

Trastornos del Comportamiento Alimentario



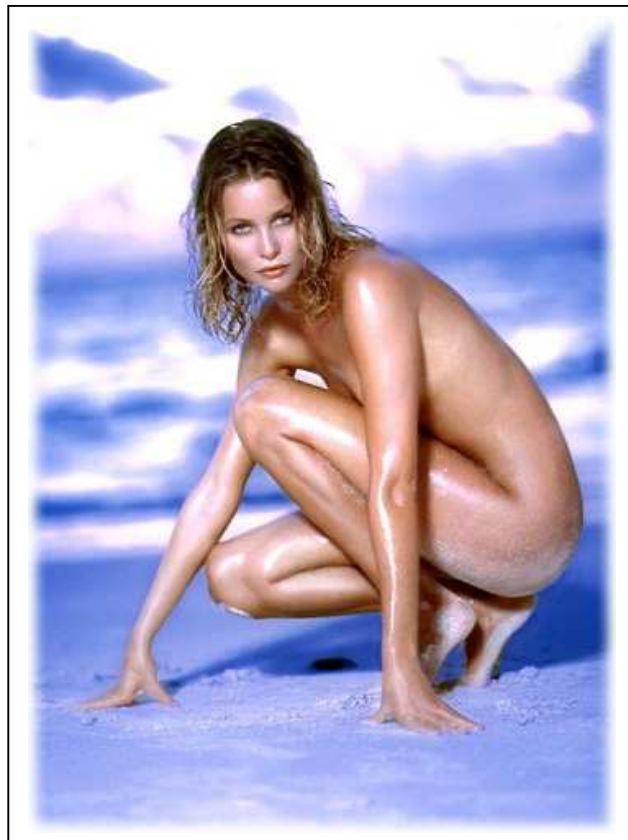
Quino Villa Bruned

Jaca, Octubre de 2000



*Mujer es una interpretación.
Esa interpretación
que ella hace de sí misma
y que el hombre hace de ella,
es una realidad histórica,
cambiante,
recreada en cada época.*

Felicidad Martínez Sola.





Índice

Prólogo.....	4
1. Introducción.	5
1.1. Trastornos más comunes.	5
1.2. Epidemiología.	5
1.3. Factores que predisponen a la adquisición.....	6
1.4. Problemas de intervención.	7
2. La Obesidad.	8
2.1. Aspectos varios.	8
2.2. Teorías explicativas.	9
3. La Bulimia Nerviosa.	10
4. La Anorexia Nerviosa.	11
4.1. Aspectos varios.	11
4.2. Algunas hipótesis explicativas.	19
5. Y para terminar...	25
6. Bibliografía.	26
7. Anexo: lámina resumen sobre la Anorexia.	28



Prólogo.

Hemos querido contextualizar la Anorexia dentro de los trastornos del comportamiento alimentario, a fin de que pueda comprenderse mejor no como algo aislado sino relacionándolo con otros trastornos próximos, aunque diferentes.

Al hablar de Anorexia me referiré a *ella*, ya que es la mujer la principal sufridora, igual que en la Bulimia. Y es entonces cuando adquiere significación la cita de Felicidad Martínez Sola: que *la mujer es una interpretación... una realidad histórica cambiante, recreada en cada época*. Sí, posiblemente la mujer recreada en la realidad de hoy tenga algo de anoréxica, porque con ello tienen que ver algunas de las demandas que hoy se le hacen a ella, si bien disfrazadas de la *glamour* de los tules, disfrazadas tal vez de un deslumbrante regocijo en las pasarelas de la moda, en los concursos del *miss-erío* y similares.

Está comenzando un nuevo siglo, y también un nuevo milenio. Dejamos atrás el siglo de la igualdad y comienza a nacer la era de las libertades individuales, dicen los sociólogos. Y con ella está naciendo ya **la tercera mujer**, aquella mujer que sabe de su belleza pero no para agrandar a su príncipe encantado sino a sí misma, a su permanente construcción identitaria, a la unicidad de su ser sexuado de mujer.

Desde el Proyecto Oroel de Salud, y siguiendo con la línea de promocionar la salud en todos los sentidos, queremos –a sus ya nueve años de su funcionamiento– participar en esa idea de progreso que beneficiará –seguro– no sólo a la mujer, sino al mundo entero.

Esta humilde guía dirigida al profesorado no pretende sino aportar un grano de arena en ese terreno, tratando de sensibilizar con la importancia de la prevención primaria que puede llevarse a cabo desde la escuela, desde el IES. Y en esto todavía hay mucho por hacer.





1. Introducción.

La presente documentación se ha elaborado a modo de guía, intentando clarificar qué es la Anorexia Nerviosa, qué factores predisponen a ello, cuáles están presentes en el cuadro clínico, datos epidemiológicos, teorías explicativas...

1.1. Trastornos más comunes.

Conviene que consideremos la Anorexia junto a otros trastornos del comportamiento alimentario, ya que con algunos de ellos convive a veces.

1.	Trastorno Alimentario Compulsivo (TAC). ¹
2.	Obesidad.
3.	Bulimia Nerviosa.
4.	Anorexia Nerviosa.



El TAC suele darse tanto en varones como en mujeres, aunque la mayoría de estudios lo sitúan con mayor frecuencia en mujeres; eso sí, suele aparecer en la década de los 30 años. A diferencia la Bulimia Nerviosa posee un perfil claramente femenino, y se da en torno a los 20 años.

El TAC, además, suele aparecer en un porcentaje significativo entre obesos, mientras que no la Bulimia.



¹ Los criterios del TAC y los de la Bulimia Nerviosa están muy próximos, y resultan difíciles de discriminar, si bien en el TAC no aparecen conductas compensatorias (vómitos autoinducidos, ayuno, uso de laxantes...) tras los atracones recurrentes.



1.2. Epidemiología.

PARA TODAS ELLAS.

1.	Esos trastornos afectan principalmente a mujeres.
----	---



PARA LA OBESIDAD, BULIMIA Y ANOREXIA.

