

LAS FORMAS DE
LA AUTOVIOLENCIA:
EL CASO DE LOS TRASTORNOS
EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA

GLORIA CAVA; LUIS ROJO

ABSTRACT. Disorders of feeding behavior result from the interaction of various biological, psychological and social factors. Among the social factors, the kind of upbringing or education that patients have been subject to stands out. It was traditionally considered that a style of upbringing based on overprotection or excessive affection (spoiling), especially on the part of the mother, was the root of several psychological conditions and, particularly, of eating disorders. This paper demonstrates that, contrary to that belief, an intense rejection by the father is the most important risk factor. Besides, it reveals that psychological sequelae of the father's rejection, together with those associated to other types of abuse and neglect, such as sexual molestation or abuse during childhood, correlate with this kind of disorders which, in turn, may be defined as a form of self-violence that, in certain cases, may lead to the patient's own death.

KEY WORDS. Aggressiveness, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, suicide, eating disorder.

INTRODUCCIÓN

La agresividad es un rasgo muy especial. Es una característica seleccionada naturalmente que incrementa la eficacia biológica del individuo sin poner en riesgo la supervivencia del grupo. Esa convergencia de los intereses del individuo y del grupo nace del equilibrio natural existente entre los mecanismos elicidores e inhibidores de la agresividad. Por eso mismo, en la naturaleza la agresividad permite, entre otras cosas, el establecimiento de jerarquías o el reparto de territorios sin llegar, más que raras veces, a la muerte del congénere.

En el caso del ser humano, ese equilibrio se altera con mucha frecuencia, bien por la existencia de problemas anatómicos o fisiológicos de

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital Universitario la Fe, Valencia, España. / cavalaz@terra.com

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital Universitario la Fe, Valencia, España. / luis.rojo@uv.es

origen genético o congénito, bien por las ideas, pensamientos o sentimientos adquiridos por el individuo a lo largo de su historia personal (Sanmartín, 2002). Es entonces cuando cabe hablar de violencia. En este sentido, la violencia no es otra cosa que una agresividad hipertrofiada que se traduce en ataques contra la integridad física o psíquica del otro, y que puede desembocar en la misma muerte del congénere. Más todavía, puede llevar a la propia muerte, al suicidio.

Ni el suicidio ni la muerte del compañero son normales en la naturaleza. Todo lo contrario, constituyen más bien excepciones. El ser humano ocupa un lugar especial entre los animales que son singulares por ese motivo. Quizá se deba (estamos seguros) a ese carácter de animal cultural que el ser humano posee. La cultura parece ser el factor más importante de los que alteran el equilibrio entre elicitadores e inhibidores de su agresividad. Así lo prueba el hecho de que más del 80 por ciento de los casos de violencia son cometidos por personas sin trastornos de origen orgánico (en particular, mentales y de la personalidad). Se trata de personas con problemas individuales (consumo de drogas, maltrato infantil...) o sociales (desempleo, bajo nivel formativo...) que parecen carecer de las habilidades necesarias para afrontar las situaciones estresantes en que se encuentran.

Entre los factores individuales figura el aprendizaje de la violencia como un medio adecuado para la solución de conflictos. El niño que ve cómo su padre usa la fuerza física para dominar a su madre y cómo ésta mantiene en silencio su maltrato, puede pensar que la violencia es un medio idóneo en determinadas circunstancias para conseguir lo que se quiere. Eso mismo puede hacerle creer la visión de imágenes violentas en las pantallas (del televisor, cine, videojuegos o internet). No sólo se aprende observando directamente una conducta real; existe también un aprendizaje a partir de lo virtual (el denominado "modelado simbólico").

De los medios de comunicación, pues, se aprende. Y no hay que olvidar que juegan un papel importantísimo en la construcción de las identidades masculina y femenina. Pueden, explícita o implícitamente, construir una imagen del hombre como individuo fuerte, dominador, capaz de hacer uso de la fuerza cuando lo estime necesario. Pueden hacer lo mismo con la mujer, construyéndole una imagen estereotipada como persona sensible, sumisa y, en cierto modo, propiedad del varón.

En nuestro tiempo esa imagen estereotipada le exige a la mujer que cumpla un modelo estético corporal de extrema delgadez, construido por los medios de comunicación en conjunción con los intereses de modistos, modelos, fabricantes de productos adelgazantes (desde productos dietéticos hasta aparatos de gimnasia), etc. En concreto, la publicidad proadelgazamiento se ha mostrado que tiene una clara influencia sobre buena parte de las adolescentes en países desarrollados, llevándolas a la adop-

ción de prácticas alimentarias que degeneran en graves trastornos como la bulimia o la anorexia nerviosa. Algunas características de esos trastornos (distorsión de la propia imagen corporal, aparición muy tardía de síntomas anatómicos y fisiológicos graves, etc.) conllevan que la adolescente con trastornos alimentarios no sea absolutamente consciente del serio riesgo que su vida corre. Así es como las prácticas alimentarias de las personas con estos trastornos son claramente atentatorias contra su integridad física y psíquica, y pueden llevar a la propia muerte. Son, en definitiva, prácticas de autoviolencia.

