

La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa

Javier Aceituno Solís
Centro de Psicología Grupo Áreas
Córdoba - España



Ver Perfil del autor

Artículo Publicado el 21 de febrero de 2004

Resumen

Introducción

Los seres humanos por nuestra condición de organismos biológicos, deberíamos mantener una relación natural con la comida. La ingesta regular de alimentos ricos en nutrientes y en cantidades adecuadas tendría que constituir un patrón de conducta universal entre hombres y mujeres.

El espectacular incremento durante las últimas décadas del número de personas que muestran una relación no natural con la comida, ha despertado el interés por la comprensión de estos paradójicos comportamientos y por cómo ayudar a estas personas a recuperar un patrón de conducta alimentaria más apropiado. La mayoría parten de la consideración de estas conductas como síntomas de unos trastornos o enfermedades mentales etiquetadas como anorexia y bulimia nerviosas.

Etimológicamente hablando, un trastorno de la conducta alimentaria haría referencia a todas aquellas circunstancias que supongan una disfunción en el comportamiento alimentario del afectado. Pero, en realidad, cuando hablamos de problemas en la conducta alimentaria no nos estamos refiriendo solamente a la comida; sino que detrás hay toda una serie de dificultades como un inadecuado hábito alimentario, un exceso de deseo de no engordar, desequilibrios emocionales, autovaloraciones negativas y todo un sinfín de componentes que nos dan una visión de las características conductuales de este problema.

Modelos explicativos existentes

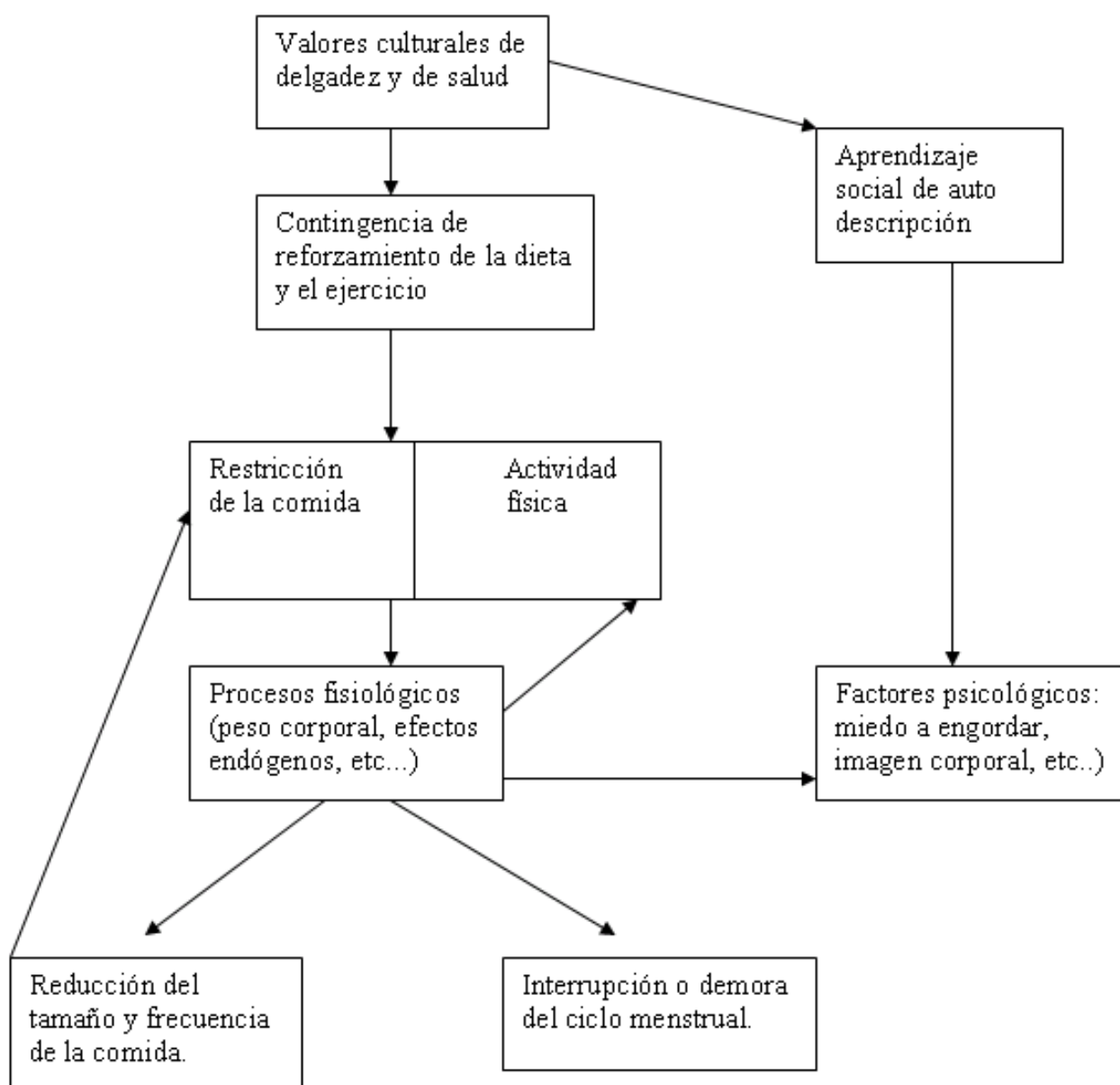
Tabla 1 - Modelos de Etiología multideterminada (Toro y Vilardell, 1987).

