

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Antoni Grau¹⁻², Montse Sánchez¹⁻², Gabriela Hernandez², Vicente Turón¹

1 Fundación "Instituto Trastornos de la Alimentación".(FITA).

2 Instituto Trastornos de la Alimentación (ITA).

proteusdos@hotmail.com vicente.turon@yahoo.es

RESUMEN:

A lo largo de dos milenios se han recogido datos fenomenológicos de la anorexia nerviosa, de su análisis se desprende que a lo largo de este largo periodo de tiempo la enfermedad no ha variado substancialmente en sus aspectos clínicos y fenomenológicos pero si su interpretación etiopatogénicamente.

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los seres vivos para desarrollar su existencia necesitan captar del medio que les rodea todos aquellos elementos que le son precisos, la naturaleza le aporta al individuo lo necesario para que el desarrollo biológico sea ordenado y armónico. Las conductas de la alimentación están reguladas por mecanismos automáticos en el sistema nervioso central. La sensación de hambre procede, tanto de estímulos metabólicos, como de receptores periféricos, se induce la sensación del apetito, que desencadena la conducta de alimentación y al cesar estos aparecen los de saciedad y se detiene el proceso. El individuo normal, en situaciones de no precariedad, presenta unas reacciones adaptadas a los estímulos de hambre y sed, con respuestas hacia la saciedad correctas.

Es en el hipotálamo donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación, que en el caso de las conductas encaminadas a conseguir los alimentos, suponen la coordinación y correlación de las percepciones sensoriales, el almacenamiento de recuerdos de las experiencias anteriores y la vinculación de esta conducta con el mundo externo del sujeto.

Visto así el proceso puede parecer automático y elemental, pero la realidad es más compleja. Es indudable el valor de la alimentación en el desarrollo psicológico y social, a través del pecho materno el niño aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto; la relación de la comida con estos sentimientos se mantendrá a lo largo de toda la vida, y no debe extrañarnos que ciertos estados emocionales, como la ansiedad, la depresión o la alegría influyan decisivamente en los procesos de la alimentación. Pero esto no es todo, desde el alba de la humanidad el acto de comer ha sido un acto eminentemente social, se come en grupo y el acto de comer es una manifestación cultural, la forma de comer y las características de los alimentos, definen a los diferentes grupos culturales. Tras la caza, se comía según un preciso orden jerárquico, que ponía de manifiesto el orden social; la comida era el momento del encuentro de los individuos compartiendo conocimientos y experiencias, sin duda en la evolución del hombre la comida como acto social tiene un papel fundamental. En la actualidad el acto de comer sigue siendo un fenómeno de comunicación social. A través de la comida el grupo se siente cohesionado e identificado; en la mayor parte de los actos sociales, la comida ocupa un lugar importante.

Así pues en el proceso de la alimentación intervienen diferentes factores, unos actúan a nivel biológico, otros lo hacen desde un punto de vista psicológico y el tercer nivel de influencia se establece por las implicaciones socio-culturales del acto de comer.

Que el proceso natural de la alimentación se altere es muy factible dada su multideterminación, en unas ocasiones la causa es física, enfermedades que dificultan el proceso de la alimentación o alteran el aprovechamiento normal de los alimentos; en otras es psíquica, por tanto más compleja; por último, este proceso natural puede verse alterado por factores sociales: religión, cultura, estatus, moda etc.

Históricamente la obesidad ha significado en otras épocas salud, riqueza y belleza y la delgadez fealdad, penuria y enfermedad, sin embargo actualmente han invertido su significación social, estamos

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

viviendo el rechazo de las personas en sobrepeso y potenciando un canon de belleza en competencia con nuestras características étnicas. Puede parecer que las enfermedades asociadas a la conducta de la alimentación son nuevas, de mediados del pasado siglo, sin embargo esto no es cierto, tenemos referencias históricas de estas patologías desde muy antiguo, en la historia de nuestra cultura, y recogido abundantemente tanto de forma escrita como iconográfica. Excepto en las últimas décadas y únicamente en los países más desarrollados, comer suficientemente ha sido el privilegio de unos pocos. El sobrepeso era signo de salud, belleza y poder y posiblemente por esta razón en la antigüedad los banquetes, donde se comía y bebía exageradamente, tuvieron antes que social un marcado carácter sagrado, durante estos ágapes el vómito era un remedio usual para reiniciar la comilona.

También la restricción alimentaria fue asociada e interpretada desde un punto de vista religioso pero la información que tenemos de estas conductas tiene un valor relativo, ya que es difícil delimitar lo verdadero de lo falso, lo patológico, de lo místico o de lo fantástico.

