

RESUMEN:

Se realiza una revisión clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), con énfasis en su concepto, desarrollo y cuadro clínico. Son trastornos que se presentan habitualmente en adolescentes. Existe una relación entre los síntomas y el funcionamiento interpersonal de los adolescentes con TCA. Las alteraciones alimentarias comportan cambios biológicos y físicos importantes, así como alteraciones neuroquímicas.

Trastornos de la conducta alimentaria

¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)?

Ha existido un debate considerable en relación a cuál es la forma idónea de definir los TCA, así como en el grado en qué estos se solapan entre sí.

Buena parte de las definiciones referidas a los TCA se fundamentan en aportaciones provenientes de los massmedia, más que de la propia clínica. Esto ha dado lugar en muchas ocasiones a una vulgarización de este problema médico-psicológico (ejemplos de estereotipos populares sobre los TCA: "anoréxica es aquella que se ve gorda y no come" y "bulímica" es aquella que come mucho y que luego vomita").

La realidad en el ámbito clínico del día a día nos hace dar cuenta que los TCA son una expresión "engañosamente sencilla" que hace referencia a un grupo extremadamente complejo de trastornos psiquiátricos con implicaciones físicas, psicológicas y sociales destacadas.

Podríamos definir de forma global los TCA como: *alteraciones en la ingesta de los alimentos que interfieren significativamente en la vida social, escolar o laboral y familiar de estas personas, cuando esta conducta inadaptada no se explica como respuesta a procesos orgánicos tales como tumores o alteraciones endocrinos.*

¿Qué tipos de Trastornos Alimentarios existen?

Se han descrito diferentes TCA pero los que han tenido una mayor repercusión mediática y han despertado una mayor alarma social son: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA; recientemente se

ha descrito también el TRASTORNO POR ATRACONES.

¿Qué es la Anorexia Nerviosa?

Es un TCA que se caracteriza por una restricción voluntaria e injustificada de los alimentos, acompañada de otras medidas orientadas a la pérdida deliberada de peso. Hay dos tipos de anorexia: la denominada restrictiva y la purgativa-compulsiva.

La **anorexia restrictiva** tiene como característica principal una reducción selectiva y continuada de la ingesta de alimentos, que en sus extremos puede comportar un estado de inanición.

La **anorexia purgativa-compulsiva** cursa, como característica principal, con conductas de sobreingesta que son compensadas a través de mecanismos inapropiados (laxantes, vómitos, diuréticos, excesivo ejercicio físico, ...).

¿Qué es la Bulimia Nerviosa?

Se define como un TCA consistente en episodios de ingesta desmesurada "atracones" de alimentos normalmente ricos en hidratos de carbono durante un corto espacio de tiempo.

En estos episodios la persona tiene la percepción de no poderse controlar y sólo es capaz de poner fin a la ingesta cuando presenta molestias estomacales y disconfort físico, más que no por sensación de saciedad.

Si tras la sobreingesta la persona se induce el vómito o bien utiliza laxantes o diuréticos, nos encontramos delante de un trastorno por **bulimia nerviosa de tipo purgativo**.

Pero en el supuesto de que tras la sobreingesta la persona recurra a otros tipos de conductas compensatorias inapropiadas tales como el ayuno, el excesivo ejercicio físico, nos encontramos

ante un **trastorno por bulimia nerviosa no purgativa**.

¿Existen rasgos diferenciales entre la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa?

A nivel básico, debemos tener en cuenta que son dos trastornos diferentes que tienen una clínica diferenciada, pero como trastornos alimentarios también comparten puntos en común como la presencia de una insatisfacción y una exagerada preocupación por el peso y por la imagen corporal.

Si debemos valorar rasgos diferenciales, a nivel global es preciso diferenciar que:

- en el caso de los pacientes anoréxicos la imagen corporal es encontrará completamente distorsionada, mientras que en los bulímicos no siempre se encuentra presente esta distorsión.
- Esta distorsión en los anoréxicos provoca un fuerte rechazo al mantenimiento de un peso ponderal normal en función de su edad y su talla, mientras que los bulímicos acostumbran a mantener un peso normativo o una tendencia al sobrepeso.
- En los pacientes bulímicos se pone de manifiesto la presencia periódica y recurrente de pérdida del control de la conducta alimentaria, con ingestas

compulsivas vividas de forma egodistónicas (insatisfactoria). No obstante esta diferencia conceptual no es tan clara a la práctica, pues la ingesta compulsiva observada en los bulímicos, aunque en menor grado de frecuencia, también está presente en el subtipo de anorexia purgativa/compulsiva. En relación con esto último es conveniente resaltar que en la anorexia purgativa el vómito se produce tras haber comido de forma inusual, pero sin llegar a la sobreingesta de la bulimia.

- Por otro lado hay un % de pacientes anoréxicos los cuales su evolución clínica los lleva a intercalar fases de bulimia. Este factor hace que algunos autores consideren la posibilidad de un continuo entre anorexia y bulimia, bajo la denominación común de "bulimarexia".

