

Bulimia

Motivación y Emoción

INDICE

DEFINICIÓN Y SÍNTOMAS 3

- Definición de bulimia 3
- Síntomas de la bulimia 3

FACTORES QUE PREDISPONEN LA APARICIÓN DE LA BULIMIA 5

- Factores fisiológicos 5
- Factores sociales 7
- Factores familiares y de personalidad 8

FACTORES PRECIPITANTES 10

ROMPER CON EL CICLO 11

ESQUEMA DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA BULIMIA (ciclo bulímico) 14

BIBLIOGRAFÍA 15

DEFINICIÓN Y SÍNTOMAS

- Definición de Bulimia
 - ◆ **Bulimia:** Como síntoma, describe episodios incontrolables de comer en exceso. Como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. El sujeto siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Una vez que termina de comer, al paciente le invaden fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa. Ello le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose el vómito entre otras estrategias.
 - ◆ Galeno describió ya la "kynos orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica. A finales de los años 70 fue descrita y traducida como el síndrome de purga y atracones o bulimarexia. Aparece por primera vez en 1980 con la denominación de bulimia y, finalmente se adopta el término de bulimia nerviosa en 1987.
- Síntomas de la bulimia
 - Episodios recurrentes de atracones de comida.
 - Una sensación de pérdida del autodomínio durante los atracones de comida.
 - El uso regular de vomito autoinducido, laxantes o diuréticos, dieta estricta o ayuno, o ejercicio muy

energético para evitar el aumento de peso.

- Un mínimo de dos episodios de atracón de comida a la semana durante al menos tres meses.
- Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal. Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles, porque se ven diferentes.
- Antecedentes de dietas frecuentes. Muchos estudios han revelado que casi todas las personas que desarrollan bulimia han realizado frecuentes intentos de controlar su peso.
- Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.
- Excesivo temor a engordar. En un estudio reciente, el 92 por ciento de las pacientes bulímicas encuestadas dijeron que sentían pánico o mucho temor a engordar.
- Comer en secreto o lo más inadvertidas posible.
- Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. Por supuesto, muchas mujeres con anorexia también desarrollarían bulimia

Conductas patológicas	Signos Fisiológicos	Cambio de actitudes
• Preocupación constante de la comida. • Atracónes, forma de comer compulsiva, comer a escondidas. • Miedo a engordar. • Evitar el hecho de ir a restaurantes, fiestas donde se vea socialmente obligado a comer • Visitas al baño después de comer. • Vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y/o diuréticos. • Uso de medicamentos adelgazantes. • Regímenes rigurosos y rígidos. • Abuso de edulcorantes.	• Engrosamientos de las glándulas del cuello. • Pequeñas roturas vasculares en mejillas y debajo de los ojos. • Garganta irritada. • Fatiga y dolores musculares. • Inexplicable pérdida de piezas dentarias. • Oscilaciones en el peso (de 5 a 10 kg)	• Cambio de carácter. • Severa autocrítica. • Necesidad de recibir la aprobación de los demás. • Cambios de autoestima en relación al peso corporal.

FACTORES QUE PREDISPONEN LA APARICIÓN DE LA BULÍMIA

- Factores fisiológicos

♦ Neurofisiología de la alimentación

La conducta alimentaria, a nivel neurofisiológico, se ve regulada mediante el sistema nervioso central que envía señales de hambre o saciedad según la necesidad del organismo. En un sentido amplio se manejan dos tipos de información: una que regula la alimentación a corto plazo (regulación alimentaria) y otra a largo plazo manteniendo depósitos de nutrientes (regulación nutricional).

La regulación alimentaria está determinada por varios factores que producen la inhibición del centro del hambre:

- El llenado gastrointestinal envía señales inhibitorias (insulina y glucagón).
- La llegada de grasas al duodeno produce la liberación de colecistoquinina (señal inhibitoria).
- La medición de la cantidad ingerida por receptores orales (masticación, deglución, salivación y degustación)

La regulación nutricional está relacionada con los niveles de glucosa, aminoácidos y lípidos en sangre, dado que al estar disminuidos producen una disminución de la frecuencia de descarga por parte de neuronas especializadas en el centro de la saciedad y un aumento en el del hambre. Esta regulación está dada por un efecto retroinhibitorio.

La mecánica real de la alimentación (salivar, masticar y tragar) está controlada por centros del tallo encefálico, específicamente en el rinencéfalo y en la sustancia reticular (responsable de la fase inicial de la conducta alimentaria).

