

Que son los trastornos del comer?

Los trastornos del comer son enfermedades conductuales producidas por una compleja interaccion de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genetica o biologica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesion con la delgadez.

Los trastornos del comer generalmente se categorizan como bulimia nerviosa y anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa, que es mas comun, describe un ciclo de atascamiento y de purgacion. Anorexia nerviosa es un estado de inanicion (hambre) y emaclacion, que puede ser realizado con seguir una dieta severa o con purgar.

Bulimia y anorexia comparten características comunes: la depresion, la ocultacion y una obsesion con la perdida de peso, pero difieren en gravedad, rasgos de personalidad y en otros factores. Estos no son trastornos nuevos. Las descripciones de autoinanicion se han encontrado en redacciones medievales y anorexia nerviosa fue definida por primera vez como un problema medico en 1873.

Anorexia nerviosa :

Personas con anorexia nerviosa se vuelven enflaquecidas al punto de inanicion, perdiendo por lo menos 15% a un maximo de 60% del peso corporal normal. Las motivaciones primarias de su repulsa para el comer son un temo abrumador de estar sobrepeso junto con una imagen distorcionada de sus propios cuerpos. Aun cuando se vuelven enflaquecidas, las mujeres con anorexia a menudo todavia estan convencidas de que estan sobrepeso. Los alimentos se convierten en el enemigo; un investigador describe la anorexia como la fobia del peso. La mitad de estas pacientes reducen sus pesos al restringir severamente sus dietas y se conocen como anorexicas restrictoras; la otra mitad, las pacientes anorexicas bulimicas, mantienen la emaciacion a traves de la purgacion. Aunque ambos tipos son graves, el tipo bulimico, que impone estres adicional a un cuerpo desnutrido, es el mas dañoso.

Quien contrae los trastornos del comer?

Sexo y edad

La estimulacion de la prevalencia de ambas bulimia y anorexia en los Estados Unidos fluctuan de 2% a 18%. La gran mayoria de pacientes—cerca de 90%—son mujeres. Aunque solo 10% de adultos con anorexia son hombres, sus numeros estan incrementando; en los niños, 25% son niños. Factores de riesgo para hombres, incluyendo un autoestima pobre y un incidencia mas alta de lo normal de los abusos fisico y sexual durante la niñez, son similares a los factores de riesgo para mujeres. Contrario a la opinion popular, la homosexualidad no es un factor de riesgo. Los hombres son mas aptos para ocultar un trastorno del comer que las mujeres, haciendo el tratamiento mas dificil porque la enfermedad puede estar bien avanzada cuando se diagnostique. También puede ser no reportada lo suficiente. Es mas, un estudio sobre hombres mayores de edad encontro que un 11% tenían alguna forma de trastornos del comer que dio lugar a la mainutricion.

Anorexia nerviosa es la tercera enfermedad cronica mas comun en mujeres adolescentes y se estima que ocurrira en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. Generalmente ocurre en la adolescencia, aunque todos los grupos de edades son afectados, incluyendo ancianos y niños tan pequeños como de seis años. Una encuesta reciente de estudiantes en quinto y sexto grado reporto que el 73% de las niñas y el 43% de los niños querian estar mas delgados y el 10% del grupo expreso actitudes desordenadas hacia el comer.

Geografia y etnicidad. Los trastornos del comer no se limitan a los Estados Unidos; tazas son comparables en otros paises desarrollados.

Por ejemplo, mujeres noruegas tienen un riesgo de toda la vida de 1.6% para bulimia y un 0.4% para anorexia. Trastornos del comer son raros en países menos desarrollados. Cerca del 94% de las personas con anorexia son blancas. Cuando aparece en las poblaciones no blancas, no existen diferencias en las características de la enfermedad. Vivir en la ciudad es un factor de riesgo para la bulimia pero no para la anorexia.

