



La creación de la categoría clínica *Trastornos de la Conducta Alimentaria*

Eugenia Gil García

Profesora Dpto. Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.
Miembro Grupo de Investigación Estudios de las Mujeres (HUM 603).

Sesgos y limitaciones en el proceso de creación y difusión de la tecnología diagnóstica de la anorexia

La práctica anoréxica o restrictiva está inscrita en la cultura occidental al menos desde época medieval. Sin embargo, su consideración y visibilidad social han sido cambiantes. Hasta mediados del siglo XIX tuvo un interés subsidiario para la medicina, a partir de entonces pasó de ser un síntoma común a diversas enfermedades a ser una enfermedad en sí misma. Se inició así su proceso de medicalización, como sucedió con muchos otros aspectos de la salud y, muy especialmente, la salud de las mujeres (Smith-Rosenberg y Rosenberg, 1984; Castellanos, Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1990).

En el año 1873, dos prestigiosos médicos, el internista inglés William W. Gull (1816-1890) y el neurólogo francés Charles Lasègue (1816-1883), definieron sendas enfermedades propias de mujeres jóvenes que denominaron respectivamente, “anorexia nerviosa” y “anorexia histérica.” Para Gull, médico de buena parte de la nobleza londinense, la anorexia nerviosa era una enfermedad diferente a la inanición o a cualquier síntoma asociado a otras enfermedades orgánicas (tuberculosis o cáncer) que afectaba específicamente a

mujeres de la burguesía de edades comprendidas entre 16 y 30 años. Para Lasègue, codirector de la revista *Archives générales de médecine*, la anorexia era un tipo de histeria (“histeria del centro gástrico”) que afectaba a jóvenes burguesas. La denominación coincide, en ambos países, con la percepción generalizada de un aumento de las prácticas anoréxicas entre mujeres jóvenes y el tema constituía en la sociedad victoriana un asunto de debate (Brumberg, 1988).

El interés y las definiciones de los autores se insertaban en proyectos nosográficos más amplios. Gull pretendía establecer el diagnóstico diferencial de diversas entidades clínicas sobre la base de indicadores positivos. Lasègue, con el grupo de médicos alienistas de París que dirigía Jean-Martin Charcot (1825-1893), contribuía al estudio de la histeria, que entendían como una enfermedad neurológica, y sus distintas formas clínicas. Ambos daban relevancia a la edad, el modo de vida y las relaciones familiares y sociales en el origen y en el curso de la enfermedad. En las dos décadas siguientes, la denominación anorexia nerviosa se impuso, los criterios de



Gull fueron aplicados en la práctica clínica y el método el tratamiento en régimen de aislamiento se fue extendiendo (Brumberg, 1988).

Entre 1900 y 1940 se incorporan nuevas teorías para explicar y tratar la anorexia que responden a dos modelos teóricos diferentes: biológico y psicológico.

Desde la naciente endocrinología, Morris Simmonds (1855–1925), patólogo de la Universidad de Hamburgo, establece en 1914 la disfunción hipofisaria como nueva hipótesis causal de la anorexia y da un nuevo nombre al proceso: caquexia hipofisaria o pituitaria. El tratamiento, en consonancia, consistirá en resolver los déficits hormonales (Brumberg, 1988; Turón, 1997).

Sigmund Freud (1859–1947) estableció en la década de 1930 que el apetito era manifestación de la libido y relacionó, así, la práctica anoréxica o restrictiva con problemas sexuales no resueltos. Su visión tuvo gran influencia en generaciones posteriores tanto de médicos y como de pacientes (Brumberg, 1988; Castillo, León, López *et al* 2003). Freud incorporó la anorexia al grupo de los trastornos o conductas neuróticas y propugnó el tratamiento psicoanalítico para su curación.

Entre 1930 y finales la década de 1940, la medicina psicosomática se convirtió en un puente entre la concepción y el tratamiento biológico y psicoanalítico, aunque la categoría clínica se desdibuja y el diagnóstico se acaba aplicando a una amplia gama de procesos en los que existe rechazo a comer y que afectan a todo tipo de personas (Brumberg, 1988). En 1952, un comité de la *American Psychiatric Association* (APA), inicia proceso nosotáxico con el objetivo de desarrollar una clasificación de las enfermedades mentales. En su versión inicial (DSM I 1952) “reflejaba las concepciones que había en Estados Unidos en aquella época, influidas en particular por el empleo sistemático de la noción de *tipos de reacción* propuesta

por Adolf Meyer” (DSM III, 1987). Esta clasificación se convirtió en el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica, su nacimiento se insertaba en un proyecto estadístico iniciado un siglo antes con el objeto de crear una “nomenclatura uniforme de causas de mortalidad aplicables a todos los países” (Stucchi Portocarrero, 2004) (Cazau, 2005).

