

INDICE

Trastornos alimentarios.	2
Causas de los trastornos alimentarios.	3
¿Qué actitudes frente a los alimentos nos pueden hacer sospechar de un trastorno alimentario?	4
¿Quién contrae los trastornos alimentarios?	5
¿Quiénes desarrollan estos trastornos?	6
Enfermedades del trastorno alimentario: Anorexia y Bulimia.	8
<i>Anorexia.</i>	
¿Qué es la Anorexia?	9
Trastornos causados por la anorexia	
Trastornos físicos,	
Trastornos emocionales,	
Trastornos de conducta.	10
Influencias familiares, culturales o factores genéticos.	11
Síntomas de la anorexia nerviosa.	13
Tratamiento.	14
<i>Bulimia</i>	
¿Qué es la Bulimia?	16
Trastornos Físicos,	
Trastornos emocionales,	
Trastornos de conducta.	17
Factores socioculturales.	18
Síntomas de la Bulimia nerviosa.	20
Consecuencias.	22

Bibliografía 24 **TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Los trastornos alimentarios son enfermedades conductuales producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobre abundancia de comida y una obsesión con la delgadez.

Los trastornos generalmente se categoriza como bulimia nerviosa y anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa, que es más común, descubre un ciclo de atascamiento y de purgación. Anorexia nerviosa es un estado de inanición (hambre), que puede ser realizado con seguir una dieta severa o con purgar.

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

CAUSAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

No hay una causa única de estos trastornos. 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.

Trastornos de personalidad: las personas con estos trastornos comparten ciertos rasgos: tienen miedo de perder el control y de engordar y tienen una autoestima baja. Estudios indican que mujeres con trastornos alimentarios tiene menor interés en el sexo que la población general y que las anoréxicas les cuesta más tener una relación íntima.

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 inhibidas emocionalmente y sexualmente. También tienen una reducida vida de fantasía (sexual) que las personas con bulimia o sin trastornos alimentarios. Rara vez se rebelan.

Trastornos psicológicos: estos trastornos con frecuencia van 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.

Entre el 40% a un 80% de todos los pacientes con trastornos alimentarios experimentan la depresión. Aunque manifiestan esto no se curan solamente al tomar medicación antidepressiva, sino que estos medicamentos comienzan a funcionar una vez la paciente ha subido de peso.

Si en realidad causan los trastornos alimentarios, 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 alimentarios.

¿ QUE ACTITUDES FRENTE A LOS ALIMENTOS NOS PUEDE HACER SOSPECHAR DE UN TRASTORNO ALIMENTARIO?

Cocina para los demás, pero no prueba ni come lo que cocina.

Realiza regímenes alimentarios extraños y muy estrictos.

Continuamente se encuentra a dieta autoimpuesta.

Come solo.

Se separa las comidas de manera muy especial (sin sal, sin condimentos, o sin aceite).

Si come lo que considera mucho, lo compensa con ejercicio físico.

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, envoltorios o envases de alimentos en lugares no habituales.

Se levanta por 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 comer.

Su vida gira alrededor de la comida.

¿QUIEN CONTRAE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS?

Sexo y edad:

En Estados Unidos la estimulación de ambas bulimia y anorexia fluctúan de 2% a 18%. La gran mayoría de pacientes llega al 90%, de mujeres. Aunque sólo 10% de los adultos con anorexia son hombres, sus números están incrementando; en los niños el 25%. Factores de riesgo para los hombres, incluyendo un autoestima pobre y una incidencia más alta de lo normal de los abusos físico y sexual durante la niñez, son similares a los factores de riesgo para mujeres. Los hombres son más aptos para ocultar un trastorno de este tipo que las mujeres.

La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrieran 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.

