

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DESCRIPCIÓN DE OTRAS VARIABLES EN UNA MUESTRA HOSPITALARIA

PREVALENCE OF EATING DISORDERS AND DESCRIPTION OF OTHER VARIABLES IN A HOSPITAL SAMPLE

GASTALDI, C.; CHANDLER, E.; DELLA VALLE, M.E.;
DE GIROLAMI, D.; GONZÁLEZ INFANTINO, C.

RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) responden a una etiología múltiple y han presentado una prevalencia creciente en los países occidentales a lo largo de los últimos cuarenta años.

Objetivos: Buscamos determinar la prevalencia de los tres principales tipos de TCA -Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE)- en un lote de pacientes admitidos en nuestro Programa, correlacionando diagnóstico, sexo, edad de inicio de los síntomas, autoimagen, conciencia de enfermedad y existencia o ausencia de demanda de tratamiento.

Diseño: descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

Material y métodos: A los pacientes admitidos se les realizó una entrevista diagnóstica interdisciplinaria, complementada por determinaciones de laboratorio y un estudio psicológico profundo de su personalidad. Asimismo se les administró un cuestionario específico, enriquecido por escalas diagnósticas utilizadas internacionalmente.

Resultados: Hallamos Anorexia Nerviosa (AN) en el 7,8% (n=9) de las pacientes, Bulimia Nerviosa (BN) en el 29,5% (n=34) y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE) en el 62,7% (n=72). En el caso de jóvenes que presentaban AN, la edad promedio de comienzo de la enfermedad fue de 14,22 años, siendo de 17,64 años para BN y de 15,95 años para los TANE. Respecto de la autoimagen, del total de pacientes AN, el 33,33% (n=3), se vio con peso bajo, 3 con peso adecuado y 3 con peso alto. Del total de sujetos con BN, el 73,52% (n=25), se reconocía con peso alto, el 17,64% (n=6) con peso adecuado y el 8,82% (n=3) con peso bajo. De las pacientes con TANE, el 26,38% (n=19) se sentía con un peso adecuado, el 15,27% (n=11) con peso bajo y el 58,33% (n=42) con peso alto. Finalmente, el 55,55% (n=5) de pacientes con AN no demandaron tratamiento de forma espontánea, mientras que el 44,4% (4) sí lo hizo. En el caso de jóvenes con BN, el 55,88% (n=19), no demandó tratamiento, mientras que el 44,11% (n=15) sí lo hizo. En el caso de las pacientes con TANE, el 55,55% (n=40) no demandó tratamiento y el 44,44% (n=32) sí.

Conclusiones: El diagnóstico prevalente fue TANE (62,7%), luego BN (29,5%) y en tercer lugar AN (7,8%). El promedio de edad de aparición de los síntomas fue de 14,22 años para AN, 17,64 años para BN y 15,95 años para TANE. Existe consenso general acerca de que la edad de inicio del cuadro es más baja para las AN y mayor para el resto de los TCA (TANE y BN, en ese orden). Los TCA, en su conjunto, tal como es internacionalmente reconocido, se presentan casi exclusivamente en mujeres (98,48% en nuestra muestra poblacional). La falta de demanda de tratamiento prevaleció en los tres grupos, siendo más relevante en el grupo TANE, por ser el más numeroso, pero las AN son quienes presentan (por lo menos en los primeros años de su evolución) mayor refractariedad a la hora de recibir oferta de ayuda. Así, en este estudio, que incluyó pacientes cuyos síntomas habían comenzado tiempo atrás, hallamos que la demanda de tratamiento fue ligeramente superior en la AN que en la BN.

Palabras Clave: Trastornos en la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.

English

Português

PREVALENCE OF EATING DISORDERS AND DESCRIPTION OF OTHER VARIABLES IN A HOSPITAL SAMPLE

SUMMARY

Introduction: Eating disorders respond to multiple etiologies and have shown a growing prevalence in occidental countries in the last 40 years.

Objectives: The aim of this study was to determine the prevalence of the three main types of eating disorders - Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) and Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) – in a sample of patients admitted to our Program, correlating diagnosis, gender, age of appearance of symptoms, self-image, awareness of illness, and presence or absence of treatment demand.

Design: Descriptive, observational, retrospective and cross-sectional.

Material and Methods: Patients admitted to our Program were subjected to an interdisciplinary diagnostic interview, complemented with laboratory determinations and a profound psychological analysis of personality. They were also subjected to a specific questionnaire enriched with diagnostic scales intentionally used.

