

La transversalidad de los trastornos del comportamiento alimentario: un reto para los cuidados de salud

¹ María José García Meseguer, ² Maritza Villanueva Benites,

² Alba Luz Vazquez Vazquez, ³ Carmen Pardo Serrano.

¹ Catedrática de Escuela Universitaria. Área de Nutrición, Dietética y Farmacología Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete. Universidad de Castilla La Mancha. ² Licenciada en Enfermería. Profesora Principal Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos (Perú). ³ Profesora Titular de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete. Universidad de Castilla La Mancha.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria son una causa importante de morbilidad física y psicosocial en jóvenes adolescentes y en mujeres adultas jóvenes y, aunque en distinto grado, afectan a personas tanto de países desarrollados como de países en vías de desarrollo. En este trabajo se expone como ejemplo la situación España y Perú. Se trata de un problema de origen multicausal que es transversal a condiciones socioeconómicas y clase social y en la actualidad, es la teoría del factor sociocultural la que mejor soporta la interpretación de los datos disponibles. En este contexto, el rol y la responsabilidad que compete a Enfermería y a otros profesionales de la salud tiene grandes dimensiones, tanto desde la propia profesión como desde la alianza con otros sectores de la sociedad, siendo las directrices comunes en diferentes países y ajustadas a los contextos.

Palabras Clave

Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos por atracón, obesidad.

Summary

Eating disorders are a very important cause of physical and psychological morbidity both in teenagers And adult women and, although in a different degree, they also affect to people both in developed countries and developing ones. In this work it is explained by means of example the situation in Spain and Peru. It is a problem with a multicausal

Correspondencia a:

Dra. María José García Meseguer. Edificio "Benjamín Palencia". Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Castilla La Mancha. Campus Universitario s/n. 02071 ALBACETE. Tfno. 967 599200 Ext. 2721. Fax: 967 59 92 67. e-mail: mariajosefa.garcia@uclm.es



origen which is also transversal to socioeconomic conditions and social class ones. Nowadays, it is considered that the sociocultural theory is the one which better explains the interpretation of the available data. In this concret context, the rol and the responsibility which concerns to Nursery and other health professionals is multi-folded, both from the profession itself as from the link with other society sectors, being the guideline common in different countries and fixed to de various contexts.

Key Words

Anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, obesity.

I. INTRODUCCIÓN

Según el diccionario Encarta (2004), globalización es un concepto que pretende describir la realidad inmediata como una sociedad planetaria, más allá de las fronteras, barreras arancelarias, diferencias étnicas, credos religiosos, ideologías políticas y condiciones socioeconómicas y culturales, que surge como consecuencia de la internacionalización cada vez más acentuada de los procesos económicos, los conflictos sociales y fenómenos políticos-culturales.

La alimentación contiene una vertiente biológica, psicológica y social con capacidad de condicionar sensiblemente muchas de nuestras experiencias cotidianas e incluso, de darles sentido. Así, los criterios que conducen las elecciones alimentarias en cualquier cultura responden a un conjunto de factores que varían según el contexto en el que se produce el consumo (Gracia, 1997). El peso y la imagen corporal que se derivan del hecho ingerir mayor o menor cantidad de alimentos o ayunar, puede expresar información acerca de los hábitos alimentarios, de la personalidad, de las intenciones y también del estatus social de las personas. En consecuencia, si el comer puede, y suele revestir forzo-

samente múltiples significados sociales y psicológicos más allá de lo nutricional, lo mismo sucede con el no comer (Gracia, 2002).

Los trastornos de la conducta alimentaria (*eating disorders*) son una causa importante de morbilidad física y psicosocial en jóvenes adolescentes y en mujeres adultas jóvenes (Mahan *et al.* 2001). Se dividen en tres categorías de diagnóstico: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos atípicos, entre los que se incluye el trastorno por atracones (*binge eatings*). Sin embargo, estas alteraciones tienen numerosos aspectos en común y los pacientes pasan con frecuencia de uno a otro. La causa de estos trastornos es compleja, ya que además de la predisposición genética, están implicados ciertos factores de riesgo específicos del medio (Fairburn *et al.*, 2003).

