

Quiroga, Susana. (marzo 2009). *Prevalencia e incidencia en la actualidad : Trastornos de la conducta alimentaria*. En: Encrucijadas, no. 46. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubu.sisbi.uba.ar>>

## **Prevalencia e incidencia en la actualidad**

### **Trastornos de la conducta alimentaria**

En la Argentina, entre el 12% y el 15% de los adolescentes padecen de anorexia o bulimia nerviosa, siendo el 90% de los afectados mujeres y el 10% varones. Estos datos alarmantes surgen de numerosas investigaciones en las que se estudian diferentes psicopatologías asociadas y los factores sociales y familiares incidentes.

### **Susana Quiroga**

Dra. en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología, UBA. Lic. en Psicología, UBA. Miembro Titular en Función Didáctica (APA) y Full Member of the International Psychoanalytic Association (IPA). Categorizada como Investigadora Categoría I (CIN). Prof. Titular Consulto, UBA. Directora del Programa de Actualización en Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales.

[suquiroga@ciudad.com.ar](mailto:suquiroga@ciudad.com.ar)

Según la Organización Mundial de la Salud (2007), más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y habría aproximadamente unos trescientos millones de obesos en todo el mundo. Asimismo, cifras de UNICEF estiman que dos mil millones de niños y adolescentes tienen sobrepeso u obesidad.

En EE.UU., alrededor de siete millones de mujeres y un millón de varones padecen de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria. Entre un 10% y un 25% de norteamericanos que sufren de anorexia mueren a causa de esta enfermedad

En nuestro país, según el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), la prevalencia de niños y adolescentes argentinos que padecen de sobrepeso u obesidad es de dos millones y medio. Según esta misma fuente, entre los niños en edad escolar el 12% es obeso y el 30% tiene sobrepeso.

Según datos del Centro especializado en la prevención, investigación y tratamiento de bulimia, anorexia y sobrepeso (BACE), en la Argentina entre el 12% y el 15% de los adolescentes padecen de anorexia o bulimia nerviosa, siendo el 90% de los afectados mujeres y el 10% varones. Actualmente, la cantidad de varones con estos trastornos ha ido en aumento.

### **Investigaciones actuales**

En una investigación epidemiológica realizada por nuestro equipo sobre conducta alimentaria, peso corporal y conductas psicopatológicas asociadas (Quiroga, Zukerfeld y Zonis, 1997/8), en una población de 207 adolescentes tardías entre 18 a 25 años, realizada en el Servicio de Psicología Clínica de la Dirección de Salud y Asistencia Social de la Universidad de Buenos Aires, se detectó que el 13% de la población universitaria presentaba algún trastorno de la

conducta alimentaria. El propósito de esta investigación fue estudiar la relación existente entre distintas conductas alimentarias, tales como dietas, atracones y autocontrol, y el grado de incidencia y asociación que tenían estas conductas con el grado de ansiedad, de alexitimia –o sea la dificultad para manifestar o percibir emociones y sensaciones corporales– y otros factores psicopatológicos como la baja autoestima, vinculada con la sensación de la propia ineficacia, la desconfianza, el control de los impulsos, la inseguridad social, el ascetismo y el temor a madurar. Los resultados mostraron que el 16% de esta población padecía conductas dietantes, 4,3% conductas con atracones y 7,2% conductas de autocontrol. El 22% presentó rasgos de ansiedad y el 17% de alexitimia. En el subgrupo de dietantes, el 25% padecía atracones, pero en el subgrupo de atracones el 90% hacía dietas. Este último subgrupo se manifestó con un claro perfil psicopatológico, ya que en él el 100% cumplía los criterios para el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y el 70% padecía de ansiedad y en igual proporción de alexitimia. También en este subgrupo fue significativamente mayor la presencia de ineficacia, confusión en el registro de la interioridad, falta de control de los impulsos e inseguridad social. Se concluyó que la conducta dietante es un factor importante a detectar preventivamente, ya que se presenta como un preludio para el desarrollo de la conducta con atracones y se puede transformar de alto riesgo si existen además otras condiciones psicopatológicas vinculadas con la ansiedad difusa, la alexitimia y la ineficacia.

En los años 2001-2002 y en el marco del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes (Quiroga y Vega, 2003), se evaluó una muestra de 1720 adolescentes mujeres de 13 a 23 años en las escuelas del distrito de Avellaneda. Su objetivo fue conocer la prevalencia de ambos trastornos en una población no clínica y correlacionar los mismos con la edad, el peso actual y el peso deseado. Los resultados obtenidos mostraron que el 25% de esta población presentaba trastornos de la Imagen Corporal, el 19% tenía Trastornos de la Conducta Alimentaria y el 11% era vulnerable a su desarrollo. Estos valores aumentaban proporcionalmente con la edad, por lo cual se concluyó que la adolescencia tardía era la fase con mayor patología manifiesta. Por otro lado, se demostró que cuanto más delgada era la joven menor era su Trastorno del Esquema Corporal, pero mayor el Trastorno de la Conducta Alimentaria. Si bien el 60% de esta población total deseaba pesar menos de lo normalmente esperable para su talla, solo el 8% tenía sobrepeso, es decir que a mayor delgadez mayor era el deseo de disminuir su peso real.