Atletas y bailarines

Las atletas y las bailarinas femeninas se enfrentan con gran riesgo para la anorexia. El éxito actual en el ballet, por ejemplo, depende del desarrollo de un cuerpo flexible y sumamente esbelto. En atletismo, las mujeres en los deportes de apariencia, incluyendo la gimnasia y el patinaje de formas (figure skating), y los deportes de resistencia como las carreras y las carreras a campo traviesa están en un riesgo particular. Las estimaciones para los episodios de los trastornos del comer entre tales atletas corren tan altos como 60% a 70%. Tales personas firmemente competitivas generalmente son perfeccionistas, un rasgo común entre las personas con trastornos del comer. Esta lucha por la mejora constante aparece en sus hábitos dietéticos así como en sus desempeños atléticos o del baile. La anorexia también prosopone la pubertad, haciendo que las atletas femeninas jóvenes retengan una forma muscular del niño, o sea sin la acumulación normal de los tejidos grasos en los senos y en las caderas, lo cual puede mitigar su borde competitivo, los entrenadores y los maestros a menudo multiplican el problema al alentar una cuenta de calorías y pérdida de los tejidos grasos y al excesivamente controlar las vidas de los atletas. Algunos son hasta abusivos si sus atletas se pasan del límite de peso y los humillan en frente de los demás miembros del equipo o les imponen castigos.

El problema en los deportes, así como en otras áreas de la cultura, existe principalmente en las mujeres. Los hombres a riesgo parcial o para una dieta excesiva incluyen los luchadores y los remeros de peso pluma.

Aunque los atletas masculinos pueden conseguir una dieta tan restrictivamente como las mujeres durante una temporada de deportes, los hombres son más aptos para resumir los modelos de comer normales una vez que la temporada haya concluido.

Que causa los trastornos del comer?

Causas que provocan los trastornos del comer.

No hay una causa única de los trastornos del comer. Un número de factores, incluyendo las presiones culturales y familiares, los desajustes químicos y emocionales y los trastornos de la personalidad, colaboran como gatillos para ambas la anorexia y la bulimia, aunque cada tipo de trastorno es determinado por diferentes combinaciones de estas influencias.

Tipo de trastornos de la personalidad. Las personas con trastornos del comer comparten ciertos rasgos: tienen miedo de perder el control y de engordar y tienen una autoestima baja. Tanto personas con anorexia como personas con bulimia tienden tener dificultad identificando y comunicando sus emociones. Estudios indican que mujeres con trastornos del comer tienen menos interés en el sexo que la población general y que las mujeres anoréxicas también eran menos probables de estar involucradas en una relación íntima. Aunque los resultados son polémicos, algunas investigaciones han encontrado dos tipos de trastornos de la personalidad entre los subgrupos de las personas con anorexia.

Algunos estudios definen a cerca de una tercera parte de los anoréxicos restrictores como personalidades evasivas. Las personas con anorexia tienden ser perfeccionistas y estar inhabitadas emocionalmente y sexualmente. También con frecuencia tienen una reducida vida de fantasía (sexual) que las personas con bulimia o sin trastornos del comer. Rara vez se rebelan y son percibidas generalmente como siempre siendo buenos. Una experta describió a una de sus pacientes como careciendo completamente un sentido de sí—mucho más allá de una autoestima baja. Por que carecen un sentido fuerte de identidad, personas con anorexia son sumamente sensibles al fracaso y toda crítica—no importa que tan leve sea—refuerza su propia creencia de

que no son buenos.

Alcanzando la perfección, con todo lo que implica, equivale a siendo amado. Para la persona con anorexia esto significa volviéndose libre de problemas y necesitando nada (incluyendo la comida). Como parte del equipaje de la perfección está una imagen ideal de delgadez que nunca podrá ser atendida, porque la persona con anorexia nunca se verá perfecta. Cuando el fracaso inevitable llega, como lo hará cuando el paciente anoréxico fracase en alcanzar la perfección y entonces el amor y la aprobación total y absoluta de su familia y amigos, este proceso se convierte en un acto de venganza silenciosa: ¿ven? Estoy desapareciendo lentamente y ustedes estarán muy tristes cuando y no este.

En contraste, sin embargo, casi 40% de las personas que tienen anorexia bulímica—quienes pierden peso con atascarse y purgarse—son personalidades dudosas. Tales personas tienden tener estados de ánimo, modelos de pensamiento, comportamiento y autoimágenes inestables. No pueden estar solas y exigen la atención constante. Las personas con personalidades dudosas se han descrito como causar caos a sus alrededores mediante el uso de armas emocionales como berrinches, amenazas de suicidio e hipocondría. Idealizan a las personas y a menudo son decepcionadas y rechazadas. Una investigación ha indicado que la gravedad de este trastorno de la personalidad predice la dificultad en tratar bulimia y puede ser más importante que la presencia de los problemas psicológicos, como la depresión.

