y necesidades de los demás a los suyos, pues de lo contrario no consiguen afecto y aprobación.

Desde un punto de vista psicoanalítico clásico o tradicional de Freud, la obesidad, como ejemplo de uno de los TCA, se entiende como una fijación en la fase oral del

desarrollo o como una regresión a la misma, entendiéndose el concepto como un equivalente depresivo o como síntoma de un estado subyacente de depresión. Desde el enfoque psicodinámico se tienen en cuenta las relaciones interpersonales y, concretamente las interacciones tempranas entre madre e hijo, de forma que se considera que los niños obesos tienen más problemas emocionales que los de peso normal, y que los adolescentes obesos se caracterizan por tener una baja autoestima, estar deprimido y tener una pobre autoimagen. Los síntomas de la AN se relacionan, según la corriente psicoanalítica, con la histeria; posteriormente se piensa que los síntomas depresivos del trastorno son debidos a la pérdida de la libido y se relacionan con la melancolía. Más tarde, y desde una perspectiva dinámica abierta, se reflexiona sobre la importancia que una actitud negativa por parte de la madre en la educación y en situaciones de alimentación en la etapa del desarrollo del “yo” pueda estar en el origen de un trastorno de AN.

Para Piaget, el niño se mantiene en un pensamiento egocéntrico, concreto, no pudiendo llegar a la etapa de las operaciones abstractas, lo que origina que, al llegar a la adolescencia, etapa de necesidad de independencia y abstracción, se esté predispuesta a padecer el trastorno. La perspectiva conductista intenta explicar la AN a través del paradigma de evitación (obtención de refuerzo negativo por el alivio que se obtiene al evitar aquellas situaciones aversivas que tienen que ver con las conductas típicas de las anoréxicas: dieta, vómitos, laxantes, etc.), el condicionamiento operante (el rechazo del alimento se ve reforzado de forma positiva por las consecuencias ambientales que le siguen) y el aprendizaje vicario (sobre a través del modelado social que asocia la delgadez a la belleza, al éxito y la competencia social). El modelo cognitivo y sus aportaciones al conductismo clásico hacen hincapié en las cogniciones distorsionadas y en las creencias irracionales de la persona que padece el trastorno, como el razonamiento dicotómico, la sobregeneralización o la magnificación de posibles consecuencias negativas, que provocan que sensaciones corporales (como el hambre) o las emociones (como la tristeza) sean interpretadas de manera errónea como signo de descontrol o de debilidad respectivamente. El modelo cognitivo-conductual defiende que la AN (al igual que en el resto de los TCA) es el producto de un grupo de fuerzas interactuantes: características familiares, factores socioculturales, características de personalidad, hechos precipitantes de la aparición del cuadro (situaciones estresantes, incremento de peso, etc.) y una serie de motivos que harán que se mantenga el trastorno (consecuencia psicológica de la inanición, la interacción familiar o la intervención médica).

En cuanto a la BN, para algunos autores sería un tipo de adicción, por el descontrol de impulsos, mientras que para otros tendría especial relación con estados depresivos

(Jiménez, 1995). En modelos cognitivos-conductuales, un factor principal implicado en el desarrollo y mantenimiento de la BN es la ansiedad, según Carmen Saldaña. En este modelo, las conductas de vómitos y purgas autoinducidas serían conductas de evitación mantenidas por refuerzo negativo, de forma que los vómitos actuarían como reductores de la ansiedad, la ingesta de comida activaría la preocupación y los pensamientos distorsionados acerca de su preocupación por engordar, lo que a su vez le haría sentirse infeliz y agudizaría su baja autoestima. Este proceso podría incluso activarse con pequeñas cantidades de alimento.

Aunque la causa de la anorexia y de la bulimia sigue siendo desconocida, sí se han reconocido por los distintos especialistas una serie de factores que tienen efectos desencadenantes, como ya hemos mencionado con anterioridad. Debido al incremento alarmante de estas alteraciones en los últimos años, todos los investigadores coinciden en afirmar la enorme influencia de los factores socioculturales en esta mayor incidencia.

- Aspectos culturales de los TCA

Antes del siglo XIX los alimentos estaban disponibles para las clases sociales más altas, la comida abundante y la obesidad denotaban poder económico y elevado poder social. Luego, en el siglo XX, gran parte de la población disponía de alimentos de alta densidad calórica y la obesidad prevalecía en clases sociales bajas, mientras que en las clases sociales altas aparece un interés por evitar la obesidad. Aparece el culto a la delgadez y al control alimentario. La población recibe continuamente mensajes contradictorios en lo que hace referencia a la salud y a la alimentación. La presión puede ser tal que los individuos pierdan la noción de su propio cuerpo. Las casas de moda fabrican modelos en los que no incluyen tallas para la población en sobrepeso, y hasta llegan a marcar las prendas con un número menor al que corresponde, creando la fantasía de una imagen corporal más esbelta.

Está demostrado que no hay ningún precipitante único ni particular, sino que es posible determinar sucesos externos desencadenantes, que son similares a los de otras enfermedades psiquiátricas, y en muchos casos los hechos son banales. Lo que sí se determina como común denominador es que la repercusión del suceso para el individuo se percibe como doloroso y de dos maneras:

- a. como una amenaza de pérdida del autocontrol;
- b. como una amenaza o pérdida real de autoestima.

La amenaza a su autoestima y a su sensación de control de su mundo conduce a un incremento de la preocupación por su cuerpo y a la convicción de que sentirá más control de su persona si continúa perdiendo peso. El evento causante del TCA puede ser una separación o pérdida, una disrupción en el equilibrio familiar, nuevas demandas del entorno o una enfermedad física previa.

5. Diagnóstico diferencial de los TCA

Diferenciar una patología de la conducta alimentaria de otros trastornos psiquiátricos es esencial para un diagnóstico adecuado. Tras la búsqueda de síntomas que expliquen la enfermedad, observando al paciente y con ayuda de los manuales diagnósticos, la próxima tarea es la recogida de información adicional (de la historia personal, antecedentes familiares, exploración psicopatológica o pruebas de laboratorio) que permita acortar la lista a la única y más probable enfermedad candidata, la cual se convierte en el diagnóstico inicial que conduce al plan terapéutico inicial. Sin embargo, uno debe dejar la puerta abierta a otras posibilidades. La confirmación de ese primer diagnóstico suele requerir el paso del tiempo, de manera que los síntomas del curso puedan salir a la luz.

En el siguiente apartado nos centraremos únicamente en diferenciar la anorexia y la bulimia de otros trastornos, ya que son estos el punto de partida para las demás alteraciones.

5.1 Diagnóstico diferencial con AN

La AN debe diferenciarse de la pérdida de peso en enfermedades médicas, como por ejemplo la neoplasia, entidades metabólicas o endocrinas (hipertireoidismo), ya que falta en estas el requerimiento de una distorsión de la imagen corporal y de un temor intenso a engordar. La enfermedad médica que provoca una pérdida de peso, suele ir acompañada de pérdida de apetito, e incluye signos, síntomas o hallazgos de laboratorio característicos de la enfermedad médica. También se debe diferenciar la AN de la bulimia, ya que ésta no requiere un peso bajo. La pérdida de peso en trastornos depresivos se puede confundir en un primer momento con la AN, pero en los trastornos depresivos falta el temor intenso a engordar e incluye la presencia de síntomas característicos, como por ejemplo, un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés.

En la esquizofrenia puede existir una conducta alimentaria inusual que no se debe confundir con la presente en AN, ya que en la esquizofrenia no suele haber temor a engordar ni peso bajo, además de incluir síntomas características como ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado. Comparado con la AN, en las obsesiones o compulsiones hacia la comida en el TOC falta el temor a engordar y tampoco hay peso bajo. En el TOC la presencia de obsesiones y compulsiones no se limitan a comportamientos o pensamientos relacionados con el peso, la alimentación o la comida. La evitación de comer en público en la fobia social se debe diferenciar de la AN, ya que, de la misma manera que en los trastornos diferenciales anteriores, falta el temor inmenso a engordar y el bajo peso. Y, por último, en contraposición a la anorexia, la distorsión de la imagen corporal en el trastorno dismórfico corporal no presenta ni temor intenso a engordar, ni bajo peso, sino una preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico. Esta preocupación es excesiva cuando hay anomalías leves reales.

5.2 Diagnóstico diferencial con BN

La bulimia debe diferenciarse de vómitos o diarreas en enfermedades médicas o consumo excesivo de sustancias, ya que son debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica o un consumo de sustancias. Además hay que diferenciar este TCA de los atracones en la anorexia, ya ésta requiere un peso por debajo del 85% del esperado. La anorexia tipo purgativo/compulsivo se diagnostica en vez de bulimia si los atracones aparecen exclusivamente en el transcurso de la AN. La hiperorexia, (exceso de apetito exagerado e insaciable) en los trastornos depresivos también se puede confundir en un primer momento con la BN, pero se diferencia por la ausencia de atracones o mecanismos compensatorios inapropiados y la coexistencia de síntomas característicos, como un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés. Los atracones presentes en los trastornos límite de la personalidad, a diferencia de la BN, no son un mecanismo compensatorio inapropiado y tampoco existe, en este trastorno de la personalidad, una sobrepreocupación por el peso y la imagen corporal, además de coexistir síntomas característicos como la automutilación o relaciones inestables. Por último, hay que diferenciar la BN de los trastornos de la conducta alimentaria no especificado, como por ejemplo los trastornos por atracón, ya que los atracones tienen lugar en ausencia de la utilización regular de mecanismos compensadores inapropiados para contrarrestar los efectos de los atracones.

6. Epidemiología

La epidemiología es la ciencia que se dedica al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas determinadas, así como la aplicación de este estudio a los problemas de salud. Por lo tanto la epidemiología estudia la salud de los grupos humanos en relación con su medio.

Esta ciencia se considera básica para la prevención y una fuente de información para la formulación de políticas de salud pública. La epidemiología estudia, sobre todo, la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad. Las enfermedades no se producen de forma aleatoria; tienen causas, muchas de ellas de origen humano, que pueden evitarse. Por tanto, muchas enfermedades podrían prevenirse si se conocieran sus causas. Los métodos epidemiológicos han sido cruciales para identificar numerosos factores etiológicos que, a su vez, han justificado la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades, lesiones y muertes prematuras.

6.1 Incidencia y prevalencia

Es muy difícil precisar los datos epidemiológicos reales, porque en una gran mayoría de casos, los TCA no son diagnosticados debido a que los pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a los profesionales de la sanidad, y también es infrecuente que lo hagan en el ámbito familiar (Ressler, 1998).

Muchos investigadores se debaten si estamos presenciando realmente un verdadero aumento en las tasas de incidencia y prevalencia de los TCA, realizándose a tal efecto exhaustivos estudios retrospectivos (Devaud, et al., 1995; Steiner y Lock, 1998; Hsu, 1980).

Mientras que para ciertos autores no existe un incremento real de estas patologías, o si lo hay, se trata no obstante de entidades poco comunes, para otros se está produciendo un verdadero incremento de estos trastornos (Scheinberg et al., 1992; Szabo y Tury, 1994; Felker y Stivers, 1994) considerando algunos autores que está incluso alcanzando proporciones epidémicas (Palmer, 1990).

