

WALTER VANDEREYCKEN: EL TRATAMIENTO DE DESÓRDENES ALIMENTICIOS



Según la Asociación Americana de Psiquiatría, entre el 1% y el 3% de la población padecen trastornos de la alimentación. Sin embargo, los expertos opinan que el porcentaje seguramente es aún mayor, ya que existe un alto número de enfermos no diagnosticados. En España, donde hasta hace unas décadas eran enfermedades excepcionales, ya ocupan el tercer lugar entre los adolescentes. Además, aunque la mayoría de los pacientes son mujeres de entre 15 y 24 años, cada vez afecta a más varones y se amplía el periodo de edad. De hecho, el 5% de los casos afecta a menores de 12 años. Walter Vandereycken reflexiona sobre los trastornos alimenticios y nos presenta su conferencia del 9º Congreso Europeo de Psicología que se celebrará en Granada.

Paz Martínez: Usted es uno de los conferenciantes del 9º Congreso Europeo de Psicología. El título de su conferencia es: "El tratamiento de los desórdenes alimenticios: de la evidencia a la experiencia", Podría adelantarnos un poco de qué nos hablará en el Congreso?.

Walter Vandereycken: Bueno, mi conferencia podríamos decir que es una revisión sobre el tratamiento de los desórdenes alimenticios en la que abordaremos diferentes aspectos como: cuándo sí y cuándo no es necesario un ingreso hospitalario, qué significa el objetivo de restablecimiento de peso, cuáles son las contraindicaciones de la farmacología, qué tipo de psicoterapia debe ser empleado, si la familia también debe recibir algún tipo de tratamiento, si el esfuerzo personal del paciente es posible, etc. y para cada uno de estos temas compararé la evidencia científica disponible con mi propia experiencia clínica.

P.M: La sociedad occidental está obsesionada con el canon de belleza de la delgadez, ¿Cree que esta obsesión, mayoritaria entre las mujeres, tiene algún tipo de relación directa con un aumento en la incidencia de desórdenes alimenticios?. Parece que la incidencia de hombres es mucho menor ¿por qué?.

W.V: Bueno, la preocupación por el aspecto corporal se centra mucho más en cuestiones de forma y peso entre las mujeres que entre los hombres. Por otra parte, cuando las mujeres no se ven bien y se sienten descontentas con su peso se inclinan más fácilmente a hacer dietas de adelgazamiento, este cambio en los patrones alimenticios puede constituir el primer paso hacia un desorden en la alimentación. En cambio, los hombres cuando están descontentos con su aspecto físico suelen recurrir más a la actividad física para intentar cambiar la musculatura corporal sin cambiar

mucho el patrón alimenticio. Esto explica porqué los hombres están más alejados en cuanto a factores de riesgo de la posibilidad de tener un desorden alimenticio.

P.M: En alguna ocasión usted ha dicho que los desórdenes alimenticios deberían ser tratados como adicciones, ¿podría explicarnos más este punto?

W.V: Comparo los desórdenes alimenticios con las adicciones porque creo que existen algunas características compartidas, por citar algunas: el fuerte deseo de pérdida de peso de alguna manera se conecta con una preocupación abrumadora con el alimento y el comer que puede conducir a un impulso incontrolable por comer (borrachera de comida o bulimia). Además, los pacientes con trastornos alimenticios no tienen en cuenta el riesgo que supone su comportamiento y la tendencia general es que suelen negar o minimizar la seriedad de sus problemas. También suelen ocultar a menudo su comportamiento (por ejemplo sus vómitos) creando una especie de "vida secreta". Por último, al igual que en el tratamiento de las adicciones, el objetivo final de la psicoterapia es que el paciente sea capaz de controlar su propia salud.

P.M: También ha comentado que los pacientes que sufren trastornos alimenticios deben ser tratados, siempre que sea posible de forma ambulatoria. ¿En qué casos estaría recomendado un tratamiento ambulatorio y en cuáles estaría recomendado un ingreso hospitalario?