Trastornos psicológicos. Los trastornos del comer con frecuencia están acompañados por la depresión, trastornos de la ansiedad o ambos. Si la depresión o la ansiedad son causas o resultados reales de la anorexia tienen fobias sociales—el temor de ser escrutado y humillado públicamente. Sin embargo son aún más propensos al trastorno obsesivo-compulsivo. Un estudio sobre OCD informó que ocurría en un 83% de pacientes anoréxicos aunque otros estudios han encontrado una tasa mucho menor. Las obsesiones son imágenes mentales, pensamientos o ideas recurrentes o persistentes, que pueden dar lugar al comportamiento compulsivo—un comportamiento repetitivo y rígido y rutinas autoprescritas que son concebidas para prevenir la manifestación de la obsesión. Mujeres con anorexia pueden volverse obsesionadas con el ejercicio, el estar a dieta y con la comida.

A menudo desarrollan rituales compulsivos por ejemplo pesando cada pedacito de comida, cortándola en pedazos diminutos o poniéndola en envases pequeños. Aunque pueden reconocer que estos pensamientos obsesivos y modelos de comportamiento ritualizados no tienen sentido y que son excesivos y hasta peligrosos, no pueden detenerlos a pesar de sus esfuerzos estenuados para ignorar o suprimir estos pensamientos y acciones.

Entre el 40% a un 80% de todos los pacientes con trastornos del comer experimentan la depresión. Algunos expertos reclaman que la depresión no desempeña una función causal, particularmente en la anorexia, porque los trastornos del comer rara vez se curan cuando la medicación antidepresiva se da como el único tratamiento y la gravedad del trastorno del comer no se correlaciona con la gravedad de ninguna depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después que los pacientes anoréxicos empiezan a subir peso. Por otro lado, estudios han descubierto cantidades bajas de ciertos neurotransmisores—mensajeros químicos en el cerebro—en algunas personas con anorexia y bulimia severa, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión y las anomalías de la serotonina se ven en las personas con el trastorno obsesivo-compulsivo. Un enlace interesante es el carácter estacional; el mes de apogeo para el inicio de la anorexia es mayo, el cual también es el mes de apogeo para el inicio de la depresión y el suicidio.

Si en realidad causan o no los trastornos del comer, la ansiedad y la depresión hacen a una persona más susceptible a los sentimientos de autoestima baja, con certeza contribuyen al desarrollo de los trastornos del comer.

INFLUENCIAS CULTURALES

La autoinanicion ha sido observada en muchas culturas y a traves de la historia, algunos expertos de Asia han sugerido que medicos y psiquiatras occidentales no deben limitar sus pensamientos sobre los motivos psicologicos de anorexia a un simple miedo de aumentar de peso. La cuestion puede correr mucho mas profunda. Sin embargo, las presiones socioculturales occidentales sin duda desempeñan una funcion principal en el desencadenamiento de muchos casos tanto de anorexia como de bulimia nerviosa. Cuando uno incluye el atascamiento que conduce a la obecidad como un tercer trastorno del comer, se vuelve indiscutible que el comportamiento insalubre del comer es epidemico en los Estados Unidos. Una profusion de anuncios propagan programas para la reducci3n de peso, mientras que otros venden cusquerias (comidas insalubres como comidas grasosas, papitas, golosinas, etc) y propagan una vida sedentaria.

La ropa esta diseñada y modelada para cuerpos delgados a pesar del hecho de que pocas mujeres pueden usarlas con exito. Las mujeres jovenes mas a riesgo de estas presiones culturales son aquellas cuyos sentidos de autoestima se basan en la aprobacion externa y en la apariencia fisica, pero pocas mujeres son inmune a estas influencias. Un estudio en Carolina del sur informo que dos terceras partes de los estudiantes de escuela secundaria estaban a dieta, aunque solo 20% en realidad estaban sobrepeso. Otros estudios informan que un 79%de mujeres estudiantes de universidades se han atascado y que mas de la mitad de las mujeres en los Estados Unidos estan a dieta. En un estudio de como niñan comian antes y después de la pubertad, las niñan mas jovenes comian cantidades de comidas de comidas apropiadas a sus pesos corporales, estabn satisfechas con sus cuerpos

Y la depresion estaba asociada con un consumo de comida menor. Después de la pubertad, las niñan comian casi tres cuartas partes de la comida recomendada, tenían una autoimagen mas pobre y la depresion incrementaba con consumo de comidas mayores. Estas no eran niñan con trastornos del comer, pero el estudio indica como esta edad vulnerable puede hacer los adolescentes susceptibles a los factores que causan los trastornos del comer.