Sin embargo, la diferenciación diagnóstica entre los dos entidades (anorexia y bulimia) es necesaria, pues otras de las diferencias que presentan corresponden tanto a la evolución que siguen como las medidas terapéuticas a aplicar.

Algunas otras características que podemos diferenciar en los trastornos anoréxico y bulímico son:

Anorexia	Bulimia
Se inicia antes	Se inicia más tarde
Dieta restrictiva	Dieta variable
Pérdida de peso	Menor pérdida de peso
Constancia en la pérdida de peso	Variaciones de peso (aumentos y pérdidas)
Mayor nivel de actividad	Menor nivel de actividad
Amenorrea	Amenorrea 50%
Complicaciones médicas crónicas	Complicaciones médicas agudas

Por otro lado se producen otras diferencias, no tanto referentes a las entidades clínicas como las características de los individuos que presenten estos trastornos.

¿Cuáles son estas diferencias propias de los individuos con anorexia y bulimia?

Las diferencias propias del individuo hacen referencia, principalmente, a sus características de personalidad: teniendo en cuenta que en los sujetos con trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) se ha observado una mayor inestabilidad y dependencia emocional y una mayor introversión.

Pese a estos elementos comunes podemos diferenciar comportamientos de mayor rigidez, perfeccionismo y necesidad de control ambiental, autocontrol emocional excesivo, dificultades adaptativas interpersonales y sentimientos de ineficacia en los sujetos afectados de anorexia.

Mientras que la inestabilidad emocional y la impulsividad (déficit en el control del impulso) son más característicos en la bulimia.

¿Como empieza un trastorno anoréxico o bulímico?

El trastorno acostumbra a iniciarse con la aparición, de pensamientos y preocupaciones relacionadas con la imagen corporal y la estética, y el deseo de controlar y reducir el peso, elementos que incitan a la restricción alimentaria (dietas y disminución de ingesta), alteraciones en el hábito de alimentación y utilización de conductas compensatorias. Estos pensamientos invasivos, de carácter obsesivo y distorsionados; acaban ocupando al paciente la mayor parte de tiempo, movilizándolo de forma colateral una situación anímica caracterizada por la presencia de aspectos ansioso-depresivos que favorecen la inestabilidad.

Algunos de los pensamientos distorsionados característicos son:

a) *Pensamientos de Control/Descontrol:*

- *Sólo si soy delgada podré tener éxito a la vida, o ... Los delgados tienen más éxito.*
- *Debo controlar todo lo que como, sino todo será un caos.*

b) *Pensamientos sobre la comida y el peso:*

- *Por poco que coma seguro que me engordo, o... todo lo que como se transforma en grasa en mi cuerpo.*
- *Nunca conseguiré el peso deseado, o si he perdido un kilo puedo perder más.*

c) *Pensamientos sobre la imagen corporal:*

- *Mi cuerpo no me gusta.*
- *He de lograr la figura que deseo.*

d) *Pensamientos referidos a baja autoestima:*

- *Si soy más delgado/a gustaré más a la gente y tendré más éxito.*

También se produce una alteración de las percepciones del propio cuerpo (interoceptivas), especialmente, la sensación de hambre y las sensaciones de saciedad, probablemente producidas por el descontrol alimentario, por causas metabólicas-hormonales (neuroendocrinas) y por las propias distorsiones cognitivas.

Una vez instaurado este proceso, los trastornos anoréxico y bulímico siguen procesos diferentes:

Anorexia: En la medida que se logra el objetivo de pérdida ponderal se produce un refuerzo de la conducta de restricción; tanto a nivel de satisfacción propia como en relación a la valoración que recibe por parte de los demás en virtud de la pérdida de peso.

En caso de que no conseguir la pérdida esperada, la interpretación es de fracaso, apareciendo sentimiento disfóricos que favorecen el incremento de su nivel de control y exigencia por lograr la conducta deseada. Esta espiral es perpetua a modo de círculo vicioso.

Bulimia: La conducta restrictiva es transgredida bruscamente por una sobreingesta motivada por una necesidad imperiosa de comer. Esta necesidad es una combinación tanto de la sensación de hambre como de la ansiedad aguda.

La sobreingesta, normalmente, da lugar a la aparición de mecanismos compensatorios. Hay un pequeño número de pacientes que invierten este proceso, iniciando el trastorno bulímico por la aparición de vómitos y restricción alimentaria que van seguidos de sobreingesta.

Con posterioridad a la sobreingesta, aparecen sentimientos de culpabilidad y autorrechazo vinculados al no cumplimiento del objetivo restrictivo, facilitando la presencia de conductas compensatorias diversas que dependerán del subtipo clínico.

¿Cuáles son las características clínicas de estos trastornos?

