

Publicado como:

Redondo Vaquero E, García Pérez M, Fernández Liria A. Trastornos de la conducta alimentaria. Mejías
Lizcanos F, Serrano Parra MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: DAE; 2000. Madrid: DAE;
2000

ISBN: 84-931330-1-1

84-931330-1-9 (OC)

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

AUTORES:

Elena Redondo Vaquero DUE. Hospital Principe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Mar García Pérez, Psiquiatra. Hospital Principe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Alberto Fernández Liria, Psiquiatra. Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá.

1.Introducción

Hoy sabemos que en la génesis y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) intervienen factores de muy diversa índole y han quedado atrás las explicaciones simplistas o dogmáticas de los mismos, que intentaban reducirlos a una sola causa o resolverlos con un único tipo de intervención. Los TCA son el paradigma de los fenómenos interactivos y circulares. Requieren de un abordaje en equipo: Médicos, psicólogos, enfermeros y terapeutas colaboradores (incluida familia) deben trabajar coordinadamente en el abordaje pluridimensional de un trastorno polifacético y multicausado.

El aumento de incidencia de los TCA junto con la repercusión consiguiente en los profesionales de salud permite constatar la complejidad de este tipo de trastornos: en ellos se entrelazan inseparable y confusamente hechos socioculturales, conductuales, neuroendocrinos, cognitivos, emocionales, somáticos y aún yatrogenicos. No están bien delimitados cada una de estas áreas participantes, no conocemos sus mecanismos de engarce, no sabemos con exactitud a quién corresponden los papeles primarios y a quien los secundarios, no contamos con fórmulas terapéuticas definitivamente establecidas...

Pero la conciencia de todas estas insuficiencias ha multiplicado las iniciativas y así por un lado la labor de algunos profesionales que llevaban años dedicados a trabajar contracorriente y por otro lado el surgimiento de las asociaciones de usuarios que supieron canalizar la insatisfacción que esta situación provocaba; contribuyeron a que en 1995 se marcara un hito en el camino y todo el trabajo culminara en el Protocolo de TCA publicado por el INSALUD. De este modo se organizan las actuaciones de los distintos elementos de la red sanitaria en general y de la atención a la salud mental en particular para actuar con una línea común con este tipo de trastornos.

2.Clínica de los trastornos de la conducta alimentaria..

Aunque durante algún tiempo la bulimia y la anorexia nerviosa fueron consideradas como entidades diferentes, y aún siguen considerándose así en las grandes clasificaciones operativas como la DSM-IV o la CIEI-10, a práctica clínica e investigadora, proporciona razones para abandonar este punto de vista dicotómico. Los procesos psicológicos subyacentes a los trastornos de la alimentación son similares: comparten 2 elementos comunes:

- Preocupación externa por el peso y la silueta

- Algún tipo de práctica para controlar el peso.

El síntoma adicional de presencia de atracones está presente en la bulimia nerviosa, y el mantenimiento de un peso corporal bajo está presente en la anorexia nerviosa. Para los problemas de aquellas personas que mantienen un peso corporal bajo y tienen atracones se usa el término de anorexia nerviosa subtipo bulímico. (**Ver cuadro 1**)

(Cuadro adaptado de Fairburn y Garner 1986)

Las personas con TCA experimentan modificaciones en prácticamente todas las áreas de su existencia como persona. Según las, hoy muy extendidas, teorías cognitivas, los cambios se generan en sus pensamientos, afectan a sus emociones y sentimientos, se concretan en su comportamiento, repercuten en su relación con el mundo y estigmatizan su organismo. Aunque todos los cambios y trastornos se dan simultáneamente y/o encadenadamente, por razones didácticas los vamos a ver por separado.

1. Cambios cognitivos

El inicio del cuadro comenzaría con la aparición reiterada de cogniciones relacionadas con el aspecto corporal y la valoración estética del mismo. Tales pensamientos implican juicios como "estoy gorda". "No me puedo controlar". "Si aumento de peso seré totalmente desgraciada". etc. Estos pensamientos van en aumento convirtiéndose casi en la temática exclusiva y asociándose con ansiedad.

Lo que pudo empezar dentro de la normalidad, se transforma en distorsiones cognitivas: Garner y Bermi en 1982 las sistematizaron y pusieron de manifiesto las siguientes alteraciones:

- *Abstracciones selectivas* (se llega a conclusiones a partir de la consideración de aspectos parciales del tema): "Sólo puede controlarme a través de la comida".
- *Generalizaciones excesivas*: "Cuando comía hidratos de carbono estaba gorda por tanto debo evitarlos para no estarlo".
- *Magnificación* de algunas consecuencias para ellas negativas. "Si aumento un kilo no lo podré resistir".
- *Pensamiento todo-nada*: "Si no me controlo del todo no me controlo nada"
- *Ideas de autorreferencia*. "Cuando como todo el mundo me mira".
- *Pensamiento supersticioso*

Todos estos pensamientos llevarían a la toma de decisiones inicial de la práctica de una dieta restrictiva. Pero no sólo estos errores cognitivos están presentes en el inicio del cuadro, sino que a lo largo del proceso de TCA constituyen un poderosísimo factor de mantenimiento, sumamente resistente a la crítica racional.