Otros autores afirman que, paradójicamente, la incidencia de AN entre las mujeres jóvenes con un mayor riesgo de padecerla no se ha incrementado significativamente, mientras que sí lo ha hecho entre las de 20 a 30 años (Pawluck y Gorey, 1998).

Este posible incremento en el número de casos puede ser debido a varias causas entre las que, tal y como apunta Chinchilla (1994), encontraríamos para la AN:

- Mejoría del diagnóstico.
- Errores diagnósticos con otros cuadros.
- Mayor tendencia por las dietas en la adolescencia.
- Rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones, asociado con frecuencia con su autoconciencia.
- Necesidades y distingos sociales.
- Problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial distintos a los de generaciones pasadas.
- Falta de rigor diagnóstico tomando como AN y BN a enfermas que no lo son, etc.

Por término medio, la incidencia de la AN viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por 100.000 habitantes, con una prevalencia del 0,5 al 1%.

La incidencia y prevalencia de la BN presentan cifras variables, entre el 1 y 13% y entre el 1 y el 20% respectivamente. Además de la AN y la BN, los síndromes parciales (trastornos alimentarios que no cumplen todos los criterios para las anteriores) tienen una prevalencia e incidencia elevadas en la población adolescente. De este modo, encontramos estudios con una prevalencia del 3,3% (Kinzel et al., 1998) y del 3,2% para el trastorno por atracón, y de prevalencias a lo largo de la vida para los TCANE del 3,0% (Gotestam y Agras, 1995).

- Edad, sexo y genética

Por lo general, se acepta que la AN se inicia en el rango de edad comprendido entre los 10 y los 25 años, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y los 18 años (Sánchez-Planell, 1998). Es poco común en la primera década de la vida o pasada la treintena; sin embargo, con relativa frecuencia se encuentra en la realidad clínica casos en prepúberes o en mujeres adultas.

La relación entre mujeres y varones es de 9-10:1, debido a que casi todos los estudios epidemiológicos confirman que el 90% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres. Estas enfermas suelen ser mujeres solteras, inteligentes y aplicadas, con un predominio de rasgos de personalidad obsesiva y afectivo-angustiosa (Chinchilla, 1994) y de todas las clases sociales, contrariamente al predominio de clases sociales medias-altas que se mantuvo en un principio, estudios epidemiológicos han demostrado una incidencia equivalente en todos los estratos sociales (Garfinkel y Garner, 1982).

Con respecto a la BN, la investigación epidemiológica es más compleja, debido a la reciente delimitación en la clasificación del cuadro y a los diferentes resultados que se obtienen según los criterios diagnósticos y escalas, cuestionarios, autotests, etc., que

se utilicen. Todos los datos apuntan a que la BN es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo la edad media de aparición los 20 años de edad, y la proporción mujeres/varones, al igual que en la AN, de 10:1. Conviene recordar que este trastorno no se desarrolla con un deterioro somático tan rígido y llamativo como la AN, por lo que gran parte de los síntomas de estas pacientes pasan desapercibidos durante mucho tiempo, años incluso, tanto a los ojos del especialista como a los de la propia familia.

Además del sexo femenino y de la raza blanca, se han identificado grupos de alto riesgo para los TCA, como las gimnastas, modelos, azafatas, bailarinas, etc.

En cuanto a los factores genéticos, algunas investigaciones apuntan al importante papel que podrían desempeñar en la AN. Estudios epidemiológicos han demostrado que el riesgo a lo largo de la vida en familiares de primer grado de enfermos afectados de un TCA es del 6% comparado con los familiares de controles, que tendrían un 1%; estudios en gemelos han revelado una mayor concordancia entre gemelos monocigotos (55%) que en dicigotos (7%), estimándose que la vulnerabilidad para la AN que puede ser atribuida a la influencia genética en estos estudios de gemelos llega al 70% (Gorwood et al., 1998).

7. Comorbilidad de los TCA

Aunque en términos generales se considera que la comorbilidad es la presencia de dos (o más) enfermedades, de etiopatogenia (causa y desencadenante) y fisiopatología (procesos físicos y químicos en el organismo) distintas, en un mismo sujeto, se ha aceptado en el ámbito de la Psiquiatría que la comorbilidad psiquiátrica es *“la presencia de un antecedente o síndrome psiquiátrico concurrente que se suma al diagnóstico principal”*, según citan Maser y Cloninger. No obstante, para considerar que los trastornos son comórbidos, ambos deben estar presentes como episodios con expresión completa.

7.1 Comorbilidad con trastornos de la personalidad

El trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

La conceptualización de los trastornos de personalidad (TP en adelante) se basa en unos principios que los definen de antemano: los TP no son enfermedades, más bien son sistemas estructurales y funcionales que se diferencian internamente. No son entidades estáticas y permanentes, sino sistemas dinámicos.

Los TP se empezaron a estudiar recientemente, a partir de la inclusión de estos en el eje II del DSM. La indefinición, la falta de homogeneidad y la ausencia de instrumentos de evaluación adecuados de los TP explican la ausencia de datos epidemiológicos fiables. La frecuencia es sin embargo alta. Los trastornos específicos con una mayor tasa de prevalencia son el límite, el de dependencia, el de evitación (más en mujeres) y el esquizotípico (más en hombres). Las alteraciones de personalidad aparecen asociadas a problemas de conducta. La presencia de un TP junto a un TCA complica el cuadro clínico, por lo que hace más difícil la detección del problema y dificulta el tratamiento además de ensombrecer el pronóstico terapéutico.

Las anoréxicas y bulímicas afectadas por un TP presentan una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, así como mayores dificultades de integración social e intentos de suicidio. La comorbilidad de los TCA con los TP puede oscilar del 51% a 84% de los casos. Según el estudio llevado a cabo por Gartner et al. (1989), 57% de la muestra de pacientes con TCA tenían uno o más trastornos de la personalidad, los más frecuentes eran el límite y el evitador. Otra investigación más matizada es la de Wonderlich et al. (1990); el conjunto de 72% de la muestra cumplía criterios diagnósticos para al menos un TP. En concreto, la personalidad obsesiva era más característica de la anorexia restrictiva, la personalidad límite y la histriónica, de la bulimia. Los TP están clasificados por tres grupos⁷:

- Grupo A: sujetos extraños (trastorno paranoide, trastorno esquizoide y trastorno esquizotípico)
- Grupo B: sujetos inmaduros (trastorno histriónico, trastorno narcisista, trastorno antisocial, trastorno límite)
- Grupo C: sujetos temerosos (trastorno por evitación, trastorno por dependencia, trastorno obsesivo-compulsivo)

La mayor comorbilidad de los TCA con los TP la encontramos con los del grupo C y B, por este orden (Matsunaga et al. 2000).

⁷ Para información más detallada, consultar DSM-IV-TR

En general, cuando los pacientes están hospitalizados, las tasas de comorbilidad son más altas (oscilan del 69% al 74% del total) que en el caso de las pacientes tratadas ambulatoriamente (Wonderlich et al. 1990).

- Comorbilidad de trastornos de personalidad y AN

Existe mayor comorbilidad de la AN restrictiva con los TP del tipo C, sobretodo la personalidad obsesiva y evitada, entre un 25% y un 35% de los casos según estudios realizados por Thornton y Russell (1997). Por el contrario, el 40% de las anoréxicas purgativas presentan una comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad (Piran et al., 1988). En estos casos suelen aparecer, junto con problemas relacionados con el control de los impulsos, automutilaciones, intentos de suicidio, drogas, alcohol, robos, etc.

- Comorbilidad de trastornos de personalidad y BN

En un estudio de revisión, Dolan et al. (1994), encontraron una comorbilidad del 24% al 44% de la bulimia con el trastorno límite de la personalidad. La comorbilidad varía también según el sexo; en hombres con BN hay una mayor tasa de homosexualidad, perfeccionismo y susceptibilidad. En las mujeres con BN predomina la preocupación por el peso y la obsesión por la delgadez.

En ambos casos en los pacientes tratados con éxito existe una menor comorbilidad. Solo el 21% de las pacientes recuperadas con BN y el 20% de las pacientes recuperadas con AN cumplían criterios de TP (Matsunaga et al., 2000). Desde el punto de vista de la evolución terapéutica, el peor pronóstico para un TCA es la comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad, este codiagnóstico es predictor de mayor gravedad en problemas psico-sociales y de conducta (alcohol y drogas), intentos de suicidio, menor capacidad para trabajar y menor satisfacción en las relaciones sociales. En general, hay serias limitaciones en los estudios sobre TCA y TP por el tipo de muestras utilizadas (pacientes ambulatorios u Hospitalares), las diferencias entre criterios diagnósticos utilizados y ausencia de grupos de control clínicos y normativos.

7.2 Comorbilidad con otros trastornos clínicos

En personas que padecen algún tipo de TCA es bastante frecuente encontrar otros trastornos psicológicos. En algunos casos el TCA es un síntoma secundario de otro

trastorno enmascarado, y en otros casos, los trastornos psicológicos son secundarios y enmascaran un TCA. También es posible la coexistencia simultánea de dos o más trastornos, un TCA y otro trastorno psicológico. La persona enferma incluso puede padecer un TCA y manifestar pocos o ningún signo de un trastorno psicológico adicional. Además hay que tener en cuenta que, cuando más tiempo pasa una persona con un trastorno sin tratamiento, aumenta la probabilidad de que, además de los trastornos que ya padece, se suma un trastorno depresivo y/o ansioso. Por esta razón es importante tener en cuenta todas estas posibilidades de coexistencia de trastornos psiquiátricos para poder realizar un diagnóstico adecuado y planificar un tratamiento personalizado.

Algunas de los trastornos clínicos que pueden aparecer en personas con un TCA son TOC, la depresión, trastornos ansiosos y/o un trastorno bipolar (TBP). Además de los trastornos mencionados, también pueden manifestarse, junto con el TCA, comportamientos adictivos (alcoholismo, drogodependencia, etc.) o autodestructivos (autolesiones).

El comportamiento autodestructivo es un mecanismo de defensa que para algunos enfermos de un TCA es una manera de enfrentarse al sufrimiento físico y psíquico real, para otros sirve para entumecer las emociones. Las manifestaciones autodestructivas pueden ser utilizadas para bloquear el sufrimiento emocional o para que la persona se sienta fuerte. Es una manera de manejar el estrés y el miedo, la vergüenza o el sentimiento de culpa, la tristeza y para liberar emociones que han sido reprimidos. La autolesión se puede interpretar como un intento pero nunca como una intención seria de atentar contra la propia vida (aunque algunos mueren en el intento).

Las personas que padecen un tipo de TCA de forma aislada o combinada con otro trastorno psicológico, necesitan nuevas y mejores formas de enfrentarse a las circunstancias de la vida.

- Comorbilidad de TCA con trastornos de ansiedad

No es poco frecuente que las personas enfermas de algún TCA, también sufran algún tipo de trastorno ansioso, y viceversa. Pero no todos los individuos que padecen un TCA o un trastorno de ansiedad (TA en adelante) tienen la otra. Tampoco importa cuál de las dos trastornos es el primario, ya que el secundario suele enmascarar los síntomas y dificultar el diagnóstico.

