

Artículo de revisión

Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia

Family Functionality in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia *Funcionalidade familiar em pacientes com anorexia nervosa e bulimia*

Daniella Guillermina Sainos-López,* María Teresa Sánchez-Morales,** Eduardo Vázquez-Cruz,*** Itzel Gutiérrez-Gabriel****

ATEN FAM 2015;22(2)

Resumen

La anorexia nerviosa y la bulimia son problemas de salud que se manifiestan como trastornos del comportamiento alimentario, que si no se atienden oportunamente pueden llegar a comprometer la vida de los pacientes. La sospecha de trastornos de la alimentación entre adolescentes está relacionada con la percepción de disfunción familiar. La prevención y el tratamiento de los trastornos de la alimentación pueden ser más eficaces si se realiza un abordaje familiar durante la adolescencia; momento en el que se presenta una gran oportunidad de intervención pero al mismo tiempo un formidable compromiso para los médicos familiares.

Summary

Anorexia nervosa and bulimia are health problems that manifest themselves as eating behavior disorders that if they are not appropriately addressed may compromise the life of patients. The suspicion of adolescent eating disorders is related to the perception of family dysfunction. Prevention and treatment of eating disorders may be more effective if there is a family approach during adolescence; moments for a great opportunity for intervention, but at the same time a formidable commitment for Family physicians.

Resumo

Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa são problemas de saúde que se manifestam como transtornos alimentares, que se não tratados rapidamente podem comprometer a vida dos pacientes. A suspeita de transtornos alimentares entre adolescentes está relacionada com a percepção de disfunção familiar. A prevenção e o tratamento de distúrbios alimentares podem ser mais eficazes se uma abordagem familiar é realizada durante a adolescência; é onde ele apresenta uma grande oportunidade para intervenção, mas também um compromisso formidável para os médicos de família.

Introducción

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia (B) son problemas de salud que se manifiestan como trastornos del comportamiento alimentario, que pueden llegar a comprometer la vida de quien la padece de no ser atendidos oportunamente; se manifiesta en ambos sexos con una evidente predisposición en las mujeres. Se diferencian por la forma en la que las personas se comportan ante la comida, aunque se puede sufrir de ambos trastornos -ya sea de forma alternativa o sucesiva-.¹ Son enfermedades devastadoras producidas por una com-

Palabras clave: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, salud mental

Key words: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Mental Health
Palavras chave: bulimia nervosa, anorexia nervosa, saúde mental

Recibido: 30/09/13
Aceptado: 19/9/14

*Especialista en Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Urgencias médico-quirúrgicas hospital general regional (HGR) no. 36, IMSS. ***Coordinador clínico de educación e investigación en salud, unidad de medicina familiar (UMF) no. 6, IMSS. ****Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de Base del IMSS, delegación estatal Puebla.

Correspondencia:
Itzel Gutiérrez-Gabriel
gugi2383@hotmail.com

Este artículo debe citarse: Sainos-López DG, Sánchez-Morales MT, Vázquez-Cruz E, Gutiérrez-Gabriel I. Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Aten Fam.* 2015;22(2):54-57.

pleja interacción de factores emocionales, de personalidad y de la funcionalidad familiar, sensibilidad genética y cultural.²

El estudio de los trastornos de la alimentación (T de la A) y su relación con el ambiente familiar nació al mismo tiempo que la ciencia psiquiátrica, su fundador Philippe Pinel, en su célebre obra *Nosografía Filosófica*, definió a la bulimia como “hambre canina”, pues consideraba que la voracidad obedecía algunas veces a conformaciones particulares del estómago y en otras ocasiones podría tener un origen nervioso; mientras que a la AN la definió como un trastorno alimenticio que amenazaba la vida y se caracterizaba por la privación de comer y la pérdida excesiva de peso.³