W.V: Las posibilidades terapéuticas dependen en gran medida del momento de intervención: cuanto antes se detecta el problema (diagnóstico) y antes se realiza la intervención (tratamiento) mejores son las probabilidades de alcanzar buenos resultados. El tratamiento en principio debería darse en un régimen de no internamiento hospitalario. Creo que el ingreso hospitalario debería ser la excepción ya que el problema fundamental que se deriva de este régimen es el gran aislamiento social dentro de un ambiente totalmente artificial que, si no se liga a un buen programa del cuidado posterior, falla y a menudo puede dar lugar a rápidas recaídas.

P.M: Muchas veces el ingreso hospitalario se produce sin que el paciente quiera la entrada, ¿cuáles son las consecuencias de esto para el paciente y la efectividad del tratamiento?

W.V: Por supuesto depende mucho de la voluntad y motivación del paciente el poder cambiar su propio comportamiento. Por lo tanto, una de las primeras cosas en las que hay que centrarse es en aumentar el conocimiento del paciente respecto a sus problemas y tener presente que ellos temen perder el control sobre su alimentación y su peso. Los tratamientos que se realizan en contra de la voluntad del paciente sólo son aceptables en casos de importantes riesgos muy serios para la salud. ¡La buena psicoterapia supone siempre colaboración!

P.M: Podría contarnos cuáles son los últimos descubrimientos en materia de trastornos alimenticios en cuanto a tratamientos e investigación científica.

W.V: A lo largo de estos años recientes los estudios han encontrado un cierto vínculo genético entre los desórdenes alimenticios y los rasgos de temperamento y personalidad: como por ejemplo el perfeccionismo y la evitación de hacerse daño que se da en las anoréxicas o la impulsividad y la búsqueda de sensaciones principalmente en bulímicas. Esto puede explicar la comorbilidad a menudo encontrada entre la anorexia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo y entre la bulimia y los desórdenes del control de impulsos y el abuso de sustancias. El tratamiento farmacológico puede ser beneficioso para la bulimia (no para la anorexia) pero ha de combinarse con psicoterapia para ser eficaz, ha ser posible una terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal porque tienen los mejores resultados a largo plazo.

P.M: ¿Cuál es el rol del psicólogo con los pacientes y sus familias?

W.V: En general, el psicólogo debe construir una relación de confianza con el paciente de forma individual. En el caso de los menores de edad, los padres desempeñan un papel muy importante, deben estar implicados de una manera u otra porque los desórdenes alimenticios se relacionan a menudo con las tensiones y los conflictos intrafamiliares (que pueden ser causa y consecuencia del trastorno alimenticio). Por lo tanto, en pacientes jóvenes es recomendable combinar la terapia individual del paciente con un cierto asesoramiento de los padres (que puede llevar a cabo otra persona que no sea el propio terapeuta individual).

P.M:¿Cómo podemos prevenir los trastornos alimenticios?

W.V: Se ha escrito mucho sobre prevención, pero realmente antes de poder aplicar la prevención primaria tenemos que saber exactamente cuáles son los factores de riesgo y por qué la mayoría de chicas y de mujeres están 'protegidas ' contra el desarrollo de un trastorno de la alimentación. En este momento el acercamiento más realista es la prevención secundaria, que significa la detección temprana de personas en riesgo o en los primeros momentos del desorden. La detección temprana se puede mejorar especialmente en las escuelas y por supuesto en las consultas médicas. Los médicos de cabecera deben recibir mayor formación para reconocer este tipo de desórdenes.

P.M: Podría añadir algún otro tipo de información sobre este tema que sea de interés para los psicólogos españoles?

W.V: Claro que sí. La Psicología está siendo cada vez más una profesión de la mujer. Por lo tanto, de cara a los trastornos alimenticios, las psicólogas pueden enfrentarse con algunas cuestiones personales como si el paciente fuese un espejo reflectante de ellas mismas. Las psicólogas deben estar atentas a esto porque puede darse una sobre identificación con el paciente o su contrario: rechazo. Los desórdenes alimenticios tienen también una fuerte connotación cultural y por lo tanto pueden ser considerados como espejo de la sociedad actual.

Fuente: www.cop.es/infocoponline 11-feb-2005