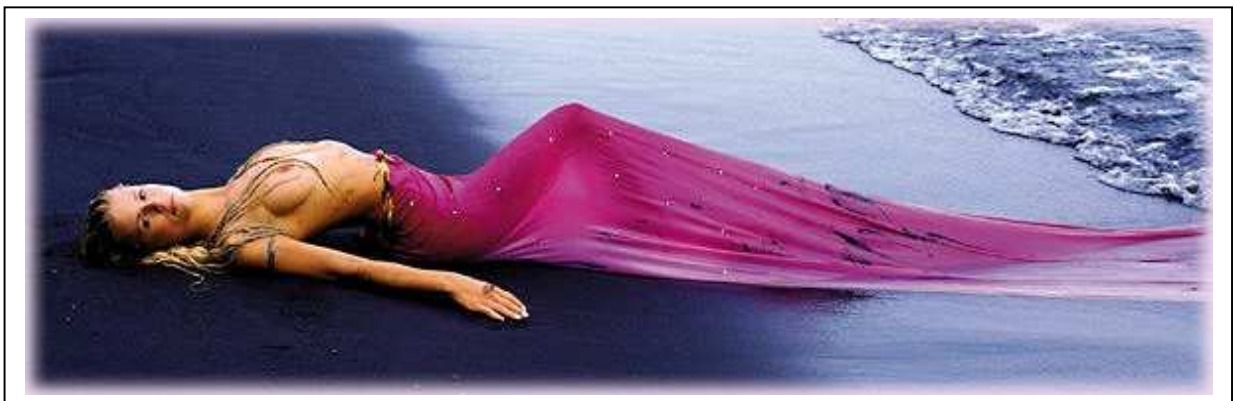
1.	Insatisfacción con la forma y tamaño del propio cuerpo.
2.	Presencia de estados afectivos negativos (fundamentalmente ansiedad y depresión).
3.	Deterioro de la percepción de la imagen corporal.
4.	Dificultad para controlar el peso ⇒ baja autoestima.

Existen dos subtipos de Anorexia: La Restrictiva, y la Bulímica. El subtipo Bulímico convive con la Bulimia.

1.3. Factores que predisponen a la adquisición de estos trastornos.

DEMANDAS SOCIOCULTURALES A LA MUJER, EN LA CULTURA OCCIDENTAL

1.	Belleza: la mujer debe ser bella. Y siendo bella, podrá aspirar a convertirse en trofeo para él.
2.	Imagen estética de la delgadez (para ella, que no para él).

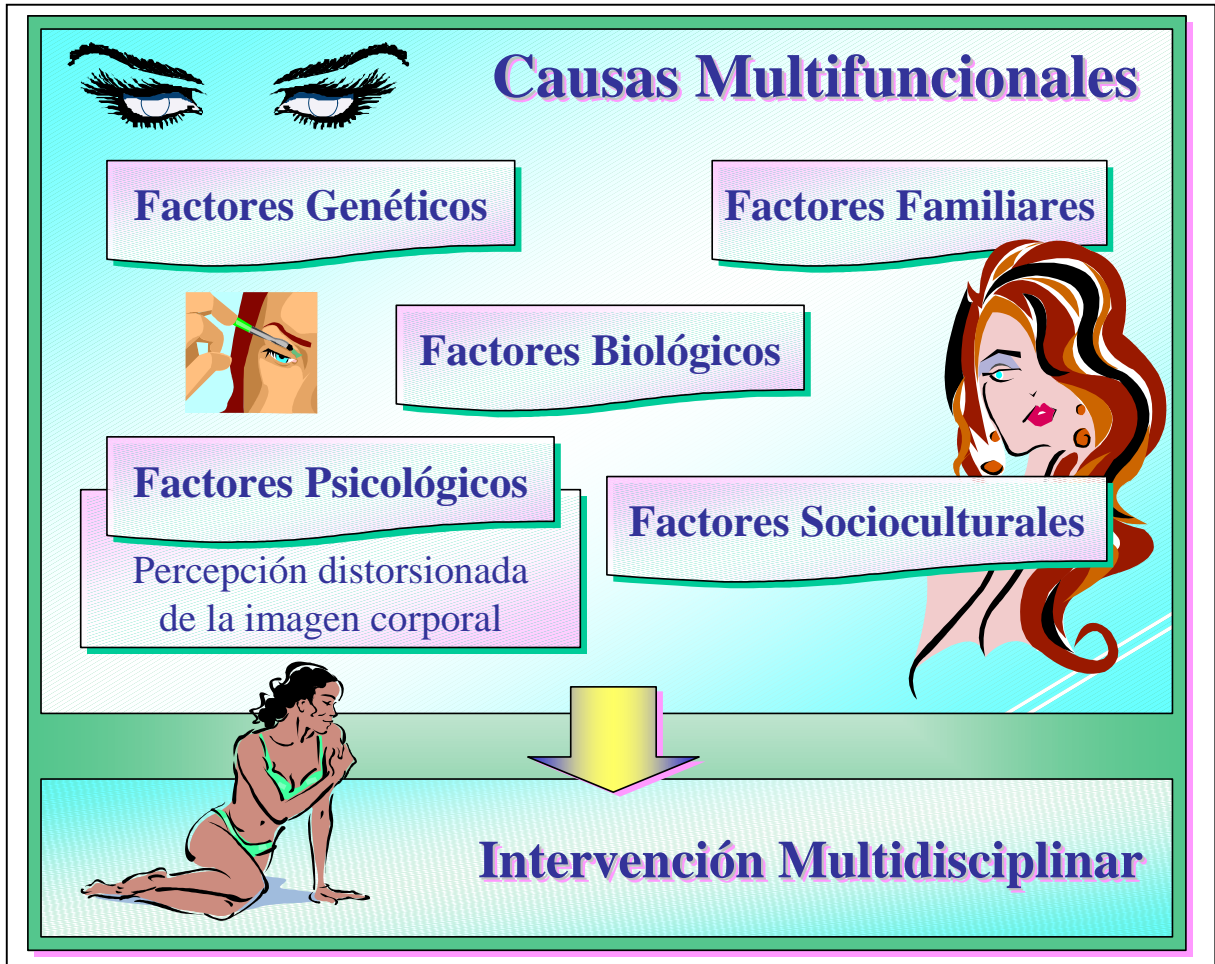


Cuadro de Autodiálogo



1.4. Problemas de Intervención.

Tanto la Obesidad, como la Bulimia, y especialmente la Anorexia, poseen causas multifuncionales, lo que aconseja llevar a cabo una intervención multidisciplinar.