En nuestra cultura y nos vamos a circunscribir a esta, tenemos referencias desde muy antiguo, ya en el "corpus hipocráticum (Hipócrates 460-377 a.C.) refiere los efectos de un régimen debilitante y prolongado anotando que son difíciles de reparar y que lo mismo ocurre con la repleción extrema. Jenofonte (428-354 a.C.) en su "Anábasis de Ciro el Joven" cita también un estado anómalo de la alimentación con hambre y debilidad extrema que afectó a las tropas griegas de Asia Menor ante la falta de comida, utilizó el término de bulimia sin duda focalizando el problema en el hambre y los deseos de comer.

Mucho más tarde Galeno de Pérgamo (129-216) describe la emaciación por falta de apetito, por anorexia y la llama "kinorexia" describiéndola con los síntomas siguientes: ansia por comer, colapso, palidez, frialdad de las extremidades, opresión en el estómago y pulso débil. (se puede interpretar esta situación como la fase final de la emaciación) ¹.

Los primeros cristianos y los místicos practicaban el ayuno como penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado. Como decía Tertuliano

Un cuerpo demacrado pasará más fácilmente la puerta estrecha (del paraíso), un cuerpo ligero resucitará más rápidamente, y en la tumba un cuerpo consumido se conservará mejor.

En el siglo IX un monje de Monheim (Baviera) refiere la milagrosa historia de Friderarda von Treuchtlingen (895), Tras un período de apetito voraz, Friderarda rechazó los alimentos sólidos y vomitaba también los productos lácteos que ingería, más tarde dejó por completo de comer, fue llevada al santuario y es curada milagrosamente por santa Walpurgis. de su "rara" extraña enfermedad².

También conocemos la historia de Sta. Wlgefotis (Virgofotis) o Sta. Liberata en Castilla). Fue patrona de las mujeres que desean liberarse de las cargas del varón y el sexo, la invocaban para facilitar el parto y la invocaban esta manera (...santa Livrada que la salida se como la entrada). La

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

leyenda dice que era hija del rey de Portugal y este la entregó en matrimonio al rey moro de Sicilia, pero ella que había jurado entregarse a Dios, dejó de comer para afearse y no ser deseada, adelgazó y le creció vello por todo el cuerpo, fue rechazada por el rey moro y su padre ofendido la crucificó, convirtiéndose así en la santa patrona de todas aquellas mujeres que desean verse libres de las apetencias masculinas.

Catalina de Siena, doctora de la Iglesia (1347-1380) es la más famosa anoréxica de nuestra historia, hija de artesanos acomodados recibe una esmerada educación cristiana a los siete años refiere la primera visión de Jesús y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia al mundo y en la adolescencia ya solo se alimenta de hierbas y algo de pan. Ingresa en la orden de las Dominicas y llega a ser consejera del papa Gregorio XI en Avignon. No consigue que éste o su sucesor Urbano VI regresen a Roma y ante la proclamación de un nuevo antipapa, se siente responsable del Cisma que divide la iglesia. Considera que ha fracasado en sus intentos de unificación y decide sacrificarse, ayunando, por la Iglesia y en pro de la unificación del papado, dejó de alimentarse y murió al poco tiempo³, parece que vomitaba habitualmente tras ingerir pequeñas cantidades de comida. Catalina describe que para purificarse y recibir al Señor en la Comunión no solo ayunaba también se purgaba introduciéndose un "junquillo" para facilitar el vómito. Catalina contesto así a su confesor que pretendía se alimentara mejor:

Querido padre, le agradezco toda la Santa Dedicación y el celoso cuidado que usted muestra hacia mi alma, porque me parece que usted se preocupa mucho cuando escucha cosas de mi vida USTED me escribió aconsejándome que le pida a Dios que me haga comer. Y yo le contesto, padre mío, y se lo digo en nombre de Dios, que de todos los modos posibles yo me obligo a ingerir algún alimento una o dos veces al día. Muchas veces cuando hice lo que pude, me miro a mi misma para entender mi enfermedad y la bondad de Dios que por una gracia muy especial me permitió corregir el vicio de la glotonería.

Margarita de Hungría (1242-1270), nacida de una estirpe de santos, hija de Bela IV, rey de Hungría y de María Láscaris, hija del emperador de Constantinopla, antes de nacer, en 1242, fue ofrecida a Dios para la liberación de Hungría de las hordas de los tártaros. Ingresa en un convento donde inicia un camino de santidad mediante dietas restrictivas y penitencia³.

Mas conocida es Juana de Arco (1412-1431), que además de una vida militar Juana hace penitencia y ayunos extremos, es acusada de herejía y quemada viva en Rouen⁴⁻⁵.