ANOREXIA:

Hay unas características *discriminantes* consistentes en:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal que implica un peso inferior al 85% del que se espera. En caso de que no se haya completado el crecimiento este deterioro puede manifestar-se como dificultad manifiesta por lograr el aumento de peso esperado en función de la edad.
- Miedo intenso e injustificado a ganar peso y engordar, todo y encontrarse por debajo del peso normal.
- Percepción alterada de la imagen corporal y del peso (dismorfofobia) con afectación de la autoestima. La alteración de la imagen corporal constituye uno de los puntos nucleares del trastorno.
- Nula, escasa o intermitente conciencia de enfermedad, de forma que el paciente acostumbra a negar sus síntomas
- En mujeres postpuberales, pérdida de la menstruación de al menos tres periodos consecutivos. En los hombres se produce, de forma equivalente, una disminución de la función sexual reproductiva por una alteración endocrina.
- Ausencia de causa orgánica (tumores o endocrinas).

Otras características *secundarias* asociadas:

- El inicio del trastorno acostumbra a producirse entre los 14 y 18 años, aun cuando se observa una tendencia bajista,

con una franja de riesgo entre los 10 y los 24 años.

- El % de personas afectadas de anorexia oscila entre el 0.5 y 1%. Se observa un claro predominio femenino con una ratio de 1/10
- Antecedentes de dificultades alimentarias en la infancia.
- Antecedentes de sobrepeso/obesidad en la infancia o etapa prepupal.
- Comportamientos alimentarios alterados: esconder la comida, trocearla, rumiación o comida lenta.
- En ocasiones se observa que la amenorrea puede darse incluso antes de la aparición del cuadro clínico.
- Incremento en el autoexigencia y dedicación en relación al rendimiento académico o en las tareas profesionales.
- Se caracterizan por ser personas normativas, rígidas, cumplidoras y con características de tipo obsesivo en todos los aspectos de su vida, especialmente en el tema de la alimentación: coleccionan recetas culinarias, dominio de las calorías, cocinan para otros...
- Alteraciones en las relaciones interpersonales: disminución de las relaciones sociales y una mayor conflictividad familiar, acompañada por incapacidad de asumir un proceso de autonomía respecto las figuras parentales.
- Inhibición de la actividad sexual y negación de los caracteres sexuales secundarios (ocultación de sus atributos vistiendo con ropas más anchas).
- Conductas inapropiadas orientadas al control de la imagen corporal y el peso: pesarse de forma recurrente a lo largo del día, o mirarse a menudo al espejo.
- Sobreactividad física.
- Autoestima baja vinculada a la imagen corporal, la cual está distorsionada negativamente.
- Aproximadamente el 50% de los trastornos anoréxicos (especialmente a partir de los 17 años) incurren en episodios bulímicos, pudiendo evolucionar hacia una bulimia nerviosa.
- Irritabilidad propia del estado de ánimo disfórico.

BULIMIA:

Hay unas características discriminantes consistentes en:

- Episodios de sobreingesta recurrentes caracterizados por comida durante un periodo de tiempo corto una cantidad de alimento claramente superior al esperado al que otras personas comerían durante un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, acompañado de una falta de control vivido de forma egodistónica.

- Conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso, como pueden ser: el ayuno, la provocación del vómito, el abuso de laxantes o diuréticos.

- Las conductas de sobreingesta y compensatorias se producen por término medio unas dos veces por semana en un periodo de durante, al menos, tres meses.

- La autovaloración está influida, de forma desmedida, por el peso y la figura corporal.

- Ausencia de anorexia nerviosa.

- Ausencia de un trastorno orgánico que explique los síntomas.

Otras características secundarias asociadas son:

- Aparición en edad más adelantada (aparición hacia el final de la etapa adolescente, en torno a los 18 años).

- Mayor probabilidad de cronicidad y peor pronóstico.

- La afectación en la población oscila entre la 1-3%. Ratio 1:10 (hombre:mujer)

- Obesidad previa más frecuente. Alrededor de un 70% tienen un peso "normal", el resto se reparte por igual entre un peso por encima y por debajo del esperado.

- Todo y mantener un peso "normal" presenten una mala nutrición.

- Menor control de los impulsos que puede comportar la aparición de patología asociada tal y como cleptomanía, abuso de sustancias adictivas, tendencia a la promiscuidad sexual y tendencias autolesivas.

- Menor capacidad de afrontamiento ante de situaciones estresantes.

- Hipervigilancia de la información interoceptiva (mucho más reactiva a las sensaciones de hambre).

- Posible presencia de amenorrea (entre un 25 y 50%).

- Comportamiento más extrovertido y menor aislamiento social que en la anorexia. Relaciones interpersonales inestables y cambiantes.

- Incremento de la actividad física como medida compensatoria.

- Baja autoestima relacionada con una imagen corporal insatisfactoria.

- Mayor inestabilidad emocional caracterizada por estados de ánimo disfóricos (aburrimiento, ansiedad, tristeza).

¿De qué manera repercuten los TCA en las personas?

Las personas afectadas de TCA sufren principalmente dos tipos de consecuencias: biomédicas (ligada a la desnutrición y anomalías en la ingesta) y las psicosociales (como respuesta a la interferencia de la enfermedad sobre la vida social, familiar, escolar/laboral).