Cuadro de Autodiálogo

Empty box for the self-dialogue framework.



2. La Obesidad.

2.1. Aspectos varios.

<p>Características Básicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Correlaciona positivamente con la sobreingesta compulsiva (aunque no todos los de sobreingesta son obesos). 📖 Acumulación excesiva de grasa corporal innecesaria. 📖 Las personas afectadas sienten malestar por su exceso de peso. 📖 Comen, a pesar de no sentir hambre, incluso sintiéndose llenos. 📖 En algunos casos la depresión precede al incremento de peso.
<p>Criterio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Cuando un individuo sobrepasa el 20% de su peso ideal (en función de las variables: sexo, complexión, talla y edad de desarrollo).
<p>Causas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Herencia: entre el 20-60% de varianza de la grasa corporal. 📖 Ambiente familiar: en torno al 39%. <p>Se considera más hereditario que otros trastornos psiquiátricos.</p>
<p>Patrón de distribución de grasa (también heredable).</p>	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Hombres: acumulación en la parte superior del cuerpo (más asociada a morbilidad y mortalidad). 📖 Mujeres: acumulación en la parte inferior del cuerpo.



Cuadro de Autodiálogo



2.2. Teorías explicativas.

La hipótesis de la ingesta emocional viene a explicar que el obeso utiliza la sobreingesta como mecanismo reductor de la ansiedad; es decir, que el obeso confundiría algunos estados emocionales asociados al estrés con sensaciones de hambre.

Desde la hipótesis del balance energético –aprendizaje social– se aclara cómo la ingesta supone un reforzamiento a corto plazo (placer) y consecuencias negativas a largo plazo (incremento del peso, problemas de salud, rechazo social); también aparecen otros refuerzos negativos a corto plazo (desaparición de las sensaciones de hambre, desaparición de la rumiación por consumir). A diferencia el ejercicio físico funciona al revés: provoca contingencias negativas a corto plazo (agujetas, cansancio), apareciendo los beneficios sólo a largo plazo (pérdida del tejido adiposo, mejora de la forma física).



Cuadro de Autodiálogo





3. La Bulimia Nerviosa.

3.1. Aspectos varios.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Episodios recurrentes de gran voracidad (atracones), seguidos de conductas purgativas (ejercicios físicos duros, vómitos autoinducidos, toma de laxantes y diuréticos...).
2.	<input checked="" type="checkbox"/> Los pacientes son conscientes de su comportamiento desadaptado ⇒ intensos sentimientos de culpa.
3.	<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad ante los alimentos y el comer.
4.	<input checked="" type="checkbox"/> Gran preocupación por su imagen corporal: silueta y pérdida de peso.
5.	<input checked="" type="checkbox"/> El 90% de individuos son mujeres (entre el 1 y el 5% de ellas lo sufren).
6.	<input checked="" type="checkbox"/> El comportamiento alimentario que exhiben es normal; incluso su peso.
7.	<input checked="" type="checkbox"/> Edad promedio de inicio: 16-18 años (aunque empiezan a aparecer casos puntuales en torno a los 11 años).
8.	<input checked="" type="checkbox"/> Edad media: 24-25 años.
9.	<input checked="" type="checkbox"/> Entre el 25-33% de pacientes bulímicas presentan paralelamente historias de Anorexia.



Cuadro de Autodiálogo



4. La Anorexia Nerviosa.

La Anorexia es el trastorno con mayor tasa de mortalidad: 8-18 %. Esto no debe constituir una alarma, sino acaso una razón para una mayor sensibilización.

PRINCIPALES FACTORES presentes en la ANOREXIA NERVIOSA

Nº	Criterio	Si
1.	↪ Pérdida importante de peso.	
2.	↪ Alteración de la imagen corporal: - No se ve delgada. - Incluso se puede experimentar el propio cuerpo como algo ajeno.	
3.	↪ Ansiedad a estar gorda: - Busca un mecanismo de huida de dicha ansiedad (evitación). - Refugiándose en la delgadez extrema (rígida disciplina en la dieta).	
4.	↪ Alteraciones físicas: - Pérdida o alteración de la menstruación. - Pérdida del interés y potencia sexual en los varones.	



Cuadro de Autodiálogo



DIFERENCIAS ENTRE BULIMIA Y ANOREXIA (Leitenberg y Rosen).