Las personas afectadas de TCA frecuentemente presentan una *autoestima baja*, tienden a no aceptarse a si mismas, a no agradarse en general. *Creen carecer de control* sobre su desarrollo corporal, su adecuación física su sobrepeso. *Valoran negativamente su su aspecto personal*, sus vestidos, su peinado, su apariencia en general. Se muestran *críticas en relación con su ingesta*, concretamente en relación con cuándo, qué y cómo comen.

Las **alteraciones de la imagen corporal** merecen un capítulo aparte. En los TCA se verifican dos tipos de anomalías en relación con el tamaño y dimensiones del propio cuerpo. En unos casos se ven *distorsiones perceptivas*: hay errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. En otros casos, a partir de una percepción mas o menos objetiva, se producen *evaluaciones distorsionadas*, que según su contenido darán lugar a reacciones de ansiedad o incluso pueden contribuir a mitigarla. Sin embargo, cuando la delgadez es extrema, el sobredimensionamiento del cuerpo puede servir para suavizar el miedo a la enfermedad o incluso a la muerte.

No siempre estas distorsiones afectan a todo el cuerpo, es frecuente que se limiten a zonas concretas: muslos, abdomen, caderas, nalgas, precisamente diferenciados entre los sexos, tendiendo a ser mas voluminosos y redondeados en el femenino.

La razón por la que personas que padecen estos trastornos tienden a distorsionar las dimensiones de su cuerpo no está clara. Puede tener que ver con algo tan simple como que todo lo que preocupa, es mas atendido y observado, facilitando así la distorsión de lo que se percibe. Preocuparse por algo es ocuparse de ello experimentando ansiedad. La observación progresivamente mas ansiosa y reiterada de su cuerpo le puede conducir a la persona anorexica a estas distorsiones cognitivas. Cuando, angustiada por el posible sobrepeso, sobrestima su volumen corporal verá aumentar su ansiedad, aumentar la atención a su cuerpo e incurrirá en mayores distorsiones.

También existen datos a favor de la existencia de alteraciones en la **percepción interna** en la anorexia nerviosa. Parece como si los estímulos internos como el hambre, la saciedad y otras sensaciones corpóreas no fueron percibidas o lo fueron de modo anómalo. Por ejemplo, las anoréxicas experimentan mas sensación de plenitud antes de las comidas,

persistiendo esta sensación mas tiempo después de haber realizado las comidas que en su opinión contaban con mas calorías. Esto daría idea de la intervención de factores cognitivos en estos hechos. No se sabe si se tratan de un trastorno o disfunción primaria o si, como parece mas probable, son una consecuencia de la evolución del cuadro anoréxico. Estas disfunciones afectan mas durante la ingesta de comida, condicionan aunque sea parcialmente el consumo de laxantes, facilitan la sensación de escaso control y por tanto la necesidad de ejercerlo drásticamente.

2. Cambios conductuales

Las cogniciones de la anorexica van a mantener su comportamiento ulterior, que desarrollaremos en los próximos párrafos

Los primeros cambios a considerar guardan relación con la ingesta de alimentos. El inicio de una **dieta restrictiva** suele ser el comienzo público del drama que se avecina. Suele iniciarse limitando las raciones de comidas, se van identificando las categorías de alimentos "que engordan". Se inicia con un libro de dietas, yendo a alguna clínica o haciendo (en los casos más drásticos) ayuno total.

Alrededor de la mitad de las anorexicas pasan por **episodios** bulímicos. Estos episodios implican ingestas desmesuradas, que acaban con crisis inmediatas de ansiedad, disforia, sentimientos de culpa y frecuentemente con ideas de suicidio. A través del episodio bulímico la persona que sufre el trastorno reconoce implícitamente que padece un hambre desesperante. Puede así satisfacer su apetito largamente coartado, pero el coste es muy elevado. Le prosigue una desesperación nada agradable. La anoréxica simple o la anoréxica bulímica tras estos episodios, se odia a sí misma, se desprecia intensamente.

Además de estos episodios de voracidad se produce en la mayoría de los casos otra irregularidad conductual: los **vómitos voluntarios**: el vómito provocado es una forma mediante la cual muchas de las que padecen TCA intentan evitar las calorías ingeridas no deseadas durante un atracón. Tras la ingesta voraz se produce una intensa respuesta de ansiedad que se incrementa por todos los pensamientos anteriormente expuestos: autocondena por la pérdida de control, empeoramiento de la autoimagen, y por el hecho de que atiborrarse es un acto clandestino, vergonzoso. El vómito, al reparar todo o parte del daño, tiene un papel "purificador" y así, queda reforzado negativamente porque proporciona cierta disminución de la ansiedad. En

consecuencia el acto de vomitar tiende a aumentar. Una vez establecido el vómito como hábito puede practicarse aún en ausencia de episodio bulímico. Y los anoréxicos vomitan no con la ingesta excesiva, sino en función de las sobrevaloradas molestias postprandiales.

Como la persona que restringe la dieta suele padecer un estreñimiento pertinaz, el **uso de laxantes** es frecuente. Los laxantes vaciarían el intestino grueso, esto pese a lo que piense la anoréxica, ocurre *después* de que las calorías ya han sido absorbidas en el intestino delgado. También es frecuente el **uso de diuréticos**, que puede llegar a producir alteraciones hidroelectrolíticas y provocar serias complicaciones médicas.