Results: We found Anorexia Nervosa (AN) in 7.8% of female patients (n=9), Bulimia Nervosa (BN) in 29.5% (n=34) and Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) in 62.7% (n=72). For AN patients, the average age of appearance of the disorder was 14.22 years, while it was 17.64 for BN patients and 15.95 for EDNOS patients. Regarding self-image, from the total AN patients 33.33% (n=3) considered themselves to be underweight, 3 at proper weight, and 3 overweight. From the total BN subjects, 73.52% (n=25) considered themselves overweight, 17.64% (n=6) at proper weight, and 8.82% (n=3) underweight. From the EDNOS subjects, 26.38% (n=19) considered themselves to be at proper weight, 15.27% (n=11) underweight, and 58.33% (n=42) overweight. Finally, 55.55% (n=5) of AN patients did not demand treatment spontaneously, while 44.4% (4) did. From the total of BN patients, 55.88% (n=19) did not demand treatment, while 44.11% (n=15) did. In the case of EDNOS patients, 55.55% (n=40) did not demand treatment, and 44.44% (n=32) did.

Conclusions: Prevalent diagnosis was EDNOS (62.7%), followed by BN (29.5%) and AN in the third place (7.8%). The average age of appearance of symptoms was 14.22 years for AN, 17.64 years for BN, and 15.95 years for EDNOS. There is a general consensus that the age of appearance of the illness is lower for AN and higher for the rest of the eating disorders (EDNOS and BN, in that

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTAR E DESCRIÇÃO DE OUTRAS VARIÁVEIS EM UMA AMOSTRA HOSPITALAR

RESUMO

Introdução: Os Transtornos da Conduta Alimentar (TCA) reconhecem uma determinação múltipla e têm apresentado uma prevalência crescente nos países ocidentais ao longo dos últimos quarenta anos.

Objetivos: Procuramos determinar a prevalência dos três principais tipos de TCA —Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtornos Alimentares Não Especificados (TANE)— em um lote de pacientes admitidos no nosso Programa. Para isso, relacionamos os seguintes fatores: diagnóstico, sexo, idade de início dos sintomas, auto-imagem, consciência de doença e existência ou ausência de demanda de tratamento.

Desenho: descritivo, observacional, retrospectivo e transversal.

Materiais e métodos: Os pacientes admitidos foram submetidos a uma entrevista diagnóstica interdisciplinar, complementada por determinações de laboratório e um estudo psicológico profundo da sua personalidade. Também, receberam um questionário específico, enriquecido por escalas diagnósticas utilizadas internacionalmente.

Resultados: Achamos Anorexia Nervosa (AN) em 7,8% (n=9) dos pacientes, Bulimia Nervosa (BN) em 29,5% (n=34) e Transtornos Alimentares Não Especificados (TANE) em 62,7% (n=72). No caso de jovens que apresentavam AN, a idade média de início da doença foi de 14,22 anos; e, para BN e TANE, de 17,64 anos e 15,95 anos, respectivamente. A respeito da auto-imagem, do total de casos de AN, 33,33% (n=3) viu-se com peso baixo, 3 com peso adequado e 3 com peso alto. Do total de casos de BN, 73,52% (n=25) reconhecia-se com peso alto, 17,64% (n=6) com peso adequado e 8,82% (n=3) com peso baixo. Do total de casos de TANE, 26,38% (n=19) sentia-se com um peso adequado, 15,27% (n=11) com peso baixo e 58,33% (n=42) com peso alto. Finalmente, 55,55% (n=5) de pacientes que padeciam AN não demandaram tratamento de forma espontânea, enquanto 44,4% (4) o demandou. No caso de BN, 55,88% (n=19) das jovens não demandaram tratamento, enquanto 44,11% (n=15) o demandou. No caso de TANE, 55,55% (n=40) das pacientes, 55,55% (n=40) não demandaram tratamento e 4,44% (n=32) o demandou.