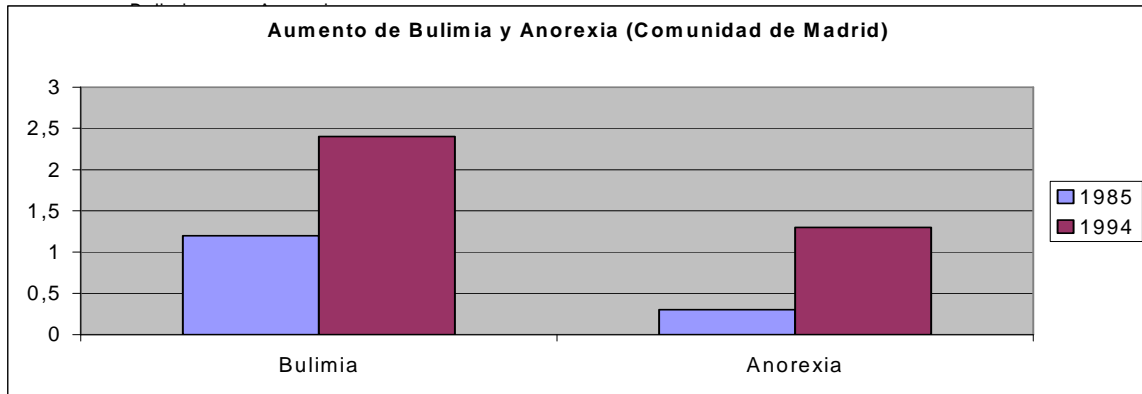
	BULIMIA	ANOREXIA
1. Apariencia-peso.	<ul style="list-style-type: none"> Presentan un peso normal. 	<ul style="list-style-type: none"> Apariencia flaca y demacrada.
2. Apariencia e Identidad Sexual.	<ul style="list-style-type: none"> Persiguen una apariencia sexual atractiva (concepción estereotipada de mujer perfecta). 	<ul style="list-style-type: none"> Evitan una apariencia sexual atractiva. Rechazan una identidad sexual adulta.
3. Edad promedio.	<ul style="list-style-type: none"> 24 años (media). 	<ul style="list-style-type: none"> Adolescencia, o menos de 25 años.
4. Manifestación de conductas asociadas al trastorno.	<ul style="list-style-type: none"> Pueden pasar desapercibidas. 	<ul style="list-style-type: none"> El autoayuno de las anoréxicas se muestra de manera explícita.
5. Asunción de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> Las bulímicas sienten una total ausencia de control sobre la ingesta. 	<ul style="list-style-type: none"> Las anoréxicas creen tener perfecto control sobre la ingesta: no comen porque no quieren. Y todo ello unido a la negación absoluta del problema.
6. Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad de obtener datos epidemiológicos fiables. Fuerte crecimiento a partir de los años 80. 2-3% de la población adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> 0,2-0,8% de la población general. 1-3% de la población adolescente femenina.

Además, tanto la restricción dietética, como el miedo a engordar y la distorsión de la imagen corporal, están presentes tanto en la bulímica como en la anoréxica, sólo que en ésta –en la anoréxica– aparecen de forma mucho más acusada, exagerada incluso.

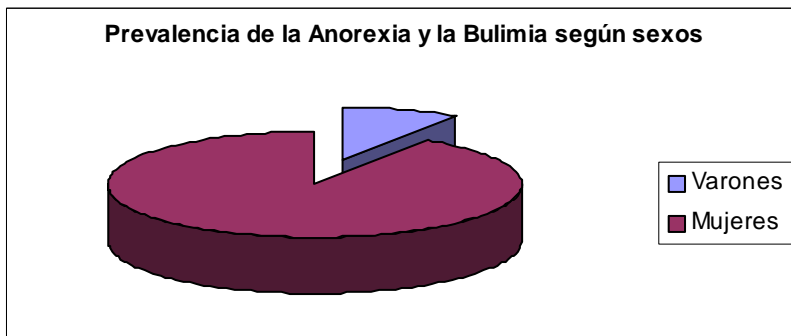


Cuadro de Autodiálogo

Tanto la Bulimia como la Anorexia han aumentado significativamente durante las dos últimas décadas. Así lo corrobora el estudio longitudinal de Morandé, realizado en la Comunidad de Madrid sobre población femenina adolescente. Mostramos a continuación la representación gráfica de dichos datos.



La mayor prevalencia de Anorexia y Bulimia en mujeres –proporción de 10 a 1– no se asocia a su sexo biológico, sino a demandas sociales que se le hacen a ella y no a él.



POBLACIÓN ADOLESCENTE Y ANOREXIA

Intervalo de Afección	12-25 años.
Grupo de Mayor Riesgo	14-19 años.



Cuadro de Autodiálogo

**LA ANOREXIA: ÁREAS DE INTERVENCIÓN**

Área	Objetivos Terapéuticos
<i>Somática.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Buscando la restauración de peso normal. ☐ Y la mejora de su condición física.
<i>Conductual.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Modificación de hábitos alimentarios. ☐ Reducción (o adecuación) de la actividad física.
<i>Psicológica.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Abordar la alteración de su imagen corporal. ☐ Y su miedo a la gordura. ☐ Modificar sus creencias irracionales respecto a la comida y peso. ☐ Depresión y ansiedad asociadas.
<i>Familiar.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Mejora de la expresión de sentimientos y nivel de comunicación. ☐ Facilitar un contexto de autoayuda (enfoque sistémico).
<i>Todas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Prevenir las recaídas.

<i>Primer abordaje.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Mejora de los problemas físicos (inanición). ☐ Pero para ello, antes debe comprender y aceptar que tiene un problema (trastorno).
-------------------------	--

<i>Objetivo Último.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Que la paciente sea capaz de controlar correctamente su alimentación. ☐ Y también los métodos de pérdida de peso: ejercicio físico extremo, purgas...
-------------------------	--

FASES TERAPÉUTICAS

Nº	Fase
1.	- Recuperación del peso, y restablecimiento del balance energético.
2.	- Modificación de actitudes y cogniciones asociadas al acto de comer. - Y también aquellas asociadas a la imagen corporal.
3.	Prevención de la recaída.
4.	- Generalización: Mantenimiento del peso, y del estilo de vida.

**Cuadro de Autodiálogo**

--	--

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS de FEIGNER, para la ANOREXIA NERVIOSA**

Nº	Criterio	Si
1.	* Edad de comienzo: antes de los 25 años.	
2.	* Pérdida de al menos el 25% del peso corporal original.	
3.	* Actitud distorsionada hacia la comida: - Negación de la enfermedad, no reconociendo las necesidades nutricionales. - Gozo en el perder peso, y rechazo expreso de la comida. - Deseo de una imagen corporal caracterizada por la delgadez extrema.	
4.	* Se descarta enfermedad física que explique la pérdida de peso.	
5.	* Se descarta otro tipo de trastorno, como depresión y esquizofrenia.	
6.	* Aparecen al menos dos de las manifestaciones siguientes: - Amenorrea: desaparición anormal del flujo menstrual. - Lanugo: anormal presencia de vello. - Bradicardia: TC por debajo de las 60 p/s. - Períodos de hiperactividad. - Episodios de bulimia. - Vómitos: frecuentemente autoinducidos.	