CONSECUENCIAS BIOMÉDICAS:

Trastornos hipotalámicos y endocrinos:

irregularidades en la hormona del crecimiento, de los hormonas intestinales, hipercolesterinemia, amenorrea secundaria, disminución de los andrógenos y estrógenos, alteraciones en la actividad de los neurotransmisores (noradrenalina y serotonina) debido a periodos de malnutrición, favoreciendo la aparición de algunos de los síntomas asociados a los trastornos alimentarios, hipotiroidismo, suprarrenales y pancreáticos.

Renales, en ocasiones acentuados por el exceso del consumo o por la restricción de líquidos y diuréticos.

Cardiovasculares (bradicardia, arritmias, hipotensión, edema periférico, disminución del tamaño del corazón, estreñimiento de los paredes ventriculares, derrames en el pericardio, menor respuesta ante el ejercicio, síndrome de la arteria mesentérica superior, alteraciones en el ECG, etc).

Gastroenterológicas, sobre todo estreñimiento, dolores abdominales, vómitos, facilitación de la sensación de plenitud y desgarramiento del esófago si se autoinduce el vómito.

Hematológicas: anemia, descenso de los leucocitos, hipoglucemia.

Anormalidades hidroelectrolíticas, que provoquen letargo y arritmias cardíacas.

Neurológicas: en casos extremos y crónicos puede aparecer atrofia cortical y déficits neurocognitivos.

Óseas: osteoporosis por pérdida de calcio (secundaria a la amenorrea), aplasia ósea, entre otras.

Otras: hipotermia, piel seca y amarillenta, "lanugo", deterioro físico, cabello fino y suave, discreta alopecia, deterioro por erosión del esmalte dental, mayor incidencia de caries, callosidades en el dorso de las manos, rotura uñas, inexpresividad facial, inhibición del desarrollo sexual, cuando hay una pérdida de peso del 50% se entra en un estado denominado caquexia.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES:

Aislamiento social, que actúa después como factor de mantenimiento.

Deterioro de la actividad escolar o laboral.

Deterioro de la vida familiar.

Deterioro de los relaciones afectivas, en general.

¿Qué factores influyen en la aparición de los TCA?

Se consideran tres tipos básicos de factores que intervienen en la aparición de los TCA:

- Factores de Predisposición,
- Factores Precipitantes
- Factores de Mantenimiento.

Factores de Predisposición

Sin ser todos ellos específicos de los TCA, estos factores están relacionados con la mayoría de los trastornos de salud mental.

a) Factores individuales

Edad: acostumbran a presentar-se con una frecuencia mayor durante la pubertad y sobre todo a la adolescencia. Aun cuando cada vez nos encontramos con un inicio más precoz, motivo por el que son de especial relevancia la aplicación de programas de prevención sobre esta población.

Género: Proporción de 10:1 en la relación mujer-hombre.

Sobrepeso premórbido o antecedentes familiares.

Antecedentes personales de trastornos afectivos.

Aspectos genéticos: más que una predisposición genética para desarrollar un TCA, se ha observado una predisposición a determinados patrones de personalidad, o lo que parece más probable, hacia los trastornos afectivos.

Bajo autoconcepto.

Rasgos de personalidad obsesivos (con perfeccionismo y niveles de exigencia y control, tanto propios como en los antecedentes familiares. También se observan rasgos de mayor inestabilidad emocional, introversión y vulnerabilidad a las situaciones de estrés en estos tipos de patologías.

b) Factores Familiares

Antecedentes familiares de trastornos afectivos.

Antecedentes familiares de TCA.

Malos hábitos alimentarios.

Actitud familiar de sobreprotección, de afectividad superficial, excesivamente tolerantes, con roles poco definidos, hostilidad entre los miembros de la familia, presión de los iguales.

c) Factores Socioculturales

Educación basada en la sobrevaloración de la imagen corporal; con presencia de bromas, actitudes y conductas familiares en relación con el peso y la imagen corporal; que favorecen la aparición de esquemas que sobrevaloren el hecho de estar delgado, con prejuicios sobre la obesidad, y que condicionen la necesidad de aprobación social. Estudios muestran que un 22% de los familiares de los pacientes con TCA presenten preocupaciones excesivas alrededor de la ingesta.

Actividades físicas y deportivas con unas características de exigencia sobre el peso del deportista (gimnastas, natación sincronizada, boxeadores, etc.)

Otros factores socioculturales: el culto al cuerpo juvenil, deportivo y delgado, son valores prioritarios y objetivos a lograr por los jóvenes.

Factores precipitantes o desencadenantes

Nos referimos a aquellos factores que están vinculados de una forma muy directa a la aparición de los TCA.

Trastornos afectivos: a menudo se observa una asociación bastante frecuente entre estos trastornos con los TCA. Por otro lado la anorexia nerviosa puede ser un síntoma de un trastorno afectivo, motivo por el cual será fundamental establecer un buen diagnóstico diferencial entre ambos trastornos por la diferente intervención terapéutica en cada uno de los casos.