La prevalencia de personas que padecen ambos trastornos varía según las investigaciones que se han realizado. En una investigación, realizada por la universidad

de Camterbury, con 114 mujeres con bulimia nerviosa, se llegó a la conclusión que el 64% además experimentaban síntomas ansiosos.⁸

Los estudios realizados en la unidad de TCA de la clínica del norte de Sydney (Australia), concluyeron que un 21% de pacientes con AN y BN también padecían TOC⁹. Otro estudio realizado en Rusia con 1500 pacientes bulímicos y anoréxicos concluyó que casi el 95% padecía además un TOC.¹⁰

A pesar de que hay un elevado número de investigaciones que llegan a conclusiones iguales o muy parecidas, también existen estudios cuyos resultados indican que en la mayoría de los casos de TCA los TA aparecen antes.

Según estudios realizado por la Universidad de Iowa, por ejemplo, los adolescentes con desordenes alimentarios tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y viceversa. Los investigadores examinaron la aparición simultánea de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos del estado anímico/afectivo en 672 gemelas entre 16 y 18 años que pertenecen a la Minnesota Twin Family Study (estudio longitudinal de gemelos realizado por investigadores en la universidad de Minnesota – Ciudad de gemelos). Los participantes participaban en entrevistas estructuradas que determinaban la presencia de AN o BN, y valoraban el estado anímico, la ansiedad y el uso de sustancias, ya que los TCA frecuentemente coexisten con trastornos de depresión, trastornos ansiosos y dependencia al tabaco u otras sustancias tóxicas.

En un grupo de 14 gemelas monocigóticas de las que ninguna de las dos padece TCA, el riesgo de desarrollar un TA incrementaba entre las gemelas mellizas sin TCA. Entre 52 parejas de gemelas monocigóticas, de las cuales una presentaba TA, las que no tenían ansiedad tuvieron un mayor riesgo de padecer TCA. Los investigadores especulan sobre la posibilidad de que los TCA y los TA sean en buena parte factores de riesgo familiares, por lo que invitan al mundo científico a realizar investigaciones de mayor envergadura para determinar si se trata de factores genéticos o ambientales, o de ambos, que expliquen una transmisión compartida.

⁸ BULIK CM, SULLIVAN PF, CARTER FA, JOYCE PR (1996). Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA, Joyce PR (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*, 37(5): 368-374.

⁹ Thornton C ,Russell J (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *Int J Eat Disord*, 21(1): 83-87.

¹⁰ Tsvil'ko, M.A.; Korkina, M.V.; Briukhin, A.E.; Bushenina, S.D.; Lineva TIu .*Obsessive-phobic disorders in anorexia and bulimia nervosa*. Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova, 1997

8. Pronóstico

Entre los factores determinantes de un buen pronóstico se encuentran: el diagnóstico y los tratamientos precoces, la ausencia de antecedentes psicopatológicos familiares, el incremento de peso al inicio del tratamiento, el reconocimiento de la existencia de la enfermedad y un buen apoyo familiar. Un buen pronóstico depende de los siguientes factores:

- edad temprana, ya que luego la personalidad está más estructurada y más patológica
- una buena adaptación premórbida
- mejoría de la alteración perceptual y de la imagen corporal

Los factores de mal pronóstico son:

- edad tardía de inicio del trastorno.
- Obesidad premórbida.
- Rasgos bulímicos (en la anorexia).
- Largo tiempo de evolución.
- Mala interacción con la familia o la pareja.
- Si persiste inmadurez sexual.
- Fracaso terapéutico anterior.
- Negación sistemática del trastorno.
- Depresión, conductas obsesivo-compulsivas o quejas somáticas asociadas.

En general se puede concluir que entre un 20% y un 25% evoluciona a la cronicidad con una mortalidad de un 20% al los 20 años. Entre las causas de muerte se encuentran las infecciones, las complicaciones gastrointestinales, la desnutrición extrema y el suicidio.

Si consideramos el total de los casos de AN (registrados), después del tratamiento aproximadamente un 50% recobra el peso normal, el 20% mejora pero sigue teniendo un peso inferior al normal, un 20-25% sigue anoréxica a los 2-5 años, el 5% se convierte en obesa y un 40-50% desarrolla bulimia. No se puede hablar de curación hasta pasados los cuatro años sin síntomas.

En cuanto a la evolución de la BN, la recuperación se sitúa entorno al 50%, y las cifras de cronicidad están alrededor del 30% a los 6 años de seguimiento, con una mortalidad del 5% a los 2-5 años.

9. Ansiedad

En su origen, la ansiedad es una reacción positiva y natural que el organismo pone en funcionamiento para defenderse ante una amenaza o simplemente para afrontar una situación difícil. Un bebé desde su nacimiento es capaz de sentir ansiedad ante diferentes estímulos, como la oscuridad o la separación de sus padres, y reaccionar de modo adecuado: llora para reclamar compañía. De esta alerta emocional, es decir, de esta capacidad de respuesta extraordinaria no sólo estamos dotados los humanos, sino todos los animales superiores. Gracias a la ansiedad positiva el cuerpo se prepara para la acción y hemos de tener claro que sin estas dosis de energía vital no afrontaríamos desafíos o retos que nos plantea la vida.

Pero este mecanismo que funciona de forma adecuada en los animales puede dispararse en los humanos. Y es que precisamente por ser más inteligentes y sobre todo mucho más complejos que nuestros hermanos irracionales, a veces desarrollamos una ansiedad desproporcionada e irreal en la que la respuesta no tiene nada que ver con el estímulo. Las personas no sólo podemos temer exageradamente a amenazas verdaderas, sino que somos capaces de inventarnos nuestros propios enemigos, y hasta podremos considerar que cualquier cosa que nos rodea, en cierto modo, es peligrosa.

La ansiedad ha dejado de ser adaptativa para muchas personas y ha pasado a ser una compañera de vida muy molesta. Este estado intenso y agotador es lo que se conoce como ansiedad patológica o trastorno de ansiedad y desde 1994 está incorporado en el DSM y en la de la CIE.

9.1 Manifestación

Cada persona tiene su modo de expresar la ansiedad. La ansiedad es una reacción emocional, escasamente controlable por parte del individuo, que puede manifestarse en tres campos: el pensamiento, la fisiología y la conducta; dicho de otro modo, en forma de incomodidad mental, de reacciones corporales y de cambios en el comportamiento. Estas tres respuestas no siempre aparecen simultáneamente, incluso puede que no se experimente alguna de ellas.

9.2 Pensamiento

La respuesta del pensamiento, llamada también cognitiva, es, como las otras manifestaciones de la ansiedad, algo muy desagradable. Lo que uno piensa y siente durante un estado de ansiedad es preocupación, sensación de inseguridad, aprensión, sentimiento de inferioridad, incapacidad de tomar decisiones, incapacidad de concentrarse, confusión, desorientación y olvidos frecuentes. Cuando el análisis de la situación – real o imaginaria – desencadena un estado de ansiedad, la mente ha elaborado un sentimiento de aprensión e inseguridad. Una persona ansiosa se ve asaltada por autovaloraciones negativas, sintiéndose incapaz de afrontar la situación e imaginando todos los males que pueden derivarse de su incapacidad. Según el nivel de intensidad, la ansiedad puede ser leve y dominable, fuerte e incapacitante o extrema.

9.3 Organismo

El cuerpo es un termómetro de la mente, de modo que, al igual que ante un susto repentino el cerebro actúa de inmediato preparando el metabolismo para la acción, ante un estímulo ansioso se produce una serie de alteraciones neurofisiológicas. La ansiedad provoca una pequeña revolución en el organismo, con activación de los sistemas nervioso central, vegetativo y endocrino. Cuando parece que el corazón se desboca y pierde el ritmo es debido a que se ha modificado considerablemente la frecuencia cardíaca y cuando comienzan a sudar las manos o todo el cuerpo es por efecto de la activación del sistema vegetativo somático, que tiene además otros efectos como la respiración acelerada o la sequedad de la boca, aumento de la presión arterial o el incremento de la tensión muscular.

En el momento en que las alteraciones son muy intensas, pueden llegar a generarse trastornos como palpitaciones, dolores de estómago, temblores, respiración agitada, sensación de falta de aire, escalofríos, vértigos, diarrea, disfunción eréctil, etc. si esto sucede es obvio que el valor adaptativo, es decir, positivo, de la ansiedad se ha perdido y la alerta se ha vuelto contra el propio organismo. Es más, estos trastornos pueden llegar a cronificarse y contribuir a la aparición de enfermedades psicosomáticas.

9.4 Comportamiento

La expresión de la ansiedad implica una gran variedad de actos que van desde pequeños tics a grandes adicciones. Cuando alguien sufre un estado de ansiedad, no suele permanecer quieto, sino al contrario, ejecuta movimientos repetitivos sin finalidad alguna, como la manipulación continua de objetos, tocarse el pelo, morderse las uñas;

también puede manifestar una gran tensión muscular con temblores, tiritones o contracturas e incluso puede llegar a llorar, a tartamudear o a ser incapaz de articular palabra. A menudo la expresión de la ansiedad no es tan perceptible y los síntomas físicos pueden ser dominados aparentemente.

Pero la conducta más significativa del individuo ansioso es la evitación. Una persona que presenta una gran ansiedad frente a los ascensores, los animales, la oscuridad, otras personas o cualquier otra circunstancia, elude la situación que le provoca desasosiego; eso le proporciona cierto alivio y tranquilidad momentánea, pero en la siguiente ocasión responderá del mismo modo, es decir, evitando el objeto que le inquieta. Así nunca se enfrentará a la situación, sino que a medida que repita su conducta evitativa irá incrementando su ansiedad, por lo que, en definitiva, el círculo vicioso no se romperá nunca (cuadro 1).

Algunos ansiosos tratan de neutralizar la ansiedad y sus manifestaciones a través de conductas que les proporcionan sensación de seguridad como fumar, beber o con la administración de fármacos. Muchos prefieren comer y acuden constantemente a la nevera para encontrar en la comida una falsa tranquilidad y quizá, como afirman los psicoanalistas, un recuerdo inconsciente de la nutrición materna, que les reconforte psicológicamente.

Cuadro 1

| Respuesta del comportamiento en estado de ansiedad |
|---|
| - Evitación |
| - Tartamudeo, hablar rápido o tener la voz entrecortada |
| - Temblores |
| - Movimientos torpes e imprecisos |
| - Tics |
| - Hiperactividad o paralización |
| - Risas nerviosas, bostezos |
| - Explosiones emocionales |
| - Comer en exceso o rechazar la comida |
| - Abuso de tabaco, alcohol, fármacos o drogas |

9.5 Situaciones que provocan ansiedad

Hay situaciones agradables y desagradables en la vida y, lo que para una persona es agradable, no lo es para otra. Cada uno conocemos nuestras experiencias, por lo que

somos capaces de anticipar qué tipo de implicación emocional conllevará el momento que se avecina.

9.6 Diferencia entre estrés, miedo y ansiedad

Ya que estos conceptos suelen confundirse con la ansiedad, cabe explicar brevemente su diferencia.