INFLUENCIAS FAMILIARES

Es evidente a muchos expertos que los factores emocionales negativos en la familia y en otras relaciones intimas desempeñan una funcion principal en el desencadenamiento y perpetuacion de los trastornos del comer. Algunos estudios han encontrado que las madres de anorexicos tienden estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos, mientras que madres de bulimicos son criticonas y desinteresadas. Aunque las madres pueden tener una influencia fuerte en sus hijos con trastornos del comer, los estudios también han indicado que los padres y los hermanos que también son excesivamente criticones puede desempeñan una funcion principal en el desarrollo de anorexia en las niñan. Un estudio sugiere que las personas que tienen una imagen distorsionada de sus cuerpos son mas probables de haber carecido de afecto fisico cuando niñan. Mujeres con trastornos del comer tienen una incidencia mayor de abuso sexual que la poblacion general pero no mas alta que las personas con el trastorno de depresion.

FACTORES GENETICOS

Parece que hay un riesgo hereditario tanto para bulimia como para anorexia. La anorexia es 8 veces mas comun en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente lo que el factor heredado puede ser. Muchos anorexicos tienen un metabolismo mas rapido que las personas normales, quizia dificultando mas el subir de peso. Esta propension genetica hacia la delgadez acompañada de factores culturales y psicologicos podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia. Algunos expertos creen que las personas anorexicas heredan una cantidad extraña de narcoticos naturales llamados opioides, los cuales son descargados en condiciones de inanicion y que promueven una adiccion al estado de hambre. Otros rasgos hereditarios que pueden contribuir al desarrollo de anorexia pueden ser un trastorno de la personalidad comun, una vulnerabilidad a un trastorno emocional como la depresion o el trastorno obsesivo-compulsivo, o una

propension para la obesidad que puede promover una dieta compensatoria.

SINTOMAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

El sintoma basico de la anorexia es la perdida de peso mayor causada por seguir dietas excesivas y continuas. La emaciacion puede seguir ya sea el seguir una dieta restrictiva, o el atascamiento y purgacion. El ser vegetariano/a puede ser una mascara para anorexia si alguien ha dejado de comer carne solamente para evitar grasa en vez de por otros motivos como el amor por los animales. Si una dieta vegetariana coincide con una perdida de peso rapida y si la persona esta evitando ciertas comidas como tofu, nueces y productos lacteos que contienen aceites y grasas, el comportamiento anorexico debe ser sospechado. En las mujeres, la menstruacion puede ser infrecuente o estar ausente. A menudo, el hacer ejercicios compulsivamente acoplado con la emaciacion conduce a problemas ortopedicos, particularmente en bailarines y atletas; esto puede ser el primer signo de dificultad que obliga a un paciente a buscar ayuda medica. Con el tiempo, la capacidad para hacer ejercicios es impedida. La piel puede estar seca y cubierta con pelo fino y los pacientes pueden experimentar la perdida de cabello. Los pies y las manos pueden estar frios o a veces hinchados. El estomago a menudo es afectado después de comer. El pulso puede ser lento y la presion arterial baja. Pensamientos pueden ser confusos o desacelerados y un paciente anorexico puede tener una memoria pobre y carecer de juicio.

QUE ES LA ANOREXIA?

EL ALIMENTO COMO ARMA

Trastorno psicopatologico cuyo sintoma es el del rechazo a la comida por un terror a engordar. Este comportamiento lleva a una perdida de peso considerable y a quienes lo padecen a una imagen corporal distorsionada.

En la mayoria de los casos la paciente se ve y se siente gorda.

La anorexia presenta perdida de peso considerable que la lleva a la amenorrea con ausencia de mas de tres menstruaciones seguidas, ya que esta involucrado el eje hipotalamo hipofiso gonadal..

En el varon se manifiesta como perdida de interes sexual y disminucion de potencia.

me veo gorda, hoy no como

la imagen interna que la anorexica tiene de su cuerpo, esta dominada por una autopercepcion distorsionada. El cuerpo que ella ve en el espejo no es el que los demas ven. El que ella tiene en su mente esta repleto de rollos y acumulaciones de grasa en las zonas definidas como femeninas. La carga que lleva es la de la gordura imaginada, un estigma que la atormenta. Por lo tanto, es la unica que puede mejorar su cuerpo, dejando de comer, alejandose de todo alimento.

