

Generalidades

Definimos anorexia nerviosa como un severo y prolongado desorden alimentario que se caracteriza por una pérdida de peso autoimpuesta que luego se torna indomable, y se ve inducido por una disminución en la ingesta y exceso de actividad física.

Mientras que bulimia nerviosa como un tipo de desorden alimentario caracterizado por una ingesta desmedida seguida por atracones que inducen el vómito para evitar el aumento de peso, pero que no siempre muestra una disminución del mismo. La bulimia puede ser purgativa, cuando después del vómito se recurre al uso de diuréticos, laxantes y anorexígenos, o restrictiva, cuando no se recurre a vómitos, ni a laxantes, y pueden existir atracones.

Queremos generar una toma de conciencia en nuestra sociedad acerca de los trastornos de la conducta alimentaria para lograr su prevención, para ello fundamentalmente los padres deben estar alertas a ciertas conductas de sus hijas como la pérdida de peso excesiva, la falta de menstruación, la negación a comer, la ejercitación intensa, la búsqueda de conflictos o alguna actividad a la hora de comer, la tendencia a esconder su cuerpo y el mal carácter, irritabilidad, hostilidad y aislamiento que pueden ser un indicio de anorexia nerviosa. Mientras que si notan que sus hijas tienen atracones, comen a escondidas, tienen sensación de culpabilidad después de comer, utilizan laxantes y diuréticos asiduamente, y van al baño luego de cada comida pueden estar padeciendo bulimia nerviosa.

Factores familiares y 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 sobrevalorizan en los primeros años de vida

a su hija para luego constituirse como madres "abandonadas" 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.

1 Ginecología

Desde el punto de vista ginecohormonal, se han encontrado secreciones patológicas de nor-adrenalina, serotonina y b-endorfinas. Esta última, debido a la gran actividad física que desarrollan las pacientes, se ve aumentada aún más, lo cual trae aparejado la liberación

indirecta de gonadotrofinas y contribuyen a la instalación de la amenorrea. En pacientes con amenorreas de larga duración se observó esterilidad y osteopenia. Las alteraciones de la masa ósea podrían no ser reversibles continuando el proceso hasta llegar a la

osteoporosis en la edad adulta.

El patrón hormonal es bastante uniforme: hipogonadotropismo con descenso especialmente de LH e hipoestrogenismo, estos valores descienden de acuerdo al tiempo de evolución y el porcentaje de pérdida de peso.

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:

1.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 virales crónicos en pacientes caquéticos que no evolucionan, aún con un peso mayor al descripto anteriormente, validan también el

criterio de internación.

2.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.

3.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.

4.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.

1. 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.

2. 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.

3. 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.

Influencia social

El aumento de la incidencia de los desordenes alimentarios en los últimos 25 años coinciden con el énfasis de

una desvalorización, considerándose una enfermedad moderna. Se enfatiza el peso y forma del cuerpo por competencia, profesión, modelos, actores, atletas valorados por su actuación física.

Los nutricionistas preocupados con y por el manejo y el control de la comida son también un riesgo en el desarrollo de los desordenes de la alimentación.

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:

- 1.El llenado gastrointestinal envía señales inhibitorias (insulina y glucagón).
- 2.La llegada de grasas al duodeno produce la liberación de colecistoquinina (señal inhibitoria). Otra hormona que produce inhibición es la corticotrofina.
- 3.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 desordenes 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.

¿Purificación, protesta, culto al cuerpo, adicción?

Cuando alguien voluntariamente deja de comer decimos que se encuentra en ayuno, sin embargo, cuando ese ayuno compromete severamente al organismo provocando una pérdida de peso a tal punto que comprometa el estado de la salud lo denominamos anorexia.

La práctica del ayuno tiene, en el tiempo y en la historia, distintas formas de expresión: Gautama Siddhartha, Príncipe de la India, fundador del budismo, lo hacía como forma de purificación y sus seguidores continuaron con esta tradición. Gandhi lo usó como protesta y fue su arma política contra la corona británica. Un rey de Portugal quiso unir a su hija con un príncipe italiano y por preservar su virginidad la misma ingreso en severo ayuno por el cual murió. Muchas veces fue mal utilizado como culto de salud y belleza imponiéndose semanas de ayuno sin medir los estragos psicológicos que la falta de alimentos ocasiona en el ser humano,

como ser la agresión, el aislamiento, la despersonalización y el desgano de vivir.

La cultura de la delgadez vigente en la sociedad actual impone un patrón de medidas que no puede ser concretado en la realidad sin afectar la salud psicofísica de nuestros adolescentes. La intensificación de las presiones sociales que sobre el ser humano se ejercen han derivado, en los últimos años, en un alto porcentaje de jóvenes que presentan graves trastornos alimentarios.

Purificación, protesta, culto al cuerpo, exigencia, adicción, no sabemos pueden ser todas o solo una causa por la cual se ingresa en esta enfermedad que se ha transformado en un peligro para nuestros adolescentes, y ha sumergido a la familia en una situación muy difícil de llevar.