Por otra parte la regulación de la cantidad de alimento está mediada por el hipotálamo dado que en el núcleo ventromedio hipotalámico se encuentra el centro de la saciedad, y que en el área hipotalámica lateral se encuentra el centro del hambre.

Los centros hipotalámicos reciben estímulos periféricos entre los que se encuentran los metabólicos (gobernados por el estado nutricional del organismo), los psico-sensoriales (sabor, gusto, olor y aspecto de la comida) y los interceptivos (gobernados por la

necesidad nutricional de órganos internos).

Estos centros controlados mediante mecanismos rinencefálicos y corticales aseguran la homeostasis del medio interno por un mecanismo de retroalimentación (feed-back) en el que la satisfacción inhibe la pulsión de hambre y viceversa.

La homeostasis del organismo es probablemente controlada por neurotransmisores que controlan los signos de hambre y saciedad de una manera concertada con otros estados del paciente como por ejemplo el humor, obsesión, entre otros.

La serotonina es un neurotransmisor que se encuentra en los núcleos del rafe medio del tronco encefálico abarcando muchas regiones cerebrales entre las que se destacan las astas dorsales de la médula espinal y el hipotálamo.

Diversos trabajos han demostrado que la serotonina (5-HT de 5 Hidroxi-Triptamina) tiene relación con los estados de saciedad y gobierna, con otros neurotransmisores como la nor-epinefrina (nor-adrenalina) y la dopamina el estado de ánimo.

Por su estrecha relación con el estado de saciedad, la serotonina al encontrarse en niveles bajos provoca hambre, y por el contrario al encontrarse en niveles altos provoca saciedad. Este es un modelo simplificado, puesto que los signos de hambre o saciedad

probablemente estén gobernados por varios neurotransmisores que actúan de manera concertada para dar la sensación de necesidad o no de alimentación.

Una actividad anormal de la 5-HT, o una desregulación de la misma, pueden contribuir a causar conductas psicopatológicas como impulsabilidad, obsesión y cambios del humor en los pacientes.

Teóricamente, en la bulimia nerviosa se encuentra que la actividad de la 5-HT está disminuida, mientras que en la anorexia nerviosa, por el contrario, se encuentra aumentada.

Un punto a resaltar sobre la serotonina es que su precursor es el triptofano (Trp) el cual es un aminoácido esencial, por tanto no puede ser sintetizado por el organismo, sino que debe ser obtenido de la dieta. Cuando el organismo recibe una dieta deficiente en

Trp, se nota una disminución en la relación de la concentración de éste con la suma de otros aminoácidos neutros grandes, lo que trae aparejado una disminución de su llegada al cerebro y de la síntesis de 5-HT.

Otro factor a tener en cuenta es que los patrones en la alimentación de pacientes con desórdenes alimentarios están influenciados por la variación estacional, debido a los cambios en la disponibilidad de luz y cambios de temperatura. Esto podría estar relacionado

con una disminución de la llegada del Trp a cerebro.

En la actualidad se encuentra en investigación la influencia de los neuropéptidos Y y YY que producirían la estimulación de la ingestión de alimentos.

♦ Vulnerabilidad biológica

La influencia de una vulnerabilidad biológica puede incluir factores genéticos. Predisposiciones genéticas son producidas por condiciones adversas de una alimentación inadecuada y por el estrés. En las hermanas de pacientes con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa se observó que en un 30% de los casos pueden llegar a padecerla (K. Halmi 1994).

♦ Predisposición genética a desórdenes de la alimentación

Hay suficiente evidencias para afirmar que los desórdenes de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad) poseen un componente que corresponde a la herencia, además de otros componentes externos tales como las influencias sociales, familiares, profesionales, etc. La determinación de los genes responsables llevarán al desarrollo de campañas preventivas más efectivas y de nuevos tratamientos alternativos.