Conclusões: O diagnóstico que prevaleceu foi TANE (62,7%), seguido de BN (29,5%) e de AN (7,8%). A idade média de aparição dos sintomas foi de 14,22 anos para AN; e, para BN e TANE, de 17,64 anos e 15,95 anos, respectivamente. Existe consenso geral de que a idade de início do quadro é mais baixa no caso de AN e mais alta no

order). As it is worldwide acknowledged, eating disorders as a whole appear almost exclusively in women (98.48% of our sample). The lack of treatment demand was prevalent in the three groups, but more relevant in the EDNOS group (as it was larger than the other two), but patients from the AN group were those more reluctant (at least during the first years of evolution of the illness) to receive assistance. So in this study, which included patients whose illnesses had begun some time before, we found that treatment demand was slightly higher in AN than in BN patients.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

resto dos TCA (TANE e BN, nessa ordem). Os TCA, no seu conjunto, tal como é internacionalmente reconhecido, afetam quase exclusivamente a mulheres (98,48% na nossa amostra populacional). A falta de demanda de tratamento prevaleceu nos três grupos, mas foi mais relevante no grupo de TANE por ser mais numeroso. No entanto, os casos de AN são mais refratários (pelo menos nos primeiros anos da sua evolução) a receber oferta de ajuda. Por conseguinte, neste estudo, que incluiu pacientes cujos sintomas tinham começado há tempo, achamos que a demanda de tratamento foi ligeiramente superior na AN do que na BN.

Palavras-chave: Transtornos da Conduta Alimentar, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos en la conducta alimentaria (TCA) son cuadros de etiología diversa, cuya prevalencia ha ido en aumento en Occidente en las últimas cuatro décadas. De un diagnóstico esquivo al comienzo, se pasó luego a un sobrediagnóstico y finalmente se arribó, ya en la década de los noventa, a un equilibrio nosográfico en el cual ganaron su merecido lugar una serie de trastornos intermedios, ubicados entre la original bipolaridad hegemónica Anorexia Nerviosa - Bulimia Nerviosa.

Patologías consideradas clásicamente como exclusivas de la mujer joven, se fueron reconociendo, en forma creciente, también en varones. Son, en ambos sexos, de aparición temprana o relativamente temprana - entre la segunda década de la vida y fines de la tercera - y, en todos los casos, componentes clínicos como la imagen corporal distorsionada, la conciencia de malestar centrada en el sufrimiento que los síntomas producen (pero raramente en el desequilibrio emocional condicionante) y la variable demanda de tratamiento, significan un desafío. Este desafío, generalmente considerable y a veces dramático, puede poner en aprietos a quienes atienden al paciente.

La autoimagen normal, es decir la percepción adecuada del propio peso y silueta está particularmente alterada en las jóvenes afectadas por AN. En valores objetivos, las pacientes con BN pueden presentar bajo peso, peso normal o ligero sobrepeso.

La psicopatología enseña que la autoestima es expresada por la imagen estética que una persona percibe de sí misma y el autoconcepto general que vivencia. Así, la aplicación del concepto de imagen corporal distorsionada (DIC) al campo clínico de los TCA, especialmente referido a la AN, pertenece a Hilde Bruch quien, a comienzos de la década del sesenta, intentaba comprender la búsqueda de delgadez de sus pacientes

anoréxicas.¹ Es que la DIC distorsionada intenta justificar una autodesvalorización que ya existe en esa persona. De ahí al desarrollo de sintomatología alimentaria hay uno corto paso.

Podemos considerar algo enigmático que quienes sufren tanto, muchas veces demoran la consulta o rechazan la ayuda que se les ofrece. Es esta una paradoja de la existencia que pone a quien observa tal situación en un estado de verdadera impotencia: las pacientes muestran un gran sufrimiento pero rechazan ser ayudadas o sabotean la ayuda que en un principio parecen haber aceptado. Este rechazo es muy evidente en las pacientes anoréxicas, en particular en las denominadas "restrictivas".

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y trastornos alimentarios no especificados (TANE) en un consultorio de admisión de TCA y analizar otras variables como sexo, edad de inicio de los síntomas, autoimagen, conciencia de enfermedad y existencia o ausencia de demanda de tratamiento en los pacientes.

Se estudiaron 132 pacientes de ambos sexos, mayores de 17 años, admitidos en consultorios externos del Programa Interdisciplinario de Estudio y Tratamiento de TCA conformado por la División Nutrición del Departamento de Medicina y la División Psiquiatría de Enlace del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Universidad de Buenos Aires.

Criterios de inclusión y de Exclusión: Se incluyeron en esta muestra a todos los pacientes de ambos sexos mayores de 17 años, que fueron atendidos en el Programa durante el periodo 2004-2008 y que cumplieron con los criterios de diagnóstico del Manual Diagnóstico

y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su cuarta edición (DSM IV) para AN, BN o TANE.