Otras conductas a mencionar serían **el aumento las conversaciones, lecturas, relacionadas con la alimentación y el peso** y la búsqueda insaciable de información sobre cremas, dietas sintéticas, del contenido calórico de los elementos y las mil y una forma de poder perder peso, etc. Estos pacientes coleccionan libros, recetas, recortes, siempre que se refieran "a esto". **Se preocupan por la dieta y la alimentación de los demás**, insistiendo en que deben estar bien alimentados. **Ritualizan obsesivamente el acto de comer**: desmenuzan la comida, la reparten por el plato, la esconden en los bolsillos, la almacenan en la boca para escupirla después, se deterioran en definitiva sus "modos" de comer. Los vómitos y los episodios bulímicos le llevan a curiosas **maniobras para evitar ser observados y descubiertos**.

Se produce también un **aumento, a veces también obsesivo y ritualizado, de la actividad física**: pueden hacer largos paseos diarios, al tiempo que lleva múltiples actividades físicas (gimnásticas o de danza, etc.), o estudian paseando. Todo al servicio de la mayor pérdida de peso a través de aumentar el gasto calórico. Epling y Cols 1983 vieron que en algunos casos de anorexia nerviosa, la restricción alimentaria voluntaria inducía mayores tasas de actividad, actividad que facilitaría por lo menos en principio, la disminución de la ingesta, estableciéndose así un dramático círculo vicioso. De este modo, la actividad física podría incrementarse por dos mecanismos. El primero sería estrictamente cognitivo-conductual: sus ideas acerca del cuerpo y peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de mayor movimiento. El segundo mecanismo sería psicofisiológico estrictamente: la disminución de la ingesta comportaría directamente mas actividad física. La interacción de ambos tendría un efecto potenciador y resultaría reforzado cognitivo-conductualmente.

También son frecuentes las **alteraciones del sueño**. Éstas pueden responder a un acto voluntario dirigido por el propósito de no disminuir el gasto calórico (en ocasiones revestido de justificaciones diversas, como, tener que estudiar, limpiar o prepararse para una competición...).

Pero también sintomatología depresiva, ansiosa u obsesiva con la que frecuentemente se asocian los TCA, podría ser la causante de ese insomnio.

Estos trastornos alteran profundamente el **comportamiento familiar**. La anorexia o el TCA es siempre un problema de grupo, porque acaece en el seno de una familia. En ese grupo enrarecido, la anoréxica ve como muchos de sus comportamientos resultan reforzados por la atención familiar, la protección desmesurada, lacrimosa e intermitente, la aceptación ambigua de los "caprichos" alimenticios. Todo hace que se aumenten las conductas anómalas. Hay situaciones conflictivas: sermones, lágrimas, miradas desesperadas, gritos, gestos...La situación de comer es un auténtico estímulo aversivo. Nadie se sentaría a la mesa. Pero todos lo hacen. Se va deteriorando la conducta de la paciente y de los familiares también. Las propuestas de intervención que se basaban en la idea de que la conducta anoréxica de un miembro de la familia no era mas que la expresión de una dinámica familiar alterada han ido dejando paso a las que, prescindiendo de cuál sean los factores que pueden haber contribuido históricamente al desarrollo del cuadro, se orientan a potenciar el papel de la familia como cuidadora y a evitar que la expresión de la enfermedad potencie el desarrollo de otros comportamientos nocivos para algún miembro de la familia (sea o no la persona que padece el TCA). La familia no tiene por qué ser la causante de una anorexia nerviosa. Pero la familia, afectada por la anorexia, igual que pueden ser una apoyo decisivo para el tratamiento, la puede mantener, e incluso complicar. Los familiares evolucionan y actúan paralelamente a como actúa y evoluciona la anorexia.

Si consideramos una autoimagen negativa y autoestima baja, la inestabilidad emocional y las reacciones o estados depresivos, no sorprende que los TCA cursen con irregularidades en la **conducta social**. Aunque en un principio hubiera sido, satisfactoria, lo usual es que se vaya deteriorando, se restrinja. El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendidos por los demás, la reducción de los centros de interés, la ocultación de su problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación o como tentación, la automarginación de saberse considerado enfermo por los demás. Todos estos factores contribuyen a un retraimiento social y también una disminución de la **práctica e interés sexual**, potenciada por el retraso en el desarrollo psicosexual que, frecuentemente, acompaña al trastorno.

3. Cambios emocionales y afectivos

Su desarrollo se imbrica con el de las cogniciones y conductas. Como ya hemos señalado, la presencia de ansiedad es la norma. La presencia de trastornos afectivos (depresión u obsesivos es también frecuente. Se ha descrito un aumento de la incidencia de trastornos depresivos entre los familiares de las tersonas con TCA.

3.1 Trastorno de ansiedad

La ansiedad es la constante emocional que cimenta la patogenia y el curso de la anorexia y bulimia. Los agentes ansiógenos se multiplican: el sobrepeso, la imagen corporal, la sensación de descontrol, la baja autoestima, la presión de la familia, la percepción de ser rara, los conflictos interpersonales, el temor de enfermar y morir, las intervenciones médicas, la ambigüedad que se produce en su interior tras las presiones socioculturales...