Estos trastornos de la conducta alimentaria empiezan a ser una verdadera epidemia, aunque sus formas más graves parece que disminuyen en los últimos tiempos. En cualquier caso, se trata de desórdenes muy serios, con tendencia a la cronificación y a la muerte en algunos casos. Dejan una estela de disfuncionalidad en quienes los sufren, así como en sus familias.

Los dos principales trastornos de la conducta alimentaria son, dicho de forma poco estricta, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Por “anorexia nerviosa” entendemos un trastorno caracterizado por la presencia de un *pérdida deliberada de peso*, inducida o mantenida por el mismo enfermo.

Por “bulimia nerviosa” entendemos un síndrome caracterizado por episodios repetidos de *ingesta excesiva* de alimentos y por una preocupación casi obsesiva por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar *medidas extremas para mitigar el aumento de peso*. A continuación abordaremos de forma breve uno y otro trastorno.

1. SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA

BREVE HISTORIA

Hay que decir, en primer lugar, que, excepto en las últimas décadas —y sólo en los países más desarrollados— comer suficientemente ha sido privilegio de unos pocos. Quizá por esa razón, el sobrepeso ha sido signo de salud, belleza y poder. Ello no significa que no hubiera en el pasado personas que presentaran una pérdida significativa de peso corporal por decisión voluntaria y por motivaciones diferentes. Uno de los motivos principales ha sido protegerse frente a las fuerzas del mal. El mismo Jesucristo ayunó y, siguiendo su ejemplo, los llamados “padres del desierto” se retiraban a éste para seguir una rigurosa ascesis, cuya finalidad era, controlando mentalmente el cuerpo (de naturaleza siempre pecaminosa), llegar a la perfección de la vida espiritual.

Esa asociación entre no comer y un sacrificio autoimpuesto por motivos religiosos, como algo propio de mártires, ha sido también muy característica de la Edad Media. Así, por ejemplo, Catharina Benincasa, canonizada más tarde con el nombre de Santa Catalina de Siena, además de flagelarse

con una cadena de hierro y otras penitencias, cultivó una “gran austeridad alimentaria”. Se dice de ella que:

...su estómago nada podía digerir y su calor corporal no consumía energía; en consecuencia, todo cuanto ingería precisaba salir por el mismo lugar por donde entraba; en caso contrario, le causaba agudo dolor y la hinchazón de todo su cuerpo. La santa virgen no tragaba sino las hierbas y cosas que masticaba; sin embargo, puesto que era imposible evitar que algún atisbo de alimento o jugo descendiera hasta su estómago y porque voluntariamente bebía agua fresca para calmar su sed, estaba obligada cada día a vomitar lo que había comido. Para ello regularmente y con gran dolor insertaba tallos de hinojo y otras plantas en su estómago, siéndole de otro modo imposible vomitar. Pese a quienes la desacreditaban y particularmente quienes se escandalizaban por sus ayunos, mantuvo este estilo de vida hasta su muerte ¹.

R. M. Bell (1985), en un estudio realizado sobre testimonios de confesores y actas de canonización de más de 260 mujeres italianas que vivieron entre el siglo XIII y el momento actual, del que se ha entresacado la cita anterior, obtiene que el 39 por ciento de dichas mujeres presentaba los síntomas de la autoinanición por motivos religiosos que podemos denominar “santa anorexia”.

Será a partir del siglo XVII cuando, por el avance de la ciencia y quizá por prescripciones del papado que dejaban el ayuno en un segundo plano, comenzará a modificarse el concepto que merecían las mujeres dadas a la restricción alimentaria por razones religiosas. Pero tendremos que aguardar hasta bien entrado el siglo XX para encontrar los primeros criterios diagnósticos de tipo científico.

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Los criterios más aceptados actualmente para diagnosticar este trastorno son los del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Se basan en los cuatro aspectos siguientes:

Primero: Presencia de un *marcado bajo peso*, por razones no orgánicas. Para el diagnóstico será importante saber no sólo si existe un bajo peso, sino si se ha producido una pérdida marcada de peso; desde cuándo; en qué medida ha influido la conducta del paciente en esta pérdida de peso, y si bajar de peso era su objetivo.

Segundo: Presencia de un *miedo desmesurado a engordar*, a pesar de encontrarse bajo peso.

Tercero: Presencia de una *marcada sobrevaloración de la imagen y la figura*.

Cuarto: Presencia de *amenorrea* o falta de menstruación durante los últimos tres ciclos.

PREVALENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Los estudios realizados sobre prevalencia de la anorexia nerviosa indican que está extendida especialmente en las sociedades industrializadas. Afecta, en particular, a mujeres (90 por ciento de los casos) de una edad comprendida entre los 10 y los 19 años. Se observa, asimismo, un incremento de este trastorno, aunque su gravedad ha disminuido progresivamente durante estos últimos años. El incremento puede deberse a varias razones ², entre las que destaca un cambio en la conducta diagnóstica. Aplicando criterios diagnósticos estrictos (forma completa del síndrome), sólo el 0.2-0.5 por ciento de chicas adolescentes y jóvenes adultas sufren anorexia nerviosa. Con criterios menos estrictos, es decir, contemplando formas no completas del síndrome, esa cifra aumenta hasta el 5-12 por ciento.

2. SOBRE LA BULIMIA NERVIOSA

BREVE HISTORIA

Respecto del otro trastorno principal, la bulimia nerviosa, cabe decir que las referencias a los excesos de comida, seguidos de vómitos, son tan antiguas que se pierden en el tiempo. Por ejemplo, los griegos, en determinadas circunstancias sociales y religiosas, se entregaban a vómitos de un modo casi ritualizado, e Hipócrates y Aristófanes usaron el término *boulimos*, para expresar el hambre enfermiza o feroz ³. En Roma, banquete y vómito eran dos instituciones propias de las clases medias y altas. Se dice que los emperadores romanos Claudio y Vitelio padecían estos trastornos, aunque en su época no eran considerados tales.

Tanto en la Edad Media como en la Edad Moderna, la historia de Europa está salpicada de individuos e, incluso, grupos sociales dados al atracón y el posterior vómito. Pero este comportamiento tuvo la consideración más de síntoma que de síndrome. La anomalía consistía en la existencia de un hambre feroz. Los vómitos se veían sólo como una maniobra compensatoria de los atracones. Al parecer, tendremos que aguardar de nuevo hasta el siglo XXI para tener la primera conceptualización estricta de la bulimia nerviosa.

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA BULIMIA NERVIOSA

Como en el caso de la anorexia nerviosa, los criterios más aceptados actualmente para diagnosticar la bulimia nerviosa son los contenidos en el (DSM-IV). Se basan en los aspectos siguientes:

Primero: Existencia de una *gran preocupación acerca de la figura y del peso* (síntoma común y nuclear a la bulimia y la anorexia nerviosa)

Segundo. *Pérdida de control sobre la conducta alimentaria*, de la que se derivan: episodios de ingesta voraz (consumo de una gran cantidad de comida en un breve periodo) seguidos por conductas compensatorias para

evitar el aumento de peso, como ayuno, vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos, ejercicio físico exagerado etc.

3. TRASTORNOS ASOCIADOS CON LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSAS

Anorexia y bulimia nerviosas llevan asociados una amplia serie de trastornos, tanto psicológicos como físicos. La tabla 1 recoge algunos de estos trastornos.

TABLA 1

Trastornos asociados con la anorexia y la bulimia nerviosa

	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
<i>Trastornos psicológicos</i>	Distorsión de imagen corporal Sintomatología depresiva Síntomas obsesivo-compulsivos Ideas o pensamientos suicidas Alexitimia Anhedonia	Trastornos de personalidad Sintomatología depresiva y trastornos del estado de ánimo Síntomas y trastorno de ansiedad Adicciones a alcohol y estimulantes
<i>Trastornos físicos</i>	Amenorrea Trastornos cardiacos Lanugo Función renal alterada Cicatrices y erosiones (dentales)	Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico Acidosis metabólica Miopatías esqueléticas y cardiacas graves Cicatrices y erosiones (dentales)

Nos gustaría destacar, entre estos trastornos asociados, tres de los que se padecen, principalmente, en anorexia nerviosa: la distorsión de la imagen corporal, la sintomatología depresiva y las ideas o pensamientos suicidas.

Por una parte, respecto de la distorsión de la imagen corporal cabe decir que: a) Las anoréxicas se ven gordas, deformes, más allá de toda evidencia exterior; b) Se ven gordas, en particular, en zonas situadas de cintura hacia abajo caderas, nalgas, muslos, pantorrillas, etc., c) Sin embargo, aunque ellas se ven así mismas deformes, pueden apreciar a los demás sin problemas.

Por otra parte, respecto de la sintomatología depresiva, hay que señalar que: a) Dos tercios de las pacientes presentan esta sintomatología, aunque en un tercio de ellas desaparece con la realimentación; b) Cuanto mayor sea la sintomatología depresiva, más lenta será la evolución de la anorexia nerviosa, aunque el pronóstico a largo plazo sea igual.

Finalmente, es notable que más de la mitad de las anoréxicas (un 61 por ciento) tienen un alto índice de ideas o pensamientos suicidas.

Sea como fuere, lo bien cierto es que, en ocasiones, la consecuencia de estos trastornos asociados es la muerte. Hay que destacar el nulo caso que las anoréxicas hacen ante las advertencias de que su vida corre peligro. Quizá ello se deba a esas ideas suicidas que, en una proporción muy alta (el 61 por ciento, según se acaba de decir), albergan estas pacientes. Pero quizá se deba también a que su analítica no suele presentar graves problemas hasta que en un momento dado hacen crisis y su alteración, muy profunda a partir de ese instante, parece casi irreversible.