♦ Componente genético de los desórdenes alimentarios

Una de las evidencias de que los desórdenes alimentarios tienen un componente genético es su susceptibilidad hereditaria, es decir, se encuentran más frecuentemente en determinados grupos familiares. Se pueden realizar estudios de riesgo relativo a poder desarrollar una de estas patologías arrojando como resultado que la bulimia nerviosa tiene un riesgo relativo de 9,6 y la anorexia nerviosa de 4,6 (los valores son tomados de la tabla realizada por Rieder et al). El cálculo del riesgo relativo (en porcentaje) se realiza sobre parientes cercanos (1er. Grado) de la persona enferma en el tiempo de riesgo de contraer la enfermedad. Estudios recientes muestran, para pacientes con anorexia nerviosa, un riesgo relativo de 13% para depresión mayor y de 8% para desorden bipolar o esquizoafectivo para parientes de 1er. Grado (Gershon et al 1984).

Por otro lado, en estudios realizados con gemelos monocigotas se han evidenciado altas frecuencias de concordancia en la aparición de anorexia por lo cual se puede concluir que existe un componente heredable de esta enfermedad. Estos resultados no son concluyentes por tener una varianza considerable.

• Factores sociales

Una de las imposiciones culturales mas perniciosas ha sido el mandato terminante de hacer dieta y controlar

estrictamente el peso para satisfacer normas irreales de delgadez. Muchas mujeres jóvenes se encuentran dominadas por un ideal de cuerpo que no coincide con las formas reales que posee la mayoría en nuestra sociedad.

Como consecuencia de ello muchos jóvenes entre los 15 y los 26 años están insatisfechas con su silueta, y se sienten culpables de comer aunque sean porciones razonables. Se someten así a dietas desbalanceadas y sin control médico que pueden desembocar directamente en una serie de síntomas, como comer por atracones y sufrir abruptos cambios en el estado anímico. El ideal de delgadez extrema ha penetrado, tanto en nuestro sistema de valores, que mucho de los síntomas de los desordenes de la alimentación no son considerado anormales para la gente común. Se ha demostrado, por ejemplo, que este tipo de trastornos no se desarrolla solo en personas con perturbaciones de personalidad o problemas familiares.

Dadas las presiones culturales para conseguir o mantener la delgadez, no es difícil de entender como muchos mujeres, especialmente las inseguras, llegan a la conclusión de que sus fracasos personales están relacionadas solo con su peso. O que ser absolutamente flacas puede mejorar probablemente su autoestima.

• **Influencia de la moda**

Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad –entre los 12 y los 25 años– dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. "Desde muy jóvenes –expresa el Dr. Olkies– las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida". Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del "genero". Si te encuentras entre ellos estas IN, en caso contrario, pasa a formar parte de los OUT.

La vida continua sugiere otras referencias. En contraposición a la delgadez de las modelos, que se transforman en ideal, recientes investigaciones han dado cuenta de que en la ultimas tres décadas el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así, la delgadez se transforma mas que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación.

• **Influencia de los medios de comunicación:**

Adelgazar sin esfuerzo. También contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud). Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: "fast food", gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante. Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta trampa que le tiende la cultura reinante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimentario. El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo. Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras. De hecho, mas allá del trabajo de médicos, psicólogos, nutricionistas y educadores para esclarecer e informar, ya se ven algunos intentos como por ejemplo la firma de ropa SAIL que incluye en sus campañas gráficas o televisivas advertencias sobre estas enfermedades.

• **Factores educativos**

La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por contra la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes. Por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

- Factores familiares y de personalidad

Consideramos que la familia, específicamente el medio familiar, establece no sólo el sostén de los trastornos de anorexia y bulimia nerviosa, sino que se estructuran de modo tal que constituyen un elemento fundamental de su génesis.

La información de la primera infancia nos permite ubicar un lugar esencial, y las modalidades particulares de comunicación de una determinada familia, en un momento particular de su historia, nos darán sin lugar a dudas las claves del desencadenamiento y desarrollo de la enfermedad.

En los estudios de los aspectos familiares nos centramos en una primera etapa en el análisis del vínculo y el rol materno. Las madres son descritas de un modo que puede ser contradictorio, por un lado se nos aparece como un personaje fuerte, rígido, dominante, pero al mismo tiempo poco cálido. Por otro lado se revela la importancia de manifestaciones de tipo depresivas en un alto porcentaje de estas madres donde las amenazas y tentativas de suicidio aparecen con frecuencia, en más de un 60% de las pacientes tratadas hemos notado que en los primeros años de su desarrollo evolutivo éste estado depresivo materno impidió esa empatía necesaria entre la niña y su madre, especialmente en el período de lactancia.

Esta contradicción es sólo aparente, ya que su posición dominante y rígida de carácter encubren a una madre deprimida, que se percibe a si misma como débil, desbordada y desvalorizada.