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS del DSM IV, para la ANOREXIA NERVIOSA

Nº	Criterio	Si
1.	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.	
2.	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	
3.	- 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.	
4.	- En las mujeres pospuberales, presencia de Amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.	

Son estos los criterios que suelen imperar en el psicodiagnóstico clínico, y no sólo con respecto al cuadro de la Anorexia. El Manual de Diagnóstico Psiquiátrico (DSM) está redactado –por la aportación por escrito de cada uno de sus numerosos miembros– por la Asociación de Psiquiatría Americana, y la versión IV es la última publicada, si bien está en constante revisión.

**ESCALA DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTA ANORÉXICA PARA PADRES-MADRES ²**

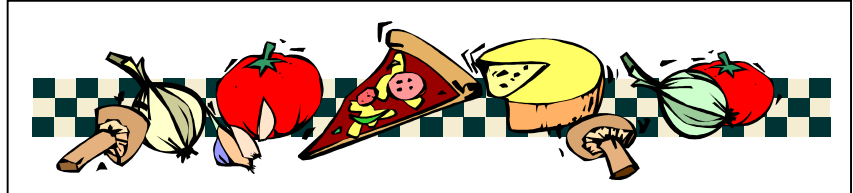
Nº	Criterio	1	2	3	4
1.	Evita comer con otros o se retrasa lo máximo posible en acudir a la mesa.				
2.	Muestra signos claros de tensión durante las comidas.				
3.	Se muestra agresiva u hostil durante las comidas.				
4.	Comienza cortando la comida en trocitos muy pequeños.				
5.	Se queja de que es demasiada comida o demasiado rica en calorías.				
6.	Tiene "caprichos de comida" inhabituales.				
7.	Trata de pactar sobre la comida (p. ej., "comeré esto si no como lo otro").				
8.	Picotea la comida o come muy despacio.				
9.	Prefiere productos de dieta (con bajo contenido calórico).				
10.	Raramente dice tener hambre.				
11.	Le gusta cocinar o ayudar en la cocina, pero no probar o comer.				
12.	Vomita después de las comidas.				
13.	Oculto la comida en servilletas, bolsos o ropas en el momento de comer.				
14.	Tira comida (ventana, cubo de la basura, water).				
15.	Oculto o atesora comida en su habitación o en algún otro lugar.				
16.	Come cuanto está sola o "en secreto".				
17.	No le gusta ir de visita ni a fiestas, por la "obligación de comer".				
18.	A veces tiene dificultades en parar de comer o come inusualmente grandes cantidades de comida o de dulces.				
19.	Se queja mucho de estreñimiento.				
20.	Toma laxantes (purgantes) frecuentemente, o los pide.				
21.	Dice estar muy gorda sin tener en cuenta el peso perdido.				
22.	A menudo se va de la mesa durante las comidas (p.ej., "a hacer algo en la cocina...").				
23.	A menudo habla sobre la delgadez, las dietas o las formas del cuerpo ideal.				
24.	Está de pie, anda y corre siempre que le es posible.				
25.	Está lo más activa posible (limpia la mesa, las habitaciones, etc.).				
26.	Hace mucho ejercicio físico o deporte.				
27.	Estudia y trabaja mucho.				
28.	Raramente está cansada y descansa muy poco o nada.				
29.	Reivindica estar "normal", "sana" e incluso "mejor que nunca".				
30.	Se resiste a ir al médico o rechaza los exámenes médicos.				

² Se trata de la escala ABOS, propuesta por Rosa Calvo (1992), y que revisa una serie de criterios.



En la escala anterior se han introducido cuatro números en las correspondientes filas de la tabla. Se trata de que pueda servir para evaluar, pudiendo hacer una cruz en la casilla respectiva, y según el siguiente baremo.

1.	Poco
2.	Algo
3.	Bastante
4.	Mucho



ESTILOS PARENTALES relacionados con la PERSONALIDAD ANORÉXICA

	Criterio	Si
<i>Estilo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Autoritario: <ul style="list-style-type: none"> - De <i>orden</i> y <i>mando</i>: continuas correcciones y reprimendas. - No cesión de control y autonomía. ☐ De sobreprotección: no cesión de control y autonomía. ☐ <i>Laissez Faire</i>: no resolución de conflictos, ni cesión de control. ☐ También cuando los padres padecen o son tendentes a la Depresión. 	
<i>Padre / Madre</i>	☐ Sobreprotectores: más obsesionados con la rectitud de los hijos que con su adquisición de autocontrol.	
<i>Hijo / Hija</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Autoconcepto y autoestima negativas. ☐ Algunas veces –y especialmente ellas– se suelen mostrar excesivamente complacientes, humildes... 	

Ahora la chica anoréxica seguirá siendo la “niña buena” de siempre, pero mantendrá –seguramente en secreto– su gran y primer triunfo: el de haber logrado perder peso; y ese triunfo lo elevará como símbolo de su realización personal.



Cuadro de Autodiálogo



INDICIOS GENERALES PARA SOSPECHAR DE ANOREXIA NERVIOSA

Nº	Criterio	1	2	3	4
1.	Rasgos de Personalidad: - Puntuación alta en factor N (Neuroticismo). - Puntuación alta en factor I (Introversión).				
2.	Estar delgada, y no preocuparle su estado físico.				
3.	Pérdida de peso.				
4.	Buenos resultados académicos, brillantes incluso.				
5.	Tendencia a aislarse para estudiar.				
6.	Práctica abundante de deportes, actividad física, ballet...				
7.	Amenorrea ³ o alteraciones en la menstruación.				
8.	Problemas dentales excesivos.				
9.	Edemas inexplicables.				
10.	Estreñimiento crónico.				
11.	Determinadas conductas de evitación: - Vestir ropa ancha, para disfrazar la delgadez. - Evitar ponerse bañador. - Evitar ir a comprar ropa. - Evitar mirarse al espejo.				