Presenta frecuentemente la forma de una ansiedad generalizada, no ligada a un estímulo específico. Reviste también la forma de ansiedad fóbica, en forma de temor específico al sobrepeso real o supuesto, con todas las consecuencias de la generalización. La anorexica hace una valoración estética negativa del cuerpo. ese cuerpo por si sólo, no produce molestia ni daño a la interesada. El daño viene dado por la valoración. Se trata de un pensamiento, un juicio, un hecho cognitivo, que desencadena la ansiedad suficientemente intensa para tomar la decisión de disminuir drásticamente la alimentación. El cuerpo propio, así evaluado es un estímulo fóbico. El contenido negativo del pensamiento respecto a su cuerpo, despierta ansiedad y la asociación pensamiento-realidad conduce a que el propio cuerpo suscite la respuesta ansiosa.

La interesada convive permanentemente con su cuerpo. Esa exposición permanente hacia el estímulo fóbico debería provocar la extinción y disminuiría la respuesta de ansiedad. Pero eso no es así, probablemente no ocurra por el constante reforzamiento sociocultural a los pensamientos negativos que tiene la anorexica de su cuerpo. Ella/El sabe que volumen es de algún modo igual a peso. No puede huir un volumen, pero si puede huir, o evitar un peso. Así empieza a disminuir su ingesta. Esto hace que el peso se convierta a su vez en estímulo fóbico. Lo importante, lo significativo ya no es la apariencia física, sino la cifra que le suministra la báscula. Fijémosnos que si el cuerpo es una realidad, el peso es una abstracción. Por mecanismos semejantes, los alimentos mas estrechamente relacionados con el aumento de peso se asocian al peso temido y rechazado. También los alimentos serian estímulos fóbicos. Después no sólo son fóbicos determinados alimentos sino “el alimento” en general que también

despertará respuesta fóbica.

Simultáneamente, esa ansiedad cada vez más desmedida probablemente va a resultar también suscitada por la propia situación física de comer y por las personas con quienes se comparte.

En este proceso de generalización, los estímulos aversivos ansiógenos son de toda índole: objetos reales (pasteles, muslos), palabras: “has de comer más”; cogniciones (representación mental de su cuerpo, anticipación de la hora de comer, etc. Este proceso generalizador no tiene por qué suceder así siempre. Las circunstancias específicas de cada evolución, determinarán variantes, discriminaciones, extinciones y otras posibles generalizaciones.

Los pensamientos que tienen de su cuerpo, su peso, su necesidad de control...son reiterados y constantes. Tienen carácter intrusivo. “No me los puedo quitar de la cabeza.” “Aunque no quiera siempre pienso en esas cosas”. Son pensamientos que desearía suprimir e incluso los ve absurdos e irracionales . Pero no los ve ajenos a sí mismo porque son en cierta medida coherentes con sus valores. Las conductas relacionadas con el peso y la comida (se pesan, lo comprueban, el cálculo de calorías...), realizados día a día, siempre de la misma manera y reiteradamente, semejan auténticas *compulsiones*.

3.2. Trastornos afectivos

Es común en los TCA la presencia de estado de ánimo depresivo que a menudo se observa en comportamientos y pensamientos autodespectivos. La depresión afecta también al funcionamiento interpersonal e influye en todas las esferas: pensamientos, sentimientos y actuaciones.

Los síntomas mas frecuentes son

Sentimientos de tristeza, melancolía o abatimiento

Sentimientos de culpabilidad, desesperanza e indefensión.

Aislamiento social.

Pensamientos de hacerse daño.

Bajo interés en cosas que antes eran agradables.

Bajo nivel de energía.

Dificultad para concentrarse.

Alteraciones del sueño (sobre todo insomnio de mantenimiento)

Para algunos autores la depresión puede haber precedido el inicio del trastorno. Para otros ocurre y se mantiene después de haberse instaurado el TCA. La depresión es una consecuencia típica de la semiinanición y a menudo mejora cuando se restaura el peso y la alimentación se normaliza.

3.3 trastorno oibsesivo

No cabe duda de que existe relación entre TCA, los fenómenos obsesivos y el trastorno obsesivo-compulsivo, pero la relación no es unívoca y no esta muy clara. En cualquier caso, como hemos señalado, los fenómenos obsesivos (obsesiones, rituales, compulsiones, pensamiento mágico...) son muy frecuentes en estos pacientes

4. Complicaciones físicas

Como la mayoría de los pacientes no comen suficientemente tienen una *tasa cardíaca* y *tensión arterial* disminuidas. Se pueden producir por ello, vértigos y mareos al pasar de la posición de tumbado a estar de pie.

La restricción de alimento puede traducirse en una disminución de la *motilidad intestinal*, vaciado de estómago retrasado, sentimiento de plenitud, estreñimiento. Todos estos síntomas parece que se alían para que la persona se sienta más gorda y a veces sientan que es necesaria una “purgación”.

La *menstruación irregular*, o amenorrea, es común en personas con bajo peso y también en personas con peso “normal” pero privadas de nutrientes.

También presentan *hipotermia* y son intolerantes a la temperatura baja.