Fueron excluidos los pacientes que presentaban patologías de origen somático que generaban síntomas similares a los de los TCA o patologías psiquiátricas graves, en las cuales los síntomas de orden alimentario constituían un mero epifenómeno inespecífico y que no cumplían con los criterios diagnósticos del DSM IV, quedando una muestra de 115 pacientes para este estudio. De ellos la mayoría fueron mujeres, en una relación 57/1 respecto de los varones.

Muestra: El procedimiento de muestreo fue consecutivo, con 115 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los pacientes llegaron al consultorio de admisión del Programa, donde se les realizó una entrevista diagnóstica interdisciplinaria, consistente en anamnesis, examen físico- nutricional y psicosemiológico, con la solicitud de exámenes complementarios de laboratorio y psicológicos. Asimismo, se les administró un cuestionario específico para TCA confeccionado por nuestro Programa, el que incluye varias escalas diagnósticas y de medición, complementarias al examen clínico.

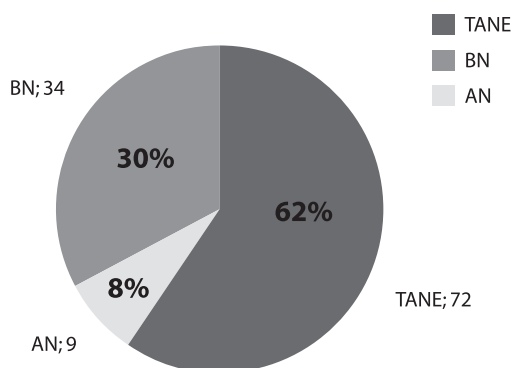
Concluida la instancia diagnóstica se procedió a analizar otras variables de interés epidemiológico, clínico y psicopatológico: sexo, edad de aparición de los síntomas, valoración subjetiva de peso y silueta al momento de la consulta (como expresión de la autoimagen) y demanda de tratamiento.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Prevalencia diagnóstica y distribución de los TCA según sexo y edad:

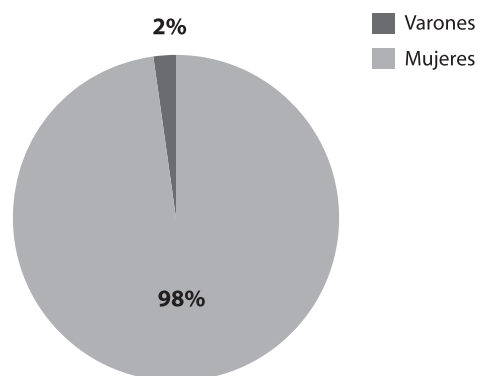
De la totalidad de las pacientes evaluadas fueron diagnosticadas como AN el 7,8% (n=9), como BN el 29,5% (n=34) y como TANE el 62,7% (n=72).

Trastornos de la conducta alimentaria



En cuanto a la distribución por sexo y edad, el 98,2% (n=113) pertenecieron al sexo femenino y el 1,8% (n=2) fueron varones.

TCA. Distribución según sexo



La mayoría de las referencias existentes demuestran que las pacientes que presentan trastornos en la conducta alimentaria son, en una abrumadora mayoría, de sexo femenino, pese a que existen observaciones² que dan cuenta de que en varones también se encuentran estos desórdenes – incidencia que estaría actualmente en aumento-.

Respecto de la AN, existe consenso mundial acerca de su prevalencia en mujeres, la que varía entre un 0,5% y un 3,7%, mientras que para la BN oscila entre el 1,1% y el 4,2%. Respecto de la demanda de tratamiento, la AN muestra una actitud refractaria al tratamiento que es particularmente patognomónica -a la vez que dramática-. Debemos señalar que en nuestra muestra solamente consideramos pacientes mayores de 17 años en el momento de admisión al Programa (es decir que no incluimos púberes ni adolescentes). En muchas de nuestras pacientes, no obstante cumplir con los criterios diagnósticos de AN, la evolución de varios años antes de consultarnos les permitió “ablandar” relativamente su egosintonía con los síntomas y presentar así una mejor disposición a dejarse tratar, de la que ellas mismas reconocían haber tenido al comienzo de su derrotero evolutivo. Esto explicaría la prevalencia relativamente alta que presentaron nuestras pacientes anoréxicas.