Teresa de Ávila, doctora de la Iglesia, practica y recomienda a sus monjas ayunos, y penitencias con un objetivo diferente, no es ya la mortificación, es el "Camino de Perfección" y dice así:

No penséis, hermanas mías, que por no andar a contentar a los del mundo os ha de faltar de comer, yo os aseguro. Jamás por artificios humanos pretendáis sustentaros, que moriréis de

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

hambre, y con razón. Los ojos en vuestro esposo; él os ha de sustentar. Contento él, aunque no quieran, os darán de comer los menos vuestros devotos, como lo habéis visto por experiencia. Si haciendo vosotras esto muriereis de hambre, ibienaventuradas las monjas de San José! Esto no se os olvide, por amor del Señor. Pues dejáis la renta, dejad el cuidado de la comida; si no, todo va perdido. Los que quiere el Señor que la tengan, tengan enhorabuena esos cuidados, que es mucha razón, pues es su llamamiento; mas nosotras, hermanas, es disparate.

Teresa de Avila

Pero no todos los cuadros pretendidamente anoréxicos están vinculados con una vida de penitencia y sacrificio, documentos antiguos también refieren episodios de restricción voluntaria de la alimentación por motivos no tan explícitos como pudieran ser los religiosos, también por razones emocionales se deja de comer y así tenemos la leyenda del joven príncipe Hamadham, en riesgo de muerte por negarse a comer preso de una intensa melancolía; esta descripción de Avicena en el siglo IX se considera la primera relativa a la anorexia en un texto médico, aunque probablemente sea secundaria a un cuadro depresivo⁶.

En Occidente habrían de pasar siglos antes de que algunas de estos comportamientos anómalos, se inscribieran dentro de las afecciones médicas. Las primeras referencias escritas en términos clínicos corresponden al siglo XVI (Laudon, 1980), en esta época comienzan a aparecer datos sobre personas que presentan una importante inanición, sus conductas restrictiva con la alimentación son vistas como anómalas, socialmente alteradas, y sin justificación religiosa.

Al parecer la existencia de estas pacientes y los motivos por los que se da esta inanición despiertan la curiosidad del público, perplejo ante la posibilidad de que existan personas que pueden sobrevivir sin alimentarse.

Durante el siglo XVII, cada vez con más frecuencia, aparecen documentos escritos, en ellos, de forma detallada, se informa de casos de inanición provocada por el rechazo a los alimentos, pero la información aparece dispersa, y muchos comentarios proceden de recuerdos de terceras personas.

Uno de los primeros casos es el recogido por Mexio en 1613 y citado por Morgan⁷ en 1977. El texto de Mexio, "The treasurie of Auncient and Moderne Times", cita el caso de Jane Balan de 14 años de la que se dijo que había estado durante tres años sin comer ni beber. Al parecer durante este tiempo no menstruó no orinó ni defecó. El cuadro se inicia en 1599 tras un episodio febril con vómitos, aparece a continuación un estado de mudez y posteriormente Jane presenta un episodio delirante, hay parálisis de los miembros y nadie consigue hacerla comer. Seis meses mas tarde recupera el juicio pero persiste el rechazo a la alimentación, su aspecto físico es extraño, "...su abdomen está depauperado y sin vísceras, pero sus muslos, senos y cara son bastante carnosos". Como podemos observar, las referencias del caso son poco clínicas, solo se pone énfasis en aquellos signos mas aparentes con poco rigor científico en la información y con una indudable exageración, no es de descartar que en alguno

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

de los casos descritos en esa época hubiera fraudes, como en algún caso se demostró.

En 1667 Marthe Taylor, una joven de Derbyshire presenta un cuadro de inanición autoprovocado que despierta la curiosidad de las gentes. Es visitada no sólo por médicos, sino también por nobles y clérigos, estos últimos, con la loable intención de convencerla para que abandone el ayuno. El cuadro se inicia a los 11 años en que presenta una parálisis tras una caída, al poco tiempo se repite la parálisis esta vez acompañada de melancolía y delirios. Más tarde, de nuevo recuperada presenta una persistente tos que le impide dormir y pasa las noches leyendo las Sagradas Escrituras. Mas tarde Marthe presenta amenorrea, restringe la alimentación y vomita lo poco que come. Según sus patógrafos: H...A. en 1660, Robins en 1668 y Reynolds en 1669, citados por Silvermen⁸, la paciente pasó más de un año subsistiendo con bebidas azucaradas. Se dijo que en ese tiempo miss Taylor no orinó ni defecó.

A solicitud del Dr. Needhman, médico y directivo de la "England's Royal Society", John Reynolds investigó el caso y lo publicó al poco tiempo⁸.