Atletas y bailarinas:

Las atletas y las bailarinas femeninas se enfrentan con gran riesgo para la anorexia. El éxito actual en el ballet, por ejemplo, depende de la flexibilidad del cuerpo y sumamente esbelto. En atletismo las mujeres en los deportes de apariencia, incluyendo la gimnasia y el patinaje, y los deportes de resistencia de carreras, atraviesa un riesgo particular. Las estimaciones para los trastornos alimentarios entre los atletas corren tan altos como 60% a 70%. Tales personas firmemente competitivas generalmente son perfeccionistas, un rasgo común entre las personas con trastornos alimentarios. 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 enfrente de los demás miembros del equipo o les impone castigos. El problema en los deportes, así como en otras áreas de la cultura, existe principalmente en las mujeres. Los hombres a riesgo parcial oara una dieta excesiva incluyen los luchadores y los remeros de peso pluma.

¿ QUIENES DESARROLLAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS ?

Algunas características comunes a muchas de las jóvenes, que parecen ser bastante claves para volverlas vulnerables:

1. Problemas con la autonomía: jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles la satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre adecuada les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento.

En general las jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que está llena de situaciones bastante cambiantes (cambio de escuela, amigos, etc.). Muchas veces es la dificultad para encara estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar este tipo de enfermedades convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de la autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces hacer dieta y bajar de peso se interpretan como indicadores de auto control.

Ejemplo: dice que fue el novio que le dijo: si tuvieras dos kilos menos serías preciosa. Y ella se obsesionó.

2. Déficit en la autoestima: los parámetros para la autoestima varían en ambos sexos. En la mujer de nuestra sociedad, en general, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás.

3. Camino a la perfección y al autocontrol: la tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con estas enfermedades. Para alcanzar la perfección es necesario mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo.

También es muy frecuente una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas. Estas jóvenes no permiten que las cosas no estén bajo su control y tienen gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que deberían saber cómo hacer todo bien desde el comienzo.

4. Miedo a madurar: en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta llegar a la juventud, algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para vivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos. Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento en el peso corporal. Para muchas jóvenes éste puede ser el factor precipitante, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya ha dejado la infancia. Estas jóvenes están muy estancadas en la niñez, y tienen temor a crecer, o bien perciben el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

5. Rasgos familiares: a veces las familias con poca comunicación son causantes del desarrollo de un trastorno alimentario en uno de sus miembros. Tanto la paciente como sus padres o hermanos pueden ser considerados alternativamente el que más sufre o el más responsable de lo que sucede. Y este tipo de interacción suele estar más relacionado con la evolución de la enfermedad que con su origen.

Rasgos de familias que pueden llegar a producir un trastorno:

- a. Escasa comunicación entre los miembros.
- b. Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- c. Sobre protección por parte de los padres.
- d. Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
- e. Excepciones demasiado altas de los padres respecto de los hijos.
- f. Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- g. Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

Para una joven que crece en el seno de la familia donde el cuidado de la imagen externa es lo fundamental, donde la figura y el peso corporal ocupan un lugar predominante en las preocupaciones de los adultos, es muy difícil escapar a esa influencia.

ENFERMEDADES DEL TRASTORNO ALIMENTARIO:

Anorexia y Bulimia.

En los últimos años la anorexia y la bulimia han experimentado un auge alarmante. Antiguamente estas enfermedades eran infrecuentes, hasta el extremo de que se consideraban curiosidades médicas. En el siglo XVI las mujeres que seguían un ayuno voluntario eran utilizadas como entretenimiento para un público que acudía a ver artistas hambrientas que podían vivir sin comer. Sin embargo, el carácter anecdótico de estos trastornos ha ido desapareciendo a lo largo del tiempo hasta alcanzar en las últimas décadas una dimensión mucho más trágica.

En los años setenta, llegó la cultura de la delgadez, que impuso un prototipo femenino que no se correspondía con el modelo natural y anatómico de la mayoría de las mujeres, por lo que era prácticamente inalcanzable. Pero es en la actualidad, cuando el problema ha disparado todas las alarmas, y ha alcanzado la categoría de cuestión de salud pública, tanto por la cantidad de jóvenes implicados como por las repercusiones que estas enfermedades tienen en el futuro de una buena parte de las generaciones venideras.

