

**INFLUENCIA DEL FACTOR CULTURAL EN LA EVOLUCIÓN DE UNA
PACIENTE CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**CULTURAL FACTOR'S INFLUENCE ON THE EVOLUTION OF AN
EATING DISORDER PATIENT**

Patricia Bolaños Ríos¹

¹Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)

Correspondencia: Patricia Bolaños Ríos, pbr@tcasevilla.com

Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP

C/Fernando IV 24-26, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Uno de los cinco pilares fundamentales del Islam es el ayuno durante el mes del Ramadán. Algunos estudios han analizado su efecto en la aparición y evolución de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En un estudio realizado en mujeres obesas antes y después del ayuno durante el Ramadán no se obtuvieron diferencias significativas en las variables físicas y psicológicas analizadas. El mismo resultado se obtuvo en niñas adolescentes sanas. En contraposición, un estudio que analiza seis casos de TCA confirma la influencia del ayuno durante el Ramadán en los pacientes estudiados. En este artículo presentamos la historia clínica de una paciente adolescente musulmana practicante que cursa un TCA.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, Ramadán, factor cultural, ayuno.

ABSTRACT

One of the five pillars of Islam is fasting during the month of Ramadan. Some studies have examined its effect on the beginning and evolution of eating disorders (ED). In a study in obese women before and after fasting during Ramadan, no significant differences were obtained in the physical and psychological variables analyzed. The same result was obtained in healthy adolescent girls. However, a study that examines six cases of ED confirms the influence of fasting during Ramadan in the patients studied. We present the clinical history of a practicing Muslim teenage ED patient.

Key words: eating disorders, Ramadan, cultural factor, fasting.

INTRODUCCIÓN

Uno de los cinco pilares fundamentales del Islam es el ayuno durante el mes del Ramadán. Durante este periodo los musulmanes en edad adulta deben abstenerse de ingerir cualquier tipo de alimento o bebida desde el amanecer hasta el anochecer. En ciertos casos se permite no cumplir el ayuno del Ramadán, como en ancianos cuyo estado de salud pueda empeorar o en enfermos crónicos cuya situación no les permita llevar a cabo dicho ayuno y algunos otros (1). A pesar de estas excepciones, muchos pacientes deciden seguir esta costumbre cultural a pesar del riesgo que para su salud puede conllevar (2).

En el caso de enfermos renales se ha observado que, tras un trasplante, el ayuno durante el mes del Ramadán no produce efectos negativos siempre que el riñón trasplantado funcione de manera correcta. En cuanto a los pacientes con enfermedad renal crónica se ha podido comprobar que puede haber afectación en la función renal. Existe, además, controversia en cuanto al riesgo de desarrollar cálculos renales por el peligro de deshidratación durante el Ramadán. Muchos estudios analizados coinciden en la recomendación de tomar cantidades adecuadas de agua desde el atardecer al amanecer para evitar esta posible consecuencia (1).

En cuanto a los pacientes con enfermedad cardiaca, no existe un consenso claro sobre las consecuencias que el ayuno puede producir en el estado clínico. Cada paciente debe consultar a su médico antes de realizar el ayuno, y adaptar su medicación si fuese necesario. Así, pacientes con hipertensión controlada, por ejemplo, pueden realizar el ayuno durante el mes

del Ramadán sin que esto conlleve deterioro clínico. Sin embargo, en pacientes con hipertensión no controlada, o que han sufrido infarto de miocardio de forma reciente, la práctica de ayuno está totalmente desaconsejada (2).

Además del efecto del Ramadán en estas patologías, hay estudios que han analizado el efecto que puede tener esta práctica de ayuno en la aparición y evolución de los TCA. Hay autores que consideran esta práctica como una restricción dietética que puede desencadenar alteraciones en la conducta alimentaria. En este sentido, se realizó un estudio en mujeres obesas antes y después del ayuno durante el Ramadán y no se obtuvieron diferencias significativas en las variables físicas y psicológicas analizadas (3). El mismo resultado se obtuvo en niñas adolescentes sanas (4).

Sin embargo, en otro artículo donde se estudian seis pacientes con alteraciones en la conducta alimentaria, los autores concluyen que los posibles efectos de un cambio drástico en la dieta como el que se produce durante el Ramadán, juegan un papel importante en el desencadenamiento de TCA en adolescentes con cierta predisposición o pueden agravar un TCA ya iniciado (5).