Habitualmente, la demanda de tratamiento se va instalando al ir sucediendo un desbalance entre el costo de los síntomas y su utilidad. En más de la mitad de las AN esto suele ocurrir pasado el período inicial denominado “luna de miel”; en cambio, en más de la mitad de las BN, la dolorosa violencia de sus síntomas y la advertencia social que existe hoy en día, predisponen a la

paciente más favorablemente hacia el tratamiento. En el resto de los casos, se desarrolla una cronicidad más o menos importante. En relación con esto decimos en otro trabajo⁴ que "...es a partir de fines del siglo XVII que la anorexia vuelve a ser descrita por médicos, coincidiendo con la publicación en occidente de los libros de Avicena. Por entonces, en 1689, Richard Morton publica en Londres "Phthysiologia: or, a Treatise of Consumptions", denominando al cuadro de anorexia con el nombre de "Consunción nerviosa" y considerando, en un primer momento, que era originada por "la tristeza y los estados ansiosos" y, más adelante, como una "perversión de la mente". Morton realiza allí la primera descripción médica en occidente del cuadro clínico, y relata dos casos, el primero de los cuales correspondía a la joven hija de un tal señor Duke, quien se enfermó en julio de 1684, a los 18 años de edad. Pero a Morton también se debe el haber realizado la primera descripción de una Anorexia Nerviosa masculina en un joven de 16 años, el que presentaba una pérdida total del apetito atribuida a causas emocionales, y que remitió -aunque no completamente- cuando, tras diversos y vanos intentos terapéuticos, le fue indicada una mudanza al campo con abandono de sus esforzados estudios. Tanto Richard Morton, como luego Gull, Lasègue y otros, contribuyeron a las primeras observaciones de esta enfermedad en varones, pero todos ellos coincidieron en que -tal como vemos actualmente- es un mal que predomina en la mujer joven".

Edad de aparición de los síntomas en cada TCA

El promedio de edad de aparición de los síntomas fue de 14,22 años para AN, 17,64 años para BN y 15,95 años para TANE. Existe consenso^{5,6} acerca de que la edad de inicio del cuadro es más baja para las AN y mayor para el resto de los TCA (TANE y BN, en ese orden).

Existe también acuerdo en la literatura disponible^{7,8,9} acerca de que la edad de inicio del cuadro es más baja para las AN y mayor para el resto de los TCA (TANE y

BN, en ese orden) lo cual fue ratificado en nuestra observación.

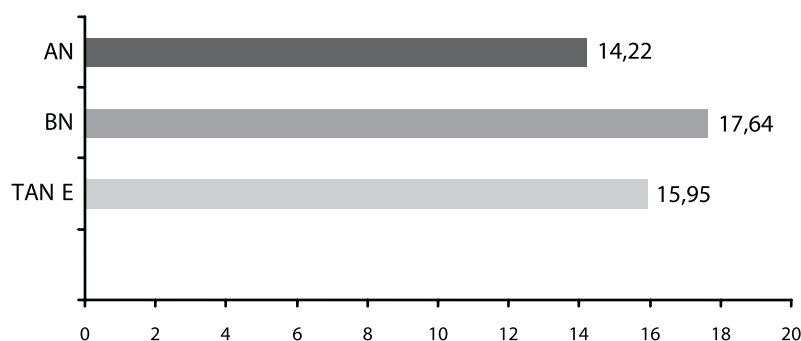
Las pacientes de nuestra muestra, muchas de ellas adolescentes o adultas jóvenes con varios años de evolución en sus cuadros alimentarios, han comenzado a sufrir sus síntomas en edades promedio aproximadas de 14 años en el caso de las AN, 17 años y medio para BN y 16 años para TANE.

A partir de la edad del desarrollo, la proporción relativa de grasa corporal comienza a ser mayor en la mujer que en el hombre (en el sexo femenino, pasa del 12-14 % a ser del 22-24 %). Revisando la influencia social y los factores hormonales que se conjugan patogenéticamente para condicionar la edad de aparición de un TCA en la mujer, los cambios en la proporción grasa, asociados con los "valores" estéticos predominantes hoy día en la población puberal y adolescente, explicarían que los TCA aparezcan predominantemente en el despertar hormonal.¹⁰