Críticas peyorativas respecto el cuerpo (sobre todo des del ámbito familiar y del grupo de iguales).

Inicio de dietas: Podríamos considerarlo como el factor desencadenante de mayor peso específico en la aparición de los TCA. El inicio de una dieta restrictiva, innecesaria y sin control es el factor que más a menudo se encuentra como desencadenante de este trastorno.

Rápidas fluctuaciones en el peso, con especial relevancia la pérdida brusca de peso: Tal y como se ha explicado anteriormente, refuerza de forma positiva el mantenimiento de los dietas y es por si mismo un factor de mantenimiento de segundo orden de la patología.

Cambios corporales, que por otro lado son muy característicos en la etapa de la adolescencia.

Acontecimientos vitales: Son vivencias que exigen un nivel de adaptación significativo en la persona, especialmente aquellas que pueden desencadenar estrés o un estado de ánimo depresivo tales como rupturas sentimentales, separaciones del medio familiar.

Enfermedades médicas, sobre todo aquellas que comporten una pérdida de peso o un sobrepeso.

Anorexia nerviosa previa en el caso de bulimia nerviosa.

De todos los factores desencadenantes citados se observa claramente que los factores de mayor influencia serían: *variaciones rápidas en el peso, la no aceptación de la imagen corporal y las críticas o presiones por parte del entorno familiar y social.* El riesgo se ve muy incrementado (de 5 a 10 veces) cuando se asocia a patología depresiva de base.

Factores de mantenimiento

Nos referimos a aquellos factores que contribuyen a mantener el problema alimentario una vez este ya se ha instaurado y obstaculizan su proceso de recuperación.

Cogniciones anorexígenas. Son las más resistentes al tratamiento y los que más contribuyen a su cronificación. Entendemos por cogniciones anorexígenas aquellas alteraciones del pensamiento relativas al peso, dieta, alimentación y figura.

La pérdida de peso (desnutrición). Del mismo modo que funciona como factor precipitante, ayuda en el mantenimiento y cronificación de la patología alimentaria.

Crisis familiar. La enfermedad altera la dinámica familiar de forma que interfiere y dificulta un restablecimiento de los hábitos.

Interacción social. El entorno al paciente premia la pérdida ponderal y la tenacidad por traer a buen término la dieta restrictiva, potenciando de forma directa el mantenimiento de la conducta.

Aislamiento social. Siendo contemplado como un factor de predisposición sobre los TCA, también es un factor de mantenimiento debido al miedo de los pacientes a relacionarse con sus iguales por su "obesidad percibida".

Actividad física excesiva.

Las características de personalidad inherentes señaladas anteriormente son un factor de cronificación de los TCA.

Introgénia. Las intervenciones de los profesionales cuando no son correctas ayudan al mantenimiento de la patología y dificultan su evolución favorable. El único factor de buen pronóstico suficientemente contrastado es el diagnóstico y la intervención precoz.

Por qué la adolescencia es un periodo vital de mayor riesgo para presentar TCA?

Partiendo del enfoque de vulnerabilidad del Dr. Pedreira, se considera que lo que determina la presencia o ausencia de psicopatología en general es la conjunción de tres factores:

- Vulnerabilidad social
- Vulnerabilidad psíquica
- Vulnerabilidad biológica

En este sentido resultan de vital importancia, además de los factores de vulnerabilidad biológica; los factores psicológicos y socio-familiares, más vinculados a aspectos evolutivos. Es por ello que la edad debe enmarcarse en un contexto evolutivo de riesgo, tal y como se contempla en la psicopatología del desarrollo.

Es conveniente plantearse las siguientes cuestiones:

- ¿Por qué algunos adolescentes son especialmente vulnerables en esta etapa de transición?
- ¿Por qué algunos adolescentes tienen más dificultades evolutivas que otros?
- ¿Qué aspectos determinan que unos tengan una evolución patológica y otros no?

La respuesta recae sobre el desarrollo previo, el cual puede consolidar un estado vulnerable de predisposición que incluye dos elementos:

a) *Las características de personalidad:* identidad y valoración del hecho de estar delgado como parte del autoconcepto, y el conocimiento de las sensaciones propias (conciencia interoceptiva) tanto a nivel físico como emocional.

b) *Los sistemas sociales* que sirven de adaptación y apoyo al individuo.

Estos dos elementos interactúan con los siguientes elementos del desarrollo:

Factores Precipitantes:

Pueden ser internos (como los cambios psicológicos y físicos del desarrollo), o externos (cómo son las expectativas de los adolescentes).

Objetivos del desarrollo:

Son los mismos para todos los adolescentes pero se interpretan de forma diferente para cada individuo (entre otros destacan la aceptación de los limitaciones biológicas, la reestructuración del autoconcepto y de la identidad sexual, la reorientación hacia el rendimiento, y la reconsideración de los primeras amistades).