En 1689, 22 años después aparece, el libro, "Phthisiologia, seu Exercitationes de phthisis". Su autor es Richard Morton, socio del Real Colegio de Médicos. En este importante texto, traducido al inglés cinco años después y subtítulo "A Treatise of Consumptions", el autor describe por vez primera el cuadro clínico de la anorexia nerviosa con una precisión admirable. En el citado libro se describe el caso de miss Duke en estos términos:

...después de muchos cuidados y sufrimientos espirituales, de una supresión de la menstruación y sin signos de clorosis decayó el apetito y la digestión. La musculatura se debilitó y el semblante a palidecer, síntomas habituales en la consunción del cuerpo. Este decaimiento pareció acelerarse bastante en aquella notable ola de frío que hubo al invierno siguiente, sobre todo porque con sus estudios nocturnos y lecturas apasionadas de libros a los que se entregó, se expuso día y noche a la inclemencia del aire, que era extraordinariamente frío, sin faltar tampoco una ostensible alteración del sistema nervioso."

Morton constata que esta paciente afirmaba no tener apetito y si una gran energía tanto para hacer ejercicio como para el estudio. Observa a los dos años de iniciarse el trastorno, que la enferma tiene un grado de caquexia importante, la actividad física e intelectual es intensa, carece de conciencia de enfermedad y no aprecia enfermedades físicas que justifiquen el cuadro. Miss Duke rechaza los cuidados y consejos de Morton, abandona el tratamiento y muere a los tres meses¹⁻⁸

Esta es posiblemente la primera descripción de la Anorexia Nerviosa: anorexia, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad.

No encuentra signos físicos que justifiquen el cuadro y atribuye el cuadro a la tristeza y las preocupaciones, la define como una "Consunción Nerviosa".

En los casi doscientos años posteriores se hacen frecuentes las referencias a cuadros anoréticos, las descripciones son similares y catalogados como: Atrofia Nerviosa por Whytt o Delirio Hipocondríaco

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

por Marcé, médico de la universidad de París que escribe un informe en 1860 titulado "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a la dispepsia y caracterizado principalmente por el rechazo de los alimentos"¹.

Cien años más tarde y casi simultáneamente, en 1873, Gull en Londres y Lassègue, médico del hospital "La Pitié" de París, hacen descripciones completas de cuadros anoréxicos. Los dos autores consideran a la histeria como la causa del trastorno y así la denominan: Anorexia Histérica¹⁰⁻¹¹, Lassègue, y Apepsia Histerica¹², Gull.

Al principio Gull, médico de la reina Victoria y acusado de estar implicado en los crímenes de Jack el Destripados, parece inclinarse por una etiología orgánica, pero abandona esta hipótesis rápidamente por la de origen psicógeno ya que observa que no hay un déficit de pepsina en el estómago de estas pacientes.

Gull clínico experto capaz de asegurar la inexistencia de patología orgánica que justificase la clínica anoréxica, primero rechazó el término apepsia al observar que los alimentos se podían digerir cuando la paciente comía y mas tarde también rechazó el término de histeria al precisar que estas pacientes no presentaban la clínica histérica típica, pero reconociendo el papel de los diferentes factores psicológicos que pudieran intervenir en el eclosión de la enfermedad, poniendo un énfasis especial al remarcar e insistir en la existencia de alteraciones mas allá de lo extraño en la historia familiar"¹³.

"algo trastocado en el equilibrio nervioso...algo extraño en la historia familiar...alguna irregularidad del nervio neumogástrico, fallo de las ramas gástricas de los nervios neumogástricos".

Creía, según parece, que era un trastorno central o mal definido de la mente pero que no eran la apepsia o la histeria. Finalmente encontramos el término "anorexia nerviosa" en el título de su artículo de 1873 aunque tenía información previa del artículo del Dr. Lassègue, el mismo dice:

Después de que formularan estas observaciones el Dr. Webb me indicó que leyera el artículo del Dr. Lasegue profesor de la facultad de medicina de París y médico del hospital de La Pitié que se publicó en la revista Archives Générales de Médecine y publicado en Abril de 1873 y traducido en Med. Times en Septiembre de 1873...

El cuadro descrito por Lassegue y Gull es muy parecido al que observamos en nuestros días, la enfermedad se manifiesta de forma similar, sin embargo la interpretación etiopatogénica ha sido bien diferente.

Años más tarde Charcot¹ hacia 1885 la considera como una forma de histeria en la que recomienda un tratamiento de aislamiento.

En la misma época y tal vez influencia por Charcot, Freud¹⁴ asoció la neurosis alimentaria, anorexia nervosa de las jóvenes, con la presencia de una sexualidad no desarrollada, la anorexia suponía la pérdida del apetito y la libido, era la melancolía el resultado del duelo por estas pérdidas.

Janet en 1903 incluye la anorexia nerviosa en el contexto de la psicastenia.

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tras un período en que la mayoría de los autores consideraban las causas de la anorexia de origen dentro del oscuro concepto de "nervioso", en 1914 Simmonds a partir de estudios necrópsicos describe la caquexia hipofisaria y abre paso a las hipótesis orgánicas, habrá que esperar hasta 1938 para que Sheehan deshaga el equívoco al demostrar que en la insuficiencia hipofisaria el adelgazamiento no es precoz y que la anorexia nerviosa es muy diferente a la caquexia hipofisaria de origen isquémico o hemorrágico¹⁻¹⁵.