4. FACTORES CAUSALES DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSAS

Llegados a este punto, es necesario que nos preguntemos por el origen de los trastornos de la conducta alimentaria. Desde mediados del siglo XX, se viene considerando que tanto la anorexia como la bulimia nerviosas son trastornos multifactoriales. No tienen, pues, una única causa. Hay siempre múltiples factores que interaccionan entre sí dando lugar al trastorno.

La tabla 2 resume los principales factores relacionados con el desarrollo (y mantenimiento) de un trastorno de la conducta alimentaria.

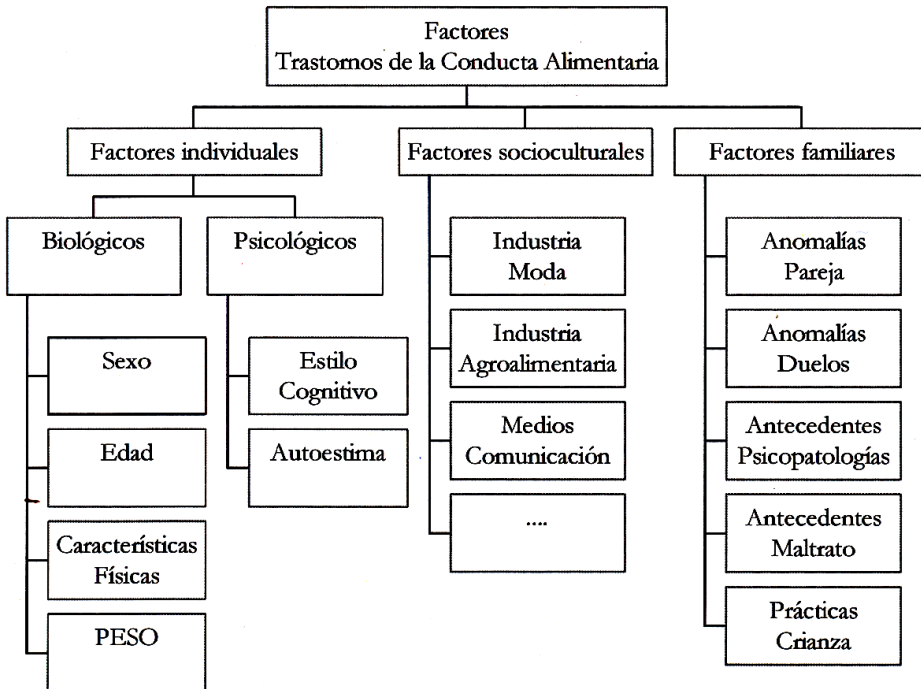
Estos factores no deben verse como independientes. Interaccionan los unos con los otros conformando un verdadero sistema. Entre ellos los hay de tipo individual, familiar y social.

FACTORES INDIVIDUALES DE RIESGO

Los factores individuales pueden ser de tipo biológico o de tipo psicológico. Entre los *factores biológicos* se encuentran, a su vez, el sexo, la edad, las características físicas individuales y el peso.

El *sexo* es un factor predisponente de primera magnitud, pues, por el hecho de “saberse hombre o mujer”, varía la imagen que se tiene de uno mismo. Esa imagen —la llamada “imagen corporal”— es la representación mental que nos hacemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones que nos proporcionan nuestros sentidos, y constituye una parte muy importante de la autoestima. Su trascendencia es grande a ciertas edades, pues, sobre todo en la pubertad y entre mujeres, no se interpretan del mismo modo los defectos o cualidades. Dado que, entre las mujeres, esas cualidades están fijadas hoy por un modelo estético corporal de *tipo andrógino* que está muy alejado de lo que es la configuración natural de la mujer y que prima la delgadez extrema, es obvio que muchas mujeres —sobre todo, adolescentes— pueden estar descontentas de su imagen corporal, tendiendo en consecuencia a restringir su alimentación. El hombre, por el contrario, lo tiene más fácil. El modelo estético corporal dominante de hombre no le obliga a tales excesos. De ahí, en parte, que la proporción de trastornos de la conducta alimentaria entre mujeres y hombres sea la de 10/1.

TABLA 2
Factores de los trastornos de conducta alimentaria



Como acabamos de decir, la edad y, en particular, la pubertad es trascendental en este contexto. Es en esa etapa de la vida cuando se producen importantísimos cambios anatómicos y fisiológicos —especialmente, hormonales— cuya aceptación o rechazo (tomando como punto de referencia el modelo estético dominante) influirá en la imagen corporal. Sobre ella influirá, asimismo, el ritmo del cambio que se tenga con relación al que experimenten los restantes miembros del grupo de iguales. El mayor desarrollo de algunas partes del cuerpo (muslos, glúteos...) y, sobre todo, el pesar más que los otros puede llevar a una imagen corporal no satisfactoria.