La *anorexia nerviosa* implica la renuncia a mantener un peso corporal más o menos normal y se caracteriza por el ayuno y el adelgazamiento voluntarios; los pacientes manifiestan síntomas de depresión, que se debe en parte al estrés inherente al ayuno, y características obsesivo-compulsivas, sobretodo en lo referente al alimento (Mahan *et al.* 2001). La distorsión de su imagen corporal les hace



sentirse gordos a pesar de su estado, a menudo, caquético. La *bulimia nerviosa* se caracteriza esencialmente por la presencia de excesos alimentarios y conductas compensadoras inadecuadas (vómitos, abuso de laxantes y otros fármacos, ayuno o ejercicio físico excesivo) cuyo propósito es evitar el aumento de peso, que se acompañan de síntomas depresivos y frecuentes trastornos de ansiedad. Generalmente, las personas que sufren bulimia nerviosa se encuentran dentro de su rango de peso normal, aunque se pueden dar casos de sobrepeso o estar por debajo de dicho rango. El *trastorno por atracción* implica ingestas excesivas descontroladas y recurrentes de alimentos durante un corto periodo de tiempo, en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia. En ocasiones la persona puede llevar a cabo estrategias compensadoras pero, a diferencia de los trastornos anteriores, éstas no se realizan como práctica habitual para contrarrestar los efectos de la ingestión desproporcionada de comida, o sea para no engordar. En general, los individuos que sufren este trastorno suelen tener sobrepeso u obesidad y, a menudo, se acompaña de depresión y sentimiento de culpabilidad después del atracón (Griessner, 2003).

2. ANÁLISIS CONTEXTUAL

Según estas definiciones, es evidente que el hecho de ayunar, de restringir la alimentación o de comer rápidamente grandes cantidades de alimentos origina estados biológicos y psicológicos particulares. También se plasma que la privación total de alimentos se experimenta de forma mayoritaria en personas anoréxicas y que la alternancia de la restricción alimentaria y la hiperfagia son la con-

ducta predominante entre las bulímicas. Sin embargo, como hemos visto, estos diferentes estados no son ajenos a la mayoría de las personas obesas, que experimentan los efectos del ayuno y de la restricción alimentaria en los periodos en que intentan perder peso, a menudo consecuencia de la hiperfagia. Por tanto, el obeso presenta un sufrimiento psicológico debido a los problemas relativos a la presión social sobre la obesidad y a las características de su comportamiento alimentario (FLASO, 2000) y se ha demostrado que la obesidad es un claro factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios y que algunos de éstos a su vez pueden favorecer el desarrollo y mantenimiento de la obesidad (Sánchez *et al.*, 2003; Bulik *et al.*, 2003). De acuerdo con Apfeldorfer (1995) y Contreras (2002), el hecho de que estos estados puedan observarse en diferentes grados en los diversos trastornos del comportamiento alimentario constituye un argumento bastante serio para que se les considere formando parte de un *continuum* y no como problemas separados.

Aunque de procedencia muy diversa y con distintas significaciones, la malnutrición tanto por exceso como por defecto no abandona ni los países en vías de desarrollo ni los países desarrollados, ocasionando los problemas graves de salud física y mental referidos anteriormente, denominados por algunos autores *enfermedades de la sociedad de la abundancia* (Farb *et al.*, 1985). Esta denominación, según los resultados de las investigaciones actuales, es cuestionable y tomemos como ejemplo la situación de Perú y España.