En este artículo presentamos la historia clínica de una paciente adolescente musulmana practicante, para mostrar cómo en este caso el mes del Ramadán sí influye en la evolución del TCA.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer que acudió a consulta con 19 años de edad, atendida a finales de 2013. En la citada fecha se encontraba estudiando segundo curso de enfermería. Acudió a la consulta acompañada de sus padres. Era practicante de la religión musulmana. El núcleo familiar estaba compuesto por sus padres y una hermana mayor de 23 años de edad.

En cuanto a los antecedentes familiares recogidos en la entrevista, el padre padecía diabetes mellitus tipo 2 y no se mencionaron antecedentes de TCA. Al preguntar acerca de sobrepeso u obesidad sólo se hacía referencia a dichas patologías en una tía materna. No se observó patología psiquiátrica.

La paciente no refería enfermedades orgánicas de importancia en el momento de la entrevista. No había sido diagnosticado ningún TCA. No se describían alergias o intolerancias conocidas. Menarquía a los 9 años sin periodos de amenorrea secundaria. No se observaron signos de dispepsia funcional. La paciente destacaba que solía tomar muy poca cantidad de alimento en las diferentes ingestas y que prescindía, en la medida de lo posible, de la grasa en su alimentación.

La paciente había realizado dietas por su cuenta (revistas, internet) sin acudir a ningún profesional. Su dieta se basaba en “selección de alimentos y restricción de cantidad”.

En el momento de la entrevista los datos antropométricos eran:

Índice de masa corporal (IMC) = 20.4; % Grasa = 21.6; % Masa libre de grasa = 78.4; % Agua corporal = 57.5

La paciente refería excesiva sensibilidad en los dientes, así como encías sangrantes. No se observó palidez ni alteraciones en la piel. Se descartó la presencia de edemas.

En cuanto a la historia ponderal, la paciente recordaba un IMC mínimo de 17.5 a la edad de 16 años y uno máximo de 21 con 18 años, por lo que se confirmó que no había antecedente de sobrepeso/obesidad.

La paciente consideraba desencadenante de su enfermedad el hecho de querer perder peso a pesar de partir de un peso normal, con el objetivo de “no tener grasa en la barriga” y “tener cero grasa en el cuerpo”. La paciente admitía haber escondido y tirado comida. Comía muy rápido, con presencia de importante *food craving*.

Se recogió clínica bulímica, con episodios de sobreingesta, que solían ser planificados y con una frecuencia de 4-5/semana. Destacaba el hecho de que eran planificados, ya que incluso lo anotaba para organizarlo. Durante dichos episodios la paciente siempre pensaba que sería la última vez, y tras ellos presentaba gran sentimiento de culpa y arrepentimiento. Estos episodios solían ocurrir en casa, ya que delante de la gente intentaba que su conducta pareciera normal.

Los atracones solían ser de dulces, pan, frutos secos e hidratos de carbono en general. Como conductas compensatorias, la paciente hacía restricciones calóricas, ejercicio, pero especialmente usaba laxantes y se provocaba vómitos. Generalmente, en el momento previo al atracón solía presentar un elevado nivel de ansiedad que desaparecía de forma inmediata al

comenzar a comer. Manifestaba sensación de pérdida de control y el final del atracón venía dado por la aparición de molestias digestivas.

Al preguntar acerca del hábito o la costumbre de pesarse, la paciente contestaba de forma negativa ya que “no le hacía falta ninguna cifra”, simplemente bastaba con mirarse al espejo y comprobar “si estaba más fibrosa o no”.

No se observó impulsividad en otras áreas, presentando irritabilidad cuando no tenía posibilidad de llevar a cabo los atracones. La paciente refería dificultad para conciliar el sueño.

No se observaron problemas en la adaptación social general ni en las relaciones familiares.

En el momento de la entrevista, la encargada de la preparación y organización de las comidas era la madre de la paciente, sin embargo ésta se preparaba sus propias comidas. Al preguntar por las preferencias alimentarias, la paciente mencionaba el pescado, la verdura, los lácteos de soja, huevo y avena. Rechazaba la carne, las legumbres, la pasta, el arroz, las patatas, los frutos secos, los dulces y los refrescos. A este grupo de alimentos es al que acudía en los atracones. Destacaba el hecho de rechazar incluso la fruta “ya que tiene muchos azúcares”, decía. En cuanto a las técnicas culinarias, rechazaba fritos y “guisos”. Sólo tomaba alimentos a la plancha que, de forma previa a su ingesta, secaba con una servilleta para garantizarse “la mínima grasa posible”.