Con relación a esto último, hay que decir que el *peso* es un factor de creciente influencia en la formación de la imagen corporal en nuestro tiempo, pero que es muy frecuente que el peso que influya no sea tanto el real como el publicitado, es decir, la imagen de peso deseable que socialmente predomina.

Sobre la imagen corporal no influyen sólo *factores de tipo biológico*. Tanta importancia o más parecen tener en su configuración algunos factores de tipo psicológico.

En efecto, sobre la imagen corporal influye decisivamente el *estilo cognitivo* de cada uno, entendiéndose por tal la forma habitual de pensar, las actitudes y creencias que se tienen. Ya se sabe que, en una misma situación, personas distintas pueden percibir aspectos diferentes en función de sus características individuales y su experiencia previa. E, incluso, ante una situación idéntica, una misma persona puede percibir en distintas ocasiones elementos diferentes. Esa distinta selección de aspectos no se efectúa de forma consciente, sino automáticamente a partir de ideas o creencias que aparecen de forma intrusiva, brusca o repentina, en la mente. Frecuentemente, esas ideas o creencias no responden a datos objetivos, sino a interpretaciones subjetivas de la realidad ⁴.

A veces, estos pensamientos intrusivos se basan en premisas verdaderas, pero las causas o consecuencias que se suponen no son objetivas ⁵. Según sea la imagen corporal ⁶, así configurada será la *autoestima*. Si la imagen corporal es buena, dado que se perciben los aspectos positivos de uno mismo, la autoestima será satisfactoria, lo que se traducirá en la existencia de un equilibrio emocional y conductas bien adaptadas. Si, por el contrario, la imagen corporal es mala porque se presta especial atención a los defectos y carencias, prescindiendo de las cualidades, la autoestima será también negativa. A este respecto cabe señalar que, en las personas con trastornos alimentarios, es frecuente que la autoimagen y la autoestima sean negativas.

La imagen corporal está influida, pues, por factores biológicos y psicológicos. El exceso de peso es uno de ellos y la autoestima otro, por citar sólo dos casos. Tanto uno como el otro y, en general, todos estos factores

contribuyen a configurar la imagen que uno tiene de sí mismo, pero que ésta sea positiva o negativa dependerá en buena medida del modelo que se tome como referencia. Ese referente será con frecuencia el modelo estético dominante, elevado a tal categoría por la interacción de diversos factores de tipo sociocultural.

FACTORES SOCIOCULTURALES DE RIESGO

Ciertamente, en diferentes épocas y en diferentes culturas, el modelo estético dominante ha sido distinto. En nuestro tiempo, está de moda ser delgado. Se rinde culto a la delgadez, al igual que tiempo atrás las mujeres hacían uso de diversos recursos (miriñaques, polisonas,...) para acentuar sus curvas. Cabe destacar aquí que, en cualquier caso, hay modas inocuas y otras perjudiciales para la salud. La moda de la delgadez extrema es una de estas últimas.

En torno al adelgazamiento —característica principal del modelo estético dominante hoy— se ha desarrollado toda una tupida red de intereses que llegan a ejercer una forma de violencia denominada “invisible”, aunque sus efectos son muy perceptibles. Es la forma de violencia contra la mujer que se realiza manipulando su imagen.

De esa red manipuladora forman parte la industria de la moda, los fabricantes de productos adelgazantes, la industria agroalimentaria, los editores de libros sobre dietas, los propietarios de gimnasios, los especialistas en la succión de grasas, etc. (Toro, 1996 7). Pero quizá nadie ejerce más influencia en este contexto que los *medios de comunicación*. Ciertamente, la publicidad proadelgazamiento parece predisponer al consumo de productos adelgazantes a una inmensa minoría de la población adolescente y juvenil. Y este hecho puede provocar en ella tensiones y malestar, cuando no una enfermedad grave con un posible resultado de muerte⁸.

A través de esta tupida red de factores socioculturales y, en especial, a través de los medios de comunicación en interacción con el desarrollo de los mercados y la producción en serie, se ha impuesto, en gran medida, el modelo estético corporal dominante, cuya característica principal es la delgadez extrema en el caso de las mujeres. La difusión de este estereotipo no puede entenderse sin la presencia de las modelos.

Las modelos —en particular, las *top models*— no son tanto modelos del vestir cuanto modelos corporales. Hasta hace pocos años se llamaban “maniqués”, porque eran soportes de los vestidos, y actualmente son mucho más modelos corporales que maniqués. Esos modelos corporales que ellas encarnan se parecen cada vez más a muchachos, sin pecho y de pequeño trasero, con una delgadez tan extrema que las pone al borde de lo patológico. Es de destacar en este punto que esa imagen en muchas

ocasiones no es real, sino fruto de la manipulación por parte de la industria publicitaria.