³ Cuidado con la píldora anticonceptiva: puede estar enmascarando una amenorrea como síntoma de la Anorexia. En otros casos, una infertilidad inexplicable o dificultades de embarazo pueden estar ocultando también una Anorexia, donde uno de los móviles importantes puede constituir el miedo a perder el control de ingestión durante el embarazo.



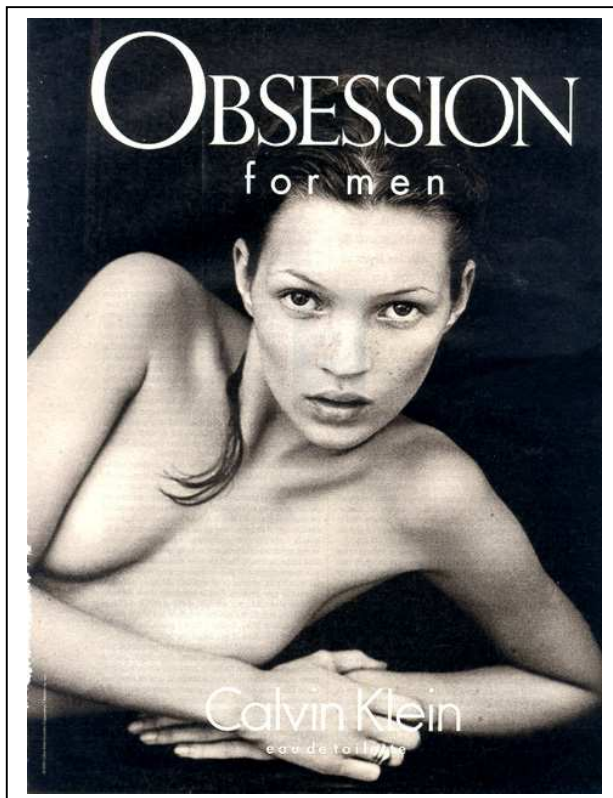
4.2. Algunas Hipótesis Explicativas de la Anorexia Nerviosa.



Teorías Socioculturales.

Ahí está la *glamour* de ser anoréxica, último eslabón de la presión que se ejerce sobre la mujer en que sea bella y atractiva, en que ejerza control sobre su físico. O si no, ahí están los cánones de belleza de *la moda lánguida* o también llamada la estética *heroin-addict-chic*. Quiero recordar unas palabras extraídas de uno de mis últimos ensayos, ahora en proceso de publicación, y sobre la estimulación subliminal en la publicidad, *La Erótica Subliminal*:

El fotoperiodismo de Lang Clark y Nan Goldin (años 60 y 70) crea escuela en



EE.UU. Sus principales motivos: los estragos que causan las mal llamadas drogas *duras*. La cocaína se pone de moda (cantidad de mitos sobre su inocuidad comienzan a circular). Pero esa estética no es posible retratarla desde fuera; si alguien quiere saber qué es eso, debe probarlo (el consumo forma parte de la inspiración... ya ocurrió también con el LSD). Pero no sólo el fotógrafo; también la modelo. Surge el nuevo *look* de vanguardia, donde la heroinomanía a veces es un simple maquillaje, un role-playing, y otras un papel tan real como la vida misma: el estilo denominado *heroin chic look*, o *heroin-addict-chic*.

Surge el escándalo. Son muchos los fotógrafos y modelos que han caído en las redes de la droga⁴. Alguien sabe explicarlo como un mecanismo natural, normal: con ese trabajo se gana mucho dinero, pero éste exige —es como algo consustancial— sufrir un constante estrés. Más dinero, y más estrés. ¿Cómo salir del círculo vicioso?: evadiéndose a través de otro círculo más vicioso todavía, la drogodependencia.

Muchas marcas conocidas aceptan el *heroin addict chic* como un manifiesto más de la vanguardia, y hacen uso de ese estilo sencillamente porque se ha puesto

⁴ En 1997 el fotógrafo de modas Davide Sorrenti muere a los 20 años, a causa de las drogas. Su novia James King, de 18 años, modelo de profesión, había comenzado a consumir droga a los 14, justo cuando comenzó a trabajar en esa profesión.



de moda. Se ha puesto de moda... una dictadura más de la moda.

En la foto adjunta aparece una Kate Moss raquíta, luciendo una delgadez extrema. El mensaje no puede ser más claro: *Obsession for men*. Sin comentarios, por favor.

El adicto fotógrafo David Sorrenti –adicto, con todas las consecuencias, a la estética *heroin-addict-chic*, hasta tal punto que dio la vida por ella–, contratado por el magnate de la moda Calvin Klein, hizo bien su trabajo, hizo cuanto se esperaba de él... porque la profesión de fotógrafo de modas es una profesión muy seria.” (J. Villa).

Habría un elemento más que puede ser entendido desde estas teorías socio-culturales: en las clases media y alta los padres suelen presionar a sus hijos e hijas hacia la autosuperación constante, lema de una sociedad competitiva en la que los puntos de mira están más en las metas, en las cimas, en los éxitos, en los triunfos... y no tanto en los maravillosos recovecos del viaje, tal y como descubriera Ulises en su viaje a Ítaca.

Claro que estas teorías darían cuenta del marco externo, aunque no de cómo esas variables actúan en la anoréxica.



Teorías de Sistemas.

El problema en un miembro habla de una alteración en el sistema familiar. Ahora la Anorexia podría entenderse como un acto de rebeldía contra la opresión de un estilo parental demasiado rígido. En otros casos esta enfermedad puede estar sugiriendo conflictos matrimoniales de la pareja.



Cuadro de Autodiálogo

--



Teorías Cognitivo-Conductuales.

Siguiendo con las aportaciones del modelo Cognitivo-Conductual, el aprendizaje vicario o aprendizaje por imitación de modelos, podría explicar el desencadenamiento del trastorno y su mantenimiento, aunque no sus estadios avanzados. Se basaría en la evitación de ansiedad, al evitar la ingesta, lo que reforzaría negativamente dicha ansiedad ante la posible ganancia de peso.