Nuestra propuesta es informativa y preventiva, realizar un diagnóstico temprano para resolver la problemática rápidamente, tomar la población de riesgo y trabajar con ella, crear a través de este medio, nuestra revista, un espacio para su pregunta y/o consulta, y ayudar a nuestros hijos a transitar en esta hermosa y difícil etapa de la adolescencia.

Sexualidad

Son de destacar los cambios significativos de la conducta sexual en la que se observa un rechazo masivo evidenciándose tanto en el plano fisiológico como así también en los referente al deseo.

Desde lo fisiológico surge una ausencia de menstruación y una reducción generalizada de la adiposidad, desapareciendo así las formas femeninas en senos y glúteos. Se manifiesta totalmente asexuada no habiendo actividad de masturbación y una ausencia de placer oral, anal, genital y hasta cutáneo. Estos cambios expresan una incapacidad de asumir el rol genital y las transformaciones corporales propias de la pubertad. La regresión es vertiginosa en cuanto a que ella no encuentra ningún punto de fijación y organización a nivel de zonas erógenas, generando una conducta de erotización de los comportamientos alimentarios.

Existe un grupo de pacientes en las cuales se registra una actividad sexual, no obstante ésta se realiza sin placer, maquinalmente inscribiéndose dentro de los comportamientos de manejo, por ello, si se diera lugar al surgimiento de deseo sexual será posiblemente en ese ámbito donde aparezca el mayor conflicto, donde el sentimiento de avidez de todo o nada y de insatisfacción darán lugar a la liberación de una agresión libre que en definitiva alimenta los síntomas anoréxicos y bulímicos. Es posible observar como dentro de los comportamientos de manejo no son raras las actitudes de seducción donde la mirada desde un lugar de voyerismo-exhibicionismo reemplaza su aversión hacia toda formación sensorial de placer.

Reseña histórica

La historia de la anorexia y la bulimia se remonta a la Edad Media donde los primeros relatos hablan de una enfermedad misteriosa que transformaba a las personas que la padecían y se caracterizaba por la gran pérdida de peso por una dieta de hambre autoimpuesta

(Siglo XIV).

La humanidad debió esperar 3 siglos para la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa atribuida a Morton en el año 1694.

Pasaron 200 años más para que William Gull en 1874 acuñara el nombre de anorexia nerviosa en forma definitiva. En su presentación, Gull, destacó su aparición en la adolescencia y principalmente en mujeres.

Tipos de delgadez

El estado de nutricional de un paciente comienza con lo estrictamente visual para confirmarse por medio de la pesada del mismo. Ya desde hace mucho tiempo la medicina a puesto especial énfasis en el tema nutricional pudiéndose encontrar innumerables trabajos acerca del tema, buscándose una especificación concensuada y realista del peso ideal, o una aproximación al mismo, para cada persona. Con estos estudios se lograron realizar tablas y desarrollar índices matemáticos que permitieran la determinación de un estado de delgadez u obesidad, como lo hicieran Oeder, de Broca, Brugsch, Noorden, Lorentz, entre otros. El índice más utilizado es el de Broca que decía que una persona debía oscilar en un peso determinado por su altura en cms menos 100. Si bien este índice, como muchos otros, sólo sirven para tener una idea somera del peso ideal, lo más importante que dejan sentado es que el peso normal de cada persona está relacionado con la edad, sexo, estatura y contextura física. En la actualidad, se ha adoptado el Índice de Masa Corporal como el más confiable.

Dentro de los estados nutricionales me abocaré al desarrollo del estado de delgadez. La delgadez es causada por una deficiencia de grasas y puede ser endógena o exógena. Las personas con un acentuado enflaquecimiento y agotamiento se denominan caquéticas.

La delgadez exógena es producida por una hipoalimentación absoluta o relativa a las actividades realizadas. Puede deberse a una alimentación incorrecta o a un adelgazamiento sintomático. Una dieta cuantitativa y cualitativamente insuficiente lleva

inequívocamente a la delgadez, debiéndose a la falta total o parcial del hambre de la persona. En estos casos se ve una anorexia intensa que puede ser producida por diversos procesos orgánicos o psíquicos. Por otro lado, el adelgazamiento sintomático puede

caracterizarse por una desnutrición extrema debida a diversos procesos cancerosos, al hipotiroidismo, a insuficiencia renal, a diabetes pancreática, al hipogonadismo, entre otras causas.

La delgadez endógena o constitucional atañe a un estado familiar nativo el cual puede ser caracterizado por conductas anoréxicas o, por el contrario, por polifagia. A las personas con estas características se los llama vulgarmente magros o enjuntos. No hay que confundir estos casos como patológicos puesto que, aunque tengan un hábito corporal asténico, estas personas poseen todas sus capacidades físicas y mentales intactas.

Es de resaltar que puede generarse gran controversia al tratar de realizar una definición exacta de cuando una persona es conjunta o tiene un cuadro de delgadez patológica, ya que la transición entre una y otra no es acentuada.