Factores Predisponentes	Factores de Mantenimiento
Genéticos	Consecuencias
Trastornos Afectivos	Interacción Familiar

Personalidad	Interacción Social
Obesidad	
Elementos Socioculturales	
Contexto Familiar	

Este modelo enumera las posibles causas del problema pero no establece ningún tipo de relación entre los factores, no habla de relaciones causa - efecto y se limita a describirlos.

Gráfico 1. Modelo bioconductual de la anorexia (Epling y Pierce, 1991).



Este modelo presenta mejoras con respecto al anterior al presentar las relaciones existentes entre los distintos componentes del problema conductual. Relaciona los acontecimientos culturales con investigación científica.

Los criterios del DSM - IV

Remitiendo al anexo 1 donde se encuentran recogidos los criterios del DSM -IV para la anorexia y la bulimia, nos proponemos un análisis crítico de estos criterios atendiendo a su falta de operacionalidad y a su ambigüedad en la redacción de los mismos.

En primer lugar, se plantea la necesidad de revisar la traducción que de los criterios se realiza; términos tales como

leading to o la traducción de i.e. (del latín ID EST), muestran una asincronía en la interpretación de los criterios que pueden llevarnos a error en el difícil diagnóstico diferencial del cliente con problemas de relación con la comida. Examinando las ambigüedades e incoherencias el principal problema que observamos es el modo de entender los comportamientos no naturales con la comida. Esto es debido a la falta de operacionalización que se observa en las definiciones de los criterios.

El criterio A es ambiguo respecto a que se debe entender por "rechazo a mantener el peso corporal". Esta expresión puede aplicarse a muchísimas personas que quieran perder peso (en nuestra sociedad la mayoría) y no tienen ningún problema de relación con la comida, así una persona que siga una dieta restrictiva durante un tiempo largo, pierde como consecuencia de ello mucho peso, así como un miedo intenso a engordar, puede no recibir el diagnóstico de anorexia por no haber alcanzado un peso corporal que suponga el 85 % respecto al esperado para su edad y estatura.

El DSM-IV no indica como determinar la presencia de miedo a engordar o a la obesidad. No facilita directrices para la aparición:

- De la alteración de la valoración de su peso e imagen corporal.
- De su autoevaluación general como persona.

Estos problemas dan lugar a numerosos cambios a nivel endocrino; el responsable de la amenorrea es solo uno de ellos. Aunque en todo caso no tiene sentido considerarla como un criterio diagnóstico independiente, puesto que se trata de una consecuencia del criterio A, de la pérdida de peso.

En cuanto a la bulimia nerviosa la definición de atracón resulta imprecisa y difiere de la propuesta para el trastorno de atracón sin justificar claramente esta diferencia.

En efecto las cinco manifestaciones propuestas (ver anexo 1) plantean dificultades por su ambigüedad: no se precisa que velocidad de ingesta es la anormal, ni cuanto es una cantidad enorme de comida, ni como se evalúa el malestar y la culpabilidad unida al episodio de atracón.

Una diferencia que no comprendemos es por qué este sentimiento de culpabilidad se expone como criterio para el trastorno de atracón y no así para el de bulimia nerviosa. De acuerdo con Walsh y Garner (1997), su introducción busca proporcionar marcadores conductuales de episodios de atracón, al no observarse en estos sujetos conductas compensatorias que desempeñen tal función. Las conductas compensatorias servirán por tanto como referente para delimitar un atracón en aquellos sujetos que la manifiestan, opinión compartida por Schlundt y Johnson (1990).

A su vez, en el criterio de conductas compensatorias no se operacionaliza el ayuno, el uso de laxantes, enemas o el ejercicio físico.

El criterio D no incluye pautas para relacionar la valoración del sujeto sobre su cuerpo con la auto-evaluación negativa general como persona.

El análisis funcional como modelo etiológico de la anorexia y bulimia

Tradicionalmente, se ha propuesto la anorexia y bulimia nerviosas como trastornos o enfermedades mentales que dan pie a una serie de síntomas o manifestaciones. Pero esos síntomas o manifestaciones explican la verdadera causa del problema o solo se limitan a describir este sin proponer un elemento o elementos explicativos reales y científicos de la causa o causas. Entonces el problema cual es realmente: será el miedo a engordar (no, puesto que eso solo es un síntoma), será la percepción distorsionada de la imagen corporal (de nuevo es un síntoma). Una enfermedad no puede ser lo mismo que los síntomas a través de los que se manifiesta; luego entonces ¿qué son la anorexia y la bulimia aparte de sus síntomas? La anorexia y la bulimia son UN CONJUNTO DE CONDUCTAS Y RESPUESTAS EMOCIONALES ARBITRARIAMENTE SELECCIONADAS, no son ni más ni menos que eso. Lo otro son simples nombres con los que identificamos los síntomas pero eso no es más que un nombre (Carrasco, 2000). Como señalan acertadamente Schludnt y Johnson: *"un desorden alimentario es un patrón de conducta anormal respecto a la ingesta de alimentos y el balance energético"*.