El *miedo* es una respuesta emocional del organismo de mayor o menor intensidad ante una amenaza concreta y real, por ejemplo sufrir un atraco. Mientras tanto el cerebro activará una movilización psicológica intensa en busca de una solución.

La *ansiedad*, en cambio, no es tan inmediata ni tan intensa. En ella aparece aprensión, inseguridad y angustia, es decir sensaciones difusas que generan un sentimiento de incomodidad. Además la *ansiedad* es un miedo a algo inconcreto, sin objeto, más racional y más humana.

La palabra *estrés* pertenecía hasta hace poco al campo de la física.¹¹ El *estrés* puede ser el causante de la ansiedad y no viceversa y es, en definitiva y de acuerdo con su campo de origen, la sobrecarga humana que depende tanto de la intensidad de la presión emocional como de la capacidad de hacerle frente. Por lo tanto, el *estrés* no siempre es un factor nocivo.

Pero la ansiedad no solo es una respuesta a situaciones estresantes y concretas, sino también puede ser una característica constitucional, es decir un rasgo de la personalidad. El rasgo es una tendencia constante a reaccionar del mismo modo ante ciertas circunstancias. En consecuencia, un individuo con personalidad ansiosa es más propenso a percibir como peligrosa una situación y tiene más tendencia de responder ante esa amenaza con fuertes estados de ansiedad. Pero hay que tener en cuenta que una persona ansiosa no necesariamente supone la existencia de un trastorno, pero sí puede ser un factor desencadenante de ese.

Antes de enumerar y describir brevemente los diferentes tipos de ansiedad, cabe aclarar que la diferencia entre la ansiedad normal y patológica reside en que la segunda no sólo altera la actividad social o laboral de la persona, sino que además desequilibra el organismo que incluso puede debilitar el sistema inmunológico. Asimismo, una ansiedad prolongada puede desencadenar problemas más graves como abuso de

¹¹ Derivado del inglés *to stress*, y antes del latín *stringere*. Los ingenieros que calculan la resistencia de un puente utilizan el término *estrés* para expresar el concepto de “fuerza” que puede resistir la estructura.

sustancias tóxicas, trastornos sexuales, depresión, problemas digestivos, cardiovasculares y dermatológicos, por nombras algunos.

10. Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-IV-TR

10.1 Trastornos de pánico sin agorafobia

Muchas personas experimentan de vez en cuando episodios de fuerte aprensión y temor junto con reacciones físicas desagradables que aparecen sin previo aviso, durante poco tiempo y sin que parezca haber una causa claramente identificable.

Cuando estos sucesos (ataques de pánico o “panick attack”) se repiten a menudo, la persona sufre una patología de ansiedad llamada trastorno de pánico. Entre los síntomas característicos de este trastorno se encuentran:

- la sensación de falta de aire
- fuerte taquicardia
- sudores intensos
- temblor
- opresión en el pecho
- náuseas y ganas de vomitar
- mareos
- sensación de hormigueo en las extremidades
- miedo a perder el control
- miedo a volverse loco o morir

10.2 Trastorno de pánico con agorafobia y Agorafobia sin ataque de pánico

Los ataques de pánico y la agorafobia están muy relacionados. La agorafobia es el miedo a que se produzcan ataques de pánico o crisis de ansiedad allá donde parece difícil escapar o donde no es posible encontrar ayuda. Estas condiciones se dan en lugares como sitios públicos o transportes. Quienes padecen agorafobia manifiesta con particular intensidad el miedo anticipatorio y la evitación, dos características propias de cualquier forma de ansiedad.

10.3 Fobia específica

Estas fobias simples son miedos irracionales y excesivos hacia un objeto o situación concreta, acompañados de una fuerte necesidad de evitación del mismo. Si la intensidad del miedo y la conducta de evitación interfieren seriamente en la vida cotidiana de la persona sufre un trastorno de ansiedad.

10.4 Fobia social

Llamado por los artistas “miedo escénico”, se caracteriza por una sensación fuertemente desagradable y paralizante que sienten los individuos en los instantes previos a iniciar una actuación en público. Todos tenemos miedo a la crítica negativa y la desaprobación, comprensible porque la sensación de ridículo es una de las más humillantes para cualquier persona. Pero la fobia social es un miedo desmesurado e irracional que aparece injustificadamente en situaciones sociales habituales, como sentirse observado en el trabajo, comiendo, usando los lavabos públicos o hablando con personas que representan autoridad. Una de las situaciones más ansiógenas para la mayoría de personas, por su implicación social y laboral es hablar en público.

La fobia no solo puede aparecer ante el objeto que lo provoca, sino también ante el hecho de imaginarlo. Este tipo de ansiedad anticipatorio fortalece la conducta de evitación de tal modo que lo que se consigue es multiplicar el miedo, incrementar las dimensiones de la fobia.

10.5 Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de ideas (obsesiones) y comportamientos (compulsiones) que la persona no puede dominar y causa, por ello descontrol y angustia.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, intrusitas, absurdas y no deseadas, que con frecuencia aparecen y se adueñan de la mente del individuo durante horas, días o semanas.

Las compulsiones son actos repetitivos, igualmente absurdos y sin intencionalidad, que se ejecutan de modo ritual para reducir la ansiedad provocada por las obsesiones. Pero las obsesiones y compulsiones no siempre se manifiestan simultáneamente.

Como hemos mencionado anteriormente la diferencia entre un trastorno o rasgo de personalidad, también tenemos que tener en cuenta que hay personas de carácter obsesivo que nunca desarrollan un trastorno, y hay trastornos sin base previa, pero la relación entre carácter y el potencial a desarrollar del trastorno es bastante estrecha.

Una persona de carácter obsesivo tiene tres características fundamentales:

1. Rigidez de pensamientos, es decir, tiene intereses muy definidos, concentrados, lo que le proporciona seguridad. Pero esa rigidez en realidad empobrece su pensamiento.
2. Modo de vivir tenso. Están en continuo esfuerzo. El trabajo parece su actividad principal y el esfuerzo es su definición de la vida.
3. pérdida de sentido de la realidad, en otras palabras: tienen un elevado nivel de incertidumbre que no saben manejar, una duda constante, que pretenden anular con la simplicidad neutralizadora del dogma.

10.6 Estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEP en adelante) es la consecuencia de una experiencia trágica o fuertemente traumática. El TEP puede producirse en personas que no han vivido una guerra ni una catástrofe, pero que han experimentado otros traumas, por ejemplo un secuestro, una violación, un accidente, un asalto o maltrato, y otras situaciones de estrés cuya vivencia no es habitual. Los síntomas pueden aparecer de forma inmediata (después del suceso traumático), pasado un tiempo (aprox. Seis meses después del suceso) o transcurrido un periodo más largo (un año o más después del suceso) y, además puede afectar a personas a cualquier edad. En estos casos suelen aparecer sentimientos de vergüenza, culpa, inutilidad y desesperación, junto con desequilibrio afectivo, hostilidad, retraimiento social, pérdida de creencias y valores, comportamiento agresivo o autodestructivo.

10.7 Ansiedad generalizada

Cuando la persona está constantemente ansiosa, en estado de preocupación, tensión y nerviosismo, la mayoría de los días durante un periodo continuado de al menos seis meses, esta persona probablemente padezca un trastorno por ansiedad generalizada o crónica. Las preocupaciones provienen de la vida cotidiana como por ejemplo las

relaciones con los hijos o con la pareja, el trabajo, los estudios, la economía y/o las noticias de los periódicos. Estas personas no manifiestan conducta de evitación como los fóbicos, porque no les atemoriza específicamente ningún objeto, animal o suceso. Tampoco anticipan el horror de sufrir un ataque de pánico. Pero su vida es un constante sobresalto (cuadro 2).

Cuadro 2

| Sintomatología de la ansiedad generalizada | |
|--|--|
| Problemas motores | Tensión muscular, temblores, fatiga crónica |
| Hiperactividad del sistema nervioso autónomo | Taquicardia, hiperventilación, manos sudorosas y frías, sequedad de boca |
| Hipervigilancia | Estado de alerta constante, dificultad de concentración, insomnio, irritabilidad |

10.8 Trastorno de ansiedad por enfermedad médica

A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

10.9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que la ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente, o el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

10.10 Trastornos de ansiedad no especificados

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentemente de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, como por ejemplo el trastorno mixto ansioso-depresivo, síntomas de fobia social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (por ejemplo Parkinson), etc.

11. Causas de la Ansiedad

Aunque cada vez se conoce mejor la ansiedad y sus fundamentos, los investigadores no siempre encuentran relaciones directas entre una única causa posible y un determinado trastorno de ansiedad. Se piensa que la ansiedad constituye un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores biológicos y psicológicos que se potencian entre sí.

Por lo tanto, las causas de la ansiedad desempeñan diferentes papeles: unas son las que predisponen al individuo a padecer ansiedad (factores genéticos y biológicos, experiencias infantiles); otras, las que precipitan y desencadenan (acumulación de estrés, traumas) el problema y, por último, otras que mantienen el estado de ansiedad e impiden que desaparezca (evitación del problema, abuso de estimulantes o alcohol, interpretación errónea de las cosas, represión emocional, falta de autoestima, falta de horizontes en la vida).

11.1 Causas genéticas

Un grupo de científicos españoles del Centro de Genética Médica y Molecular de Hospitales de Llobregat (Barcelona) comprobaron entre un grupo amplio de pacientes del Servicio de Ansiedad del Hospital del Mar de Barcelona aquejados de pánico, agorafobia y fobia social, que predominaban aquellos que presentaban laxitud en las articulaciones (doblaban dedos, codos, rodillas, etc. mucho más de lo normal). En las investigaciones genéticas posteriores hallaron en el 99% de los pacientes escogidos una duplicación de una pequeña porción en el cromosoma 15 (DUP25). Los investigadores sostienen que esta duplicidad – además de estar presente en el 7% de la población general - constituye un factor de predisposición para desarrollar los

trastornos de ansiedad antes citados, sin olvidar que estos factores predisponen, pero no necesariamente aseguran el inicio del problema.

11.2 Experiencias infantiles

La mayoría de niños experimentan muchos miedos que surgen y desaparecen sucesivamente durante las distintas etapas de su desarrollo. Los temores infantiles universales son: miedo a la separación, miedo a los animales y miedo a los daños físicos. Asociados a éstos existen otros temores evolutivos que pueden desaparecer adecuadamente o no superarse nunca, dejando una intensa huella capaz de condicionar en el futuro el modo de afrontar la vida.

Aunque no hay muchas investigaciones sobre la influencia de las experiencias infantiles en el posterior desarrollo de una ansiedad, los investigadores afirman que algunos de ellos, como el pánico o la agorafobia de la edad adulta, a menudo tienen su base en una desmedida ansiedad de separación en la infancia. La reacción normal de protección del niño en sus primeros meses de vida por parte de la madre puede convertirse en el germen de un futuro trastorno de ansiedad si la separación fisiológica madre-hijo no se produce normalmente. El niño que experimenta esta hiperprotección puede desarrollar un carácter inhibido, inseguro y muy pendiente del juicio de los demás. En la edad adulta estas personas quizá sigan dependiendo exageradamente de otras que les proporcionen seguridad.