En la anorexia nerviosa se produce un adelgazamiento autoimpuesto desatado por procesos multicausales entre los que se destacan los aspectos familiares, sociales y culturales, sumado a una predisposición intrínseca de la persona. Debido a esto, esta persona se ve envuelta en una patología que le ocasiona trastornos físicos y psíquicos.

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 stress. 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).

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.

¿ Qué es lo que actúa como 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 decepción.

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 retceso de la sexualidad tanto en lo psico 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.

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.

Diagnóstico Genético

Para comenzar, es necesario, poner en claro dos conceptos: el de Diagnóstico Genético y el de predisposición.

El Diagnóstico Genético es una metodología que hace uso de herramientas (metodologías de estudio) desarrolladas por la Ingeniería Genética, para poder determinar en que estado se encuentra una porción de un gen crucial para determinar la propensión o la portación de una patología determinada.

Es importante hacer incapié en el concepto de predisposición dado que habitualmente es un punto que lleva a malas interpretaciones.

Entonces, el Diagnóstico Genético entrega información acerca de la predisposición a una patología, es decir, da una pauta de cuan posible es que se llegue a contraer la enfermedad, pero no debe pensarse que necesariamente se llegará a esto último dado que a los

factores génicos se le deben adicionar determinadas condiciones externas para que se exprese como por ejemplo el entorno familiar, influencias sociales, profesionales o de otra índole.

Se han encontrado genes que provocan predisposición a diversas patologías, incluyendo ciertos tipos de obesidad. En la actualidad, se están realizando estudios para poder determinar genes que produzcan predisposición a enfermedades relacionadas con los desórdenes de la alimentación (hay grupos en USA, Canadá, Italia y Alemania). Esto se suma al Proyecto del Genoma Humano que apunta a determinar la totalidad del material genético (secuencia de DNA) y marcadores génicos del ser humano, lo cual permitirá la

localización de genes específicos mediante el desarrollo de un mejor entendimiento e interpretación del mismo. Cuando se localicen estos factores génicos se tendrán al alcance de la mano estudios que permitirán dar un mejor consejo preventivo y a la vez proveerán una gran ayuda para el desarrollo de nuevas terapias. El diagnóstico prematuro permitirá determinar el grupo de riesgo preciso hacia estas afecciones y así se podrán realizar campañas de educación y prevención dirigidas específicamente a éste.

Dada la trascendencia de estas nuevas metodologías de estudio, también habrá que tener en cuenta los

aspectos éticos y sociales que traerá aparejado. Actualmente, el Diagnóstico Genético no es accesible a toda la sociedad por su escasa difusión y por su elevado

precio, pero ya este último punto se está revirtiendo. Además, es tema de gran controversia aún, en los Congresos de Ética sobre aplicación de nuevas tecnologías, pero es inevitable la expansión y posterior generalización de esta importante herramienta de

diagnóstico.

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.

Diagnóstico Genético

Para comenzar, es necesario, poner en claro dos conceptos: el de Diagnóstico Genético y el de predisposición.

El Diagnóstico Genético es una metodología que hace uso de herramientas (metodologías de estudio) desarrolladas por la Ingeniería Genética, para poder determinar en que estado se encuentra una porción de un gen crucial para determinar la propensión o la portación de una patología determinada.

Es importante hacer incapié en el concepto de predisposición dado que habitualmente es un punto que lleva a malas interpretaciones.

Entonces, el Diagnóstico Genético entrega información acerca de la predisposición a una patología, es decir, da una pauta de cuan posible es que se llegue a contraer la enfermedad, pero no debe pensarse que

necesariamente se llegará a esto último dado que a los

factores génicos se le deben adicionar determinadas condiciones externas para que se exprese como por ejemplo el entorno familiar, influencias sociales, profesionales o de otra índole.

Se han encontrado genes que provocan predisposición a diversas patologías, incluyendo ciertos tipos de obesidad. En la actualidad, se están realizando estudios para poder determinar genes que produzcan predisposición a enfermedades relacionadas con los desórdenes de la alimentación (hay grupos en USA, Canadá, Italia y Alemania). Esto se suma al Proyecto del Genoma Humano que apunta a determinar la totalidad del material genético (secuencia de DNA) y marcadores génicos del ser humano, lo cual permitirá la localización de genes específicos mediante el desarrollo de un mejor entendimiento e interpretación del mismo. Cuando se localicen estos factores génicos se tendrán al alcance de la mano estudios que permitirán dar un mejor consejo preventivo y a la vez proveerán una gran ayuda para el desarrollo de nuevas terapias. El diagnóstico prematuro permitirá determinar el grupo de riesgo preciso hacia estas afecciones y así se podrán realizar campañas de educación y prevención dirigidas específicamente a éste.

Dada la trascendencia de estas nuevas metodologías de estudio, también habrá que tener en cuenta los aspectos éticos y sociales que traerá aparejado. Actualmente, el Diagnóstico Genético no es accesible a toda la sociedad por su escasa difusión y por su elevado

precio, pero ya este último punto se está revirtiendo. Además, es tema de gran controversia aún, en los Congresos de Ética sobre aplicación de nuevas tecnologías, pero es inevitable la expansión y posterior generalización de esta importante herramienta de

diagnóstico.