Reproduzco en forma de esquema la hipótesis de Williamson, Davis, Duchmann y cols.



Desde la hipótesis de estos autores puede explicarse el círculo vicioso de la ansiedad: la reducción de la tasa metabólica no hace desaparecer la ansiedad, sino que al darse entonces una mayor probabilidad de aumento de peso, aquélla aumenta.

La persona anoréxica focaliza toda su atención en una única meta: conseguir progresivamente una mayor pérdida de peso. Y focalizar la atención supone –



lógicamente— evitar posibles distracciones:

- ✧ Si es necesario, se abandonan actividades lúdicas de siempre.
- ✧ Aumenta la propia autocrítica, con relación al propio peso.

Algunos sesgos cognitivos tienden a mantener esa imagen distorsionada y poco objetiva de sí mismo, de su cuerpo (ver tabla siguiente).

SESGOS COGNITIVOS a fin de mantener una IMAGEN DISTORSIONADA DE SÍ MISMA

Sesgo	Lenguaje Interno / Detalles	Sí
Razonamiento Dicotómico Negativo	⌘ <i>No estoy delgada, luego estoy gorda.</i>	<input type="checkbox"/>
	⌘ <i>Como he fallado algo en el control sobre lo que como, no poseo control alguno.</i>	<input type="checkbox"/>
Sensaciones Corporales Distorsionadas	⌘ Exceso de actividad física = signo de salud.	<input type="checkbox"/>
	⌘ Sensación de plenitud gástrica, tras la comida = algo asqueroso.	<input type="checkbox"/>
	⌘ Pérdida de apetito = plenitud, la comida sobra.	<input type="checkbox"/>
	⌘ Amenorrea = ausencia de molestias y suciedad.	<input type="checkbox"/>



Cuadro de Autodiálogo

En algunos casos las anoréxicas llegan a **sobrestimar** su propio tamaño corporal hasta el 58% de su tamaño real; otros estudios hablan que al menos esa sobrestimación alcanza un error del 27%.

- ✧ Quienes más sobrestiman su tamaño son quienes peor pronóstico tienen (más recaídas). La mayor sobrestimación correlaciona positivamente con dos rasgos de personalidad: Neuroticismo (mayor conducta autónoma simpática) e Introversión (mayor activación cortical). De la misma manera, apa-



rece sobrestimación cuando existe tendencia a la ansiedad⁵ y a la depresión, síndromes que a veces cursan junto a la Anorexia⁶; el factor Introversión marca cierta predisposición a la depresión, y el de Neuroticismo a la ansiedad. También aparece sobrestimación con una atribución *locus de control* externo.

- ✪ Situacionalmente se ha comprobado que se da sobrestimación del tamaño corporal tras la ingestión de una comida alta en hidratos de carbono. En un estudio se pidió a pacientes anoréxicas que observaran con objetividad cada una de las partes de su cuerpo: entonces la sobrestimación pudo reducirse del 65% al 40%.

También es necesario aclarar que no todas las anoréxicas sobrestiman su tamaño. Y que sobrestimación del tamaño corporal no es exactamente lo mismo que tener una imagen distorsionada del propio cuerpo.

<i>Estimación del Tamaño</i>	<i>Imagen Distorsionada</i>
☰ Situacional, cambiante por tanto.	☰ Estable.
☰ Responde a cambios biológicos Internos (p.ej. ingestión de comida).	☰ No responde a cambios biológicos.
☰ Componente afectivo.	☰ Componente cognitivo (creencia irracional).

Esto es importante de cara a la intervención: si se trata de dos síntomas diferentes, deberán ser abordados con estrategias diversificadas.

En un estudio con mujeres obesas y anoréxicas se les presentó **figuras** normales de mujer, figuras obesas y figuras delgadas. Las conclusiones más importantes fueron:

- ✪ Las obesas eligen la figura obesa como más cálida que la figura normal o la delgada.
- ✪ Las anoréxicas eligen la figura delgada como más popular y competente de todas.
- ✪ No obstante tanto las obesas como las mujeres anoréxicas se decantaron por la figura normal como la más favorecida en los rasgos de personalidad, lo que sugiere que unas y otras siguen ajustando su imagen mental –y a pesar de los problemas– a una idea normal de mujer.

⁵ Fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad generalizada: son los tres subtipos de ansiedad que más comúnmente conviven con la Anorexia.

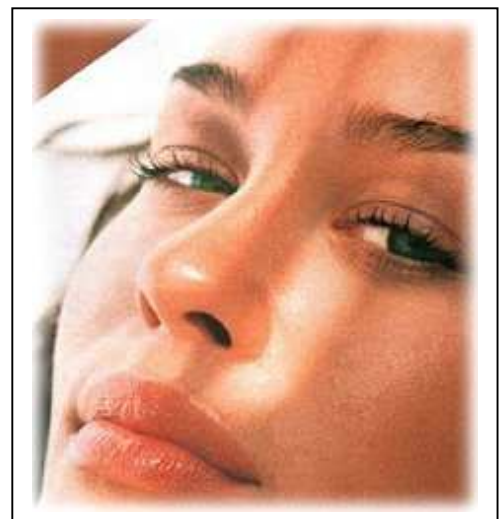
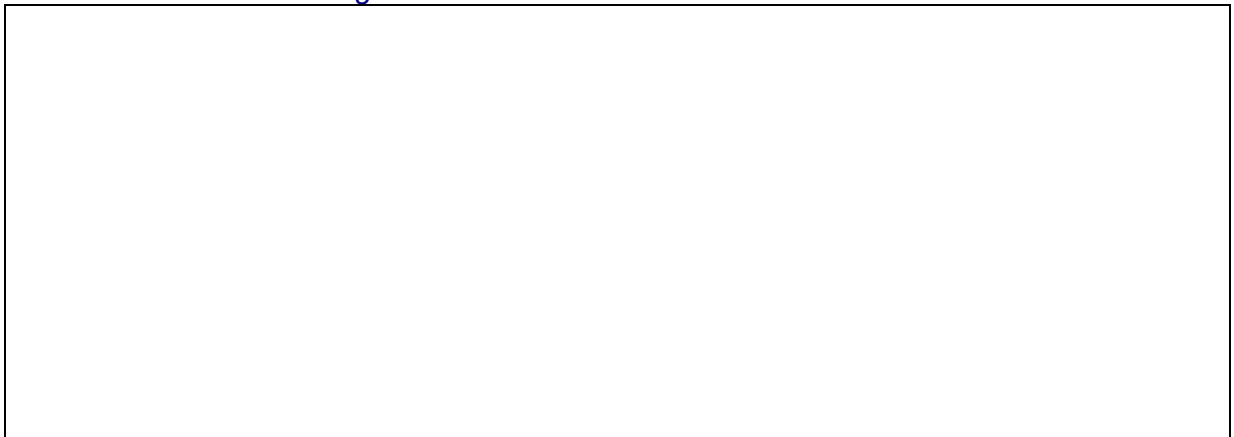
⁶ También suelen convivir con la Anorexia, y en algunas ocasiones, trastornos de falta de control de los impulsos, como consumo de alcohol, robo y comportamientos agresivos.