Dentro de esta perspectiva debemos considerar qué lugar ocupa cada uno en la problemática vincular del otro, al respecto es la anoréxica quién va ocupar un lugar particular en la madre. La investidura maternal es de naturaleza narcisista y valoriza principalmente de la niña performances socialmente reconocidas pero que irían en detrimento de todo aquello que es más personal, pulsional y afectivo. Esta sobre investidura aparente de la niña contrasta en definitiva con el carácter frustrante de la madre, su falta de afecto o bien su incapacidad para transmitirlo y lo que es más manifiesto, su insatisfacción permanente.

Dentro de este grupo de madres es frecuente observar como ellas sobrevaloran en los primeros años de vida a su hija para luego constituirse como madres "abandónicas" incapaces de reconocer y valorar el mundo emocional y afectivo de la niña, se sienten frustradas cuando estas no logran todo el esplendor social esperado; se crea así un vínculo de dependencia donde la madre le hace tomar a la niña sus necesidades como propias.

Cuando la paciente avanza en su tratamiento comienza a exponerse el carácter agresivo de la madre debido a que la joven lentamente se aparta del rol esperado por ella, destruyendo de algún modo la relación idealizada y ambivalente que mantenía con ésta; la ambivalencia funciona como un doble consolador, lo que no fue su propia madre o bien como representante de ésta.

En una segunda etapa se enfoca el rol paterno, el cual subraya su carácter borrado, sumiso, demostrando su incapacidad para dar muestras de autoridad, se mantiene frecuentemente excluido de la vida familiar; es particularmente significativo ver que en los meses anteriores al desencadenamiento de la sintomatología anoréxica como el padre presentaría indicios de un estado depresivo, por una modificación en su rol dentro de la dinámica familiar que lo ubica en un punto de mayor invalidez, de desvalorización o de incapacidad para sustentar las necesidades básicas familiares; pareciera ser todo esto un modelo constante. Su identidad está muy mal asegurada y en especial respecto de sus identificaciones femeninas, presentan actitudes que van desde un repliegue sensitivo de fuerte aislamiento de modo defensivo, hasta actitudes más abiertas de

seducción hacia su hija, esta relación padre–hija aparece intimamente correlacionada con la psicopatología de la paciente, más seducción paterna, mayor histeria ligándola a cuadros de bulimia y vómitos, y más el padre actúa la vertiente del repliegue y el aislamiento, mayor predominio de cuadros de anorexia y tendencias esquizos.

En síntesis, hablamos de una familia convencional que sostiene las apariencias a cualquier precio, familias encerradas en sí mismas que temen al mundo exterior unidas por un funcionamiento patológico, que centran toda su voluntad en tratar de evitar conflictos internos e intentando mostrarse como perfectas y en donde la anoréxica o la bulímica, marcan su fracaso.

FACTORES PRECIPITANTES

Los procesos desencadenantes o precipitantes pueden describirse como compuestos por dos fases:

- En la primera fase los síntomas aparecen enmascarados generalmente bajo el pretexto de un régimen de adelgazamiento que en el transcurso del tiempo se va acrecentando, para luego mostrar alteraciones en el humor hacia una conducta más depresiva.
- En la segunda fase comienzan a aparecer las primeras inquietudes de los padres, las cuales son atenuadas por el discurso lógico del adolescente con lo cual son mantenidos bajo control por el mismo. De esta manera, los padres son llevados incidiosamente a hacerse cómplices de la problemática de su hija evitando conflictos con la misma.

♦ Motivador de estos procesos

Los discursos del proceso clínico aparecen como reacción a un acontecimiento o a un cambio en el modo de vida del adolescente como por ejemplo: un viaje, un cambio de residencia o escolaridad, una remarcación del entorno sobre las transformaciones del cuerpo ligadas a la pubertad, una modificación del lazo preferencial que lo unía a algún miembro de la familia como el alejamiento del mismo, o por el contrario una relación amorosa, a veces un duelo, una separación, una seducción o por sobre todo, quizá, una desepción.

En el caso de los accesos bulímicos el desencadenamiento es brutal y estereotipado, los atracones responden pues, a un profundo sentimiento de soledad y de vacío interior que se agrava aún más con los aislamientos que realiza para comer desenfrenadamente, sustentándose en un fuerte desagrado de sí misma, de ineficiencia y autodesvalorización.