Se estima que la anorexia afecta al 1% de las jóvenes de entre 12 y 30 años (en los varones la proporción es 10 veces menor), y en el caso de la bulimia esta cifra se multiplica por cuatro. Una de cada cinco adolescentes está en situaciones de riesgo de padecer anorexia, mientras que personas mueren en todo el mundo por no tener nada que echarse a la boca, otras tantas mueren en vida por un odio tenaz a la comida (muchas veces, causado por miedos más profundos).

La prevalencia de la enfermedad ha crecido en los últimos años. Y una de las cuestiones que más preocupan a las autoridades y a los especialistas es la aparición de trastornos en edades cada vez más tempranas: respecto a la anorexia, está entre 12 y 13 años, mientras que en el caso de la bulimia oscila entre los 15 y 16. La incidencia de estas enfermedades en estas edades, tiene sus orígenes quizás en los regímenes alimentarios de casa, en los hábitos alimentarios de la madre y en el grado de preocupación por el físico existente en la familia. Los niños tienden a imitar la conducta de los padres, incluso en la manera de alimentarse. También influye si las niñas que hacen ballet, gimnasia rítmica u otros deportes desde muy pequeñas.

Los especialistas también destacan la importancia que tiene la prevención y la formación a la hora frente a la anorexia y la bulimia. La prevención orientada hacia la corrección de las presiones sociales y culturales a

favor de la delgadez. No hay que echar la culpa a la moda, a la publicidad, ni a los alimentos light. La culpa es de la sociedad y todos formamos parte de ella. Pero hay que concienciar a la gente de que las modelos son profesionales que exhiben ropa y no deben ser modelo cultural, físico, o de conducta para las jóvenes. La información y el asesoramiento precoz de las jóvenes deben contribuir a que ellos mismos sean conscientes de los peligros que supone caer en las redes de estas enfermedades.

¿QUÉ ES LA ANOREXIA?

Es una alteración caracterizada por:

- Pérdida deliberada de peso, manteniéndolo por debajo de unos valores mínimos considerados normales para su edad, sexo y talla.
- Miedo excesivo e ilógico a engordar .
- Tiene una visión falsa de su propia imagen corporal (se ven gordos aún estando excesivamente delgados.)

LA ANOREXIA NERVIOSA

Personas con anorexia nerviosa se vuelven enflaquecidas al punto de inanición, perdiendo por lo menos un 15% a un máximo del 60% del peso corporal normal. Las motivaciones primarias de su repulsa para el comer son un temor abrumador de estar sobrepeso junto con una imagen distorsionada de sus propios cuerpos. Aún cuando se vuelven enflaquecidas, las mujeres con anorexia a menudo todavía están convencidas de que están 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 anoréxicas restrictoras; la otra mitad, las pacientes anoréxicas bulímicas, mantienen la emaciación a través de la purgación. Aunque ambos tipos son graves, el tipo bulímico, que impone estrés adicional a un cuerpo desnutrido, es el más dañino.

TRASTORNOS CAUSADOS POR LA ANOREXIA

TRASTORNOS FÍSICOS

- Pérdida importante de peso.
- Vértigo y dolores de cabeza.
- Amenorrea.
- Insomnio.
- Anemia, afectación del sistema inmunitario.
- Deshidratación.
- Vasoconstricción periférica, hipotensión, bradicardia, arritmias...
- Daños renales y hepáticos.
- Problemas digestivos: disfagia, náuseas, vómitos estreñimiento.
- Erosiones dentales.

Las personas con anorexia nervios, a veces presentan crisis de bulimia intensas seguidas de vómito provocado

y de ingestión de laxantes. Todo esto desemboca en episodios de diarreas, estreñimiento y dolores abdominales.

Las constantes clínicas corresponden a las de una desnutrición crónica bien tolerada.: hipotensión, bradicardia, palidez; algunas veces también existe una pigmentación cutánea.

TRASTORNOS EMOCIONALES

- Pánico a engordar. Miedo intenso a convertirse en obesa, que no disminuye al perder peso.
- Estados depresivos.
- Negación de la enfermedad.
- Dificultad de concentración.
- Desinterés sexual.
- Negación de las sensaciones de hambre, cansancio y sueño.
- Distorsión grave de la imagen corporal (a pesar de estar muy delgado/a se ve muy gordo/a.)