La **baja autoestima** –su gran miedo al fracaso y a posibles errores– se intenta disfrazar con la obtención de excelentes resultados académicos, y también con la consecución de su primera meta: la pérdida progresiva de peso. Ello irá acompañado de manifestaciones emocionales negativas como la tristeza: habrá que disfrazarla de un falso optimismo, fácilmente desenmascarado a través de la entrevista terapéutica.



Cuadro de Autodiálogo









5. Y para terminar...

No podemos acabar esta guía olvidando la importancia de la prevención primaria, esa que es posible llevar a cabo en el contexto de enseñanza-aprendizaje, antes de que los síntomas del trastorno hayan hecho acto de presencia. Pero la realidad nos dice que ese tipo de prevención no funciona... hasta que el león no muestra sus fauces, o hasta que no se intuye un quebrado movimiento por entre la tupida vegetación de la sabana, no...

Varios centros de interés se nos ocurren como especialmente adecuados para abordar ese tipo de prevención, y de manera inespecífica, desde el área de Educación Sexual:

-  Análisis del mito del culto a la delgadez.
-  Cuerpo sexuado de mujer e identidad femenina.
-  El feudo de la moda y la dietética.
-  Análisis crítico de los mensajes publicitarios.

La prevención primaria supone informar. Y sobre todo –y ahí está lo difícil– intervenir en actitudes. ¿Acaso las actitudes se enseñan, como mansamente reza el Diseño Curricular Base? Oh, no, sería el caos. Por suerte para las libertades individuales las actitudes son personales e intransferibles, no *enseñables* por tanto. Por desgracia resulta complejo intervenir en ellas; no, no son un contenido más como los procedimientos y los conceptos; son otra cosa, tan sencilla como que forman parte de los mismos cimientos de nuestra identidad personal; tan compleja como que no se dejan cambiar fácilmente. Y desde ellas se puede explicar buena parte no sólo de este tipo de trastornos, sino también de las condiciones que hacen nuestra vida más saludable y placentera.

Quino Villa Bruned.
Psicólogo y Sexólogo.
Proyecto Oroel de Salud. Jaca.
Octubre de 2000.



Cuadro de Autodiálogo

--



6. Bibliografía.

CALVO, Rosa (1992).

Trastornos de la alimentación. Análisis.

En E. Echeburúa: Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad.

Madrid: Pirámide.

CERVERA, M. (1996).

Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia.

Barcelona: Martínez Roca.

CHINCHILLA, A. (1994).

Anorexia y bulimia nerviosa.

Madrid: Ergón.

MORANDÉ, G. (1995).

Atención a la anorexia y la bulimia nerviosa. ¿Dónde, quién, cómo?

Madrid: Adaner.

RAICH, R. M. (1994).

Anorexia y bulimia nerviosa.

Madrid: Pirámide.

SALDAÑA, C. (1994).

Trastornos del comportamiento alimentario.

Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

SALDAÑA, C. / TOMÁS, I. (1998).

Ansiedad y trastornos de la alimentación.

En F. Palmero y E. Fernández-Abascal (coord.): Emociones y adaptación.

Barcelona: Ariel.

TORO, J. / VILARDELL, E. (1987).

Anorexia nerviosa.

Barcelona: Martínez Roca.

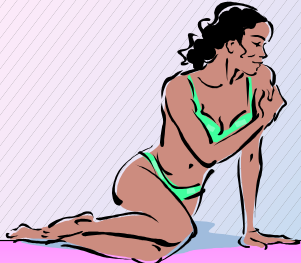


TORO, J. (1996).
El cuerpo del delito.
Barcelona: Ariel.





La Anorexia Nerviosa



Epidemiología:

- ♥ 1 varón por cada 11 mujeres, en la pubertad.
- ♥ 1/300 chicas del rango de edad 12-24 años.



Síntomas más evidentes:

- ♥ Pérdida de peso.
- ♥ Amenorrea (en ellas).



Características principales:

- ♥ Intenso miedo a aumentar de peso.
- ♥ Alteración de la imagen corporal.
- ♥ Uso de dietas restrictivas.
- ♥ Negación de la enfermedad (no reconocimiento de ella).

Condición previa:

- ♥ Muchas personas anóxicas, antes de enfermar, suelen presentar sobrepeso o son obesas.



Perfil:

- ♥ Introversión.
- ♥ Muy inteligentes.
- ♥ Redimiento académico muy o bastante alto.
- ♥ Perfeccionismo (síntomas de cuadro obsesivo-compulsivo).



Otros síntomas:

- ♥ Hipotermia.
- ♥ Bradicardia.
- ♥ Sequedad de la piel.
- ♥ Pérdida del cabello.
- ♥ Trastornos endocrínicos varios.