En el caso de la anorexia nerviosa, la evolución clínica es más lenta pero su desarrollo encierra complicaciones aún más graves.

Por todo lo expuesto es evidente que los factores son variables y multicausales, pero básicamente es un conflicto el desencadenante.

El hombre atraviesa en su desarrollo distintas etapas evolutivas. En la pubertad y en la adolescencia comienza a predominar la actividad genital y su correspondiente etapa evolutiva. En la anorexia y en la bulimia se observa una incapacidad de asumir el rol genital y las transformaciones corporales de la pubertad, produciéndose un retroceso de la sexualidad tanto en lo pisco como en lo fisiológico. Así, se crea un alto grado de dependencia con sus padres, hasta grados patológicos en los cuales llega a la negación y manipulación del ambiente ocultando de esta manera, su profundo miedo a crecer.

ROMPER CON EL CICLO

Romper con el ciclo de la bulimia es un proceso muy duro y largo; en la mayoría de los caso aún con éste roto, las recaídas son muy frecuentes. Se podría decir que en algunos casos la bulimia se presenta como una

enfermedad "prácticamente" crónica.

El tratamiento más idóneo contra la enfermedad, es la hospitalización, para conseguir radicar la enfermedad de una manera real. Ya que en un hospital es más fácil poder tener controlada a la paciente totalmente, y, evitar así, que esté continúa con las conductas o hábitos perjudiciales.

A todo esto hay que añadir que el primer paso para romper el ciclo, es conseguir que la paciente admita, reconozca o se percate de su situación, es decir, que se de cuenta de que está inmersa, no en un gran problema, sino en una grave enfermedad.

Sí la paciente desea verdaderamente recuperarse, el tratamiento será mucho más eficaz. Por esto es imprescindible el apoyo psicológico y familiar, para conseguir motivar en la enferma el deseo de recuperación.

♦ Criterios de hospitalización

En la actualidad, un alto porcentaje de pacientes con trastornos de su conducta alimentaria, debido a la complejidad y severidad de su sintomatología, requieren de cambios para los cuales el tratamiento ambulatorio resulta insuficiente, y ante esto la decisión más importante radica en hospitalizar o no al paciente.

Esta decisión se fundamenta a partir de la evaluación de distintas variables, tanto médicas como psicoterapéuticas y sociales. Los criterios a seguir son:

- **Médicos:** La pérdida extrema, aquella que mantiene al paciente entre un 25% y un 30% por debajo de su peso normal, creando una situación de alto riesgo para su vida justifica la internación. Las infecciones recurrentes y episodios viriles crónicos en pacientes caquécticos que no evolucionan, aún con un peso mayor al descrito anteriormente, validan también el

criterio de internación.

- **Psicoterapéuticos:** Usualmente, son pacientes que provienen de otros tratamientos previos que han abandonado. Son pacientes con gran dificultad para controlar sus síntomas, que rechazan las pautas esenciales del tratamiento, que cumplen parcialmente con los contratos establecidos en el tratamiento ambulatorio, y las normas y actividades establecidas para el hogar. Estos requieren, por lo tanto, un medio terapéutico mucho más intensivo para poder producir cambios, de lo contrario, el tratamiento irá encaminado inevitablemente hacia el fracaso.
- **Psicosociales:** Son pacientes que pertenecen a familias con trastornos vinculares muy importantes que les imposibilitan su contención y los lleva a no respetar las pautas del tratamiento. Otras características son un alto grado de aislamiento, mantenimiento de un intercambio interpersonal muy escaso y, por lo general, no trabajan ni estudian. El estado de dejadez familiar, la falta de límites y un orden cotidiano imposibilitan el tratamiento ambulatorio en pacientes profundamente inhibidos con escasa interacción social.
- **Psiquiátricos:** Son pacientes con un alto grado de delgadez que cursan, generalmente, con cuadros depresivos agudos. En estos cuadros de gran despersonalización, la sintomatología general presenta a un paciente muy desorganizado y con intentos de suicidio frecuentes. Los cuadros fóbicos que no les impide la concurrencia al consultorio suele ser otro motivo de internación.

En todos los casos, la internación brindará el sustento terapéutico básico con el fin de producir cambios más significativos que en contexto del tratamiento ambulatorio, con el cual sería muy difícil lograrlo y con ello, pondríamos la vida del paciente en juego innecesariamente.