La familia de las pacientes anorexicas es sobreprotector, con expectativas personales muy altas, gran necesidad de aprobacion externa y falta de respuesta a las necesidades internas. Los padres suelen ser perfeccionistas y escrupulosos.

Las jovenes son inicialmente hijas modelo, dociles y colaboradoras, hasta que aparece la anorexia. Al entrar en la adolescencia y comenzar a ser mas autonomas, para afirmar su identidad, el proceso se dificulta. Sienten que no tienen poder sobre su cuerpo, que son ineficaces y poco valiosas. Aparecen problemas en la etapa de separacion e individuacion de las jovenes. Su anorexia se inscribe entre las dificultades para lograr identidad propia dentro de una familia muy opresora.

Los familiares de la paciente suelen presentar alianzas encubiertas, alternando respuestas, la culpa y la

irresolucion frente a los conflictos habituales de la adolescencia. La sobre proteccion retarda el seguimiento de actividades de los hijos fuera del hogar, reduciendo su autonomia. En muchos casos, la anorexia sirve para disimular o emparchar alguna interrelacion familiar tensa. La rigidez de estas familias les impide articular alternativas para enfrentar situaciones nuevas tales como la autonomia de los hijos que pueden hacerla sentirse amenazada, mientras que una hija enferma sera aglutinante para sus miembros que podran permanecer juntos.

La familia niega la existencia del conflicto, rehusa discutirlo, profundizarlo. En muchos casos, es la paciente la que actua como prenda de paz, entre los miembros mas agresivos. Los padres definen a la hija enferma, como el unico problema que tiene la familia.

Instalada la enfermedad la paciente se ve frente a una alternativade hierro, morirse de verguenza (su asco a la gordura imaginaria) o morirse de hambre. Se siente amenazada su autoestima y su control sobre el mundo. Una preocupacion intensa sobre su cuerpo le permite fantasear que podría controlar todo lo negativo, que percibe en su medio, controlando su peso.

En el caso de la anorexia no hay sintomas, ni malestar, ni fiebre, ni dolores. La perdida de peso, alarma a la familia que demanda que la anorexica se alimente. Las pacientes anorexicas, con su temor y horror a la gordura imaginada, redoblan sus esfuerzos para bajar de peso, apelando a diureticos e inhibidores de apetito. Deambulan por los consultorios sin que los medicos puedan, a menudo, reconocer la etiologia de este trastorno.

LA CAJA BOBA

Los medios de comunicacion presentan la imagen ideal, a la que se llega con dietas o comidas y gimnasias especiales. Acceder a ser hermosos y perfectos, puede resultar para adolescentes una meta tan abarcativa que comienzan sin guia profesional alguna, a privarse de alimentos y a exagerar los deportes, concentrando todo su esfuerzo en recrear la imagen de su idolo, delgadísimo e inalcanzable.

Son multiples los recorridos por consultorios y gimnasios. El consumo demproductos adelgazantes de venta libre, que los pacientes con trastornos en la alimentacion realizan, fracasando y haciendo fracasar, muchas veces, con sus intentos de achicar un cuerpo que rechazan por voluminoso. Teniendo como ideal, un cuerpo magro, con importantes desarrollos musculares, obteniendo a cualquier costo, promovido por fuertes valores sociales.

Pero de que cuerpo se trata? El que se ve en el espejo? El que miran los demas? El que no entra en los talles unicos, molde en el que habria que entrar mas alla de cualquier particularidad fisica que no concuerde con el tamaño establecido para todos, o correr el riesgo de quedar encasillado dentro de los talles especiales?

Que diferencia hay entre el cuerpo biologico y el cuerpo psicoanalisis?

Sabemos que hay un cuerpo que se puede conocer desde la anatomofisiologia, discripto detalladamente en cada una de sus partes, con sus correspondientes denominaciones.

Frente a ellas, una persona podría reconocerse perteneciendo a su especie. Pero, que sucede con el cuerpo sentido, vivido, marcado por diversas experiencias?

Una amiga le dice a la otra: Que bien se te ve, estas esplendida!y aquella responde: Eestas loca?, no me aguanto así de gorda, no salgo a la calle, nada me queda bien, no quiero que me vean....

Como podriamos entender estas diferencias? De que imagen del cuerpo se trata?