Valoración subjetiva del peso y autoimagen al momento de la consulta

Respecto de la autoimagen normal, entendiendo por ello a la percepción adecuada del propio peso y silueta, del total de pacientes anoréxicas de este estudio, el 33,33% (n=3), se vio con peso bajo, otro tercio con peso adecuado y otras tres con peso alto. Es decir que en nuestra muestra, los dos tercios de los pacientes anoréxicos no registró su delgadez objetiva, viéndose en cambio con un peso "justo" que no tenían. Otras tres, creyeron tener un inexistente sobrepeso. Del total de sujetos con BN, el 73,52% (n=25), se vio con peso alto, el 17,64% (n=6) con peso adecuado y el 8,82% (n=3) con peso bajo. De las pacientes con TANE, el 26,38 % (n=19) se vio con peso adecuado, el 15,27% (n=11) con peso bajo y el 58,33% (n=42) con peso alto. La autoimagen normal, entendiendo por ello a la auto-percepción adecuada del propio peso y silueta, está distorsionada en nuestras pacientes, alteración particularmente notable en los casos de AN respecto del

Edad promedio de inicio de los síntomas



resto de los TCA. En los casos de BN y de pacientes con TANE, la mayoría de ellas se vieron con peso alto. En el plano de la realidad objetivable, las BN pueden presentarse con bajo peso, peso normal o ligero sobrepeso, en función del equilibrio existente entre sus ingestas compulsivas y los mecanismos compensatorios a los que recurren.

Ahondando en la psicopatología de la autoestima con la intención de hallar los fundamentos de la autoimagen corporal insatisfactoria en los TCA y siguiendo a Hsu¹¹ podemos conceptualizar a la imagen corporal como “la forma en que una persona experimenta su propio peso, tamaño o silueta”. El de imagen corporal es un concepto original que pertenece a Paul F. Schilder, quien, en su libro “La imagen y la apariencia del cuerpo humano”, exploró el fenómeno de la imagen corporal en relación con la conducta normal y anormal. Se refirió allí a la imagen corporal como “la imagen de nuestro propio cuerpo que nos formamos en la mente y según la cual nuestro cuerpo se nos aparece o se nos representa”. Se trata entonces de un concepto plástico construido a partir de diferentes experiencias subjetivas -tanto de nivel sensorial, como motor y psíquico- que son integradas bajo la forma de una imagen en desarrollo dinámico constante.

La aplicación del concepto de imagen corporal distorsionada (DIC) al campo clínico de los TCA pertenece a Hilde Bruch quien, en 1962, lo utilizó en un intento de explicar la enigmática e inalcanzable búsqueda de delgadez de sus pacientes anoréxicas.¹³ La conceptualización que ella hace de la DIC es amplia, incluyendo aspectos como el de *self-awareness* o “estar alerta sobre el sí -mismo corporal” y la cohorte de reacciones emocionales que este particular estado de alerta despierta en estas pacientes.

Hemos observado claramente en nuestra muestra que las enfermas anoréxicas intentan, al lograr tal delgadez, satisfacer una autoexigencia de perfección idealizada pero no buscan agradar a los demás.¹⁵ En cambio, las BN sí buscan asegurarse, al lucir una silueta delgada (pero con formas femeninas), la aceptación de los demás. La DIC está influenciada por factores no exclusivamente relacionados con la sintomatología alimentaria misma. Más precisamente, Hilde Bruch demostró que la alteración en dicha conducta *es una consecuencia* de sufrir una DIC “negativa”, es decir que está puesta al servicio de justificar un doloroso *sentimiento preexistente* de autodesvalorización. De hecho, es algo regularmente observado, que las pacientes con TCA son muy autocríticas acerca de sus incapacidades y defectos.¹⁶

Por el sólo hecho de ser mujer, en nuestra sociedad actual, la persona se ve expuesta a una presión generada y potenciada por los medios masivos de comunicación, que afecta especialmente a quienes son más

vulnerables debido a razones psicoevolutivas: las niñas púberes, las adolescentes y las mujeres jóvenes. Si bien es un hecho prácticamente universal que una mujer, a cualquier edad, valore que se la aprecie estéticamente, ninguna es más sensible a esto que las preadolescentes y las adolescentes, cuya identidad está en construcción, siendo edificada, en buena medida, por el modelo que ofrece la conducta de otras mujeres, en especial sus pares (además de los modelos que observa dentro de su propia familia).

En otras culturas (a través de la historia e incluso en nuestros días), la disposición a aceptar los diferentes diseños corporales es algo natural y la autoestima de la mujer está, a nivel físico, ligada a una figura con curvas, considerada bella y sana con miras a la capacidad de procreación. Cuando éstas son las consignas sociales, no hay TCA.