Esa publicidad proadelgazamiento puede tener sobre el adolescente una influencia directa, o indirecta a través del grupo de iguales y de la familia⁹. Pero el papel que juega esta última, la familia, en la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria no se limita a ser transmisora (consciente o inconsciente) de los ideales de belleza —del modelo estético corporal dominante. Se considera que algunas otras características de la familia pueden predisponer a un trastorno de este tipo. Entre esas características suelen citarse anomalías de funcionamiento en la pareja de padres, anomalías planteadas por duelos no resueltos o deficientemente elaborados, antecedentes de la enfermedad, antecedentes de maltrato, prácticas de crianza, etc. Prestaremos alguna atención a estas últimas y a los antecedentes de maltrato familiar.

PRÁCTICAS DE CRIANZA

Tradicionalmente se ha considerado que las prácticas de crianza o los estilos educativos anómalos eran causa de psicopatologías. Y lo corriente ha sido, además, culpabilizar a la madre. Tras las psicopatologías de los hijos se ha buscado una madre autoritaria con escaso afecto o, por el contrario, una madre excesivamente afectuosa y consentidora. Pero, siempre una madre. Parece que las teorías de Freud tienen que ver bastante con estas concepciones.

Sólo desde más o menos 1980, contamos con algunos instrumentos que nos han permitido medir el grado de conexión entre estilos educativos parentales y psicopatologías. Uno de esos instrumentos es el cuestionario desarrollado por Perris bajo las siglas EMBU (*Egna Minnen Beträffande Uppfostram*, Recuerdos de mi crianza) (Perris y otros, 1980). Este cuestionario consta de 81 ítems, agrupados en tres factores: *rechazo*, *sobreprotección* y *calor emocional*. Por “rechazo” se entiende que los padres privan al hijo de amor y otros intangibles. Por “sobreprotección” se entiende que los padres se preocupan ansiosamente de la seguridad del hijo de forma poco realista. Finalmente “calor emocional” significa que los padres muestran afecto y aceptación del hijo.

Recientemente, en un proyecto de investigación realizado en la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Universitario La Fe, de Valencia, España, dirigido por Luis Rojo y Lorenzo Livianos, se ha aplicado el cuestionario EMBU para medir la conexión entre estilos educativos anómalos y trastornos de la conducta alimentaria.

Esta aplicación se ha realizado en el marco de un estudio más amplio, en el que, en un principio, se han seleccionado 554 jóvenes por el método de muestreo aleatorio entre los municipios de la provincia de Valencia,

España, entre los centros educativos de cada municipio y entre las aulas de cada centro educativo. A esta muestra —estratificada finalmente en siete grupos por edad (de 12 a 18 años) y sexo— se le ha aplicado el EAT-40, con punto de corte en 30¹⁰, para identificar aquellos individuos que muy probablemente padecen un trastorno de la conducta alimentaria. Se han detectado así 58 *casos positivos*, con EAT mayor o igual que 30, y se han seleccionado 58 *controles* por muestreo aleatorio entre los jóvenes con EAT menor que 30, siguiendo el criterio de emparejamiento individual estratificado por edad y sexo. De estos 116 sujetos, 90 son mujeres y 26 son hombres.

Más tarde se realizan entrevistas estructuradas al grupo de casos y al grupo control para confirmar o descartar el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, según los criterios del DSM-IV. El número insignificante de hombres que cumplen estos criterios lleva a restringir la investigación a mujeres. Éstas, a su vez, se distribuyen en dos muestras según se confirme, o no, que padecen un trastorno de la conducta alimentaria. Las que no lo padecen pasan a formar parte del grupo control. Finalmente, se escoge como grupo *control clínico* un conjunto de 43 mujeres, de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, que han sido ingresadas consecutivamente desde 1998 en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario La Fe, en Valencia.

En estos tres grupos he intentado medir la conexión entre las prácticas de crianza como variables independientes y los trastornos de la conducta alimentaria como variable dependiente. Para los cálculos estadísticos pertinentes he aplicado el paquete SPSS 10.0 para Windows.

Los resultados de esta investigación no divergen en principio de la tradición. Las adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria tienen madres que sobreprotegen más, rechazan más y dispensan menos calor emocional que las madres de las adolescentes sin trastornos. Ciertamente, también tienen padres más rechazadores.

Sin embargo, un resultado sorprendente es que, cuando se hace una estimación de riesgo o una regresión logística para saber cuál de las dimensiones anteriores es la que permite predecir con mayor éxito el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, las madres desaparecen del escenario. Son los padres y, más exactamente, los padres rechazadores los que pasan a ser la fuente del trastorno. En efecto, el alto rechazo paterno multiplica por más de 12 el riesgo relativo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Este hallazgo no tiene sólo importancia teórica. Las terapias y, en particular, las terapias de padres deberían tenerlo en cuenta para lograr una mayor efectividad.

ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL

Respecto de la existencia de antecedentes de maltrato familiar, hay que decir que se han realizado desde los años ochenta hasta ahora un gran número de estudios que establecen una conexión entre haber padecido este tipo de experiencias traumáticas (especialmente, maltrato físico y abuso sexual) y el desarrollo de un trastorno alimentario. Las víctimas de maltrato suelen tener una baja autoestima. Frecuentemente se autoinculpan de lo sucedido. La unión de baja autoestima y autoinculpación suele traducirse en una autoimagen negativa. A menudo, el niño con autoimagen negativa se aísla del grupo de iguales o se adhiere a un grupo marginal de niños con parecidos problemas, con lo que —por una u otra vía— ve reforzada su autoimagen negativa. Esta autoimagen negativa puede a su vez actuar como mediadora entre el trauma y el desarrollo de síntomas disociativos. Finalmente, las experiencias disociativas vinculadas al trauma parecen desempeñar un papel importante en las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

A este respecto, Vanderlinden y Vandereycken (1993) exploraron la relación entre experiencias traumáticas y fenómenos disociativos en un grupo de 98 sujetos con trastornos de la conducta alimentaria ¹¹. La frecuencia total de situaciones traumáticas fue del 28 por ciento. En un 20 por ciento de esas situaciones hubo abuso sexual infantil (en un 8 por ciento, incesto). El abuso sexual era significativo entre sujetos bulímicos (37 por ciento). En un segundo estudio se abordaron las relaciones entre maltrato infantil (abuso sexual, maltrato físico, maltrato emocional y negligencia) y la comorbilidad psiquiátrica (neuroticismo general, psicopatología límite) en una muestra de 80 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En esta ocasión la frecuencia total de situaciones traumáticas fue del 53 por ciento (mucho mayor que la del primer estudio). La forma de maltrato dominante fue la emocional, con un 35 por ciento, seguida del maltrato físico, con un 27 por ciento, y del abuso sexual, con un 20 por ciento (del cual, un 7 por ciento eran casos de incesto). El abuso sexual estaba presente en los casos de anorexia nerviosa no típica (50 por ciento) y de bulimia nerviosa (18 por ciento). El maltrato físico predominaba entre los sujetos con bulimia nerviosa (37 por ciento).

De ello cabe concluir la existencia de una relación entre maltrato infantil —especialmente, abuso sexual— y trastornos de la conducta alimentaria —particularmente, bulimia nerviosa.

Los trastornos de la conducta alimentaria no sólo son, pues, una forma de autoviolencia. En su génesis puede haber, asimismo, un historial de maltrato.

- 1 Descripción de Catharina Benincasa realizada por Bernardo di Capua cuando la santa contaba con 27 años. Citado por Bell (1985), págs. 27-28.
- 2 Por ejemplo, este incremento puede deberse a cambios en la conducta diagnóstica, a cambios en las prácticas de derivación desde los servicios de atención primaria y otros servicios hospitalarios hacia los servicios de salud mental, y, finalmente, a cambios en las prácticas de los servicios de segundo nivel y hospitalarios con relación a los trastornos de la conducta alimentaria (se ha pasado de tener que insistir en la existencia de estos trastornos a pensar primero en ellos). Livianos y Rojo (2001) dicen que este aumento de la prevalencia puede ser más aparente que real, y que a ese aparente incremento pueden haber contribuido diversos factores como el aumento de la sensibilidad social hacia el problema de salud, la definición más acuitada del concepto de enfermedad, la medicación de problemas que antes no se consideraban tales, un aumento de la virulencia de la enfermedad, un aumento de los recursos y una mayor atención del médico hacia estos trastornos. Por ello, concluyen estos autores, el aparente incremento de este trastorno (y, en general, de los trastornos de la conducta alimentaria) no es más que un *artefacto cultural*.
- 3 Este término proviene del griego "limos", que significaba hambre, y "bou", que significaba gran cantidad (en ocasiones se dice que en lugar de "bou", el término griego del que proviene "bulimia" es "boul", que significaba buey. Por tanto "bulimia" expresaría el hambre de un buey).
- 4 Por ejemplo, si una persona que está en su peso normal piensa continuamente que está gruesa, ese pensamiento no responde a datos objetivos y, sin embargo, puede acabar influyendo en la imagen corporal que se tenga.
- 5 Por ejemplo, un estudiante que ha suspendido un curso puede pensar que es inadecuado para estudiar y que no podrá acabar los estudios
- 6 Frecuentemente, junto a la imagen corporal suele hablarse de la *imagen de la personalidad* y de la *imagen de las aptitudes* como otros dos componentes claves de lo que podemos llamar "autoimagen".

La imagen de la personalidad se refiere fundamentalmente a características o rasgos que describen la forma habitual de comportarse y reaccionar con relación a los demás, tales como la timidez, simpatía, agresividad, apatía, independencia, etc. Algunos ejemplos de pensamientos relacionados con la imagen de la personalidad son los siguientes: "Soy introvertido", "Resultado simpática", "Soy celoso", ...