Los procesos de desarrollo:

En esta etapa (la adolescencia) hay una ruptura con las estructuras funcionales psicológicas y sociales anteriores, pues éstas formas más infantiles de relación y afrontamiento anteriores dejan de ser válidas. Este proceso de desestructuración origina, en consecuencia, insatisfacción y malestar en el adolescente. Este malestar da paso al siguiente proceso que es el de replanteamiento, a partir del cual se llega a un proceso de reintegración y reestructuración que permite la aparición de los cambios necesarios en cuanto a rol y conducta (que serán de dos tipos: adaptados –desarrollo normal- o desadaptados –presencia de patología).

¿Qué indicadores que nos podrían hacer sospechar la presencia de un TCA?

Hay una serie de indicadores conductuales de riesgo como son:

- Inicio de restricciones alimentarias no justificadas.
- Cambios bruscos de humor y del estado de ánimo (irritabilidad, labilidad emocional).
- Excusas para no comer en casa.
- Intentos por comer sola cuando está a casa.
- Incremento exagerado por el interés de su imagen corporal y su peso, e inicio de actividades excesivas.
- Aumento en el control y vigilancia en relación al peso.
- Aumento de la auto-observación a través del espejo, tomarse medidas corporales, comprobación de cintura, etc.
- Sospecha de vómito y quejas de malestar físico tras las comidas.
- Visitas recurrentes al lavabo inmediatamente después de las comidas.
- Callosidades en las manos.

- Pérdida brusca de peso no justificada o detención del crecimiento normal.
- Incremento del aislamiento social y en el ambiente familiar.
- Amenorrea no explicable por causas orgánicas

Cuántas más elementos de sospecha de los mencionados, mayor será la probabilidad que nos hallemos ante el inicio de un TCA. No obstante, es necesario ser cautelosos a la hora de sacar conclusiones a partir de estos elementos, pues el diagnóstico es algo más complejo y requiere de conocimientos especializados en la clínica del trastorno.

¿Qué podemos aconsejar a los padres que sospechan que su hijo/a puede presentar un TCA?

- En primer lugar, no obtener una conclusión apresurada. Es conveniente observar durante un tiempo la conducta que preocupa y no dejarse llevar por la angustia.
- Si la conducta observada persiste, consultar a profesionales especializados.
- Tratar el tema con tranquilidad y sin presiones en el medio familiar.
- Confiar y seguir las directrices del especialista. Es conveniente transmitir y hacer saber a los padres que la enfermedad no es consecuencia de los errores educativos, desculpabilizarlos y ayudarlos a aceptar el diagnóstico puesto que éstos son una pieza clave en el curso del tratamiento.
- Si bien inicialmente podría parecer poco conveniente hacer una consulta apresurada, esto no es cierto, y no debemos relativizar el problema, pues la experiencia nos demuestra que la intervención temprana es un factor que favorece un mejor pronóstico.
- Es muy importante destacar que un buen diagnóstico es primordial para afrontar la problemática de forma satisfactoria y evitar actitudes e intervenciones (en todos los ámbitos) que dificulten una adecuada evolución. Para ello es preciso que el profesional que

intervenga realice un buen diagnóstico diferencial.

¿Qué significa hacer un diagnóstico diferencial?

El diagnóstico diferencial conlleva una evaluación de qué otras patologías podrían mostrar signos y síntomas similares a los de los trastornos alimentarios y descartar su presencia. También nos podemos encontrar con enfermedades que estén presentes en comorbilidad (es decir que estén presentes al mismo tiempo).

El diagnóstico diferencial de los TCA se debe orientar a:

Diferenciar de la delgadez común (personas constitucionalmente delgadas):

- No cumple los criterios de pérdida de peso, ni indicadores de riesgo que nos hagan sospechar en el inicio de un TCA.

Diferenciar de los trastornos orgánicos (que se excluyen por la ausencia de la clínica característica de los TCA):

- Tumores que afecten el eje hipotálamo-hipofisis
- Insuficiencia adeno-hipofisaria
- Tirotoxicosis
- Enfermedad de Addison, enfermedad de Crohn, el síndrome de Turner (para la anorexia).
- El síndrome de Kleine-Levin, síndrome de Prader-Willy y síndrome de Klüver-Bucy (en la bulimia)
- Diabetes mellitus
- Hipertiroidismo
- Trastornos gastrointestinales como el síndrome de mala absorción

Diferenciar de otros trastornos psiquiátricos:

- Trastorno de conversión (no hay deseo consciente de perder peso)
- Trastornos afectivos. Como en el trastorno depresivo mayor (tiene otras características afectivas y vegetativas); si bien aquí se debe valorar la posibilidad de comorbilidad. O, como en el trastorno bipolar (que puede cursar con reducción de la ingesta durante

la fase maníaca, y con sobrealimentación durante la fase depresiva.

- Trastornos esquizofrénicos y paranoides (que podrían cursar con delirios sobre los alimentos).
- Con fobias específicas, como la fobia a la deglución.
- Con trastornos de la personalidad, como en el caso de los trastornos límite, narcisista, histriónico y antisocial; pues en ocasiones, de forma muy frecuente, se presentan también en comorbilidad en pacientes bulímicos.