Sin duda las circunstancias familiares determinan en gran medida cómo los individuos afrontan la vida. Ante situaciones delicadas, la familia no siempre sabe responder adecuadamente, y estas actuaciones inconvenientes pueden incidir muy directamente en el posterior desarrollo de algún trastorno de ansiedad. Un ambiente muy crítico y exigente, por ejemplo, el niño no se siente aceptado, por lo que pasan el tiempo tratando complacer a los padres y obtener su aprobación. Crecer con esa inseguridad desarrolla caracteres dependientes y necesitados de una persona de seguridad. Curiosamente, al llegar a la edad adulta, estos niños suelen ser extraordinariamente perfeccionistas y autocríticas. Un ambiente temeroso, en el cual los padres no dejen que el niño salga a la calle, porque pueden sufrir un accidente o resfriarse, es decir, si los padres miedosos impiden que los hijos exploren el entorno para aprender a neutralizar los temores a través de la experiencia, restringe enormemente la capacidad de enfrentamiento ante el mundo y sus problemas y debilita la capacidad de desafío que todo ser humano tiene de forma natural. Estos niños desarrollan una tendencia a la preocupación excesiva y suelen obsesionarse con la protección personal y con la seguridad.

Un ambiente represor, es decir, un ambiente en el que los padres castigan a sus hijos por cualquier cosa, los niños suelen desarrollar una actitud de represión de sus propios impulsos y emociones. Asimismo, la sensación de abandono (por separación o fallecimiento de los padres), los malos tratos o en mayor medida el abuso sexual generan un sentimiento de rechazo difícilmente soportable. Así, los niños que reaccionan frente a la inseguridad con excesiva dependencia emocional, cuando sean adultos probablemente necesitarán una persona que les dé seguridad, o permanecen en lugares conocidos, síntomas ambos propios de la agorafobia.

Una de las causas que preparan el terreno para la aparición casi certera de un trastorno de ansiedad es el estrés permanente. Si una situación de estrés no es temporal y se prolonga durante muchos meses o años, acaba por penetrar en el fondo de la mente y abona el terreno para el desarrollo de un verdadero trastorno de ansiedad. Pero el germen de la ansiedad también se encuentra a veces asociado a un momento temeroso o tras un suceso traumático. Los traumas son heridas emocionales que resultan de un impacto anímico profundo. La mayor parte de las situaciones no son previsibles ni evitables y su efecto psicológico puede ser devastador, sobre todo en el niño.

12. Relación entre TCA y TA

Vamos a centrarnos a continuación a exponer la relación que existe entre los trastornos de la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria, porque no es poco frecuente que el TCA en una persona coexista con otra patología psicológica. A veces, incluso el TCA es un síntoma secundario de otro trastorno enmascarado, o un trastorno psicológico puede ser secundario enmascarando un TCA. Pero también hay personas que sufren ambos, es decir un TCA y otro trastorno psicológico que coexista completamente con el otro. También pueden padecer un TCA y manifestar pocos o ningún síntoma de un trastorno adicional. Por ello, no podemos olvidar la importancia de tener en cuenta todas estas cuestiones para poder hacer un diagnóstico adecuado y, con ello, aplicar el tratamiento más adecuado para aumentar las posibilidades de recuperación de las personas enfermas.

Según un estudio realizado por la universidad de Iowa, adolescentes con desordenes alimenticios tienen un mayor riesgo de padecer trastornos ansiosos, y viceversa. Los investigadores examinaron la aparición simultánea de trastornos con la comida y trastornos del estado afectivo en 672 gemelas entre 16 y 18 años de la Minnesota Twin Family Study, una importante y reconocida organización americana que se dedica a

estudios de gemelos. Los participantes completaron entrevistas estructuradas que determinan la presencia de anorexia o bulimia y evalúa el estado de ánimo, la ansiedad y el uso de sustancias, ya que está demostrado que los trastornos de la conducta alimentaria coexisten frecuentemente con la depresión, trastornos ansiosos y la dependencia de sustancias tóxicas como el tabaco.

En un grupo de 14 parejas de gemelas idénticas, de las cuales ninguna padecía un TCA, el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad aumentaba en gemelas con un TCA. Entre 52 gemelas monocigóticas de las cuales una de la pareja tenía un TA, aumentaba el riesgo de padecer TCA. Los investigadores especulan que la aparición de TCA y TA son en buena parte consecuencia de factores familiares, por lo que recomiendan estudios más amplios para determinar si existen realmente factores genéticos, ambientales o ambos que expliquen una transmisión compartida de estos trastornos.¹²

Los trastornos que con mayor frecuencia coexisten con un TCA son, dentro de los trastornos de ansiedad, el TOC, el TEP, ataques de pánico, además de la depresión y el trastorno bipolar (TBP en adelante), trastornos de la personalidad límite, trastornos disociativos y trastorno de personalidad múltiple. Pero también se observan a menudo comportamientos adictivos o autodestructivos como reacción causada por una baja autoestima, una manera equivocada de manejar la vida y el estrés como mecanismo de defensa. Otras utilizan las autolesiones como castigo, porque piensan que se lo merecen. Estas formas de alejarse de la realidad son una forma de manejar el estrés, el miedo, la vergüenza o el sentimiento de culpa, la tristeza y para liberar emociones reprimidas en su interior.

Betty E. Chesler, nos proporciona un estudio de caso en el que examina la relación entre TA y TCA, y otros cuatro estudios de casos examinando el impacto de estrés, miedo a engordar y TA con agorafobia en los TCA. Todos los casos estudiados exploran la interacción entre TA y TCA.

El primer caso de la terapeuta americana describe en este estudio como el estrés, el miedo a engordar y TA con agorafobia combinados puede cambiar un TCA de bulimia nerviosa en una restricción de comida.

Para la terapeuta Betty Chesler, la importancia de este caso está en que, si una persona que presenta TA con dificultades para ingerir comida o el miedo a engordar, esa persona ha de ser evaluada de un TCA. Puede que este paciente tenga que ser tratado simultáneamente de TCA y TA.

¹² K. KEEL, P., et al. *International Journal of Eating Disorders*, September 2005, v 38:99 – 105., Department of Psychology, University of Iowa City.

Los otros cuatro casos que examinó Chesler implicaban a pacientes con TCA que intentaban aliviar la ansiedad ingiriendo comida y, como resultado, empeoraba la sintomatología de ambos, TA y TCA. Cuando esos pacientes comenzaban a sentirse ansiosos, se daban atracones de comida para aliviar la ansiedad. Como consecuencia, los atracones provocaban el miedo a engordar que conducía a una mayor ansiedad y esta a su vez llevaba a comportamientos purgativos y/o ponerse a régimen.

La importancia de estos casos radica para la terapeuta en que, si los pacientes son diagnosticados de ambos trastornos, TA y TCA, han de ser evaluados si utilizan o no la comida como estrategia de enfrentamiento. Si fuera así, el paciente ha de ser tratado de ambos trastornos al mismo tiempo. De todas formas, teniendo en cuenta que los estudios de casos no son más fiables que estudios científicos controlados, estos pueden ser de gran utilidad a pesar de sus limitaciones.

Estos cinco casos apuntan a que existe una relación entre TC y TCA. La importancia de las investigaciones de Chesler radica en que demuestran como la aparición simultánea de TA y TCA empeoran la sintomatología de cada uno de los trastornos. En otras palabras, ambos trastornos pueden influir en el otro de manera muy negativa, reforzando uno u otro.

Se han realizado investigaciones científicas controlados con el objetivo de examinar la relación ente TA y TCA, sin tener en cuenta los resultados específicos de los estudios de Chesler. Sin embargo, lo que se encontró en estas investigaciones es que los TA aparecen con mucha frecuencia juntamente con los TCA y que, en la mayoría de los casos, el inicio de los TA es anterior al inicio de TCA.

Los investigadores científicos Brewerton et al. (1995) estaban especialmente interesados en estudiar la comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la bulimia nerviosa. Pasaron la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (The Structured Clinical Interview for DSM-III-R) a una muestra de 59 pacientes femeninas con BN según los criterios del DSM-III-R. El requisito era que las pacientes tuvieran atracones al menos tres veces a la semana en los últimos seis meses. El resultado fue que existe una mayor frecuencia de la esperada de TA (36%), sobre todo fobia social (17%). Cinco de las diez pacientes con fobia social manifestaban además otro TA: tres tenían ansiedad generalizada, dos mostraban además ataques de pánico y uno tenía una fobia simple. De 21 (36%) de las 59 pacientes con TA, 15 (71%) experimentaron el TA antes del TCA. En cuatro de los 21 casos (19%) el TCA apareció antes. En dos de las 21 pacientes (10%) el inicio del TCA ocurrió al mismo tiempo que el TA.

La importancia de estos resultados radica en poderlos generalizar a la población general. Si fuera así, los bulímicos tienen una mayor probabilidad en sufrir un trastorno afectivo o ansioso comorbido. Quizás sería posible, si se tratara cualquiera de los trastornos, ansioso o afectivo, disminuir significativamente los atracones o las purgas. De todas formas, hemos de ser cautelosos en generalizar los resultados de Brewerton et al. Muchos bulímicos se resisten a buscar tratamiento y puede que los que sufren además ansiedad y/o depresión estén más dispuestos a pedir ayuda. Esta investigación puede parecer parcial y no mostrar una visión completa de la población general de bulímicos. Aun así, los TA parecen coexistir con un número elevado de bulímicos.

Bulik et al. (1996) son unos científicos que estudiaron la anamnesia de los TA de mujeres bulímicas. En una de sus pruebas participaron 114 mujeres entre 17 y 45 años que realizaron tres tratamientos psicológicos externos para bulimia nerviosa. Todas las pacientes cumplían los criterios de diagnóstico para la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR. Todas las pacientes fueron sometidas a una evaluación de dos a cuatro horas que incluía la Structured Clinical Interview for DSM-III-R modificado para obtener más información sobre la anamnesia de los TCA y los comportamientos relacionados. El historial de los TA (sobre todo la fobia social, la fobia específica y un trastorno de ansiedad en la infancia) era un diagnóstico adicional en el 64% de las mujeres bulímicas examinadas. De todos los trastornos psiquiátricos, los TA tuvieron sus primeras manifestaciones más significativas a los ocho años, aún excluyendo la ansiedad infantil los TA seguían teniendo su primera manifestación más significativa a los nueve años. Dentro de estos ejemplos, en los que coincide con los TA, éstos aparecen antes de la bulimia en el 92%, y después de la aparición de la BN en el 7% y simultáneamente en un 1%. Los investigadores averiguaron además que la presencia de un TA esta relacionado con un aumento gradual de la restricción de la comida, un aumento en trastornos de personalidad en general, y una edad de inicio muy temprana de dependencia de drogas/alcohol y un historial de AN.