Pero la silueta femenina -al menos en lo que se acepta como “bello”- está creada por la cultura de la que la mujer forma parte, y en nuestra cultura actual, el *sexo* femenino está en conflicto con el *género* femenino (género como producto cultural), valorándose así una delgadez que la biología *del sexo* femenino no acepta. Queda entonces claro que el ideal de femineidad que nuestra sociedad actual propone es ilusorio e inalcanzable, estando compuesto por elementos incluso contradictorios entre sí. Por lo tanto, la búsqueda de ese ideal está condenada al fracaso -o al menos al fracaso parcial- pues no se pueden satisfacer exigencias contradictorias al mismo tiempo... En esto se le va -sino la vida, por lo menos la calidad de vida y muchas veces la salud- a gran parte de las mujeres occidentales.

En nuestro medio sociocultural, a las mujeres se las condiciona para valer *por cómo lucen* y no *por lo que son* ni *por lo que logran hacer*. Como si se tratase de asegurar que las mujeres sigan sintiéndose desconformes con sus diversos rasgos naturales y continúen tras la quimera que les es impuesta, los prototipos de lo ideal son periódicamente cambiados por siluetas cada vez más delgadas y con nuevos rasgos *que se venden*. Se proponen así *pseudovalores estéticos* y se los promociona con mucha más fuerza que a los *verdaderos valores* de una sociedad que se precie de tal: la educación, la cultura y la tradición. En realidad, a éstos se los desatiende o se los ataca, directa o indirectamente. Alcanza con ver los programas más exitosos de la televisión actual para comprobarlo. Del estado de debilitación y desmoralización emocional que resulta del continuo fracaso en la lucha por lograr esa delgadez idealizada, surgen como un riesgo real los TCA.

Relación entre conciencia de sufrir un trastorno psicológico debajo del TCA según diagnóstico y edad

En sentido general, en los sujetos más jóvenes existe una menor capacidad de conciencia respecto de padecer una psicopatología determinada. Ellos tienen un funcionamiento mental al que podemos llamar "sintónico", en el cual no se ha desarrollado aun la capacidad de autoobservación crítica y responsable que cabe esperar en un adulto. A veces este desarrollo nunca sucede, o bien ocurre escasamente debido a una insuperable inmadurez emocional, pero en los jóvenes, esta menor capacidad de auto-observación está reforzada por una mirada que se encuentra naturalmente dirigida hacia el afuera, a un mundo exterior asombroso y al que ellos están constantemente descubriendo. Estas razones psicoevolutivas obedecen al funcionamiento omnipotente, negador y proyectivo propio del psiquismo de la temprana edad del desarrollo, al que se suman otras razones de orden social. Estas razones sociales contribuyen a que la conciencia de un sufrimiento primariamente emocional sea esquiva a esas edades, dificultando aun más que se den las condiciones apropiadas para motivar a la persona enferma a consultar. Nos referimos al funcionamiento, también justificador, negador y proyectivo de nuestra cultura actual, que es superficial, masificadora y poco proclive a la reflexión.

Más allá de cuestiones de edad, dentro del campo de los TCA quienes presentan conductas restrictivas muestran, en forma particularmente acentuada, esta característica falta de autoconciencia. Estas personas justifican racionalmente (o pseudoracionalmente) sus restricciones, sus selectividades más o menos bizarras y sus *cuasi-ayunos* y no permiten sugerencia alguna en el sentido de que reconsideren tales conductas. En cambio, se observa que la autoconciencia mejora en la medida en que la edad del paciente va aumentando, como también en las patologías relacionadas con descontrol alimentarios.^{17, 18}

Demanda de tratamiento

Finalmente, reflexionaremos sobre una de las variables observadas que más interés despertó en nosotros al realizar este trabajo: la existencia o no de una demanda espontánea de tratamiento por parte de las jóvenes que sufrían los síntomas.

Del total de AN, el 55,5% (n=5) no demandó tratamiento y el 44,5% (n=4) sí. Para las BN los resultados fueron que el 55,9% (n=19) no buscaba tratamiento, frente al 44,1% (n=15) que sí lo hacía. En el caso de las pacientes con TANE, el 55,5% (n=40) no demandó tratamiento y el 44,5% (n=32) sí.

Tanto la demanda de tratamiento como el momento psicoevolutivo en el que aparecen los TCA y la con-

ciencia de padecer un trastorno, son variables íntimamente relacionadas con el aspecto psicopatológico. En nuestra investigación observamos que la falta de demanda terapéutica espontánea prevaleció en los tres grupos nosológicos, especialmente en los TANE, el más numeroso.