Criterios Diagnósticos

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) establece como criterios diagnósticos de la AN: el rechazo a mantener el peso corporal a un nivel mínimamente correspondiente a la edad y la estatura; el temor intenso a ganar peso; la alteración en la percepción de la imagen corporal; así como amenorrea.⁴ En cuanto a la bulimia, se tienen episodios de atracones asociados a conductas compensadoras inapropiadas, con una frecuencia mínima de dos veces a la semana, durante al menos tres meses.⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al menos 1% de la población mundial de adolescentes sufre de AN y 4.1% de B; además en las dos últimas décadas se ha detectado un incremento alarmante de estos trastornos de la alimentación.⁶

Actualmente, el médico de atención primaria puede identificar a las pacientes con este tipo de trastornos con la aplicación de cuestionarios de tamizaje como el *Eating Attitudes Test*, el cual mide actitudes y conductas de riesgo para desarrollar el trastorno en adolescentes, analiza aspectos que se consideran detonantes de la AN como: preocupación por la imagen corporal, comida, dietas, comer a escondidas, vómito, abuso de laxantes y la particular percepción de la presión social para el control del peso.⁷ Entre los factores de riesgo se encuentran: preocupación exce-

siva por el peso; insatisfacción por la figura; dieta poco saludable; falta de afecto; antecedentes de abuso físico y sexual; intimidación; baja autoestima; dificultades para manejar el estrés y los conflictos afectivos; incluso, ser víctima de acoso escolar o *bullying*.⁶ Además de estos factores de riesgo interactúan otros factores propios del sujeto como: genética, inestabilidad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, deficiencias en la contención de angustia, género y dinámica de la familia.

En la década de 1970, Salvador Minuchin describió la interacción típica de las familias de las pacientes con AN, en quienes encontró que prevalecía la negación, la tendencia a evitar la solución de conflictos y una pobre conciencia de necesitar ayuda especializada. Además, observó que las familias de las pacientes con trastornos de la alimentación se diferenciaban de las familias control, principalmente, por presentar más conflictos, mayor desorganización familiar, menor adaptabilidad, menor cohesión, escasos cuidados de los padres hacia los hijos, presencia de sobreprotección de alguno de los padres, menor orientación hacia actividades recreativas y menor apoyo emocional.⁸

Características relacionadas con la familia

Algunas características relacionadas con la composición del grupo familiar han sido clasificadas como factores de riesgo para el desarrollo de AN y B. En muchas ocasiones el pobre desempeño de los padres en el entorno familiar podría predisponer a que las hijas desarrollen un trastorno de la conducta alimentaria. Al comparar la percepción del funcionamiento familiar, en familias con hijas con trastorno de la alimentación, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, las madres consideraron que el funcionamiento familiar era saludable y poco caótico, en cambio sus hijas no coincidieron con lo reportado. La intervención familiar modifica patrones conductuales y emocionales que sostienen la patología, por esta razón, otro indicador de cambio es la capacidad familiar de enfrentar problemas,

es decir, asumir conflictos y adoptar actitudes de comprensión.⁹

Es importante tomar en cuenta que los padres de las adolescentes que sufren de T de la A generalmente presentan dificultades en su relación conyugal, se cree que la mala relación podría influir negativamente en los hijos y crear un proceso circular en el que la expresión de los T de la A podrían exacerbar las dificultades entre los padres.¹⁰

Otro patrón importante en estos T de la A es la imagen corporal, creencias, pensamientos y actitudes hacia el cuerpo.¹¹

Conceptualizaciones tempranas de AN y B en pacientes adolescentes proponían modelos de familias psicósomáticas o sugerían que patrones familiares específicos o disfuncionales contribuían al desarrollo, mantenimiento o perpetuación del trastorno.¹ Se han realizado estudios del ambiente familiar en estudiantes universitarios no clínicos y se encontró que en la medida en que la disfunción familiar se incrementa, también aumenta el reporte de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que los trastornos de la conducta alimentaria podrían ser un síntoma de la disfunción familiar.² Wisotsky estudió a 65 pacientes entre 12 y 27 años para examinar la relación entre los niveles de funcionalidad familiar y los trastornos de la alimentación, utilizando el FACES III, reportó de manera importante que a medida que la disfunción familiar crece, la gravedad de los trastornos de la alimentación también lo hace.²