¿Cuál es el tratamiento de los TCA?

Es preciso señalar la necesidad de tratamiento interdisciplinar, en el que los diferentes especialistas colaboren interviniendo sobre las diferentes manifestaciones del trastorno. Será necesaria la presencia de especialista en endocrinología, psiquiatría, psicología, una enfermera, así como la intervención de la familia a fin de permitir un abordaje integral que favorezca la resolución de la problemática.

La intervención se debe centrar básicamente en tres ámbitos: nutricional, médico y psicológico; en función de unos objetivos terapéuticos que son diferentes en el caso de la anorexia y la bulimia.

ANOREXIA:

- Normalizar el estado nutricional del paciente por recuperar su peso ponderal. La malnutrición y sus consecuencias son la parte más importante del problema y su recuperación debe ser uno de los objetivos primordiales, tan más cuando mayor sea la pérdida de peso.
- Corregir los comportamientos compulsivos y extravagantes relacionados con la alimentación.
- Corregir las distorsiones cognitivas que permitan normalizar la imagen corporal para así reducir la ansiedad asociada y los componentes de evitación acompañantes.
- Reestructuración de la conflictividad y las disfunciones familiares existentes.
- Mejorar la autoestima general y el nivel de adaptación social.

- Tratar la patología comórbida asociada.

- Dotar al individuo de estrategias de afrontamiento para las situaciones estresantes propias de la adolescencia y por su problemática individual.

BULIMIA:

- Normalizar las comidas y tratar la secuencia ayuno-sobreingesta - vómito/purga.

- Corregir las cogniciones disfuncionales implicadas en el trastorno.

- Tratar las complicaciones somáticas asociadas.

- Tratar la psicopatología comórbida.

- Suministrar estrategias para afrontar las situaciones de estrés y los estados disfóricos que actúan como precipitantes de los episodios bulímicos.

- Mejorar la adaptación familiar, social y ocupacional.

A nivel **farmacológico** todo y no existir una farmacología específica para los TCA, la coexistencia del problema alimentario con otros trastornos psiquiátricos asociados hace necesaria la administración de psicofármacos. La pauta de intervención medicamentosa es diferente en la anorexia y la bulimia.

En el caso de la anorexia si aparecen alteraciones significativas en el estado de ánimo o un componente obsesivo relevante se ha de asociar al tratamiento psicológico la prescripción de antidepresivos (preferiblemente ISRS, pero controlando sus posibles efectos anorexígenos, especialmente la fluoxetina). Hay autores que valoran la conveniencia de utilizar la clorpromazina (neuroléptico) en los pacientes más graves cuando las ideas delirantes y los trastornos obsesivos-compulsivos son intensos y se asocia una gran hiperactividad. También se acostumbra a asociar a la pauta de tratamiento un estimulante del hambre (hidrocloruro de ciproheptadina, antihistamínico antagonista de la serotonina).

En la bulimia el fármaco de elección es la fluoxetina por sus efectos anorexígenos y porque se ha mostrado eficaz en la disminución de las cogniciones y conductas bulímicas. El tratamiento con

antidepresivos tricíclicos también se ha observado que es eficaz a corto término, al mejorar la sintomatología depresiva y disminuye la sobreingesta (la eficacia a largo término es todavía variable según los estudios).

A nivel de tratamiento **psicológico**, de forma general y con independencia del modelo psicoterapéutico que se utilice hay cuatro áreas que deben constituir-se en la estructura básica del tratamiento de los TCA.

1 . *Motivación* de la paciente hacia el tratamiento.

2 . *Análisis funcional y objetivación del problema* alimentario del paciente. Identificación de los factores individuales, precipitantes y mantenedores del trastorno.

3 . *Reducción de la sintomatología* alimentaria manifiesta y la problemática intra e interpersonal.

4 . *Intervención de apoyo a las familias*:

5 *Información* sobre la patología.

6 *Conocimiento* de la intervención terapéutica.

7 *Corresponsabilización* con el tratamiento.

8 *Recuperación* de la capacidad de intervención a casa y restablecer los relaciones familia-paciente.

9 *Aceptación* del modelo terapéutico.

10 *Evitar* los sentimientos de fracaso ante las recaídas.

La intervención psicológica con el paciente se podrá llevar a cabo desde tres regímenes diferentes, según el estado de evolución del TCA: régimen ambulatorio, hospital de día y hospitalización completa.

Gráficamente podemos estructurar los intervenciones de la siguiente forma:

- *Tratamiento ambulatorio:*
 - Grupos de autoayuda en TCA
 - Tratamiento psicológico de larga duración
 - Tratamiento psicológico específico: grupal o individual
 - Tratamiento psicológico y medicación
- *Tratamiento en hospital de día.*

▪ *Hospitalización completa:* principalmente en la anorexia. En el paciente bulímico está indicada en mucha menor frecuencia y se reserva en los casos que hay complicaciones somáticas graves, riesgo de suicidio o fracaso del tratamiento ambulatorio.