Al preguntar acerca de su apetito, la paciente explicaba que “suelo tener mucho apetito, pero controlo”. Destacaba un consumo de agua de 3 litros junto

a 1 litro más a base de té. Tenía horarios regulares de comidas. Realizaba por lo general 6 ingestas al día (incluyendo recena). Solía comer sola en su habitación, viendo la televisión. De hecho, la paciente explicaba que intentaba adaptar el horario de comidas a cosas que le gustaban de la televisión, para intentar evitar seguir comiendo tras la ingesta habitual.

Sus comidas se componían de un solo plato, sin pan ni postre. Tampoco bebía nada durante la comida. Al preguntar acerca de la valoración subjetiva de la comida, la paciente expresaba que “comienza como placer que se transforma en odio ya que soy capaz de seguir comiendo incluso con dolor”.

Generalmente el momento de los atracones solía ser durante la madrugada. “Me duermo pensando en el desayuno”, comentaba. En cuanto al nexo entre las emociones y la alimentación, la paciente comentaba que las emociones negativas provocaban un aumento en la ingesta.

Al solicitar a la paciente el recuento de 24 horas se recogió la siguiente ingesta: una palmera de huevo, una caña de chocolate, un paquete mediano de frutos secos, bocadillo de atún, dos tostadas con aceite y azúcar, 2 natillas con galletas (tarde), y plato de espinacas con garbanzos, arroz, una tableta de chocolate (por la noche) y otro paquete de frutos secos.

La paciente era, como se ha dicho, practicante de la religión musulmana. Explicaba que practicaba el mes del Ramadán desde hace unos años. “Cuando comencé con los problemas con la comida, el mes del Ramadán me venía perfecto tanto para conseguir mi objetivo como para camuflar mis alteraciones en la ingesta”. Durante estos periodos la paciente perdía varios kilos.

“Generalmente durante el Ramadán la gente pierde peso por lo que me encantaba este mes”, señalaba. Además, los atracones de la paciente solían ser nocturnos. “El Ramadán me ayudaba a poder manifestar mi conducta de forma natural ya que todo el mundo come durante la noche, y además bastante para aguantar todo el día, por tanto no tenía que luchar por ocultar nada ni esconderme”, explicaba. Y añadía: “a pesar de que creo que me viene perfecto para cumplir mi objetivo, tengo que reconocer que cuando termina el mes, el descontrol que siento es muchísimo mayor ya que algo que hago de forma semanal lo convierto en algo diario, por lo que cuando pasa el mes, el esfuerzo que tengo que realizar para poder parar eso es enorme”.

DISCUSIÓN

- Ante un nuevo paciente con posible TCA, es necesario incluir en la entrevista clínica todo lo relacionado con factores culturales, ya que como se puede apreciar, éstos pueden tener gran influencia en la alteración de la conducta alimentaria.
- El tratamiento para pacientes con TCA siempre debe ser personalizado, teniendo en cuenta factores sociales, personales, familiares, económicos y culturales.
- Siempre que sea posible por el estado nutricional del paciente, se deben respetar los factores culturales y religiosos, pero siempre dando claras pautas para evitar que estos aspectos puedan influir de forma negativa en la evolución y tratamiento del TCA. En todo caso debe vigilarse que determinados aspectos no se conviertan en “trabas” para una adecuada

realimentación. En muchos casos, ciertas “creencias” pueden estar más vinculadas al miedo que a prácticas religiosas o morales arraigadas en la persona.

REFERENCIAS

1. Emami-Naini A, Roomizadeh P, Baradaran A, Abedini A, Abtahi M. Ramadan fasting and patients with renal diseases: A mini review of the literature. *J Res Med Sci*. 2013 Aug;18(8):711-6.
2. Chamsi-Pasha H, Ahmed WH, Al-Shaibi KF. The cardiac patient during Ramadan and Hajj. *J Saudi Heart Assoc*. 2014 Oct;26(4):212-5. doi: 10.1016/j.jsha.2014.04.002. Epub 2014 Apr 20.
3. Savas E, Öztürk ZA, Tanrıverdi D, Kepekçi Y. Do Ramadan fasting restrictions alter eating behaviours in obese women? *J Relig Health*. 2014 Feb;53(1):135-40. doi: 10.1007/s10943-012-9605-x.
4. Erol A, Baylan G, Yazici F. Do Ramadan fasting restrictions alter eating behaviours? *Eur Eat Disord Rev*. 2008 Jul;16(4):297-301. doi: 10.1002/erv.872
5. Akgül S, Derman O, Kanbur NÖ. Fasting during Ramadan: a religious factor as a possible trigger or exacerbator for eating disorders in adolescents. *Int J Eat Disord*. 2014 Dec;47(8):905-10. doi: 10.1002/eat.22255. Epub 2014 Jan 28.