Al interior de la comunidad científica, la asociación entre el funcionamiento familiar y la presencia de trastornos de la alimentación es un tópico que crea controversia. Pese a los resultados inconsistentes, han surgido dos grandes hallazgos de la acumulación de datos: no parece haber un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a trastornos de alimentación, sin embargo, estas familias generalmente tienden a ser más disfuncionales que las familias control y la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno.⁴

La revisión de estudios realizados en varios países europeos, asiáticos y en Estados Unidos por Van Hoeken y cols., indicó que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3% para la AN y 1% para B. La incidencia total es de al menos 8 por cada 100 mil personas al año para AN y 12 por cada 100 mil personas al año para B. Además, la incidencia de AN ha aumentado en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad.⁵

Las pacientes con AN tendían a ocupar un lugar más “tardío” en el número de hijos, en comparación con los controles, y también a tener menos hermanos del sexo masculino. Una explicación biológica para esto es que al tener la madre mayor edad aumenta el riesgo de problemas perinatales, lo cual podría orientar al desarrollo de alteraciones en la conducta alimentaria.⁶

En un estudio realizado por Vidovic en el 2000, en la Universidad de Cambridge, se evaluó a 76 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y a 29 de sus madres, con el fin de investigar la percepción que ambos grupos tenían respecto a las características familiares (en cuanto a cohesión, adaptabilidad y comunicación), se encontró que las pacientes con trastornos alimentarios -salvo aquellas con AN restrictiva- consideraban que sus familias tenían menor cohesión y menor adaptabilidad que aquellas del grupo de control.⁷

Los hallazgos de Waller y cols., también indicaron que los sujetos con trastornos alimentarios perciben a sus familias como significativamente menos adaptables, menos cohesionadas y más pobremente comunicativas comparadas con personas control sin trastornos alimentarios.⁹

Prácticamente todo el mundo tiene algún motivo de queja relacionado con su cuerpo, algún rasgo o alguna parte que le resulta desagradable y trata de disimular, por ello, hablar de AN y B es cuestionar nuestra cultura. Como sociedad, necesitamos una renovación de nuestros valores y conductas, pero sobre todo necesitamos, definir lo atractivo con parámetros más amplios para

que la mayoría de las personas, y no solo una pequeñísima parte, pueda sentirse bien con su apariencia personal.¹² Necesitamos enfatizar otras características como el ingenio, la integridad, el talento, la inteligencia y el sentido del humor, al evaluar la valía de las personas, en este sentido, las medidas que desde el mundo de la política, la moda o la salud se están tomando son prometedoras porque van dirigidas a la raíz de estos problemas.¹³

Sintomatología

La amenorrea es uno de los tres síntomas para el diagnóstico de la AN, aunada al aumento de cortisol y la aparición de osteoporosis. En la bulimia se mantiene un aspecto corporal conservado, pero con una afección a nivel digestivo, que ocasiona gastritis, esofagitis, caries dental y afecciones cardíacas, entre otras.¹⁴ Tanto en AN como en B, a menudo se presentan trastornos de ansiedad, incluyendo fobias y trastorno obsesivo-compulsivo. La fobia más común es la social y puede definirse como el temor a ser escrutado y humillado públicamente, las obsesiones se asocian con imágenes mentales, pensamientos o ideas recurrentes y persistentes, que pueden dar lugar a comportamientos compulsivos como ejercicios físicos, dietas, los propios alimentos y el peso, entre otros.¹⁵ También se llega a experimentar depresión, sin embargo, esta no es una relación causal; la depresión se incluye dentro de los trastornos afectivos y puede expresarse en diversas formas: trastornos del sueño, disminución de la atención y comprensión, pérdida de la confianza en sí mismo, ideas negativas y pesimismo. Es evidente que esta sintomatología variará de acuerdo con el tipo de personalidad de los pacientes.¹⁶ Cantidades bajas de ciertos neurotransmisores en algunas personas con AN y B permanecen bajas aun después de haber recuperado su peso, estos niveles bajos también se encuentran en las personas con depresión y con trastorno obsesivo-compulsivo.¹⁷ Si la ansiedad y depresión causan o no T de la A es algo que no se tiene claro, sin embargo,

definitivamente influyen en las personas al hacerlas más susceptibles a los sentimientos de baja autoestima y, de esta forma, contribuyen al desarrollo del trastorno alimentario.¹⁸