En 1938 Leibbrand acota algo en concepto actual al anotar que anorexia nerviosa es consecuencia del miedo a madurar a crecer y el ayuno y la pérdida ponderal son el "método" para conseguirlo¹.

Visto lo anterior podemos anotar la evolución conceptual de la anorexia nerviosa: al principio en las referencias más antiguas, leyendas, el ayuno se considera algo negativo que es curado milagrosamente o castigado, no olvidemos que eran épocas donde lo habitual para el pueblo llano era pasar hambre de ahí que alguien que podía vivir sin comer era cuando menos milagroso. Las santas ayunadoras lo que pretendían y buscaban era purificar su cuerpo para recibir la Comunión de manera perfecta, diferente era el objetivo de los místicos que encontraban en el ayuno y la penitencia no purificar el cuerpo, buscaban la unión con Dios a través de la perfección, así titula Teresa de Jesús uno de sus libros "Camino de perfección. Más tarde las doncellas ayunadoras son "rebajadas" a casos clínicos y desde el siglo XVII al XIX se contextualiza la anorexia como anorexia nerviosa y se describe el trastorno.

Desde principios del siglo XX y hasta mediados del mismo tras un periodo de confusión son varias las relaciones de la anorexia: con las psicosis, la melancolía, los equivalentes depresivos o la psicastenia, Son varias las hipótesis que compiten por marcar la etiología de esta enfermedad, organicistas, psicológicas, psicodinámicas, psicosomáticas o por alteraciones perceptuales. Sin embargo persisten hasta los años cincuenta las hipótesis endocrinológicas para explicar el origen de la anorexia, incluso actualmente se puede observar como muchas pacientes acuden primero al endocrinólogo que al psiquiatra o psicólogo. Las enfermas y sus familias prefieren, consciente o inconscientemente, que la causa de su anorexia sea orgánica, material, antes que plantearse complejos factores psico-sociales.

El tercer período corresponde a las hipótesis psicológicas, protagonizadas por el movimiento psicoanalítico. El trastorno se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido manifestándose a través de una conversión histérica como definió Freud entre 1901 y 1914. Las diferentes escuelas dinámicas y los diferentes autores han hipotetizado sobre las causas de la anorexia de forma muy diferente: Para Abraham se debía al papel del sadismo oral con inhibición del apetito, para Hesnard la causa estaba en el trauma del destete y rechazo de la sexualidad, mientras que Boutonnier y Lebovici daban gran importancia al papel de la madre en la génesis del trastorno³⁻¹⁶.

Desde los años sesenta se han multiplicado los trabajos sobre la anorexia, lo que demuestra un notable interés de los investigadores sobre el tema, las líneas terapéuticas se han diversificado y en la actualidad se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

sociales que en un momento dado desencadenan el trastorno. Los modelos de investigación clínica, los estudios de poblaciones, el seguimiento de grupos de pacientes y las evaluaciones de resultados preconizan modelos de tratamiento pluridisciplinarios que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

Respecto a estas hipótesis no podemos dejar de citar a Bruch¹⁷ que interpreta el trastorno como una distorsión de la percepción de la imagen, por una percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos que generan sentimientos de ineficacia, tampoco podemos olvidar las aportaciones de Selvini¹⁶ cuando anota que la familia es el núcleo patógeno y terapéutico de esta y otras enfermedades mentales.

Estas diferentes hipótesis generan múltiples y diferentes tratamientos pero más tarde y merced a la investigación se unifican aportaciones que ya no compiten entre sí y se logra un progresivo consenso al aceptar la etiología multideterminada y los tratamientos que integran diferentes modelos.

En el Simposium de Göttingen en 1965 se consigue un notable consenso que podemos resumir diciendo:

La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad. El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria, y la etiopatogenia y la clínica son diferentes de los procesos neuróticos.

Rusell¹⁸⁻¹⁹ en 1970 y 1977 incluye otras características que integran aún más el concepto de la multideterminación, nos dice: el trastorno psíquico origina la reducción de la ingesta y la pérdida de peso, la pérdida de peso es la causa del trastorno endocrino, la desnutrición agrava el trastorno psíquico, el trastorno psíquico también puede agravar por vía directa la función hipotalámica y producir amenorrea, es posible que exista relación entre un trastorno del control hipotalámico de la ingesta y el rechazo de la alimentación típico de la anorexia nerviosa, y el trastorno hipotalámico podría afectar las funciones psíquicas dando lugar a actitudes anómalas hacia la comida, imagen corporal y sexualidad.

De nuevo Rusell¹⁹ marca lo esencial de la anorexia nerviosa: sexo femenino, juventud, negación a ingerir alimentos, extrema delgadez, riesgo vital, tendencia a la recuperación espontánea de algunas pacientes, y negación de la enfermedad.