El uso de laxantes, diuréticos y abuso de ejercicio físico, colocan al sujeto con vómitos y/o atracones, en un lugar peligroso para la porque las purgaciones disminuyen la concentración de sodio, potasio y cloruro y el cloruro necesarios para un buen funcionamiento neuromuscular (que requiere un equilibrio hidroelectrolítico fino). La *hipopotasemia* se manifiesta en fatiga, debilidad muscular, espasmos musculares, irritabilidad y depresión. Si esta hipopotasemia es severa puede provocar arritmias y convulsiones y puede llegar a fallo cardíaco o renal.

Los sujetos con bulimia presentan quejas como hinchazón, dolor abdominal y estreñimiento. El vómito repetido puede provocar dolores de garganta, esofágicos y desgarros en la pared esofágica. Surgen también problemas dentales por la pérdida de esmalte y dentina de los dientes como consecuencia de vomitar frecuentemente.

El uso de laxantes provoca retortijones. Además, se produce hinchazón como efecto rebote del uso de laxantes o diuréticos de forma habitual: una vez producida la deshidratación, se da una retención de líquido aproximadamente 24-48 horas después. Esta situación hace que aumente la sensación de gordura e hinchazón y así perpetúan la restricción de alimento.

3. La naturaleza multideterminada de los TCA

Para poder diseñar un plan de intervención sobre estos trastornos nos sería de utilidad conocer sus causas. Hasta el momento lo que disponemos es de información sobre la existencia de una constelación de factores de muy diferente naturaleza (biológicos o constitucionales, sociales, familiares, psicológicos...) que de algún modo contribuyen bien a hacer a las personas más vulnerables a estos trastornos, bien a desencadenarlos en personas que son vulnerables, bien a mantenerlos en quienes ya lo han desarrollado o bien a hacer recaer o empeorar en quienes ya lo padecen. Al igual que se ha hecho con otros trastornos mentales, resulta útil organizar esta información dispersa en un **modelo de vulnerabilidad**, que de cuenta de esta naturaleza multideterminada y nos permita hacer hipótesis sobre como actuaciones sobre cada uno de ellos podrían influir en el curso del trastorno.

Según estos modelos de vulnerabilidad, una persona está predispuesta, o es vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación, como consecuencia de estos factores sociales, individuales y familiares. El trastorno es precipitado por un acontecimiento estresante en un momento de la vida, y se perpetúa tanto por muchos de sus factores causales como por los efectos del trastorno mismo. (ver **cuadro 2**)

Ver cuadro de naturaleza multideterminada y autoperpetuadora de TCA. Adaptado Garner y Garfinkel

En estos modelos se incluyen, por tanto informaciones que, de otro modo, darían lugar a ideas antitéticas sobre la causalidad de los trastornos. La mayor presencia del trastorno en familiares de afectados, la mayor concordancia en gemelos monozigóticos frente a los dizigóticos, los signos de alteración de determinados neurotransmisores son algunos factores **biológicos**. En este texto hemos descrito algunos de los mecanismos **psicológicos** implicados en el desarrollo y mantenimiento de los TCA. Se han descrito otros muchos relacionados con el desarrollo temprano o el desarrollo psicosexual o la asunción del rol de género de estos pacientes. Se han descrito también factores de **dinámica familiar** que han permitido diseñar procedimientos para convertir a las familias en aliados en el tratamiento del trastorno. La consideración de los **factores culturales y sociales** puede ser de importancia capital para el desarrollo de programas preventivos: El trastorno afecta sobre todo a mujeres jóvenes, occidentales y de clase media. Es prácticamente inexistente en los países del tercer mundo, pero aparece en la segunda generación de emigrantes desde estos países a los países occidentales con la misma frecuencia que en los huéspedes.

Estos modelos ponen también de manifiesto hasta que punto estos trastornos de la alimentación no son solo trastornos en la alimentación. Mas bien el trastorno de la alimentación puede ser el reflejo de dificultades subyacentes con la autonomía y la identidad. Algunas personas no pueden arreglárselas con las presiones y los retos que acompañan a la vida y, dadas ciertas presiones, el individuo vulnerable puede concentrarse en hacer dieta percibiéndolo como si fuera una solución a los problemas y retos que tiene enfrente. Los efectos psicológicos y físicos de hacer dieta solo magnifican las predisposiciones y los problemas y atrincheran al individuo en el trastorno de la alimentación.

4. Tratamiento y cuidados de los TCA

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

La intervención requerida por un trastorno como el que venimos describiendo tiene que dirigirse necesariamente a un abanico de objetivos de distinto orden (como de distinto orden son los factores que contribuyen a la aparición y mantenimiento del mismo). Distinguiremos los siguientes aspectos:

1,- Físico

Recuperación y normalización del peso.

Recuperación de las complicaciones físicas.

2,- Conductual

Normalización de la conducta de ingesta.

Supresión de actos purgativos (vómitos/laxantes y/o diuréticos)

Normalizar la práctica de actividad física.

Control de actos impulsivos.

3,- Cognitivo

Modificar pensamientos disfuncionales en relación al cuerpo y a la valoración estética del mismo.

Incremento de la autoestima.

Mejora de la imagen corporal.

Corrección de las alteraciones perceptivas.

4,- Emocional

Relación de la ansiedad en relación con la alimentación y la imagen corporal.