En 1965 se celebra un simposio en Göttingen, en él se reúnen diversos especialistas tratando de avanzar en la definición y especificidad de la enfermedad. Llegan a tres conclusiones básicas: la anorexia nerviosa está relacionada con los trastornos de la pubertad, se produce como consecuencia de un conflicto corporal y tiene una etiopatogenia y una clínica diferentes a los conflictos neuróticos (Turón, 1997; Martínez Benlloch, 2001). Estas conclusiones suponen centrar de nuevo la enfermedad en alteraciones de la conducta alimentaria que se realizan en una etapa vital, la pubertad, con el objetivo de mejorar el cuerpo. A partir de estas conclusiones diversos especialistas van definiendo la nueva categoría que, en 1980, veremos que adopta en el DSM-III el nombre de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

La edición 1980 del DSM-III refleja importantes cambios metodológicos. El objetivo de esta nueva edición es desarrollar una clasificación que los autores definen como “ateorética”, que proporciona “criterios específicos” y un “enfoque descriptivo”; pretende ser “neutral respecto de las etiologías”. Cada trastorno mental es conceptualizado como un “patrón psicológico o conductual clínicamente significativo” (DSM III, 1987). La búsqueda de operatividad del DSM III se debe insertar en la dinámica que inaugura la Conferencia de Alma Ata en 1978 cuando lanza el lema “salud para todos en el año 2000”. A partir de entonces los objetivos de salud se concretan y cuantifican, y se definen programas y políticas sanitarias específicas.

No obstante para que el discurso llegue a los clínicos es necesario un proceso de difusión



de la tecnología diagnóstica. Esto ocurre a partir de 1980 cuando se incluyen los TCA dentro del DSM III, con ello se marcará las bases para la divulgación y difusión de lo que se constituirá más tarde como el problema social de la anorexia. La difusión de los DSMs favorece el interés de los investigadores, clínicos y epidemiólogos, a la vez que centran las líneas terapéuticas y el núcleo de los TCA en: el peso, la figura y los “pensamientos alterados” (Turón, 1997). Hay que tener presente que los procesos de difusión tecnológicos están vinculados a los cambios que deben recoger y simplificar las propuestas teóricas (Iañez Pareja y Sánchez Cazorla, 2003). Los cambios en la tecnología diagnóstica de la anorexia se ven impulsados por dos procesos paralelos. El primero de ellos es el interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al promover la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de salud (CIE) con el objetivo de que todas las enfermedades tengan criterios de compatibilidad y, con ello, poder establecer correspondencias entre enfermedades. El segundo cambio se debe a la propuesta de criterios diagnósticos operativos para las enfermedades mentales que elabora la APA (DSM III, 1983).

El impacto del DSM III fue considerable y poco después de su publicación fue ampliamente aceptado en los EEUU como lenguaje común entre los profesionales de la salud mental e investigadores. A pesar de que en un principio fue diseñado para su uso en EEUU ha tenido una notable repercusión a nivel internacional.

En el DSM III la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se incluyen dentro de los Trastornos de la Conducta Alimenticia junto a la Pica y a los Trastornos de Rumiación en la Infancia. Todos ellos agrupados dentro de los Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia (TINA). Se establecen como síntomas esenciales de la anorexia nerviosa el miedo intenso a la obesidad, la alteración de la imagen corporal

y la pérdida significativa de peso así como amenorrea en las mujeres y el rechazo a mantener el peso corporal dentro de unos límites normales. La alteración no puede ser explicada por ningún trastorno somático conocido (DSM III 1987). La edad de comienzo se sitúa en la adolescencia y aparece de forma predominante en las mujeres “entre los 12 y los 18 años (grupo de edad de alto riesgo), una de cada 250 mujeres pueden desarrollar este trastorno” (DSM III 1987). En el DSM III se perfila a las mujeres jóvenes como grupo específico de riesgo. El peso corporal se constituye en un referente importante para el diagnóstico del trastorno, se fija en una pérdida del 25% del peso original el límite para considerar que una persona sufre este trastorno. En esta misma clasificación se crea la bulimia como una entidad nosológica separada.