Lo que estos investigadores concluyen es que los TA pueden ser un posible camino hacia la BN. Los TA infantil pueden compartir una predisposición biológica o temperamental con la BN, o puede haber condiciones independientes, pero los TA en la infancia pueden aumentar la vulnerabilidad para desarrollar un TCA mas adelante en la vida. De todas formas hemos de ser cautelosos en interpretar los descubrimientos de Bulik et al. Por un lado, en este estudio no existe grupo de control, por lo que es difícil determinar algo concluyente. En cambio puede haber un favoritismo en la elección por parte de los investigadores, ya que utilizaron pacientes remitidos como en sus ejemplos. Como en las investigaciones de Brewerton et al., bulímicas con ansiedad están mas dispuestas a pedir ayuda que las que no tienen ansiedad.

Saccomani et al. (1998) examinaron las secuelas a largo plazo y la comorbilidad en niños y adolescentes con anorexia nerviosa. Su prueba se hizo sobre 76 mujeres y 11 hombres. Buscaban diferentes desordenes psiquiátricos para conocer si tenían algún valor pronóstico relacionado con las secuelas de estos pacientes enfermos de TCA. Se encontraron diferencias no estadísticas entre el diagnóstico y el cese de los TA. Estos no parecen ser indicadores de pronóstico. Mientras que Bulik et al. averiguaron que los TA en la infancia pueden encaminar a la bulimia nerviosa, el presente estudio demuestra que, observando la AN, la comorbilidad con TA no tiene valor predictivo en relación a las secuelas en estos pacientes. Esto es un descubrimiento interesante, comparado con lo que predecía Brewerton et al. Aunque los dos estudios sobre los trastornos son diferentes, tienen algunas características en común, como la presencia de ansiedad en el aumento de peso y la imagen corporal. Resulta interesante que la presencia o ausencia de TA no tiene valor predictivo sobre la AN en este estudio, pero Brewerton et al. sugiere que el tratamiento del trastorno de ansiedad puede disminuir el comportamiento compulsivo en la comida en bulímicas.

Otro estudio de Bulik et al. (1997) compara la prevalencia y la edad de inicio del TA infantil y de adulto relativo al primer diagnóstico en 68 mujeres con anorexia nerviosa, 116 con bulimia nerviosa, 56 con depresión mayor sin TCA y 98 personas de control elegidos al azar. Los investigadores buscaban averiguar si antecedentes de TA eran factores de riesgo estimables para la AN y la BN. El grupo con trastorno depresivo mayor sin TCA fue incluido para intentar determinar un poco más concretamente si los TA hacen a los individuos más vulnerables a otro tipo de trastorno psiquiátrico o solo a TCA. Aquí hay que anotar que se trata del primer estudio con un grupo de control al azar. TA existencial (o el miedo a la vida) estaba presente en un 60% de las mujeres con AN, en un 57% de las mujeres con BN, en un 48% de las mujeres con depresión y en un 33% en el grupo de control. El ataque de pánico era el más alto entre mujeres anoréxicas y deprimidas, y la fobia social era la más alta entre las mujeres bulímicas. El TOC era el más alto entre anoréxicas. El TA grave era el más alto en anoréxicas y bulímicas. El TA por separación era el más alto entre las mujeres anoréxicas. Los estudios regresivos apoyan fuertemente una asociación entre TA y AN y, de un grado menor, entre TA y AN. En cambio, de las que sufren miedo a la vida (ansiedad existencial), el 90% de mujeres anoréxicas y el 94% de mujeres bulímicas relatan que el inicio del TA precede al inicio del TCA.

Las conclusiones de esta investigación sugieren que un inicio temprano de un TA no necesariamente define el inicio de un TCA, ya que los sujetos con TDM también manifestaban una alta comorbilidad con TA. Sin embargo, en algunos TA, como en el

TOC, sí que su inicio temprano puede definir el inicio de un TCA, como en el caso de AN.

12.1 Anorexia Nerviosa y TA

Los TOC parece que son específicos de ambos tipos de AN, restrictiva y purgativa, y puede haber una razón biológica de ello. Según la Dra. Lilenfeld, ambos tipos se asocian con niveles elevados de serotonina, uno de los neurotransmisores asociados con la ansiedad y la depresión. Otra razón para esa conexión puede ser que la naturaleza obsesiva de las anoréxicas coincida con la naturaleza de los TCA. La ansiedad suele aparecer primero, con el comienzo de la mayoría de edad en la infancia, mientras que el comienzo de los TCA suele ser en la adolescencia.

La fobia social y los ataques de pánico también son frecuentes en mujeres con AN, aunque los ataques de pánico se suelen manifestar después de la aparición de un TCA. La ansiedad en situaciones sociales no sorprende en mujeres que, como demuestran los estudios, tienden a exhibir timidez, evitar citas, fiestas y hablar en público.

12.2 Bulimia Nerviosa y Síndrome de Estrés Postraumático

El estudio de Nacional Women's Study 3000 mujeres fueron preguntadas sobre su historia de agresiones sexuales, TEP y ambos tipos de BN. Se encontró que había un índice mucho mayor de agresión sexual en mujeres que han desarrollado TCA. En la mayoría de las bulímicas la agresión y su posterior desarrollo de PET precede los TCA, eso sugiere que la victimización contribuye al desarrollo de TCA. Las probabilidades de desarrollar BN son mayores, aunque el trauma que resulta del TEP no es una agresión. Aunque el TEP haya sido diagnosticado y tratado, esa mujer tiene mayor riesgo de desarrollar BN que mujeres que no han sido agredidas y hayan desarrollado TEP.

No queda claro si los TCA son o no responsables del aumento de ansiedad asociada con el TEP. De acuerdo con Timothy Brewerton, M.D. de la Medical University of South Carolina y uno de los principales investigadores en la Nacional Women's Study "Purgar, como opositor del atracón, parece ser la conducta clave asociada al TEP" (Purging, as opposed to bingeing, seems to be the key behavior linked to PTSD). Dr. Brewerton explica que el acto de purgar/vomitarse tiene un efecto entumecedor y muchas bulímicas relatan, que se sienten más relajadas y menos ansiosas después de vomitar. Sin embargo, es interesante anotar que mujeres con Trastorno por atracón son menos propensas a padecer además un TEP que mujeres con BN y que no haya una

victimización mayor entre esas mujeres. Mujeres con un trastorno por atracón se recuperan mas rápido de un TEP que bulímicas. Según Dr. Brewerton, la purga y la malnutrición resultante característica de afecciones de la bulimia afectan la habilidad de recuperación.

Aunque muchas investigaciones han sido enfocadas a mujeres bulímicas que han tenido una infancia con traumas sexuales, tengan o no TEP, esta claro que mujeres con TEP por cualquier tipo de trauma (agresiones graves, abusos o sufrimientos psicológicos) tienen mayor probabilidad de padecer BN. TEP es un factor de riesgo para desarrollar BN, no una infancia con traumas sexuales.

12.3 Conclusiones sobre las investigaciones

Parece claro tanto para los estudios de caso como para las investigaciones científicas, que los TA y los TCA tienen una mayor incidencia de coexistir de lo que la mayoría de la población general esperaría. Las investigaciones muestran que los TA tienden preceder a los TCA y que los TA específicos aparecen más probablemente con la AN o BN. Se deberían realizar más investigaciones con grupos de control y de comparación con otros trastornos psiquiátricos para poder determinar si, y en qué magnitud, el TA es un factor de riesgo para desarrollar a posteriori un TCA. Es importante entender la naturaleza de la interacción entre estos dos tipos de trastornos, debido a las implicaciones en la evolución de la enfermedad y el tratamiento de ésta. Ha sido mostrado cómo la comorbilidad de estos trastornos, aumenta la severidad de los síntomas, la incapacidad de un funcionamiento diario normal y la inhabilidad social (Lecrubier, 1998). Como indica Chesler en sus estudios de casos, la interacción de los dos trastornos, TA y TCA, puede crear una situación que requiere la atención en ambos en relación al tratamiento. Se aconseja tener en cuenta los efectos de la comorbilidad para que el tratamiento sea de mejor calidad para los pacientes que tienen tanto un TA como un TCA.

13. Tratamiento

Como ya hemos explicado con anterioridad, el diagnóstico de TCA, como también los TA, requiere un enfoque multidimensional, y todos los profesionales especialistas están de acuerdo en un abordaje terapéutico multidisciplinar, aunque el enfoque sea diferente. Especialmente en las formas incipientes o de gravedad moderadas, resulta

complicado establecer el diagnóstico, dado que en ocasiones el paciente puede manifestar a su familia y a su médico disgusto por la pérdida de peso¹³. Por ello, en el tratamiento de estos síndromes resulta de especial relevancia seguir las siguientes indicaciones:

- Que se realice desde el principio una detección precoz y diagnóstico correcto siguiendo las clasificaciones DSM-IV-TR ó de la CIE 10, tratando de diferenciar AN, BN o TCANE, al mismo tiempo que se descartan otras enfermedades orgánicas (hipertiroidismo, linfomas, tuberculosis, etc.) o cuadros psiquiátricos (trastornos del estado de ánimo: depresión, manía, cuadros bipolares; trastornos de abuso de sustancias; cuadros psicóticos, etc.). Por lo general, el primer profesional al que acude la familia es el médico de atención primaria y, en la mayoría de los casos, las consultas no constituyen cuadros clínicos tan claros como se describen en la literatura¹⁴. Algunos autores han apuntado que desde la primera consulta de la familia hasta su diagnóstico transcurre demasiado tiempo. Por tanto, el clínico debe sospechar la presencia de estos trastornos, especialmente ante mujeres adolescentes que presenten pérdida de peso; y no banalizar el cuadro¹⁵.
- La intervención de un equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, médicos, nutricionistas) que garantice la recuperación integral de estos pacientes.
- La realización de seguimientos prolongados (durante años), debido a la elevada frecuencia de las recaídas y a que estos trastornos pueden derivar en cuadros graves, incluso mortales¹⁶. Asimismo, es imprescindible la utilización de una aproximación terapéutica que haya demostrado ser eficaz o “empíricamente apoyada” (por ejemplo, con soporte empírico o metodológicamente adecuados), por cuestiones éticas¹⁷.

Con respecto a la BN, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC en adelante) se considera el tratamiento de elección, siendo la primera aproximación terapéutica para este trastorno que ha demostrado ser *eficaz* (tratamiento que ha demostrado ser beneficioso en estudios controlados aleatorizados) y *específica* en la reducción de los síntomas cognitivos y conductuales propios de la BN: frecuencia de episodios de sobreingesta,

¹³TORO, J. Detección precoz de anorexia nerviosa. Ed. JANO, 1996

¹⁴ WALSH, J.M., WEAT M.E., FREUND, K. *Detection, evaluation and treatment of eating disorders. The role of the Primary Care Phisician*. Ed. J Gen Intern Med, 2000

¹⁵ Becker A et al. *Eating disorders*. N Engl J Med, 1999

¹⁶ CASTRO, J. *Tratamiento de la anorexia nerviosa*. Ed. JANO, 1999

¹⁷ CHAMBLESS, D.L., HOLLON, S.D. *Defining empirically supported therapies*. Ed. J Consult Clin Psychol, 1998

frecuencia de conductas purgativas y preocupación por la forma y peso corporales¹⁸. El promedio de reducción de episodios de atracones y vómitos con la TCC es del 80% después del tratamiento y se alcanzan tasas de remisión del 50-60% en los seguimientos de 6 meses a 1 año.