Mejora del estado de ánimo.

Control de otros trastornos psicológicos asociados.

5,- Familiar

Resolución de conflictos familiares.

Incremento de la independencia respecto al entorno familiar.

Logro de un apoyo familiar adecuado

6,- Social

Mejora de habilidades sociales.

Aumento de asertividad.

Reducción de la ansiedad social.

Superación del aislamiento social

LA ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La atención a estos trastornos requiere la concurrencia de diversos profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros...), pertenecientes a diferentes dispositivos del aparato sanitarios (centros de salud, hospitales, ambulatorios, centros de salud mental, hospitales de día...), que tienen que trabajar a la vez, con pacientes, familias y otras instituciones. Por ello es útil disponer de Instrumentos como guías, programas o protocolos que determinen como establecer un plan individualizado para cada paciente y que faciliten el reparto de tareas, de modo que la actuación de cada uno sea sinérgica con la de los demás en lugar de entorpecerla o generar conflictos.

A modo de ejemplo expondremos el modo en el que esto se organiza en el *Protocolo de Atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria del Área 3 de Madrid*, en la que trabajamos los autores. Dicho protocolo establece la existencia de una fase de evaluación y una fase de tratamiento, que a su vez, se divide en dos.

La **fase de evaluación** puede comenzar por la *detección*, tanto en el Centro de Salud Mental como en la consulta de endocrinología (donde, generalmente, ha sido derivado desde atención primaria). Una vez detectado el caso paciente ha de ser evaluado por su endocrino y por su facultativo de referencia (psiquiatra o psicólogo) en el centro de salud mental (CSM), para lo que es derivado al otro servicio desde el que realiza la detección. En ese mismo momento se le asigna como *tutor* a un enfermero del CSM que actuará como *case manager* garantizando el máximo aprovechamiento por parte del paciente de los recursos disponibles. En esta fase, la enfermería toma parte activa analizando y detectando los problemas enfermeros existentes. (ver ANEXO, diagnósticos enfermeros según NANDA en TCA). De este modo, a través del diagnóstico se podrían relacionar problemas con las causas o factores de vulnerabilidad, determinantes en el momento de marcar objetivos y desarrollar planes de intervención.

Además la enfermería en esta fase se encargaría de: Provisión al paciente y la familia de información general sobre el programa en el que va a ser incluido, realizar las actividades derivadas de las exploraciones complementarias pedidas por el servicio endocrinología, ser parte activa en el acuerdo de las condiciones de tratamiento que bien puede ser en régimen ambulatorio o bien en régimen hospitalario.

La fase de evaluación culmina con la firma de un *contrato* en el que se establece cuales son las condiciones en las que se va a llevar a cabo el tratamiento, qué puede esperar el paciente, que se espera de él y en que casos se va a recurrir al tratamiento involuntario o la hospitalización.

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es fundamentalmente ambulatorio. El protocolo del área 3 de Madrid establece los siguientes *criterios de ingreso hospitalario*

- 1.- Índice de Masa Corporal (IMC) igual o menor de 17 o pérdida progresiva de un 5% del peso en las últimas 6 semanas o del 10% en los últimos 6 meses
- 2.- Complicaciones somáticas graves
- 3.- Ausencia de conciencia de enfermedad o ausencia de motivación para el tratamiento.
- 4.- Ausencia de apoyo familiar o ambiente familiar que impida la evolución favorable de la enfermedad
- 5.- Episodios de voracidad y vómitos incontrolados o consumo peligroso de laxantes y/o diuréticos

De modo que el ingreso es excepcional y se produce sólo por el tiempo necesario para restablecer las condiciones de posibilidad de tratamiento ambulatorio. Toda la actividad de la fase de tratamiento se organiza por la prosecución de una serie de *objetivos* fraccionan en dos fases:

Primera fase:

- Proteger la vida de los pacientes
- Redefinir la enfermedad
- Incremento de conciencia de enfermedad
- Conseguir la confianza en el tratamiento
- Proveer de nuevos instrumentos de afrontamiento
- Implicar a la familia en el tratamiento

Segunda fase:

- Lograr la implicación en su autocuidado
- Tratamiento psicoterapéutico de la anorexia y otros trastornos asociados.

El papel de la enfermería en esta fase es crucial, ya que estos cursan como

trastornos crónicos, en personas necesitadas de cuidados, y con sus redes naturales de apoyo deterioradas por la propia naturaleza del problema. Tanto en régimen ambulatorio como en el hospitalario estos cuidados requieren intervenciones, en ocasiones muy complejas y específicas.

El enfermero que actúa como *tutor* o *case manager* es el elemento articulador del plan individualizado de tratamiento y cuidados y quien se encarga de coordinar los esfuerzos de los profesionales que actúan desde los diferentes servicios y dispositivos. Además de eso hay actividades de estos planes individualizados que son específicamente desarrolladas por la enfermería.

Actividad específica de enfermera en el **tratamiento ambulatorio**.