Siete años más tarde, en 1987, se edita la primera revisión del Manual con el nombre DSM III–Revisado en el que cambian los criterios diagnósticos. En esta revisión, los TCA se caracterizan por ser “grandes alteraciones” y la sintomatología esencial de la anorexia nerviosa consiste en el “rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla”, que no se especifican (DSM III–R 1992). En esta nueva propuesta se producen modificaciones importantes: a) se refuerza la idea de voluntad de la persona que padece la enfermedad que no solo manifiesta “miedo”, sino “rechazo contundente” a mantener el peso por encima de un valor mínimo y dan con ello la imagen de personas con gran fuerza de voluntad; b) se modifica el porcentaje de infrapeso que se requiere para el diagnóstico de la anorexia (si en el DSM III se precisaba bajar un 25% del “peso corporal”, en el DSM III–R se baja el porcentaje de peso para el diagnóstico a un 15%). Respecto a la bulimia, muchos de los patrones de diagnósticos se pueden dar tanto en mujeres como en hombres con obesidad.



Siete años más tarde se modifican de nuevo los criterios diagnósticos y en 1994, se publica una nueva revisión de los DSMs, el DSM IV (1995, edición española). Lo primero que llama la atención es que los TCA adquieren entidad propia, es decir, a partir de ahora aparecen dos categorías diagnósticas relacionadas con los trastornos alimentarios, por un lado los *Trastornos de la Ingestión Alimentaria de la Infancia o de la Niñez* que están incluidos en los Trastornos de Inicio en la infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA) y, por otro lado, los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* que se encuentran junto a los Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual y los Trastornos del Sueño (DSM IV, 1995).

En 2002 aparece una nueva edición, DSM IV-TR, pero esta vez ya no se modifican los criterios diagnósticos de los TCA. Tanto en el DSM IV como el DSM IV-TR se recogen dos tipos de anorexia nerviosa: la anorexia nerviosa de tipo restrictivo y la anorexia nerviosa de tipo compulsivo. En la bulimia nerviosa distinguen la bulimia de tipo purgativo y la bulimia no purgativa. Las características esenciales de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa se mantienen con respecto al DSM III-R. La anorexia se caracteriza por “rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal y miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo” (DSM IV 1995). La bulimia se caracteriza por “atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso” (DSM IV 95). El DSM IV aporta algunas novedades destacables: Primero, se incluyen los tipos restrictivos y purgativos para cada una de las categorías. Segundo, el grupo de mujeres que está en riesgo de padecer anorexia nerviosa se amplía, sí en el DSM III y DSM III-R estaban considerados trastornos de la infancia y de la adolescentes (mujeres entre los 12 y 18 años), en el DSM IV la población que puede ser afectada de trastornos alimentarios se amplía a todas las mujeres (DSM IV 95).

Pero lo más significativo es que en esta clasificación aparece como novedad una nueva categoría diagnóstica: los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). Se trata, al parecer, de una enfermedad exclusivamente femenina, pues se da “en mujeres” que cumplen los criterios pero el peso “esta dentro de los límites de normalidad” y “las menstruaciones son regulares” (DSM IV 2002). Con estos criterios se pueden diagnosticar a personas que tienen un peso entre los límites “normales”, que no tienen trastornos menstruales pero que han reducido su peso dentro de valores normales por procedimientos que se consideran inapropiados.

CONCLUSIONES

En este recorrido, podemos apreciar cómo los criterios diagnósticos de la APA, los más utilizados en medicina y psicología desde 1980 para diagnosticar la anorexia han sufrido importantes variaciones en muy poco tiempo: En 1980 la APA ha consensuado unos criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa que siete años más tarde modifica. El porcentaje de infrapeso que se considera patológico cambia, esto origina importantes repercusiones en la práctica clínica al permitir considerar a un mayor número de mujeres susceptibles de tener comportamientos patológicos. Posteriormente, en 1994, se amplía la categoría TCA al crear los “Trastornos del conducta alimentaria no especificado” (TCNE).

Todos los cambios que apreciamos, en tan pequeño periodo de tiempo, tienen dos características comunes. A saber, amplían la posibilidad para diagnosticar anorexia y/o bulimia y focalizan la atención de los trastornos alimentarios en las mujeres; al principio en las adolescentes y jóvenes y, posteriormente, a mujeres de todas las edades.

Los criterios diagnósticos de la APA muestran una excesiva simplicidad en su formulación



y en la definición de los cuadros clínicos. Parten de la creencia de que el diagnóstico de la anorexia y/o bulimia es un acto de conocimiento de una realidad objetiva y cognoscible que cambia demasiado en un corto periodo de tiempo. Las definiciones que se presentan son una apuesta biologicista, contraria a dos importantes corrientes de la psiquiatría, la psiquiatría psicoanalítica y la antipsiquiatría. En la descripción de las enfermedades mentales de los DSMs se eliminan conceptos y terminología propia de estas corrientes (Laurent 2004) y desaparecen conceptos psiquiátricos como psicosis, neurosis o perversión que son reemplazados por la “noción blanda” de *trastornos* (Rudinesco, 2000).