La esencia de la anorexia nerviosa está en la historia y descrita por Lassègue y por Gull sin embargo la preocupación por el tamaño y forma del cuerpo no aparece hasta el siglo XX sin duda por la progresiva exhibición de este. El culto a la delgadez es uno de los motores actuales de nuestra cultura, que genera sin duda insatisfacción y baja autoestima.

Desde los años sesenta se han multiplicado los trabajos sobre la anorexia, lo que demuestra un notable interés de los investigadores sobre el tema, las líneas terapéuticas se han diversificado y en la actualidad se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

sociales que en un momento dado desencadenan el trastorno. Los modelos de investigación clínica, los estudios de poblaciones, el seguimiento de grupos de pacientes y las evaluaciones de resultados preconizan modelos de tratamiento pluridisciplinares que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: El peso, la figura y los pensamientos alterados.

Para Garner y Garfinkel²⁰ la anorexia nerviosa es un trastorno diferenciado de patogénesis compleja con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes.

Así pues entendemos actualmente este trastorno como de causa multifactorial, en la que intervienen factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales que en un momento dado, biográfico y evolutivo, actúan determinando la aparición de la enfermedad.

Repasemos a continuación la historia de la bulimia que a primera vista parece más reciente aunque no es así, es un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas y que ha emergido en nuestra sociedad con gran fuerza y aunque solo encontremos referencias detalladas en los últimos 50 años no es históricamente un nuevo trastorno, pero sí lo es dentro de su acepción clínica, ya que las referencias a los excesos con la comida son tan antiguas que se pierden en el tiempo. En la bulimia se dan dos aspectos bien diferenciados, por un lado está el comportamiento ingestivo incontrolado, y por otro los periodos cortos de dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y especialmente las conductas de purga para el control de dicho peso.

De los comportamientos incontrolados de atracón y purga, sí tenemos referencias históricas abundantes, las purgas fueron consideradas una forma de tratamiento desde la Antigüedad, con utilización habitual de los eméticos y los purgantes por parte de los médicos. Los antiguos egipcios se purgaban con regularidad, para prevenir enfermedades ya que consideraban que estas estaban producidas por la alimentación y los ayunos rituales aún persisten en muchas religiones del mundo. Los romanos vomitaban habitualmente durante los banquetes en una habitación llamada "*vomitoria*", y son hasta el siglo XIX, normales las purgas y los enemas como medidas salutíferas, pero volvamos a la historia. Como ya hemos dicho anteriormente Jenofonte, habla de la bulimia como un estado hambre anómalo con debilidad que afectó a las tropas griegas de Asia Menor ante la falta de comida, el Talmud de Babilonia (200-400 d C) cita la hiperfagia, *el boalmot*, un trastorno que es consecuencia de una emoción extrema en la que se consumen incluso alimentos impuros y se cura con alimentos dulces²¹⁻²².

Galeno también describe lo que llama bulimia y se caracteriza por el ansia por comer, el colapso, la palidez y la frialdad de las extremidades.

En la edad media hay descripciones de conductas alimentarias perturbadas recogidas por el santoral, en el contexto de un mundo de hambrunas permanentes donde:

"El noble comía lo que quería"

"El monje comía lo que debía"

"El siervo comía lo que podía"

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El sobrepeso y la obesidad eran, y repetimos, signo no solo de riqueza y poder, también de belleza, felicidad y alegría. Se podía comprender el apetito voraz e insaciable como fuente de placer pero no el hambre extrema y enfermiza, el apetito inagotable con sufrimiento y sentimientos de descontrol.

Respecto a estas conductas los referentes más antiguos son:

María Magdalena de Pazzi (1566-1607), que se alimentaba de pan y agua la mayor del parte del tiempo excepto cuando rompía el ayuno y comía compulsivamente víctima de las tentaciones demoniacas, sin embargo murió víctima del ayuno.

Verónica Giuliani (1660-1727), Ayunó durante cinco años pero se la veía merodear por la cocina o el refectorio, donde comía todo lo que encontraba, llegando a romper el ayuno eucarístico, también "víctima de las tentaciones del demonio". Sufrió las llagas de Cristo. Ambas fueron santificadas.

Algunos cuadros descritos durante el siglo XVIII puede que estén emparentadas con la bulimia actual.