Tratamiento

Durante el proceso terapéutico los pacientes pueden presentar alteraciones biológicas o mentales que implican un riesgo vital, por ese motivo suele precisarse un régimen intrahospitalario. Además de los rasgos físicos estos pacientes suelen presentar trastornos de la personalidad, dificultad para expresar sentimientos y emociones, y una reducida capacidad de pensamiento mágico y fantástico, que va más allá de la baja autoestima. Además, carecen de un adecuado sentido de identidad y son muy sensibles a la crítica y el fracaso.¹⁹

Los pacientes pueden cumplir criterios de gravedad o de evolución negativa, con riesgos inmediatos para la vida o codificación del trastorno, cuando esto ocurre es necesario el ingreso a un centro hospitalario dado los riesgos biológicos que presentan estos pacientes. Las estancias intrahospitalarias por AN suelen ser más largas que las de los otros trastornos, oscilando entre 40 y 140 días, aunque en los últimos años se ha acortado -siguiendo la tendencia general de los ingresos psiquiátricos en adolescentes-²⁰ Las personas con un pronóstico reservado son aquellas que han estado enfermas por más de seis años, que ya han padecido AN, que tienen trastornos de la personalidad, y adolescentes con padres relacionados disfuncionalmente. El abordaje de los trastornos alimentarios requiere de un tratamiento largo e intenso, que si se realiza en la adolescencia tiene resultados positivos.²¹

Conclusiones

En general, las perspectivas son mejores para la B que para la AN,²² puede afirmarse que no existe un programa de tratamiento para la AN completamente eficaz.²³ Se ha llegado a reportar la recuperación de los pacientes entre 76 y 90% después del tratamiento, sin embargo, la mayoría de ellos siguió comiendo

menos de lo normal y en la B el comer en exceso continuaba siendo común. El riesgo de muerte es significativo cuando el peso es menor a 60% del peso normal y se ha calculado que el suicidio ocurre aproximadamente en la mitad de los casos por AN.²³

La recuperación del peso debe ser lenta y sostenida a pesar de la resistencia del paciente, por ello, además del control y tratamiento de las alteraciones biológicas, se deben incluir programas conductuales que lleven a la normalización alimentaria y al aumento de peso. Actualmente, el pronóstico es más optimista cuando se administran antidepresivos durante la fase de recuperación nutricional, en un contexto de abordaje cognitivo-conductual intensivo.^{24,25}

Dado este escenario, es relevante comprender estos trastornos desde distintas perspectivas, para abordarlos preventiva y/o curativamente de manera más efectiva. Sin duda, una de las maneras de entenderlos es desde el punto de vista de la familia, lo cual en ocasiones nos enfrenta a dicotomías, fundamentalmente en el ámbito clínico, al entender a la familia como “causante” versus la familia que se “adapta” a la enfermedad o que “padece” sus consecuencias, la familia como culpable o la familia como víctima, la familia como impedimento o como recurso para el tratamiento.⁸ Otra variable estudiada corresponde al grado de cohesión familiar, este estudio encontró que aquellas jóvenes cuyas familias manifestaban una alta cohesión en términos de apoyo y cercanía emocional presentaban menor riesgo de padecer un desorden alimentario.^{12,13}

Las familias en las cuales se presentan trastornos de la alimentación se han percibido a sí mismas como menos “apoyadoras” y más vulnerables a las relaciones conflictivas, así como con menor disposición a la expresión de emociones que en las familias en las no hay este tipo de trastornos.¹⁴