En Perú se vive una gran paradoja, mientras el 55% de la población se encuentra en situación de pobreza y de ellos, el 26,8% de pobreza extrema, situación socioeconómica



que lleva a la desnutrición y a la muerte, otro grupo voluntariamente no desea comer; come grandes cantidades para luego vomitarlas o se encuentran en riesgo de enfermar por tener sobrepeso u obesidad (43 % de la población adulta) (Montero, 2002). Según el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental-2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Perú (Albornoz et al., 2001), la prevalencia en adolescentes de trastornos bulímicos es de 3,8% y la de anorexia nerviosa del 0,1%, de lo que se podría inferir que, en esta población, la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario es del 3,9%.

Una primera visión de estos datos podría llevarnos a pensar que paralelamente al desarrollo tecnológico y económico de un país surgen cambios en el contexto sociocultural que conducen a la aparición de estas alteraciones en el comportamiento alimentario, emergiendo malnutrición tanto por exceso como por defecto. En este sentido, en países donde existen grandes diferencias de clases sociales, surgiría malnutrición por defecto o carencia de nutrientes esenciales entre las personas que viven en situación de pobreza y aquellos grupos que disfrutaran de condiciones socioeconómicas más favorables tienen riesgo de malnutrición por sobrepeso y obesidad o por trastornos de la conducta alimentaria, como en los países desarrollados. En España, las cifras que se encuentran son muy parecidas a las registradas en el contexto europeo; la prevalencia de los trastornos alimentarios en la población adolescente, incluyendo sus formas subclínicas, es del 5,56% (Rojo et al, 2003) y respecto a la obesidad y el sobrepeso, el 53% de la población española adulta se encuentra en una de estas dos situaciones (SEEDO, 2000).

Sin embargo, el análisis de los resultados indica que el conseguir un cuerpo "ideal" o "perfecto" lleva a jóvenes y adolescentes sin diferencia de *status* socioeconómico a ser prisioneros de sus comportamientos, con el único fin de sentirse bien con su figura tal y como lo determina la moda actual, que presiona especialmente a la mujer obligándole a mantener una figura delgada que suele interiorizarse como un valor social de éxito, llevando en muchas ocasiones la realidad personal del paciente en contradicción con la imagen que proyecta el espejo sugiriendo enfermedad. Esta situación se agrava por la incompreensión de sus familias y de la sociedad en general, que paradójicamente les pide "no enfermar" (Mardomingo, 2003) y a su vez les exige la perfección, cerrando un círculo vicioso que termina con la cronificación de la enfermedad y la muerte. Respecto a la obesidad, la situación emergente en los países en vías de desarrollo es especialmente crítica y afecta no solamente a los grupos económicamente más favorecidos, sino también a los menos favorecidos. Aunque la prevalencia es menor que en países desarrollados, el número de personas afectadas es proporcionalmente mayor (FLASO, 2000). Para complicar las cosas, en Perú, se venden los medicamentos sin indicación o receta médica y los jóvenes acceden sin ninguna traba a ellos para bajar de peso (anfetamínicos, diuréticos, ansiolíticos, compuestos tiroideos, anabolizantes), situación que agrava aún más este complejo problema en un país donde no existen muchos centros especializados para el manejo integral de los trastornos de la conducta.

Por tanto, si bien es cierto que los poderes públicos y las instituciones sanitarias advierten que comer en exceso o de forma



desordenada repercute negativamente sobre la salud y que debemos procurar mantener una dieta sana y equilibrada en energía y nutrientes con el fin de evitar un exceso de grasa corporal, no es menos cierto que desde poderes mediáticos se difunde de "forma amplificadora" las consecuencias del exceso de peso sobre el aspecto físico y así, en la actualidad, la delgadez deja de ser un objetivo exclusivamente clínico para relacionarse con los modelos de belleza, moda y éxito social, de tal forma, que para alcanzar estos modelos las personas han de renunciar, a menudo, a los criterios de salud que le dieron origen. La estética corporal, la idea de salud corporal o la aceptación social y de uno mismo constituyen el motor ideológico de estas conductas (Gracia, 2002).

3. DISCUSIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario se transforman así en un problema de origen multicausal y aunque han sido propuestas numerosas teorías para explicar su relación con las alteraciones de la imagen corporal, de acuerdo con Toro (1996) y Heinberg *et al* (1996), el factor sociocultural es la teoría que mejor soporta la interpretación de los datos disponibles, que incluye aspectos como el miedo al sobrepeso, los problemas relativos a la imagen corporal y la disposición al adelgazamiento.

Aunque el mayor centro de atención lo constituyen los países desarrollados, la dicotomía entre desarrollado *versus* vías de desarrollo está llegando a ser irrelevante con la urbanización y la globalización, y de forma especialmente particular en el grupo etáreo de los adolescentes. Aquellos que habitan en ciudades de cualquier parte, tienden a tener

afinidad por comida rápida y tienen acceso a las mismas distribuidoras comerciales. La mundialización de los intercambios económicos y culturales ha extendido el repertorio de los alimentos disponibles, contribuyendo a la evolución de las culturas alimentarias y aunque con diferentes matices, grados y consecuencias afecta a todos los países del mundo (Contreras, 2000). Ya nos sentiríamos aliviados si estas enfermedades sólo se dieran en poblaciones específicas, como lo mencionan algunos autores europeos que manifiestan que es una enfermedad de países ricos y/o clases sociales altas. Parece que la globalidad de la información nos está jugando una mala pasada. Esta moda es publicitada a través de los medios de comunicación masiva y todo el día nos bombardean con la imagen de la belleza de una mujer delgada, y a ser posible blanca. Las poblaciones mestizas emprenden un esfuerzo inalcanzable y frustrante por su morfología, ya que no es la más adecuada para encajar con estos cánones de belleza. El hecho de que aparezcan trastornos del comportamiento alimentario en países donde existe un alto porcentaje de población rural y con desnutrición constatada como Perú, se puede explicar, en parte, por procesos de pérdida cultural, con la adquisición de patrones de belleza externos y homogéneos, diferentes a su realidad por la mundialización, con una uniformidad de directrices estéticas.

Ahora bien, no podemos culpar de todo a la publicidad como factor único que pueda por sí mismo explicar la homogeneización del comportamiento alimentario, ya que promueve artículos atendiendo a la diversidad social y económica, tanto "recomendables" como "menos recomendables", respondiendo a intereses públicos y privados (Gracia, 1997).



Los trastornos de la conducta alimentaria deberían ser una preocupación de todos, ya que se trata de un problema transversal a condiciones socioeconómicas, características culturales y distancia geográfica. En nuestra opinión, existe una falta de implicación de las instituciones públicas y privadas de educar a la población respecto a hábitos alimentarios adecuados y está contrastado el extendido reconocimiento sobre el papel crítico que las coacciones económicas y los obstáculos del sistema alimentario juegan en la contribución de la baja salud nutricional, además de las presiones socioculturales y carencia de educación en este ámbito.

El contexto descrito hasta ahora nos lleva a reflexionar sobre lo siguiente: ¿Sería correcto utilizar una misma configuración de los trastornos de la conducta alimentaria en lugares con grandes diferencias culturales, asumiendo la enajenación cultural? o ¿Ayudaría a abordar mejor el problema si se considera que existe un hibridación entre globalización y localización? Creemos que la existencia de una hibridación se ajusta más a la realidad de la transversalidad cultural y por tanto, sería conveniente redefinir o matizar los trastornos de la conducta atendiendo a los diferentes contextos culturales.

4. PROPUESTAS DE PREVENCIÓN: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Si bien es cierto que los factores determinantes a nivel "macro" y "micro" son multicausales, no podemos obviar la responsabilidad de los Estados y que los servicios de salud no han conseguido llegar a quienes han estado alejados de ellos. El rol que com-

pete a los profesionales de la salud en general y a Enfermería en particular, dada la interacción más directa con el paciente en relación a otros integrantes de los equipos sanitarios, tiene grandes implicaciones. Los trastornos de la conducta alimentaria requieren, en muchos casos, realizar su seguimiento crónico y por ello, la mejor manera de desacelerar esta tendencia al crecimiento es abordarlos desde su prevención. En este sentido, podríamos destacar algunos factores en los que es necesario pensar cuando se diseña un programa de prevención:

1. Los datos de prevalencia e incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario en poblaciones de riesgo, teniendo en cuenta el crisol resultante entre la cultura propia y la importada. En este sentido, en Europa parece presentarse una tendencia clara hacia sociedades multiculturales que implican, en cuestiones de sanidad, desarrollar habilidades en materia de competencia cultural. Esta noción considera el conocimiento básico y el reconocimiento de los valores, las creencias y las atribuciones tanto del paciente y su familia como del propio profesional o equipo de salud respecto al proceso salud/enfermedad/atención, y en concreto a la configuración de la imagen corporal o la elección de alimentos en vez de nutrientes. No es únicamente un enfoque étnico, sino una nueva actitud de competencia en diversidad cultural (Mascarella *et al.*, 2002). Por tanto, es necesario evitar tópicos y fórmulas hechas en torno a la alimentación, individualizar lo más posible, con el fin de que se contextualicen nuestras orientaciones. En este sentido sería interesante ir incorporando a las consultas de Enferme-



ría material e instrumentos como pirámides alimentarias con equivalencia de alimentos en diferentes culturas e imágenes multiétnicas de profesionales de salud y pacientes, fomentando además la comunicación no verbal cuando existan problemas de lenguaje.

2. La gravedad de las patologías y su impacto sobre las familias, que sufren un efecto intenso y prolongado favoreciendo el desarrollo de una nueva patología alimentaria en hermanas. En el grupo familiar se valorarán los componentes del mismo, la calidad de las relaciones y alianzas entre ellos, la de los padres entre sí y la de los hermanos. Se estudiarán los modelos de comunicación y la respuesta que recibe el paciente con la enfermedad, así como el nivel de la preocupación de la familia por la patología y el conocimiento que tienen sobre la misma. Conocer la historia y los acontecimientos del pasado que puedan estar influyendo en el problema actual nos puede dar herramientas para un abordaje integral.
- Además, la intervención familiar en grupos ofrece la oportunidad de intercambiar experiencias, contrastar estrategias y su operatividad, reduce los sentimientos de aislamiento y culpa, y permite un mayor conocimiento de la enfermedad.
3. El mejor conocimiento de la población de riesgo, pues se constata que además de ser mujer y adolescente, la disposición a realizar una dieta de adelgazamiento se convierte en una de las principales conductas de riesgo, en muchos casos generada por el sobrepeso. Muchas niñas comienzan a hacer dietas imitando a

sus madres, pero terminan sin poder ejercer un control sobre la conducta adelgazante. En este sentido, y puesto que Enfermería es uno de los agentes que interviene en el seguimiento de dietas, debe tener en cuenta los pensamientos que refuerzan u obstaculizan la nueva conducta a seguir por el paciente. Es importante asociar la dieta a una normalización del peso y de la conducta alimentaria, y no a aspectos fundamentalmente estéticos.

4. La rápida transmisión: la "huida" de la obesidad y el *status* que adquiere la delgadez como "valor moral", dada la presión social, lleva a las niñas a actuar como vectores y a la familia a medir su capacidad para cortar el circuito de propagación. La información, por sí misma, no es una buena medida porque puede propagar las conductas y aumentar los riesgos. Es necesario guiar el desarrollo de intereses y habilidades tendentes al éxito sin basarse en la estética. Las imágenes de mujeres en medios de comunicación pueden usarse como punto de partida para discutir el papel femenino. Se pueden utilizar ejercicios, fotos, dibujos o simular pasarelas con el fin de aprender a aceptar un amplio rango de siluetas corporales.