Las referencias de esta época sobre la bulimia las encontramos en el "Physical Dictionary de Blanckaart" de 1708 y el Diccionario Médico de Quincy de 1726²². Los autores relacionan estos episodios bulímicos con alteraciones digestivas. En 1743 el diccionario médico de la ciudad de Londres describe un cuadro denominado "true boulimus", caracterizado por preocupación por la comida, ingestas voraces y períodos de ayuno. Otro cuadro descrito es el "caninus appetitus" en el cual el vómito sigue al atracón. Otras referencias se encuentran en 1797 en la Enciclopedia Británica y en el Diccionario Médico-Quirúrgico de La ciudad de Paris en 1830²¹. Lo que parece más reciente son aquellos aspectos de la enfermedad relacionados con la figura y el peso, donde los factores socio-culturales han sido mas influyentes y la vinculan, en este aspecto, con la anorexia

En 1869 Blanchet¹ describe en el diccionario de Ciencias Médicas de París dos formas de bulimia: la primera caracterizada por preocupación por la comida y la segunda por la presencia de vómito. A lo largo de este siglo cada vez son mas frecuentes los artículos donde se describen casos que pueden ser compatibles con la bulimia, especialmente al describir la evolución de pacientes anoréxicas (Janet 1903). Boskind-Lodahl¹ en 1976 describe el cuadro mixto que llama de anorexia bulimia caracterizado por ayuno, vómitos autoprovocados y uso de laxantes, pero el cuadro no queda bien definido y delimitado hasta que Russell²³ en 1979, considera que la bulimia nerviosa no sería mas que una variante ominosa de la anorexia, es un hecho comprobado que un gran porcentaje de bulímicas tienen antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa, Russell acuña el nombre de Bulimia Nerviosa para definir aquellos cuadros caracterizados por episodios de sobreingesta, a los que siguen vómitos o uso de diuréticos o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón en pacientes que rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, lo publica en 1979 bajo el título de "Bulimia nervosa: an ominous form of anorexia nervosa" y describe así el proceso de elaboración de la entidad BN:

...de un grupo de 30 pacientes atendidos desde 1970 a 1974 y más tarde hasta 1978 creció el número de anoréxicas que regularmente vomitaban, presentaban esta conducta de forma intratable... Fue entonces cuando una paciente me contó confidencialmente los motivos por

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

los que se auto-provocaba el vómito. Me reveló que no podía resistirse a comer grandes cantidades de comida...

G. Rusell 1978

Resumamos a continuación la evolución conceptual de estas enfermedades analizándolas desde diferentes dimensiones, la primera sin duda es la dimensión biológica que comenzó con hipótesis endocrinológicas y se sustenta en la actualidad en los fundamentos genéticos. En su momento estas teorías organicistas propiciaron todo tipo de tratamientos físicos erróneos. Hay una dimensión psicopatológica con la interpretación de estos trastornos como depresiones o con la histeria, Janet unifica lo biológico y lo psicológico al considerarla psicasténica.

Con Freud a la cabeza la dimensión psicodinámica con múltiples modelos y escuelas ha tenido y tiene múltiples representantes en la actualidad no tanto en la interpretación del fenómeno como en el abordaje terapéutico.

La dimensión psico-biológica actual es la más pragmática y eficiente, considerando a la enfermedad causalmente multideterminada que facilita tratamientos integrados e integradores, biológico-nutricionales, psicológicos y farmacológicos rehabilitadosres y de reinserción.

También ha supuesto una buena aproximación terapéutica la dimensión familiar con las hipótesis sistémicas y sus modelos terapéuticos.

Hay una dimensión de la búsqueda de identidad, el proyecto individual de identidad, el cuerpo como proyecto de comunicación y éxito y el bricolaje sobre el cuerpo.

Conocemos muy bien la dimensión socio-cultural²⁴ del problema reconociendo la anorexia y bulimia nerviosas como enfermedades mediadas culturalmente, recordemos como se definió el trastorno étnico:

Es el que ocurre mas frecuentemente en la cultura en cuestión, a causa de la continuidad de los síntomas el trastorno presenta grados y formas limítrofes, expresa conflictos generalizados en la cultura y son agudos en el sujeto. Los síntomas son extensiones y exageraciones de conductas normales de la cultura que son valoradas como positivas pero al ser anormales suscitan ambivalencia²⁵.

Por último para comprender mejor estas enfermedades podemos recurrir a la dimensión social o de socialización que supone el proceso de identificación, de definición del rol social y las presiones sociales ambivalentes y contradictorias.

Otras dimensiones son: la dimensión económica, la salud como un objetivo "estético", la dimensión normativa, la prevención, la conceptualización como enfermedad, los tratamientos impuestos y la política asistencial no dejan de tener una importante dimensión normativa que se opone a la fuerza normativa cultural que impone estereotipos específicos: el culto a la delgadez y exposición del cuerpo, el modelo cultural y su influencia, la delgadez como belleza, la belleza clave del éxito, la importancia