Existen, en efecto, ciertas razones psicopatológicas para que haya o no demanda de ayuda, razones entre las cuales reconocemos la conciencia de enfermedad psicológica (o, por lo menos, de un malestar emocional sostenido) y los beneficios que ciertos síntomas proveen a quien los presenta. La conciencia de enfermedad psicológica depende, a su vez, del balance entre la capacidad de auto-observación con juicio autocrítico que la persona posee y el hecho de que pueda conservar dicha capacidad pese a estar enferma. Los beneficios que una enfermedad provee (por ejemplo alivio de la angustia, descarga de tensiones agresivas y la obtención de más atención por parte de las personas importantes) operan en contra de que se genere conciencia de enfermedad.

Conclusiones

El diagnóstico más prevalente al momento de la admisión fue TANE (54,54%), luego BN (25,75%) y en tercer lugar AN (6,81%).

Respecto de la edad de aparición de los síntomas, el promedio fue de 14,22 años para AN, 17,64 años para BN y 15,95 años para TANE.

	Prevalencia	Edad de aparición de síntomas	Demanda de tratamiento
ANOREXIA	7,8%	14,22 años	44,40%
BULIMIA	29,5%	17,64 años	44,11%
TANE	62,7%	15,95 años	44,44%

Los TCA, en su conjunto, se presentan casi exclusivamente en mujeres (98,48%). En la presente investigación, la mayoría de las pacientes con BN se veía con peso elevado al igual que los integrantes del grupo con TANE.

Los síntomas de enfermedad aparecieron más tempranamente en las pacientes anoréxicas, las cuales, a su vez, presentaron mayor alteración de la propia imagen corporal.

La falta de demanda de tratamiento prevaleció en los tres grupos, en promedios muy similares (≈55%).

Bibliografía

- 1- Bruch, Hilde: "Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within". Routledge and Kegan P, London, 1974
- 2- García -Camba, E. y col.: "Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad". Ed. Masson, Barcelona, 2001, p. 118
- 3- Yager, J.: "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders". Am. Journal of Psychiatry, Vol. 157, N° 1, 2000
- 4- Rovira, B. L.; Chandler, E.: "Anorexia Nerviosa: Curioso no-comer para vivir" -en proceso de edición.
- 5- Rovira, B. L.: "Trastornos del Comportamiento Alimentario"; en Fahrer, R. "Manual de Psiquiatría", Ed. López, Buenos Aires, 1993, 142-143.
- 6- Chinchilla Moreno, A.: "Guía teórico.práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa", Edit. Masson 1995, pág 3-4
- 7- Julián R, Peláez MA, Ramírez R y de la Puente ML. Consideraciones sobre la prevalencia en España de los TCA. Aten Primaria.2002;29:524.
- 8- Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes navarros. Med Clin (Barc). 2000;114:481-6.
- 9- M. Olesti Baiges, J.L. Piñol Moreso, N. Martín Vergara, M. de la Fuente García, A. Riera Solé, J.M.ª Bofarull Bosch y G. Ricomá de Castellarnau. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus An Pediatr (Barc). 2008;68(1):18-23.
- 10- Beaumont, P.J.V.; Russell, J.D. y Touyz, S.W.: « Psychological Concerns in the Maintenance of Dieting Disorders » , en: Szmukler, G.; Dare, C. y Treasure, J.: "Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research", John Wiley & Sons, Ltd., England, 1995, p. 223.
- 11- Hsu, L. K. George: "Eating Disorders". The Guilford Press, New York, 1990
- 12- Schilder, P.: "Imagen y apariencia del cuerpo humano". Paidós, Buenos Aires, 1958
- 13- Bruch, Hilde: "Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within". Routledge and Kegan Paul, London, 1974; 122
- 14- Chandler, E.: "Escisión y Contexto en la Anorexia Nerviosa", Revista "Actualidad Psicológica", año XXVI, n° 288, 2001
- 15- Rovira, B. L.: "Trastornos del Comportamiento Alimentario" (en Fahrer, R. "Manual de Psiquiatría", Ed. López, Buenos Aires, 1993, 142-143.
- 16- Chandler, E.: "Anorexia Nerviosa. La difícil tarea de nutrir al vínculo y a la persona". Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición, Vol. 8, n° 2, 2007
- 17- Chandler, E.: "Restrictividad Anoréxica y Tóxicomanías: Semejanzas y Diferencias". Revista de la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA), Volumen 19, n° 2, 2008
- 18- Chandler, E.: "Bulimia Nerviosa: Vano recurso para la supervivencia psíquica". Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición, Vol. 8, n° 3, 2007.