- Control de cumplimiento del contrato
- Registro semanal de peso y constantes vitales
- Recogida y análisis de los autoregistros diarios de comida, vómitos, deposición y ejercicio.
- Participación en el plan y control nutricional (1 reunión mensual al menos).
- Participación y asignación de actividades complementarias psicoeducación.
- Colaboraciones puntuales en planes individualizados en los que se establezca terapia familiar, terapia cognitiva...
- Control de analítica cuando así lo establezca el plan individualizado.
- Manejo de reforzadores

Actividad enfermera en el **tratamiento hospitalario**.

- Control de constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca.
- Control de peso con el paciente de espaldas al visor y sin comunicar resultado, una vez por turno sin aviso y a horario variable (excepto el peso en ayunas).
- Preservar la consecución de normas como restricción del acceso al cuarto de baño (que deberá estar sellado) a no ser que vaya acompañado por enfermería.
- Control de pertenencias y de la habitación cuando el plan individualizado así lo establezca o cuando el personal de enfermería lo considere oportuno.
- Vigilar el seguimiento fuera de la habitación excepto para actividades terapéuticas que así lo exijan.

- Psicoeducación en el entrenamiento y cuidados específicos para el control de vómitos postprandiales.
- Hacer cumplir todo lo que el contrato especifique con referencia a: situación de visita, correspondencia, teléfono, movimientos, salidas fin de semana.
- Dar la alimentación oral con la dieta prescrita por un endocrinólogo con suplementos proteicos 3 veces/día y prohibición de comidas extras. En caso de que el endocrino, o psiquiatra lo estimen oportuno se dará alimentación por SN6.
- Consecución de la orden de encamar al paciente si el programa lo requiere.
- Manejo de reforzadores

Según el protocolo llevado por el Area 3 de Madrid, el tratamiento hospitalario tendría dos modalidades : *Programa regular*(con tres fases en las que se van variando las condiciones de salidas, visitas y otros reforzadores en función de la ganancia ponderal obtenida), y el *programa especial* (con cuatro fases que entrarían en vigor si no ha ganado el peso establecido o se han incumplido las normas establecidas en el contrato)

En el momento del alta hospitalaria, la enfermería se encargaría de proveer al paciente y familia:

- del material de psicoeducación
- de las hojas de autorregistro
- explicación sobre cómo será el periodo de transición (comida aparte de la familia, etc.)
- dar la hoja de Alta de Enfermería para que sea dada al enfermero del CSM y CS donde va a ser remitido.

Además, a la enfermería le corresponde un papel importante en la **prevención primaria de TCA**. Esta se organizaría como actuación sobre personas en riesgo (detectadas, por ejemplo, en atención primaria o en el ámbito escolar). Esta actuación se organiza de acuerdo con una serie de objetivos:

. Objetivos principales:

- cambiar de actitud hacia la alimentación
- aumentar la autoestima
- desarrollar habilidades para enfrentarse adecuadamente a situaciones de crisis o conflictivas.

Objetivos secundarios específicos:

- ganancia de peso si lo requiere
- aceptación de la imagen corporal general deteriorada por no corresponder a los prototipos esperados
- mejoran las relaciones familiares

En la primera consulta de enfermería:

- obtener datos físicos: peso, talla, EMC, TA y FC
- empatizar con la adolescente y engancharla para la siguiente visita.

Cita con periodicidad semanal durante 2 meses. El tercer mes cita cada 15 días y mensual en el resto de meses.

Actividad enfermera:

- ayudar y conocer sus necesidades nutricionales. Aprender a elaborar dieta sana.
- ayudar a verbalizar miedos
- aumentar la autoestima

CUADRO

Problemas detectados de TCA según NANDA: Diagnósticos de enfermería

Actividad. Reposo

- . Trastorno de patrones de sueño.

Eliminación

- . Alteraciones en la eliminación intestinal: estreñimiento
- . Alteraciones en los patrones de eliminación urinaria:
 - . aumento
 - . retención urinaria

Reacciones emocionales:

- Ansiedad
- Ineficacia del individuo para enfrentarse a los problemas
- Temor
- Aflicción anticipatoria
- Aflicción disfuncional
- Impotencia
- Trastornos del autoconcepto
 - . Imagen corporal
 - . Autoestima
- Deterioro en la interacción social
- Aislamiento social
- Potencial de violencia: auto y hetero-agresiva

Alteración en los patrones familiares:

- Afrontamiento ineficaz de la familia.
 - .Comprometidos
 - .Incapaz
- Alteración en el proceso familiar

Ingesta:

- Deficit real/potencial del volumen de líquidos
- Alteración en la nutrición: inferior a las necesidades del organismo.

Higiene:

- Deficit de autocuidados: ingesta

Alteraciones cognitivo-perceptivas (NO)

Seguridad:

- Hipotermia

Sexualidad

- Disfunción sexual

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association : DSM IV, Masson, Barcelona. 1995
- Askelvod F : “the diagnosis of anorexia nervosa” International Journal of Eating disorders 2, 39-43,1986.
- Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud 2000 .De. Martinez Roca.
- Brownell KD, Fairburn CG. Eating disorders and obesity. A comprehensive textbook. New York: Guilford 1995
- Buckroyd,Julia, : “Anorexia y bulimia. Serie salud.De. Martínez Roca : Barcelona 1996
- Calvo :R : “La terapia de conducta en el tratamiento de la anorexia nervosa ¿eficaz o peligrosa ? En: Filiberto Fuentesnebro y Carmelo Vazquez. “Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Interamericana Macgaw-Hill.Vol.II 1991.
- Carpenito, Lynda Juall : “Diagnostico de Enfermería ”.De. Interamericana. Mcgaw-Hill.5ª edición.Madrid 1995
- Cook J.S, Fontaine KL. Enfermería Psiquiatrica,. De. Interamericana. Mcgaw-Hill.
- Courtney Moore,Mary : “Nutrición y dietética. Guia clínica de enfermería” De. Mosby. Madrid 1994.
- Fairburn CG, Wilson GT. Binge eating. Nature, assesment and treatment. New York: Gilford 1993
- Garner DM, Garfinkel PE. Handbook of Treatment for Eating Disorders. New York: Gilford 1997
- INSALUD. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: INSALUD 1995
- Garfinkel P.E y Garner D .M “ Anorexia nervosa : a multidimensional perspective” Brunner/Mazel. Nueva York 1982.
- Golberg,S.C., Halmi,K.A., Eckert,E.D., Casper,R.C.,Davis.J.M. y Roper.M. (1989)”Actitudinal dimensions in anorexia nervosa” . Journal of Psychiatric research. 15 .239-251.
- Gomez Paloma : “Anorexia nerviosa. La prevención en familia” Ed. Pirámide . Madrid .1996
- Kaplan,H.I, Sadok B.J. “Compendio de Psiquiatría. Salvat. Barcelona.

- Minuchin,S, Rosman, B.L. y Baker,L (1978)” Psychosomatic families : anorexia nervosa in context”. Cambridge,Massachussetts : Harvard University Press.
- Romero Hidalgo AI, Fernandez Liria A Madrid: IEDPSA. Schmidt U, Treasure J. Getting better bit(e) by bit(e).London: Earlbaum 1993
- Schmidt U, Treasure J. Getting better bit(e) by bit(e).London: Erlbaum, 1997
- Schmidt U, Treasure J. Clinicians gide to Getting better bit(e) by bit(e).London: Psychology Press 1997
- Toro J., Cervera M. y Perez P. (1995b) “Influencia de los medios de comunicación sobre las actitudes favorables al adelgazamiento”. V. Mediterranea Congress of social Psychiatry.
- Vandereiken,W. Y Meerman,R.(1984) “Anorexia Nervosa : a clinican’s guide to treatment”. Berlin

CUADRO 1: Características fundamentales de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa

Característica	Anorexia nerviosa (subtipo restrictivo)	Anorexia nerviosa (subtipo bulímico)	Bulimia nerviosa
Preocupación extrema por el peso y la silueta	Presente	Presente	Presente
Prácticas para controlar el peso	Presente	Presente	Presente
Mantenimiento de un peso corporal bajo	Presente	Presente	Ausente
Episodios de atracones	Ausente	Presente	Presente

Fuente: de Faibum Garner (1986)

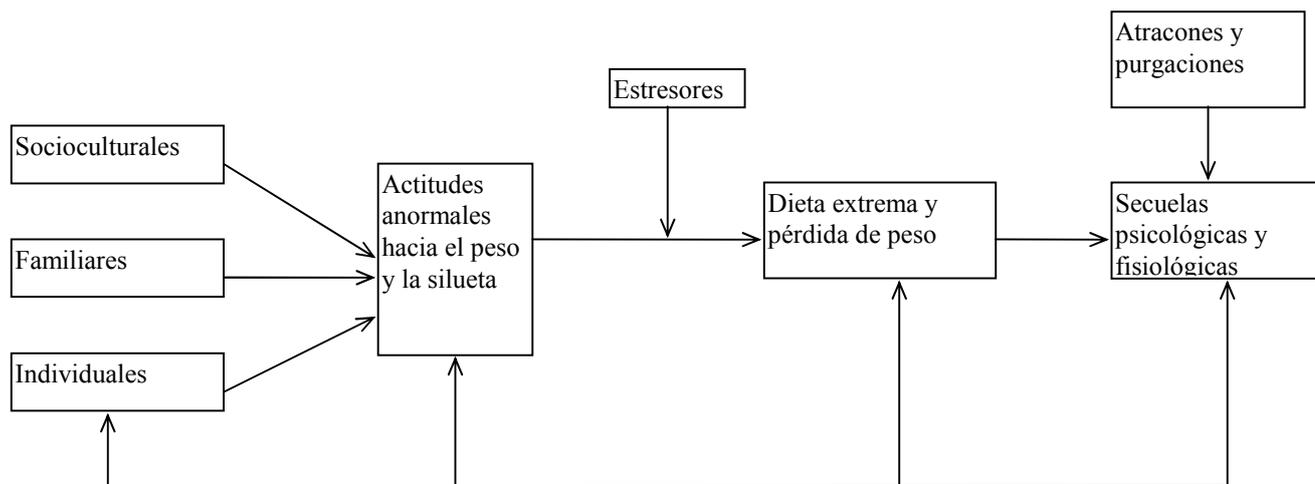
CUADRO 2

La naturaleza multideterminada y autopropagadora de los trastornos de la alimentación

FACTORES PREDISPONENTES

FACTORES PRECIPITANTES

FACTORES PERPETUADORES

Adaptado de Garner y Garfinkel 1980