La apuesta biologicista de la APA se olvida de la subjetividad de los y las pacientes y son reduccionistas en la valoración de los procesos mentales (Guimón, Mezzich y Berrios, 1987). El profesional de la medicina se está convirtiendo

en un “empresario moral” de la sociedad que dicta lo que es normal o no y lo que hay que corregir para desempeñar las tareas y roles asignados socialmente (Rodríguez, 1981).

Creemos con Galimberti (1996) y Wilson (1993) que la mirada clínica que proponen los DSMs se focaliza en el cuerpo; en él se encarnan los síntomas que no se ven como la expresión de un malestar o de un desequilibrio inscrito en la trayectoria biográfica, sino como signos patológicos. Sustraen, de esta manera al cuerpo del significado simbólico y social que tiene y lo sitúan en una ambivalencia disyuntiva entre lo normal y lo patológico, separando al trastorno mental del marco social que lo produce. Los criterios diagnósticos de la APA se olvidan de que las conductas y actitudes que se constituyen en criterios diagnósticos son claramente factores psicosociales y, a veces constituyen principios morales (Martínez Hernández, 2000).





BIBLIOGRAFÍA

- CASTELLANOS, Jesús; JIMÉNEZ LUCENA Isabel y RUIZ SOMAVILLA, María José. La ciencia médica en el siglo XIX como instrumento de reafirmación ideológica: la defensa de la desigualdad de la mujer a través de la patología femenina. En: BALLARÍN, Pilar y ORTIZ, Teresa (eds). *La Mujer en Andalucía. I Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer*. Granada: Universidad de Granada, 1990, p. 879–888.
- SMITH–ROSENBERG, Carroll; ROSENBERG, Charles. El animal hembra: puntos de vista médicos y biológicos sobre la mujer y su función en la América del siglo XIX. En: Mary Nash (edit). *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Barcelona, Serbal, 1984, p. 341–372.
- BRUMBERG, Joans Jacobs. *Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- LE HEUZEY, M.F. Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2002, vol. 160, p. 327–331.
- TURÓN GIL, Vicente. Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En: TURÓN GIL, Vicente. *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson, 1997, p. 3–16.
- CASTILLO, M. Dolores; LEÓN, M. Teresa; LÓPEZ, Antonio; GALLO, M. Ángel; FERNÁNDEZ, Sebastián y MEDINA, José M. Concepto de anorexia nerviosa. Revisión histórica. En: León Espinosa, M. Teresa y Castillo Sánchez, M. Dolores. *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Jaén: Asociación para la Formación Continuada en Ciencias de la Salud y Educación, 2003, p. 30–39.
- STUCCHI PORTOCARRERO, Santiago. *Historia de la Psiquiatría* [en línea] <http://www.galenonet.com/Psiq/hispsi.htm> [Consulta: 2/7/04]
- CAZAU, Pablo. Guía de Consulta DSM IV. Reseña histórica. [en línea] <http://www.galeon.com/pcazau/guia-dsm4-1.htm> [Consulta: 3/5/05].
- MARTINEZ BENLLOCH, Isabel; BONILLA CAMPOS, Amparo; DIO BLEICHMAR, Emilce *et al.* *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2001.
- DSM III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1987.
- DSM III– R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1992.
- DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- DSM IV–TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002.
- RODRÍGUEZ, J.A. El poder médico desde la sociología. *REIS*, 1981, vol. 14, p. 95– 112.
- IÁÑEZ PAREJA, Enrique y SÁNCHEZ CAZORLA, Jesús A. *Una aproximación a los estudios de ciencia tecnología y sociedad* [en línea]. <http://www.ugr/%7Eeianez/Biotecnologia/cts.htm> [Consulta: 19/05/03].
- LAURENT, Dominique. El deseo de estandarización masiva. *Le guerre des palotinos*. nº 42. [en línea] <http://www.ed.org.ar/default.asp?lecturas/psicoypoli/deldeseo.html> [Consulta: 2/6/04].
- RUDINESCO, E. *¿Porqué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós, 2000.
- GUIMÓN, J; MEZZICH, J. y BERRIOS, G. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1987.
- GALIMBERTI, U. La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo. *Archipiélago*, 1996, vol. 25, p. 11–4.
- WILSON, M. DSM III and transformation of American psychiatry: a history. *American Journal Psychiatry*, 1993, vol. 150, p. 399–410.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel. Anatomía de una ilusión. El DSM IV y la biologización de la cultura. En: PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: edicions Bellaterra, 2000, p. 249–275.