Los criterios para una hospitalización son los siguientes:

Pérdida de peso superior al 20%, más significativo cuando se produce en un corto periodo de tiempo.

Alteraciones graves que pongan en riesgo la vida del paciente.

Comorbilidad grave, especialmente cuando se trata de un episodio depresivo mayor con ideación suicida.

Desestructuración conductual generalizada e interacción familiar gravemente conflictiva.

Fracaso del tratamiento ambulatorio.

16- Cuáles serían las medidas que ayudarían a evitar la manifestación de un TCA?

Cómo hemos comentado anteriormente los mecanismos de prevención que se dispongan se han convertido en un instrumento necesario por disminuir la incidencia del trastorno. Además consideramos dos tipos de prevención, la primaria y la secundaria. Cada intervención preventiva cuenta con un momento concreto de aplicación y por lo tanto las actuaciones que aplica son diferentes (en los objetivos a los cuales se dirige y en la forma de actuar). Cuando más temprana sea la intervención que se aplica más efectiva será para parar la manifestación del TCA.

Prevención primaria: se ha observado que es la que tiene una manifestación directa en la reducción de la incidencia del trastorno.

La prevención se debería realizar sobre el individuo desde el ámbito familiar y escolar y en la infancia, sin realizar un excesivo énfasis sobre los repercusiones negativas de los trastornos alimentarios, sino dotando a la persona de habilidades para que analice los mensajes y los comentarios despreciativos sobre la imagen corporal basados en argumentos de modas. En definitiva, cambiar el concepto social que es necesario, para ser mejor y más perfecto, estar lo más delgado posible.

El programa de prevención primaria aborda los siguientes aspectos:

1 . *Información*: dirigida a los sujetos de riesgo y sus familias en primer término y en segunda instancia a la población general. Pretende romper con el desconocimiento de la enfermedad, de los factores que la desencadenan y sus aspectos psicopatológicos; no es necesario que sea demasiado exhaustiva. Se intenta evitar con esta información los conocimientos que se logran a través de las propias experiencias personales y de las experiencias del entorno a partir de las que se extraen consecuencias rápidas y normalmente erróneas sobre los aspectos asociados a la enfermedad.

2 . *Modificación de conductas precursoras de la enfermedad*: se desarrollan programas que inciden en la corrección de aquellas conductas que se han demostrado precursoras de los trastornos alimentarios. Entre otras:

Inicio de dietas restrictivas sin el consentimiento familiar con la finalidad hipotética de mejorar la figura.

Reducir la interiorización de las influencias culturales.

Aumentar la autoestima y construir la competencia personal.

Reducir la insatisfacción de la imagen corporal y explorar métodos apropiados para controlar el peso.

Conocer los trastornos de la alimentación.

3 . *Identificación de los grupos de riesgo*: es conveniente detectar los grupos de mayor riesgo que son aquellos que tienen problemas con la aceptación de su figura, forma, peso y tamaño, para trabajar de forma precoz con ellos y evitar el debut del TCA.

4 . *Modificación de estereotipos y el body business*: son intervenciones orientadas a sensibilizar a la población del riesgo que comporta la actual presión cultural dirigida a potenciar los aspectos estéticos de promoción de una figura inalcanzable por muchos adolescentes, la vinculación de la belleza física con el éxito físico, y sobre todo intervenir en la exigencia de un control sobre el denominado body business.

5 . Educación escolar: establecimiento de programas de educación alimentaria en las escuelas.

Prevención secundaria: este tipo de medidas están encaminadas a reducir el tiempo entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento. Por esto se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Diagnóstico y tratamiento precoz.

Tratamientos correctos.

Dispositivos de asistencia eficaces dado que los recursos actuales por tratar los TCA son más bien escasos.

17- Evolución

La evolución de la anorexia se establece alrededor de tres posibilidades:

1 . Evolución favorable: marcada por una recuperación estable del peso, de las actitudes alimentarias y de las alteraciones hormonales (menstruación). Se resuelven los problemas de relación social y aumenta la capacidad para hacer frente a los estresores (40%).

2 . Evolución estabilizada: dónde persisten dificultades manifiestas en varias esferas del comportamiento, pero se observa mejoría de las conductas alimentarias (30%).

3 . Evolución desfavorable: se instaura un estado cronicado con presencia de alteraciones graves y con predominio de los síntomas caracteriales típicos del trastorno (30%). En el peor de los casos esta evolución desfavorable puede comportar la muerte del paciente, por inanición, suicidio o complicaciones médicas asociadas (10% del 30% anterior).

El curso de la anorexia es variable y puede cursar con un único episodio que se recupera completamente o bien puede presentarse con recaídas.

En el caso de la bulimia, la alteración de la conducta alimentaria suele persistir durante años en un alto porcentaje. Se observa que el curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se codean con episodios de sobreingesta. La evolución a largo plazo no se conoce de una forma precisa.

L'Equip de Familiarova Schola:
Batlle, S. Bielsa, A. Molina, M.
Rafael, A. Tomàs. J.