En otra investigación (Quiroga y Cryan, 2002), realizada en una población clínica de 35 adolescentes femeninas de 18 a 25 años de edad que padecían de Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón (BED) y también llevada a cabo en la Universidad de Buenos Aires, se evaluó la relación entre estos dos trastornos y la sintomatología depresiva. Los resultados mostraron que el 71,4% de estas pacientes presentaba síntomas depresivos francos. El 77% de las pacientes informó dificultades en la toma de decisiones, ligado al factor de ineficacia y a la depresión, el 91% manifestó preocupación por el esquema corporal y el 86% un sentimiento de autocrítica elevado.

## **Conductas alimentarias**

A continuación definiremos las características de ciertas conductas alimentarias abordadas en los párrafos anteriores, incluyendo aquellas ya definidas por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.

La Conducta Dietante se define como un patrón caracterizado por una restricción crónica en cantidad y calidad de alimentos ingeridos. La Conducta de Control se refiere a la generalización de esta modalidad a las actividades y actitudes relacionadas con la nutrición y el peso corporal que se observan generalmente en la selección exagerada de la comida o en

el retraso en el acto de comer. Se considera que el Patrón Alimentario Ideal se compone de seis comidas diarias que incluyen desayuno y merienda, almuerzo y cena y dos colaciones intermedias. Estas últimas están pensadas para prevenir la conducta por atracón que suele aparecer luego de largas horas sin algún tipo de ingestión alimentaria y que son el antecedente del Trastorno Alimentario.

Una variable adoptada internacionalmente que sirve para evaluar la relación entre el peso y la talla de las personas y la presencia o no de patología alimentaria es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso sobre la altura al cuadrado. Si los valores de este IMC se encuentran entre 20 y 25 se considera que la persona tiene un peso normal; si está por debajo se considera que tiene bajo peso (entre 17 y 19) o anorexia (debajo de 17); si tiene un IMC entre 25 y 30 (de 10 a 15 kilos de más) se considera sobrepeso; entre 30 y 40 (de 15 a 50 kilos de más) se considera obesidad; entre 40 y 50 (de 50 a 80 kilos de más) se considera hiperobesidad y por arriba de 50 (más de 80 kilos) se considera que la persona sufre de superobesidad.

El DSM-IV clasifica los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Quienes padecen de Anorexia Nerviosa mantienen un peso corporal por debajo del nivel mínimo normal y presentan una disconformidad marcada por su peso corporal. Comienzan disminuyendo la ingesta de alimentos y hasta pueden llegar a restringirla por completo durante largos períodos. Presentan un temor irracional a la comida y a engordar y una alteración de la imagen corporal. Este trastorno se acompaña de síntomas corporales secundarios tales como: amenorrea (pérdida de la menstruación), crecimiento excesivo de vello corporal, hiperactividad, arritmia cardíaca y otras. Presenta dos subtipos: la Anorexia de tipo restrictivo y la Anorexia de tipo compulsivo/purgativo. El primer subtipo es el que presenta mayor riesgo para la salud dado que la inanición autoprovocada se mantiene por largos períodos. Se caracteriza por la implementación de dietas, ayunos y/o excesivo ejercicio como medios para disminuir el peso corporal y hay ausencia de atracones y purgas. El segundo subtipo alterna períodos de inanición con atracones o purgas o ambos.

Lo característico de la Bulimia Nerviosa es la ingesta masiva de alimentos en un corto período de tiempo, llamado atracón. Este episodio se acompaña de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos y son frecuentes las conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso, por ejemplo: el vómito autoinducido, el uso de laxantes y/o diuréticos, la actividad física excesiva, los ayunos prolongados, el uso de enemas. Todas estas conductas se mantienen en el más profundo de los secretos y son realizadas en la intimidad. También presenta dos subtipos: la Bulimia de tipo purgativo y la Bulimia de tipo no purgativo. El primer subtipo presenta autoinducción del vómito y el empleo de laxantes, diuréticos y/o enemas. El segundo subtipo presenta conductas compensatorias como ayunos y ejercicio intenso, con ausencia de autoinducción del vómito y empleo de laxantes, diuréticos y/o enemas.

El patrón común de la Bulimia es la sensación subjetiva de descontrol. En el atracón el objeto comida no tiene como función la satisfacción de una necesidad biológica, ni se presenta como un objeto pasible de proporcionar placer. No hay una medida que pueda determinar cuánta comida debe ingerirse para ser considerado un episodio de atracón, sino que dependerá de la significación que cada uno le dé a estos momentos de descontrol. Es frecuente que los pacientes bulímicos experimenten en otros ámbitos de su vida el mismo descontrol que presentan ante la comida y la imposibilidad de poner un freno o límite a sus actos, como por ejemplo en la promiscuidad sexual, las mentiras sistemáticas o la reiteración de delitos

menores.