La sospecha de trastornos de la alimentación entre adolescentes está relacionada con la percepción de disfunción en las familias. La prevención y el tratamiento de los trastornos de la alimentación pueden ser más eficaces si se realiza un abordaje familiar durante la adolescencia, pues es el momento en que se presenta una gran oportunidad de intervención, pero que al mismo tiempo representa un formidable compromiso para los médicos familiares.^{22,23}

Referencias

- Guadarrama R, Mendoza S. Factores de riesgo de Anorexia Nerviosa y Bulimia en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. Enseñanza e investigación en Psicología. 2011;16(1):125-36.
- García M, Toledo F. Nuevas adiciones: Anorexia Nerviosa y Bulimia. Colegio Oficial de Psicología. 2010;8(2):132-40.
- Universia. En México aumentan los casos de anorexia y bulimia en hombres. [Actualizado 2010 Oct 25]. Disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2010/10/25/649507/mexico-aumentan-casos-anorexia-bulimia-hombres.html>
- Hernández Coronel C. Bulimia y Anorexia en México. Protocolo de investigación. [Actualizado 2010 Oct]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/bulimia-y-anorexia-mexico/bulimia-y-anorexia-mexico.pdf>
- Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R, Marzolo P. Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la comuna de Concepción, Chile. PSYKHE. 2008;17(1):81-90.
- Palpán J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V, Capa W. Trastornos alimentarios: Factores asociados en adolescentes de Lima metropolitana. Psychology International. 2007;18(4). Disponible en: <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>
- Ruíz A, Vázquez R, Mancilla J, López X, Álvarez G. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Univ Psychol. 2010, 9(2):447-55.
- Guadarrama R, Vianney K, López R, Toribio L. Anorexia Nerviosa y Bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. Psicología y Salud. 2008;18(1):57-61.
- Cortés H, Díaz A, Mejía C, Mesa J. Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo en estudiantes universitarias de primer y segundo año. Revista Ces Medicina. 2008;1(17):33-41.
- Unikel C, Bojorquez L, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública de México. 2006;46(6):509-15.
- Vega V, Piccini M, Barrionuevo J, Tocci R. Depresión y trastornos de la alimentación: Anorexia Nerviosa y Bulimia en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. Anuario de Investigaciones. 2009;16:103-14.
- Zagalaz M, Romero S, Contreras O. La Anorexia Nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención de la educación física escolar en la providencia de Jaen. Revista Iberoamericana de Educación. 2008;18(5):12-24.
- Diez I. La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar. Zainak. 2006;27:141-7.
- Thomas Y, Ibañez E, Serrano C, Teherán D. Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. Rev. CES Odont. 2008;21(2):33-8.
- Behar R, Manzo R, Casanova D. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. Rev. Med Chile. 2006;134:312-9.
- Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2006;30(2):45-48.
- Bullen M, Precharromán F. Una perspectiva socio-cultural de los trastornos alimentarios. BIBLID. 2006;27:179-86.
- Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, Raeburn SD. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. American Journal of Psychiatry. 1992;149(1):82-7.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. Terapia Cognitiva de la Depresión. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1983.
- Keel P, Mitchel J. Outcome in bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry 2007;9(14):325-30.
- Pederson M, Fenna C, Crosby R. A comparison of onset of binge eating versus dieting in the development of anorexia nervosa and bulimia. Internal Journal of Eat Disorder. 2008;12(4):356-60.
- Cash T, Deagle E. The nature and extent of body – image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Intern Jour Eating Disorders. 2007;22(10):107-20.
- Toro J. Anorexia Nerviosa. Med Clin (Barc). 2008;117(9):334-42.
- Stern S, Dixon K, Jones D, Lake M. Family environment in anorexia nervosa and bulimia. Journal of Eating. 2006;10(3):128-32.
- Dawson P, Simon R. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia. British Journal of Clinical Psychology. 2006;21(3):167-79.