El restablecimiento del paciente al tratamiento ambulatorio se realizará, convenientemente, lo antes posible.

Lo más indicado será que el equipo terapéutico sea el mismo, aparte de los demás profesionales que pudieran intervenir en el equipo hospitalario.

◆ Seguimiento familiar

Una vez que el paciente a sido hospitalizado, será fundamental incorporar a la familia en el marco del tratamiento y la toma de decisiones.

La hospitalización rompe con una serie de conductas y comportamientos anómalos que generan, además, una crisis en la familiar siendo habitual que dichos comportamientos sean reproducidos entre la familia y el equipo terapéutico. Por tal motivo, será importante, por un lado, brindar la contención familiar, pero al mismo tiempo, es necesaria la utilización del tiempo de internación para producir modificaciones en sus conductas anómalas típicas.

La implicancia familiar en el tratamiento del paciente hospitalizado nos habla de su estructura básica y nos permite evaluar la mejor estrategia terapéutica a seguir.

- ◆ Nos encontramos con familias cuya implicancia desmedida interfiere con el paciente y el equipo, queriendo tener participación en todas las decisiones, demostrando una preocupación excesiva, siendo habituales las críticas y los intentos de manejo de la autoridad. En estas familias predominan los sentimientos de culpa y ansiedad en la fase inicial del tratamiento.
- ◆ Las familias poco implicadas, que sienten miedo a la responsabilidad tras el alta y son incapaces de darle la contención necesaria al paciente, impotentes frente a la sintomatología general de este, tratarán de agudizar la situación para que el equipo terapéutico sostenga la internación el mayor tiempo posible.
- ◆ Las familias pseudoimplicadas, que demuestran preocupación e interés, pero que en realidad no están dispuestas a realizar cambios. Son familias con poco compromiso emocional, que intentan manipular el tratamiento y al equipo profesional y, de esta manera, disminuir su miedo al cambio y atemperar los sentimientos de culpa frente a la situación. Generalmente, centran su interés en el peso y no en los procesos psicológicos.

Los padres de los pacientes hospitalizados se deben enfrentar al dolor de la separación y a la aceptación de la enfermedad. Esta situación dolorosa, desencadena una crisis en la familia, incluso suele confrontar a la pareja frente a situaciones tapadas y negadas del vínculo matrimonial. Si el equipo terapéutico quiere lograr el éxito en su labor, será necesario que esté dispuesto a asumir su responsabilidad en estos casos brindando la contención que sea necesaria, pero sin descuidar las pautas establecidas, dado que de lo contrario, la familia terminará por controlar estas pautas.

La eficacia del programa hospitalario se basa en la cohesión del equipo terapéutico en sí mismo y en la comunicación abierta con la familia, debiéndose transmitir las pautas y principios generales del tratamiento, el grado de participación familiar y los problemas habituales de la hospitalización para evitar transgresiones. Esto es recomendable hacerlo al inicio del tratamiento y por escrito.

En todos los casos, la internación se realizará en centros especializados para el abordaje de esta patología, ya que de no ser así, la hospitalización en lugares inadecuados o no específicos llevarán a un fracaso seguro; y si a duras penas se logra una eventual mejoría en el peso del paciente, al poco tiempo este reanudará con su sintomatología habitual.

**ESQUEMA
DE LOS**

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE LA BULÍMIA
--

BIBLIOGRAFÍA

- Raich, R.M: Anorexia y Bulimia. Trastornos alimentarios.

Pirámide, Madrid 1994

- Saldaña, C: Trastornos del comportamiento alimentario.

Fundación Universidad Empresa, Madrid 1994

2

REGIMEN O DIETA ACENTUADOS

FACTORES QUE PREDISPONEN

FACTORES PRECIPITANTES

ROTURA DEL CICLO

HAMBRE (BULÍMIA: HAMBRE DE BUEY)

INGESTIÓN ALIMENTARIA CON DESCONTROL (HASTA 1 HORA Y EN SECRETO)

MOLESTIAS ESTOMACALES DEBIDAS AL EXCESO

CON PURGANTES:

% vomitos

% lavativas

% diureticos

SIN PURGANTES:

% ejercicio físico

% ayuno

ROTU-

RA

(posibles recaídas)

ANSIEDAD

SENTIMIENTO DE CULPA PARA COMPENSAR EL EXCESO

FACTORES DE MANTENIMIENTO

AMBITO SOCIAL