Así que nos toca preguntarnos por qué las personas con este problema con la comida se comportan así, y una vez conozcamos la causa o causas y sus consecuencias podremos plantearnos la posibilidad de modificarlos.

Los resultados de investigaciones llevadas a cabo en el marco del conductismo consiguen dar una respuesta científica a esta pregunta (Carrasco T, 2000). Por ejemplo, la persona que se da atracones o reducen la ingesta de alimentos de un modo alarmante o se auto describen como obesas lo hacen así porque las consecuencias de su conducta les reportan bienestar y por eso se mantienen en el tiempo. Por esto, como dice Carrasco, T (2000) *"la tarea principal del psicólogo clínico es averiguar cuales son esas consecuencias y actuar sobre su causa"*.

Resumiendo, la función de la conducta es facilitar la exposición del sujeto a ciertas consecuencias y de ahí se deriva el análisis funcional.

Proponemos el repaso por alguna de las posibles causas de la "anorexia y bulimia nerviosas" y su explicación científica. Por supuesto, no en todos los casos aparecerán la totalidad de las funciones; en algunos intervendrán unas y en otros, otras.

Se trata por tanto, no de establecer programas de tratamiento aplicables a cualquier persona con una relación no natural con la comida sino de definir operacionalmente las conductas del cliente y las consecuencias que recaen sobre sus emociones (estas emociones en términos de reforzadores mantendrán o eliminarán esa conducta). Así ahorraremos técnicas que no tienen por qué aplicarse; porque el cliente no las necesita. En resumen, el apoyo en el análisis funcional es esencial para determinar las causas del problema conductual etiquetado como "anorexia o bulimia nerviosa".

Funciones de la reducción de la ingesta de alimentos

1. *Evitar la obesidad.* El estar gorda viene asociado a una gran cantidad de consecuencias aversivas, así ante la anticipación de esa conducta se realizarán conductas de evitación como dejar de comer, práctica ejercicio etc. Proceso similar a este es una fobia en la cual las conductas de evitación reducen la ansiedad anticipatoria de la conducta miedo a engordar. Esta función sería la más extendida y donde se producen la mayoría de errores, porque se piensa que todas las niñas tienen miedo a engordar cuando ahora veremos que no tiene por que ser así sino que la comida es un medio para conseguir otra conducta.

2. *Adelgazar - verse delgada.* Las emociones agradables que proporciona el contemplarse delgada facilitan el acceso a reforzadores frecuentes e intensos. (Carrasco, T 2000). La delgadez actúa como un estímulo, el cual va seguido de un reforzador positivo con el que el condicionamiento es claro y su aprendizaje inmediato, relacionado conductas que le lleven a acceder a la delgadez y, a su vez, a los reforzadores positivos.

3. *Sentir control.* Es una sensación que se experimenta cuando las descripciones verbales de una conducta se transforman en movimiento motor en relación con el ambiente. La sensación es agradable. Las conductas relacionadas con la comida son importantes fuentes de control y la consecución de estas emiten una respuesta de bienestar al sentir la capacidad para controlar la conducta en este caso alimentaría. En esta función de la conducta no natural con la comida, el hambre actuaría como un potente reforzador positivo que premiaría su sensación de control, la expectativa de contingencia de reforzamiento de delgadez y la no aparición de la obesidad actuarían a su vez como refuerzo negativo de la sensación de control. Esto se puede operacionalizar, por ejemplo, con los kilos que la persona va perdiendo que también reforzarían negativamente la sensación de control.

Existen mas reforzadores positivos de las conductas anteriormente citadas; así, por ejemplo, nos encontramos con la atención que va a recibir el paciente, asumir el rol de persona enferma, y la evitación de conductas indeseables por el hecho de tener un problema de relación con la comida.

Hemos descrito las funciones que con mayor frecuencia explican las relaciones no naturales con la comida, su inicio y su mantenimiento; para terminar invitar al diseño de tratamientos a la medida del cliente, tras la identificación de las funciones de las conductas no naturales con la comida que se suceden en cada caso particular (Carrasco, T 2000).

ANEXO 1

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

n Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Bibliografía

Carrasco, T.J. (2000). Material del Curso sobre tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosas organizado por el Centro de Psicología Altair.

Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. En: D. M. Clark y C. G. Faiburn (Eds.) *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Saldaña, C. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y estrés*, 3, 319 - 337.

Schlundt, D. G., y Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.

Turon, G. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.

Walsh, B. T., y Garner, D. M. (1997). Diagnostic issues. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel. *Handbook of treatment for eating disorders*. Second edition. Nueva York: Guilford.