Con respecto a la AN los escasos estudios de eficacia que se han realizado en las últimas dos décadas no permiten establecer conclusiones claras acerca de la eficacia diferencial de los distintos tratamientos por las limitaciones metodológicas de que adolecen la mayoría de ellos. No obstante, existe acuerdo en que antes de intentar cualquier tratamiento psicológico debe realizarse la rehabilitación nutricional¹⁹. En todo caso, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), recomienda que cualquier terapia de corte psicosocial o farmacológica debe aplicarse una vez se ha producido la recuperación ponderal y nutricional del paciente con AN.

Durante las décadas de los 80 y 90 algunos autores han estudiado la eficacia de la terapia familiar en función del perfil de los pacientes con AN²⁰. Éstos encontraron que los sujetos mayores de 19 años con una cronicidad larga del trastorno (al menos 3 años), tratados con terapia familiar, alcanzaron un buen o intermedio resultado (según las Categorías de Resultado General de Morgan y Russell)²¹; mientras que en los pacientes menores de 19 años con una evolución corta de AN, la terapia individual fue superior a la familiar tanto a corto como largo plazo, utilizando estos mismos criterios. Estos resultados se ven apoyados por revisiones posteriores²².

13.1 Escuelas de tratamiento en TCA y TA

- El modelo psicodinámico

Según la corriente psicodinámica, el síntoma de los TCA trastornos se considera un símbolo del trauma, un conflicto intrapsíquico que se expresa a través de la vía oro-

¹⁸ COMPAS, B.E.; HAAGA, D.A.; KEEFE, J.; WILLIAMS, D.A.; LEITENBERG, H. *Sampling of empirically supported treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa*. Ed. J Consult Clin Psychol, 1998

¹⁹ SALDAÑA, C. *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. Ed. Psicothema 2001

²⁰ DARE, C.; EISLER, I.; COLAHAN, M.; CROWTHER, C.; SENIOR, R.; ASEN, E. *The listening heart and the chi-square: Clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa*. Ed. Journal of Family Therapy 1995

²¹ MORGAN, H.G.; RUSSELL, G.F. *Value of family back ground and clinical features as predictors of longterm outcome in anorexia nervosa: Four yearsfollow-up study of 41 patients*. Ed. Psychol Med, 1975

²² PETERSON, C.B.; MITCHELL, J.E. *Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: A review of research findings*. Ed. Journal of Clinical Psychology 1999

alimentaria (fase oral, desenganche del pecho de la madre). Freud describe los TCA como “neurosis” asociándola a la melancolía y la histeria. La anorexia esta incluida en las reacciones psicofisiológicas que traducen palabras del sistema nervioso vegetativo, “reacción de conversión” de Freud.

En la persona que padece este tipo de trastornos, existe una lucha entre la incorporación y el rechazo. El comer implica la asimilación y la destrucción simultáneamente (Ajuriaguerra, 1976). Esta escuela psicológica parte de una alteración del vínculo madre-hijo: la hija no discrimina adecuadamente sus sensaciones internas y su capacidad de ser cuidada; no distingue hambre de otros estados corporales o emocionales, es decir, el niño responde para satisfacer a la madre. Al crecer no puede alcanzar su independencia y desarrolla un “paralizante sentido de ineffectividad” (H. Bruch, 1978). Las emociones son expresadas como sensaciones físicas (Edelstein, 1989). El miedo a ganar peso expresa una evitación del desarrollo físico asociado a la pubertad (Crisp, 1983).

Freud también fue el primero que en 1895 describe la neurosis por ansiedad como síndrome separado. Según el, la ansiedad esta causada por represiones de conflictos sexuales en la infancia. Por esta razón, Freud recomendó el psicoanálisis como método terapéutico para reemplazar lo inconsciente por lo consciente. Es decir, atraer lo inconsciente (los conflictos sexuales de la infancia no resueltos) a la conciencia y, desde ahí, suprimir las represiones, anular las condiciones que presiden la formación de síntomas y transformar el conflicto patógeno en un conflicto normal que acabaría por encontrar alguna solución. La terapia psicoanalítica se limita a provocar en el enfermo esta modificación psíquica.

- El modelo cognitivo-conductual

Este modelo consiste en que las personas afectadas por un TCA sepan en qué situaciones se dispara su conducta descontrolada con la comida y cómo afrontarlas. También se trabaja con aspectos motivacionales y pautas de alimentación.

En un reciente estudio comparativo, efectuado por el Departamento de Psiquiatría de Bellvitge, la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad de Carolina del Norte, en el que se trató con el mismo método psicoeducativo a 78 pacientes mujeres de las cuales 39 tenían un trastorno bulímico completo y otras 39 tenían un trastorno en el umbral de la bulimia, no se observaron diferencias significativas en los resultados. Se abstuvieron de un atracón y de vomitar acto seguido el 33,3% de las bulímicas y el 35,2% de las mujeres con un trastorno en el umbral de la bulimia.

El Modelo de Slade es el más versátil. Se basa en que hay factores desencadenantes familiares o interpersonales que pueden crear insatisfacción, tendencia al

perfeccionismo, necesidad de control y/o el comienzo de dietas. El refuerzo positivo, es decir, la importancia del éxito en nuestra cultura, favorece que la persona afectada identifique la delgadez como signo de éxito, y con el, el sentimiento de éxito. Los comentarios de pares o acontecimientos vitales pueden reforzar negativamente, es decir crear el miedo a engordar y la evitación la conflicto. El modelo de Slade inicia con la identificación del problema, a posteriori se procede a identificar alternativas de solución y, finalmente, se elige la que mayor satisfaga los requerimientos.

Para Nardote – aunque sistémico – propone para este tipo de casos un enfoque cognitivo-conductual y opina que la terapia cognitivo-conductual resulta particularmente eficaz en el tratamiento de la ansiedad, ya que guía al paciente a comprender y a racionalizar la disfuncionalidad de sus representaciones y, de ahí, a afrontar gradualmente las situaciones temidas hasta dominarlas. Dependiendo del tipo de ansiedad existen varias propuestas terapéuticas conductuales, como la desensibilización sistemática imaginada (para la eliminación de conductas fóbicas el paciente se imagina la situación ansiógena mientras permanece en un estado de relajación inducida por el terapeuta), la implosión (máxima exposición a los estímulos atemorizantes para extinguirlos), la exposición o desensibilización sistemática en vivo, la práctica programada (conjunto de instrucciones de autexposición), la inundación (enfrentamiento a la situación real temida con la consecuente extinción de la ansiedad) y el entrenamiento de habilidades sociales. La mayoría de estas técnicas son especialmente eficaces en fobias.

La parte cognitiva del modelo se basa en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y conductas, por lo que se intentará modificar los pensamientos automáticos, sistemas de creencias e ideas irracionales. Aunque la exposición sea la técnica que mejor reduce la conducta de evitación, sólo indirectamente afecta a los pensamientos irracionales, tan propios de los TCA, por lo que se aconseja acompañar el tratamiento cognitivo-conductual por técnicas de relajación (por ejemplo la relajación profunda o progresiva de Jacobson).

- Modelo Sistémico

Los primeros modelos sobre los factores familiares en los TCA se basaban en el fallo de parentalidad. En 1970 la terapia de familia se basaba en el rechazo alimentario como síntoma de la patología de la interacción familiar. Pero actualmente no hay ninguna teoría familiar que explique totalmente el TCA, es decir, que no hay factor familiar que explique el TCA. La interacción familiar puede ser causa o consecuencia de TCA. La única evidencia empírica de los factores familiares que intervienen en el origen de TCA son las características sociodemográficas familiares, acontecimientos adversos

en la familia, la personalidad parental y sus actitudes, características específicas de la relación padres-hijos y la familia como sistema social.

- Modelo Estructural de Minuchin

Minuchin desarrolló un modelo, que se considera el marco más adecuado para el estudio de los TCA, para visualizar de qué modo la familia realiza los tres objetivos; de mantener su integridad como unidad, promover el desarrollo individual y asegurar la presencia de afecto, intimidad y respeto mutuo. Centra su atención en el concepto normativo de familia sana y en él se propone un desarrollo ideal para que funcione de manera adecuada. Concibe diferentes subsistemas (individual, conyugal, parental, fraterno) con funciones, y el mantenimiento de una jerarquía clara basada en la competencia parental. El sistema familiar está compuesto por subsistemas agrupados según su rol y su función:

1. Sistema conyugal: se modelan las relaciones de intimidad física y psicológica.
2. Sistema parental: compuesto por los padres y los hijos, tiene a su cargo la tarea de crianza. Los padres proveen el cariño, la guía y el control necesarios para el desarrollo de los hijos. Es donde el niño construye su autoestima y su capacidad para desenvolverse en el mundo. De esto depende su autonomía y posibilidad de separarse adecuadamente de la familia.
3. subsistema fraterno: en el cual los niños aprenden a colaborar y competir entre pares.

Las fronteras se refieren a las reglas o patrones estables que determinan quien participa en cada subsistema en cada momento y como lo hace. Si las fronteras son demasiado permeables, los subsistemas soportan una intrusión permanente y pierden ejecutividad. Si la frontera es demasiado rígida y el padre nunca puede bajar del pedestal perderá capacidad de empatía, de proximidad y de ayuda. Las jerarquías proveen el liderazgo y la guía. Son un reflejo de los recursos, habilidades y responsabilidades de los miembros de la familia.

- Concepto de funcionalidad de la familia

Una familia es funcional cuando las jerarquías están adecuadamente planteadas y cuando las fronteras están claramente establecidas con un criterio de flexibilidad. Si trasladamos esto al contexto del TCA la atención del terapeuta es comprobar de qué manera la familia promueve la autonomía de los miembros.

Para la aplicación al Modelo Estructural para TCA, Minuchin estudió los modelos transaccionales en familias de pacientes anoréxicas. Encontró características disfuncionales típicas. Estas características son cuatro y se describen como sigue (Onnis, 1990):

- **Aglutinamiento:** ocurre cuando cada miembro de la familia están súper involucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusitas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.
- **Sobreprotección:** todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Frecuentemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. Sobretudo cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo. Por esto la enfermedad del paciente tiene una función protectora de la familia.
- **Rigidez:** es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no hay problemas más allá de la enfermedad, niega, en consecuencia la necesidad de un cambio en el interior del sistema. La familia permanece aferrada a la conservación de la propia homeostasis.
- **Evitación del conflicto:** las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente (AN o BN) juega un rol central y vital.

El objetivo ulterior es modificar la estructura familiar disfuncional. El terapeuta se incluye en el sistema de una manera activa y directiva, apuntando, al comienzo, al aspecto sintomático, simultánea y concomitantemente a modificar patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática y, por último, a la fase en que se trabaja sobre la autonomía de los subsistemas. Se utilizan intervenciones estratégicas y conductuales.