QUE ACTITUDES FRENTE A LOS ALIMENTOS NOS PUEDEN HACER SOSPECHAR DE UN

TRASTORNO ALIMENTARIO?

- Cocina para los demás, pero no prueba ni come lo que cocino.
- Colecciona recetas de cocina.
- Realiza regímenes alimentarios extraños y muy estrictos.
- Continuamente se encuentra a dieta autoimpuesta.
- Come solo.
- Se prepara las comidas de manera muy especial (sin sal, o sin condimentos, o sin aceite).
- Paulatinamente ha eliminado alimentos de su dieta, transformándola cada vez en una alimentación muy estricta y monótona.
- Si come lo que considera mucho, lo compensa con actividad física o algún método de purga.
- Pasa muchas horas, incluso días, sin comer.
- Los horarios habituales de comidas de la familia los ocupa con actividades para evitar sentarse a la mesa.
- Esconde comida o come a escondidas. Se pueden encontrar restos de comida o envoltorios o envases de alimentos en lugares no habituales.
- Se levanta a la noche a comer.
- Después de comer se encierra en el baño, sin motivo aparente.
- Tiene cólicos y diarreas frecuentes.
- Conoce a la perfección el valor calórico y nutricional de los alimentos.
- Tiene pérdida de peso significativa aunque aparente (o mencione) comer.
- Su vida gira alrededor de la comida.

RIESGO DE MUERTE

Muchos estudios de grupos de pacientes anoréxicos han encontrado tasas de mortalidad que varían de 4% a 20. Debe notarse que el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando el peso es menos del 60% de lo normal. Algunos de estos estudios incluyen la muerte por suicidio, que se ha calculado comprender la mitad de las defunciones en anorexia. (unos pueden razonablemente considerar todos los casos de anorexia como intentos suicidas). El riesgo para la muerte prematura es dos veces más alto en bulímicos anoréxicos así como en los tipos que restringen sus dietas. Las personas en mayor riesgo también incluyen a las que han estado enfermas 6 años, quienes estaban obesas antes de que se volvieran anoréxicas, tenían trastornos de la personalidad y matrimonios disfuncionales. Los hombres están a un riesgo particular para los problemas médicos potencialmente mortales, probablemente porque son diagnosticados más tarde que las mujeres, ya que el problema es menos probable de ser reconocido en ellos.

TRATAMIENTO EN ANOREXICAS

Se realizan reuniones grupales de corte psicoeducacional con el objeto de informar a las pacientes de las características de la enfermedad, sus causas, sus consecuencias, los riesgos a que se exponen, los límites biológicos para mantener una disminución excesiva de la alimentación y un peso exageradamente sin enfermar, lo receptivas que son a las influencias socioculturales; sobre cada uno de estos temas se realiza una discusión abierta que permita un mayor conocimiento y refuerce la alianza de las pacientes entre sí y con el equipo terapéutico. Pueden efectuarse reuniones similares con la participación de los familiares significativos a fin de interiorizarlos de la problemática y optimizar su colaboración.

La dificultad para poder expresar pensamientos y sentimientos es frecuente en pacientes con trastornos alimentarios. Con la ayuda de un terapeuta corporal, se trabaja grupalmente sobre la distorsión de la imagen corporal y en la búsqueda de lograr que reconozcan sus emociones habitualmente ignoradas y, así, pueden lograr un mejor control de sus impulsos. Un paso posterior en el trabajo corporal, es el encuentro con el propio cuerpo como fuente de placer.

El psicodiagnostico se implementa con objetivos diagnosticos y terapeuticos.

Instalado un cambio suficientemente razonable en el plano alimentario, comienza el segundo momento terapeutico dirigido a revisar las características estructurales que dieron origen a la sintomatología y a la resolución de las alteraciones psicológicas sobrevenidas como consecuencia de la enfermedad.

El trabajo psicoterapeutico individual y/o grupal ocupa ahora el centro de la escena. El objetivo primordial es lograr que las pacientes encuentren soluciones reales a los cambios en su vida, sin la pseudosolucion que representa la alteracion de la alimentacion. De considerarse útil la realizacion de tratamiento tanto individual como grupal, la presencia del mismo terapeuta en ambas tareas, disminuye sensiblemente las deserciones que son un problema retirado durante esta fase.

La inclusion de un terapeuta familiar se hace necesaria si hay problemas psicopatologicos en los familiares significativos para la paciente que incidan en el desarrollo de su enfermedad.