Por tanto, educar en salud para el logro de cambios positivos en el caso de trastornos alimentarios, tiene grandes dimensiones; en primer instancia a nivel personal, pues como educadoras en salud deberíamos "predicar con el ejemplo". Por ello, es necesario reinterpretar nuestra cotidianidad en la prevención de estos factores desde los espacios personales, familiares, laborales etc.; en segun-



da instancia, al fomentar el autocuidado de los usuarios y comunidad debemos reconocer las necesidades y potencialidades de hombres y mujeres como elemento importante en la toma de decisiones, la motivación del paciente y su disposición al cambio. El consejo breve (counselling) puede ser la primera parte de una intervención continuada en este sentido. Por otra parte, reconocer la dinámica psicosocial y cultural que afecta a la morbilidad relacionada con el tener déficit o exceso de peso.

A nivel macro, se requiere establecer alianzas con otros sectores de la sociedad civil para implementar y fortalecer acciones comunitarias y promover estilos de vida saludables, en los que se incluya la realización de actividad física. Fomentar el trabajo multidisciplinario y asociaciones con otros grupos de profesionales como educadores y líderes comunitarios para ayudar al colectivo a comprender las causas socio ambientales e identificar los problemas mórbidos, interviniendo en la vigilancia y evaluación de programas y políticas al respecto.

Finalmente, indicar que es necesario promocionar la investigación en este ámbito con el fin de acercarnos a la realidad en la definición y estimación de prevalencias de estos trastornos dentro de los diferentes contextos socioculturales, lo que serviría de base a programas de prevención y tratamiento más eficaces que los actuales.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Albornoz P. y Matos L. (2001). Perfil clínico-epidemiológico de la anorexia nerviosa. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 64, 133-146.
- Apfeldorfer, G. (1995). *Anorexie, Boulimie, obésité*. Flammarion. París.
- Bulick, C.M.; Sullivan P.F.; Kenneth S. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of eating disorders*, 33, 293-298.
- Contreras, J. (2000). Paradojas de la alimentación contemporánea: entre la globalización y la identidad cultural. *Nutrición y Obesidad*, 3, 315-321.
- Contreras, J. (2002). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Nutrición y Obesidad*, 5, 275-286.
- Fairburn, C.G. y Harrison P.J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361, 407-410.
- Farb, P. y Armelagos, G. (1985). *Anthropologie des coutumes alimentaires*. Denoël. París.
- FLASO (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad), (2000). Documento do Consenso Latino-Americano em Obesidade. Acta de Río de Janeiro.
- Gracia Arnaiz, M. (1997). La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano. Ministerio de Educación y Cultura. Madrid.
- Gracia Arnaiz, M. (2002). Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España. Ariel. Barcelona.
- Griessner, V. (2003). Binge eating: trastorno por "Atracón". En: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31002
- Heinberg, L.J.; Wood, K.C.; Thomson, J.K. (1996). Adolescent Nutrition. Assesment management. Chapman & Hall. New York.
- Mahan, K. y Escott-Stump, S. (2001). Nutrición y Dietoterapia de Krause. 10ª ed. Interamericana-McGraw Hill. México.
- Mardomingo Sanz, M.J. (2003). Psiquiatría para padres y educadores: ciencia y arte. Narcea S.A. Madrid.



Mascarella, L.; Comelles, J.M.; Allué, X. (2002). La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España. En: http://www.satutepertutti.org/inglese/immi_say/spa/2.4.2%20sp.%2011%20caso%20spagnolo.pdf

Microsoft Corporation (2004). Diccionario Encarta. Biblioteca de consulta de Microsoft.

Montero, J.C. (2002). Epidemiología de la obesidad en siete países de América Latina. *Nutrición y Obesidad*, 5, 325-330.

Rojo, L.; Livianos, L.; Conesa, L.; García, A.; Domínguez, A.; Rodrigo, G.; Sanjuán, L.; Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stages epidemiologic study in Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating disorders*, 34, 281-91.

Sánchez Planell, L.; Fernández-Valdés, Marí R. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Nutrición y Obesidad*, 5, 314-324.

SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) (2000). Consenso SEEDO '2000.

Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel. Barcelona.