La imagen de las aptitudes concierne a cuestiones que explican capacidades tales como la inteligencia, habilidad para los deportes, creatividad artística, etc. Algunos ejemplos de pensamientos relacionados con la imagen de las aptitudes son los siguientes: "Mis compañeros son más listos que yo", "Soy poco ágil", "La música se me da muy bien", ...

- 7 Algunos datos ofrecidos en este libro son los siguientes:

En 1994, en España se consumieron 4'800 000 unidades de productos dietéticos variados (barritas, galletitas y batidos sustitutivos de la comida normal). El 80 por ciento de esas unidades fueron consumidas por mujeres de edad superior a los 18 años que deseaban adelgazar. El resto lo fue por varones de 30 a 45 años que pretendían mantener su peso.

Una sola empresa española, destinada a la producción de aparatos para adelgazar (vibradores faciales, estimuladores corporales para reafirmar los

tejidos o reducir su volumen, equipos de gimnasia pasiva, etc.) mueve anualmente entre 2 000 y 2 500 millones de pesetas.

- 8 En un estudio reciente, realizado en Barcelona, entre el 30 y el 60 por ciento de las adolescentes confiesan haber contactado con la publicidad pro adelgazamiento y que les ha causado algún impacto. El 42 por ciento reconocía que le llamaban la atención los *spots* de la TV que anunciaban productos adelgazantes. Respecto de la eficacia de esta publicidad, cabe decir que el 40 por ciento de dichas adolescentes experimentaba deseos de seguir una dieta adelgazante, cuando la propaganda versaba sobre este asunto. Este hecho, como digo en el texto, puede provocar tensiones y malestar en las personas de tales edades: el 23 por ciento confiesa que les angustian los anuncios que invitan a adelgazar (citado de Toro, 1996).
- 9 En la encuesta citada en la nota anterior, el 45 por ciento de las chicas señalaban que sus amigas y compañeras comentaban los anuncios y productos adelgazantes.
- 10 Se trata del cuestionario *Eating Attitudes Test* de Gamer y Garfinkel (1979), validado por Castro *et al* (1993). Toda persona que obtiene 30 o más puntos en este cuestionario se considera que padece un trastorno de la conducta alimentaria en el caso de la población española.
- 11 Los trastornos alimentarios se diagnosticaron siguiendo los criterios del DSM-III-R; las experiencias traumáticas, mediante un cuestionario de autoevaluación dirigido a averiguar acontecimientos indeseados en la niñez, sobre todo, abuso sexual (Lange *et al*, 1995), y las experiencias disociativas lo fueron con el *Dissociation Questionnaire*, DIS-Q.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, D.C. (Versión española APA (1995), *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson).
- Bas, F. Y Andrés, V. (2000), *Trastornos de la alimentación en nuestros hijos*. Eos: Madrid.
- Bel Villar, M. T. (1997), "Grupos psicoterapéuticos en los trastornos alimentarios", en Turón Gil. *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*, pp. 195-208, Barcelona: Masson.
- Bell, R.M. (1985), *Holy Anorexia*. University of Chicago Press.
- Cantwell, D.P., Sturzenberger, S., Burroughs, J. y otros (1977), "Anorexia nervosa: an affective disorder?". *Archives of General Psychiatry* 33: 1039-1044.
- Castro, J., Toro, J., Van der Ende, J. y Arrindell, W.A. (1993), "Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU". *The International Journal of Social Psychiatry* 39:46-57.
- Castro, J., de Pablo, J., Gómez, J., Arrindell, W. A. y Toro, J. (1997), "Assessing rearing behaviour from the perspective of the parents: A new form of the EMBU," *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32: 230-235.
- Cava, Gloria (2001), *Conexiones entre crianza anómala y trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Fairburn, C. (1998), *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Aranda, F. Y Turón Gil, V.J. (1998): *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979): "The Eating Attitudes Test," *Psychological Medicine* 9: 273-279
- Lange, A., Kooiman, K., Huberts, L. y van Ootendorp (1995): "Childhood unwanted sexual events and degree of psychopathology of psychiatric patients: research with anew anamnestic questionnaire (the CHUSE)," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92: 441-446.
- Livianos, L. y Rojo, L. (2001), "¿Son realmente más frecuentes los trastornos de la conducta alimentaria en nuestros días? <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/2266/>
- Morandé, G. (1995), *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de hoy.
- Morandé, G. (1999), *La anorexia*. Madrid: Temas de hoy.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., von Knorring, L. y Perris, H. (1980), "Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 61: 265-274.
- Saldaña, C. (1994), *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Sanmartín, J. (2000), *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel.
- Sanmartín, J. (2002), *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (1996), *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, J. (1987), *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Turón Gil. (1997): *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Vandereycken, W., Castro, J. Y Vanderlinden, J. (1991), *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

- Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999), *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios. Nuevas terapias para el control de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Granica.
- Winokour, A., March, V. y Mendels, J. (1980), "Primary affective disorders in relatives of patients with anorexia nervosa," *American Journal of Psychiatry* 137: 695-698