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

del peso y la silueta, las creencias particulares sobre dieta, peso o figura y la insatisfacción por la propia imagen, generan riesgos asociados a la anorexia y bulimia nerviosas, que inciden en una cultura caracterizada por las altas expectativas y su respuesta en la autovaloración, el hedonismo y la intervención sobre los alimentos, la influencia de los mensajes pseudo-científicos por parte de falsos líderes de opinión, la mitificación acrítica de valores, la cosificación del cuerpo con intervenciones sobre el peso y la forma bajo la presión de la moda y los medios de comunicación en una sociedad uniforme, con la globalización que marca los referentes culturales con mensajes culturales comunes porque lo joven es el mejor mercado con la utilización de referentes femeninos en una sociedad que busca el hedonismo y la felicidad, que tiene el "derecho a la información y a la participación del conocimiento" aunque no siempre lo utilice correctamente. Las facilidades para controlar la dieta y los alimentos en una sociedad de la abundancia que pretende intervenir sobre la salud a través de alimentos específicos inducidos por la publicidad y los "mensajes pseudocientíficos"

...porque- contestó el artista del hambre levantando un poco la cabeza y hablando al oído del inspector para que no perdiera sus palabras, con los labios alargados como si fuera a dar un beso- nunca encontré comida que me gustara, si la hubiera encontrado habría comido hasta la saciedad...
Franz Kafka "Un ayunador profesional"

BIBLIOGRAFIA

1. Silverman, JA.: History of anorexia nervosa. En Brounell, K. y Fairburn, Ch.: « Eating Disorders and Obesity. Guilford Press. Nueva York 1995.
2. Habermas, T.: Friderada: A case of miraculous fasting. Int. J. of Eat. Dis., 5, 3, 555-562, 1986.
3. Guillemot, A. y Lexanaire, M.: Anorexia Nervosa. El peso de la cultura. Ed. Masson. Barcelona 1994.
4. Chinchilla, A.: Anorexia y Bulimia Nerviosas. Ed. Ergón. Madrid. 1994
5. Laudon, I.: Chlorosis, anaemia, and anorexia nervosa. Br. Med. J; 281, 20-27, 1980.
6. Sours, J. A.: Starving to death in sea of objects. The Anorexia Nervosa Syndrome. J. Aronson. Nueva York. 1980
7. Morgan, H. G.: Fasting girls and our attitudes to them. Br. Med. J., ii 1652-1655, 1977.
8. Silverman, J. A.: Anorexia nervosa in seventeenth century, England as viewed by physician philosopher and pedagogue. An essay. Int. J. Eat. Dis., 5, 5, 847-853, 1986.
9. Silverman, J. A.: Richard Morton, 1637-1698: Limer of anorexia nervosa: His life and times. J. Psychiat. Res. 19, 83-88, 1985.
10. Gull, W. W.: Anorexia Hysterica (Apepsia Hysterica). Br. Med. J., ii, 527-528, 1873.
11. Gull, W. W.: Anorexia Nervosa (Apepsia hysterica, anorexia hysterica), Trans. Clin. Soc. Londres. 7, 22-28, 1874.

APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

12. Lassegue, C.: De L'Anorexie Histerique. Arch. Gen. Med. 21, 385-403, 1873
13. Thompson, C.: Los orígenes de la psiquiatría Moderna. Cap. 3. "Transcripciones de la Clinical Society of London". Ed. Ancora . Barcelona 1991.
14. Freud, S.: Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad. En: Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid 1968.
15. Slaby, AE.: the eating Disorders. Ed. Springer-Verlag. Nueva york.1993.
Gianibni, AJ.: History of Bulimia. En Gianini, AJ. Y Slaby, AE.: the eating Disorders. Ed. Springer-Verlag. Nueva york.1993.
16. Rausch, C. y Bay, L.: Anorexia Nerviosa y Bulimia.Amenazas a la autonomía. Ed. Paidós. Barcelona 1990.
17. Bruch, H.: Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person with in. Basic Books. Nueva. York. 1973.
18. Russell, G. F. M.: Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. En Price, JH. (dir.), "Modern trends in psychological medicine". 2, 131-164. Londres 1970.
19. Russell, G. F. M.: The present status of anorexia nervosa. Psychol. Med.; 7, 363-367, 1977
20. Garfinkel, P. E. y Garner, D. M.: Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective. Brunnel-Mazel. Nueva York, 1982
21. Stein, D y Laakso, W.: Bulimia: a historical perspective. Int. J. of Eat. Dis. 7, 2, 701-710, 1988.
22. Parry-Jones, B. y Parry-Jones, W.: History of bulimia and bulimia nervosa. En Brounell, K. y Fairburn, Ch.: « Eating Disorders and Obesity.guilford Press. Nueva York 1995.
23. Russell, G. F. M.: Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol. Med. 9, 429-448, 1979
24. Toro, J.: El cuerpo como delito. Ed.Ariel. Barcelona 1996.
25. Devereux, G.: Essais d'étnopsychiatrie générale. Ed. Gallimard. 1970.
26. DiNicola, C.: Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. Transcultural Psychiatric Research Review. 27:245-286.1990.