José Andrés Gómez del Barrio, psiquiatra y coordinador de la Unidad de Trastornos de la Alimentación del Hospital Valdecilla, Santander (Cantabria) señala que si bien no se han solventado las controversias que aún existen en el tratamiento de los TCA, en el caso de la bulimia nerviosa, por ejemplo, la terapia que mejores resultados ha dado es la cognitiva-conductual, mientras que en la anorexia la terapia familiar ha demostrado más eficacia que el resto. De todas formas, y como conclusión de éste apartado, la

propuesta más útil de abordaje por su eficacia demostrada, es el enfoque cognitivo-conductual. como parte inicial del tratamiento, pero siempre individualizando al enfermo, a fin de buscar en él la mayor motivación posible, un extremo imprescindible para el éxito de la terapia.

Como hemos señalado, los TCA y los trastornos de ansiedad comparten espacio en el tratamiento psicológico, sobre todo en el modelo cognitivo-conductual, que es, según los estudios presentados, la de mayor eficacia para ambos trastornos, por lo que es posible introducir elementos específicos del tratamiento de la ansiedad, como la relajación y la administración de fármacos para disminuir la ansiedad (por ejemplo ansiolíticos), siempre teniendo en cuenta que la eficacia del tratamiento será mayor cuando más se entrecrucen las distintas técnicas. Además no debemos olvidar que se trata de trastornos que afectan no solo al mundo afectivo de la persona, sino también el vivencial, cognitivo y sintomático, por lo que el enfoque terapéutico debe incluir estas esferas del individuo.

14. Prevención

En general, el peligro de padecer cualquier trastorno psiquiátrico y, en concreto los tratados, surge de la combinación de factores de riesgo personales y ambientales. Asimismo, debemos tener en cuenta que la exposición a los citados factores de riesgo se puede producir en ambientes muy variados, como la familia, la escuela o el tiempo de ocio con un grupo de iguales, sin olvidarnos tampoco de nuestro estado evolutivo y/o madurativo, y que cuantos más factores de riesgo se acumulen, mayor es la probabilidad de contraer un TCA y/o trastornos ansiosos.

Hay que recordar que la prevención primaria tiene como objetivo reducir o eliminar los factores que favorecen que se produzca un trastorno, al tiempo que aumenta las “capacidades” personales y el apoyo del entorno, lo que a su vez, disminuye las posibilidades de que ocurra dicho trastorno (Albee y Gullotta, 1986). O lo que es lo mismo, es la forma más sencilla de impedir que algo adquiera importancia exagerada, tratándolo antes de que llegue a convertirse en un problema.

La prevención debe actuar, en definitiva, sobre los aspectos más específicos de los trastornos de la conducta alimentaria, como puede ser el evitar dietas por motivos estéticos, tener una consideración especial con la población de mayor riesgo, etc. a la vez, también se debe incidir sobre los aspectos más inespecíficos, como la construcción de roles desde la escuela/hogar, la autoestima o la educación en valores que nos ayudan a llevar una vida saludable, sin perjudicar a terceras personas. Con ello

también prevendremos los trastornos ansiosos que suelen acompañar un TCA. Algunas claves para prevenir y enfrentar la ansiedad son, según describe Pilar Valera en su libro *“ansiosa-MENTE”*, las siguientes:

- interpretar correctamente las cosas, a través de conversaciones con uno mismo, convirtiendo pensamientos negativos en positivos.
- desterrar los pensamientos ilógicos, primero identificándolos y después modificándolos.
- Descubrir y expresar los sentimientos, porque la ansiedad y la emoción están estrechamente unidas (la ansiedad provoca emoción y la emoción provoca ansiedad).
- Saber ser asertivo, es decir, poder expresar los sentimientos, pedir o exigir lo que se desea y decir no cuando lo considera necesario.
- Aprender a ser sosegado, es decir, saber controlar el estado de nerviosismo, y tensión, tranquilizarse para neutralizar el vértigo de la ansiedad.
- Cuidar la alimentación, ya que hay sustancias que se consideran principales causantes de diferentes alteraciones del estado psicofísico como lo es la ansiedad (por ejemplo, la cafeína, el tabaco o el alcohol).
- Ser cautelosos con los medicamentos, ya que – aunque en determinadas situaciones las medicinas son necesarias y muy efectivas – pueden producir dependencia y/o alterar el humor.

Un programa que incluya la práctica diaria de relajación, el control de la alimentación, la realización regular de ejercicio físico, junto con un entrenamiento para adoptar un modo más acertado y positivo de entender la vida, puede constituir una fórmula alternativa a los fármacos muy positiva y a la larga más efectiva (Pilar Varela, 2002).

Si hace unos años se pensaba que la mejor forma de prevenir los TCA y las patologías ansiosas era hablando específicamente de en qué consisten estas enfermedades, en estos momentos, la línea de prevención que se ha constatado más efectiva, ha sido un tipo de prevención inespecífica que consiste en reconvertir estos factores de riesgo, algunos de ellos citados anteriormente, en factores de protección. Esta estrategia de intervención preventiva tiene como objetivo favorecer el desarrollo de habilidades y de recursos que permitan el crecimiento integral de los niños y los adolescentes. Estas estrategias y habilidades (autoestima positiva, asertividad, habilidades comunicativas, seguridad en uno mismo, etc.) se pueden aplicar a muchas situaciones de la vida de los jóvenes. Ayudar en la construcción de estos factores de protección resulta efectivo para hacer más resistentes a los chicos y chicas de acabar sufriendo un TCA o/y TA. Hay

que recordar que, cuando nos referimos al término TCA y/o ansiedad, se debe tener en cuenta que se está hablando de enfermedades psicológicas y por lo tanto, no se dispone de una “vacuna” física que inmunice a los jóvenes; no obstante, sí se les puede enseñar a crear sus propios anticuerpos psicológicos.

Los programas preventivos de los TCA y TA resultan un complemento y una ayuda a tener en cuenta para frenar el aumento de prevalencia de estos trastornos entre la población de riesgo. Para llevar a cabo un programa de prevención eficaz es necesario involucrar a la propia persona en riesgo, pero también considerar la necesidad de convertirse en receptores de las sesiones preventivas y formativas de los profesores, a la familia así como también médicos de familia y asistentes sociales (el entorno adulto del joven con el cual se relaciona de forma más intensa y estrecha). Estos colectivos pueden ser importantes agentes de prevención y su participación puede resultar imprescindible en la tarea global de prevención de los TCA y la aparición de trastornos ansiosos en adolescentes y jóvenes

15. Conclusión

A lo largo de este trabajo hemos intentado identificar adecuadamente los trastornos de la conducta alimentaria para poderlos diferenciar de otros trastornos, ya sean psiquiátricos o médicos, lo que nos ayudará a tomar la decisión diagnóstica más adecuada y, con esa base, desarrollar un plan terapéutico eficaz con el objetivo de guiar a las pacientes a enfrentarse a las dificultades de la vida de una forma más adecuada. Asimismo, hemos insistido en la importancia de los trastornos ansiosos implícitos en los TCA, demostrando su comorbilidad, sobre todo a través de investigaciones extranjeras. Como hemos visto, no se ha podido demostrar a ciencia cierta si es la ansiedad que provoca la aparición de un TCA o si éste incita a la aparición de TA. Incluso se ha mencionado la posibilidad de la aparición simultánea de ambos trastornos. Pero creemos que las primeras preocupaciones por el aspecto físico, sobre todo del esquema corporal, pueden llevar a una persona vulnerable a comenzar dietas que, por su carácter en general restrictivo, pueden llevar a manifestar los primeros síntomas ansiosos. Esta ansiedad se puede convertir en un factor desencadenante para un TCA grave. Asimismo, una persona de carácter ansiosa (por causas ambientales, genéticas o psicológicas) es más propensa a padecer otro trastorno psicológico como es el TCA. La evidencia está en que en la totalidad de los casos estudiados de los TCA existe sintomatología ansiosa, por lo que hay que

prestarle especial atención en el tratamiento psicológico y en la prevención, para educar a los individuos a enfrentarse a esa ansiedad o a las situaciones que la provocan, y, con ello, poder evitar conductas compulsivas y obsesivas (atracones, vómitos, ejercicio físico, etc.) o evitativas.

16. Bibliografía

a) Bibliografía primaria

C. LADISH, L. Miedo a comer. Cómo detectar, prevenir y tratar la anorexia y la bulimia. Ed. Algaba, 2002.

DORSCH, F. *Diccionario de psicología*. Ed. Herder, 2002

DSM-IV-TR. *Breviario de Criterios diagnósticos*. Ed. Masson, 2005.

DSM-IV-TR. *Manual de diagnóstico diferencial*. Ed. Masson, 2002.

GONZÁLEZ BARRÓN, R. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Capítulo 3, Ed. Pirámide, 2005.

LÓPEZ MADRID, J.M.; SALLÉS TENAS, N. *Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Ed. Pedagogía Nau Llibres, 2005.

OGDEN, J. *Psicología de la alimentación*. Ed. Morata, 2003.

ROJAS, E. *La Ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Ed. Booket, 1998.

VARELA, P. *Ansiosa-mente. Claves para reconocer y desafiar la ansiedad*. Ed. La Esfera de los Libros, Madrid, 2005

SCHLATTER N., J. *La ansiedad. Un enemigo sin rostro*. Ed. Universidad de Navarra, S.A., Barañáin, 2003.

DR. MASSANA, J.; DR. MASSANA, G. *Trastornos de ansiedad. El miedo sin causa*. Ed. Morales i Torres, S.L., Barcelona, 2005.

b) Bibliografía secundaria

ANDERSEN, A.E., DIDOMENICO, L. *Diet vs. Shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders?* International Journal of Eating Disorders, 1992.

BUIL RADA, C.; GARCIA LÓPEZ, A.; PONS TUBIO, A. *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia. Cap. 9*, Ed. INO Reproducciones, S.A., Zaragoza, 2001.

CHINCHILLA MORENO, A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Ed. Masson 2003.

DEVAUD, C., MICHAUD, P.A., NARRING, F. *Anorexia and bulimia; increasing disorders? A review of the literature on the epidemiology of eating disorders*. Rev. Epidemiol Sante Publique, 1995.

DR. ARTEAGA LL., A. *Publicación en el boletín de la escuela de medicina. Etiopatogenia de la Obesidad*. Vol. 26, nº 1, 1997.

GUAL, P. *Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Ed. Medicine, 1999

MIJAN DE LA TORRE, A. *Nutrición y Metabolismo en trastornos de la conducta Alimentaria*. Ed. Glosa, S.L., 2004.

K. KEEL, K. et al. *International Journal of Eating Disorders*. P. 38:99-105, 2005.

PULSE, K. *The Comorbidity of anxiety disorders and eating disorders*. Acutrim, 1999.

VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 5ª edición, editorial Masson, 2005.

WHITTAL, M.L.M; AGRAS, W.S.; GOULD, R.A. *Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments*. Ed. Behav Ther, 1999.

ZBOGAR, H. *Cross Current. The Journal of Addiction and Mental Health. Eating Disorders and Anxiety go Hand in Hand*, 2005.

c) Paginas de consulta por internet

<http://www.adaa.org/ADAA%20web%20fin/articles/eating.pdf>.

www.anad.org

www.edap.org

<http://panicdisorder.about.com/cs/conmorbidisorders/a/eatingdisorders.htm>

<http://www.tecnociencia.es/especiales/obesidad/5.htm>