Otro tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria es el Trastorno por Atracón, (Binge Eating Disorder (BED)), menos conocido pero bastante común y que puede observarse no sólo en personas con sobrepeso, sino también con peso normal o bajo peso. Este trastorno presenta atracones recurrentes con ausencia de una conducta compensatoria. Generalmente este comportamiento aparece asociado a la existencia de conflictos interpersonales, dificultades en la maduración, en el registro de las señales interiores y en el reconocimiento de los afectos, con distorsiones cognitivas y síntomas de característica depresiva.

## **Factores sociales y familiares**

Veamos ahora la relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los factores sociales y familiares en la adolescencia. Con respecto a la incidencia de la crisis adolescente en la aparición de estos trastornos, tanto en pacientes anoréxicos como bulímicos, la enfermedad se inicia al comienzo de la adolescencia temprana, con la búsqueda de delgadez y con el objeto de controlar el crecimiento del cuerpo sexuado, que más tarde conduce a un terror a la obesidad. Ambos síndromes aparecen en su mayoría como un trastorno típicamente femenino. Son adolescentes que desde niñas, debido a la existencia de padres rígidos y sobreexigentes, han aprendido a utilizar el alimento como un medio de sobreponerse al estrés o a los conflictos emocionales.

Con respecto a los factores sociales es importante destacar que el ritmo de vida actual y el estrés predisponen a que el momento de la comida no sea llevado a cabo con el tiempo suficiente para poder preparar los alimentos y comer de manera pausada y tranquila como hace 50 años. Por otra parte, las patologías alimentarias generalmente están asociadas a la búsqueda de la delgadez y de la perfección, que se ven estimuladas constantemente por los patrones de belleza actuales. Nuestra cultura sostiene a la delgadez como ideal de belleza, y tiende a asociarla con la posibilidad de éxito en la vida. Sin embargo, en los últimos años, y con el auge de la cirugía estética, al ideal de cuerpo delgado se le ha agregado la posibilidad de modificación del mismo. Esto se observa especialmente en el aumento del busto que se realiza en edades cada vez más tempranas.

Con respecto a la incidencia de los factores familiares es difícil pensar una estructura familiar específica donde se desarrollen estos trastornos, pero en su lugar pueden describirse estructuras vinculares familiares que son en parte comunes a familias de adictos, obesos, psicosomáticos y trastornos límites de la personalidad. Constituyen vínculos simbióticos e insatisfactorios en ambientes donde la valoración de la imagen como fachada resulta relevante. Además son frecuentes factores tales como la exhibición del perfeccionismo, la desestimación de los afectos, la infantilización en la toma de decisiones, el hipercontrol de los niños, la excesiva preocupación por la gordura y la dieta y un aumento del exhibicionismo en los padres.

## **Abordaje psicoterapéutico**

Por último, respecto del abordaje psicoterapéutico de estas patologías, ellas requieren de un trabajo interdisciplinario que logre dar cuenta de la complejidad de su etiología, en la cual confluyen la perspectiva psicosomática, los componentes adictivos y un alto porcentaje de correlación con la depresión y los trastornos de la imagen corporal. Existen diferentes abordajes psicoterapéuticos dentro de los cuales se encuentran como valiosas las técnicas grupales psicodinámicas y las cognitivo-conductuales, combinadas con entrevistas individuales, vinculares, familiares, reuniones multifamiliares y tratamiento psiquiátrico si fuera

necesario. En una investigación clínica de duración anual, llevada a cabo por nuestro equipo con las diferentes técnicas enunciadas y realizada en el Servicio de Psicología Clínica de la Dirección de Salud y Asistencia Social de la Universidad de Buenos Aires (Quiroga y Cryan, 2007), los dos tipos de tratamiento psicoterapéutico grupal alcanzaron resultados positivos en la reducción de los síntomas alimentarios, aunque los procesos terapéuticos mostraron diferentes trayectorias de la cura. Las técnicas cognitivo-conductuales obtuvieron una remisión rápida de los síntomas alimentarios, pero los cambios no fueron estables. Las técnicas psicodinámicas presentaron en primer lugar un aumento de la ansiedad que fue disminuyendo junto con la remisión moderada y constante de los síntomas alimentarios. A lo largo del año, aunque con trayectorias diferentes, ambos tratamientos resultaron en la evaluación clínica y estadística igualmente efectivos.

## **Bibliografía**

Quiroga, S. (1997), "Trastornos de la alimentación y estrés familiar", Cap. 5, en Zukerfeld, R., Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Quiroga, S., Zonis, R. & Zukerfeld, R. (1998), "Conductas alimentarias y factores psicopatológicos en mujeres ingresantes a la Universidad de Buenos Aires". Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Nro. 2, pp. 113-135.

Quiroga, S.; Cryan, G. (2002), "Grado de asociación entre depresión y trastornos de la alimentación en la adolescencia tardía femenina". Revista Investigaciones en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Año 7, Nro. 3, pp. 109-134.

Quiroga, S.; Vega, V. (2003), "Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes". Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología. Tomo I, pp. 113-115. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Agosto 2003.

Zonis, R.; Zukerfeld, R.; Quiroga, S.; (1998b), "Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en jóvenes universitarias". Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. 7 / N° II.