TRASTORNOS DE CONDUCTA

- Incremento de la irritabilidad.
- Vómitos autoinducidos.
- Reducción importante de la ingestión de líquidos.
- Utilización de laxantes y diuréticos.
- Desprecio de alimentos con muchas calorías.

8.LAS INFLUENCIAS QUE SUELEN CAUSAR LA ANOREXIA

INFLUENCIAS CULTURALES

La autoinanición ha sido observada en muchas culturas y a través de la historia, algunos expertos de Asia han sugerido que médicos y psiquiatras occidentales no deben limitar sus pensamientos sobre los motivos psicológicos de la anorexia a un simple miedo a aumentar peso. La cuestión puede correr mucho más profunda. Sin embargo, las presiones socioculturales occidentales sin duda desempeñan una función principal en el desencadenamiento de muchos casos tanto de anorexia como de bulimia nerviosa.

Cuando uno influye el atascamiento que conduce a la obesidad como un tercer trastorno del comer, se vuelve indiscutible que el comportamiento insalubre del comer es epidémico en los Estados Unidos. Una profusión de anuncios propagan programas para la reducción de peso, mientras que otros venden comida basura (comidas insalubres como grasosas, palomitas, golosinas, fast food, etc.) y propagan una vida sedentaria.

En cuanto a la moda, la ropa está diseñada y modelada para cuerpos delgados a pesar del hecho de que pocas

mujeres pueden usarlas con éxito. Las mujeres jóvenes, mas a riesgo de estas presiones culturales, son aquellas cuyos sentidos de autoestima se basan en la aprobación externa y en la apariencia física, pero pocas mujeres son inmune a estas influencias.

Un estudio en Carolina del Sur informó que dos terceras partes de los estudiantes de escuela secundaria estaban a dieta., aunque solo un 20% en realidad estaban en sobrepeso. Otros estudios informan que un 79% de mujeres estudiantes de universidad se han atascado y que más de la mitad de las mujeres en los Estados Unidos están a dieta. En un estudio sobre lo como comían las niñas antes y después de la pubertad, las niñas más jóvenes comían cantidades de comidas apropiadas a sus pesos corporales, estaban satisfechas con sus cuerpos. Después de la pubertad, las niñas comían casi tres cuartas partes de la comida recomendada, tenían una autoimagen más pobre y la depresión incrementaba con el consumo de comidas mayores. Estas no eran niñas con trastornos del comer, pero el estudio indica como esta edad vulnerable puede hacer a los adolescentes susceptibles a los factores que causan los trastornos del comer.

INFLUENCIAS FAMILIARES

Es evidente que los factores emocionales negativos en la familia y en otras relaciones íntimas desempeñan una función principal en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos del comer.

Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos tienden a estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos, mientras que madres de bulímicos 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 pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de anorexia en las niñas. Un estudio sugiere que las personas que tienen una imagen distorsionada de sus cuerpos son más probables de haber carecido de afecto físico cuando eran niños. Mujeres con trastornos del comer tienen una incidencia mayor de abuso sexual que la población general, pero no más altas que las personas con el trastorno de depresión.

OTRA POSIBLE CAUSA: FACTORES GENÉTICOS

Parece que existe un riesgo hereditario tanto para la bulimia como para la anorexia. La anorexia es 8 veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente lo que el factor heredado puede ser.

Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá dificultando más el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de factores culturales y psicológicos podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia. Algunos expertos creen que las personas anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados opioidos, los cuales son descargados en condiciones de inanición y que promueven una adicción al estado de hambre.

Otros rasgos hereditarios que pueden contribuir al desarrollo de la anorexia pueden ser un trastorno de la personalidad común, una vulnerabilidad a un trastorno emocional como la depresión o el trastorno obsesivo–compulsivo, o una propensión

para la obesidad que puede promover una dieta compensatoria.

SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

- El síntoma básico de la anorexia es la pérdida de peso causada por seguir dietas excesivas y continuas.
- El ser vegetariano/a puede ser una máscara para la anorexia si alguien ha dejado de comer carne solamente para evitar la grasa en vez de por otros motivos como el amor hacia los animales.
- Una dieta vegetariana coincide con una pérdida de peso rápida.

- La persona evita, en las dietas vegetarianas, comer ciertas comidas como tofu, nueces y productos lácteos que contienen aceites y grasas.
- En las mujeres la menstruación puede ser infrecuente o estar ausente.
- A menudo, las personas anoréxicas hacen ejercicio compulsivamente y son hiperactivos.
- La piel puede estar seca y cubierta con pelo fino y puede haber pérdida de cabello.
- Los pies y las manos pueden estar fríos o a veces hinchados.
- El pulso puede ser lento y la presión arterial baja.
- Los pensamientos pueden ser confusos o desacelerados y un paciente anoréxico puede tener una memoria pobre y carecer de juicio.

TRATAMIENTO EN ANORÉXICAS

¿Qué debe hacer la familia?

En principio intentar establecer una buena relación con la/el paciente, no siempre posible por la agresividad e irritabilidad de éste y la actitud rígida de algunos padres. Es necesario hablar, plantear la situación e intentar reforzar la autonomía, autoestima y confianza de la enferma.

En ocasiones, existe una desestructuración en el seno familiar que es necesario corregir. La figura paterna, desvalorizada y a menudo ausente, debe responder e intervenir. De la misma manera, deben evitarse las actitudes excesivamente rígidas y dominantes.

En cuanto a la educación sobre nuevas normas de conducta y planificación dietética, se disminuirá el número de actividades y el ejercicio (incluso llegando a prohibirlo); se mantendrá un horario riguroso en las comidas, vigilancia continua para evitar los atracones, y se establecerá un periodo obligatorio de descanso tras la ingesta.

***TRATAMIENTO**

Se realizan reuniones grupales de corte psicoeducacional con el objeto de informar a las/los 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 mínimo sin enfermar, lo receptivas que son las influencias socioculturales; sobre cada uno de estos temas se realiza una discusión abierta que permite un mayor conocimiento y refuerce la alianza de los pacientes entre si y con el equipo terapéutico. Pueden efectuarse reuniones similares con la participación de los familiares significativos a fin de interiorizarlos en 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 psicodiagnóstico se complementa con objetivos diagnósticos y terapéuticos.

Instalado un cambio suficientemente razonable en el plano alimentario, comienza el segundo momento terapéutico 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 psicoterapéutico individual i/o grupal ocupa ahora el centro de la escena. El objetivo primordial es lograr que los pacientes encuentren soluciones reales a los cambios en su vida, sin la pseudosolución que representa la alteración de la alimentación. De considerarse útil la realización 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 inclusión de un terapeuta familiar se hace necesaria si hay problemas psicopatológicos en los familiares significativos para el paciente que incidan en el desarrollo de su enfermedad.

¿En qué pacientes será necesario el ingreso hospitalario?

Será preciso el ingreso hospitalario si:

La pérdida de peso oscila o es superior al 15–20 %.

*Existe problemática familiar grave.

*Relaciones entre el paciente y algún familiar muy intensas o viciadas.

*Claro riesgo suicida o depresión importante.

*Vómitos repetidos e incontrolables.

En casos muy graves o con riesgo vital, se puede ordenar el ingreso obligatorio por vía judicial.

¿En qué pacientes bastará el control domiciliario?

Podrán seguirse en el domicilio las pacientes que no han perdido excesivo peso (menos del 10%), las que se encuentran en estados iniciales y no ingieren ni laxantes ni diuréticos, y siempre que los padres sean sanos, colaboradores, con facilidad para el diálogo y la comprensión, y sin ambiente familiar conflictivo o desestructurado.

¿Cuál es la evolución de la enfermedad?

Se suele considerar que menos de la mitad de las pacientes anoréxicas curan (el 40%); un tercio (30%) mejoran, pero siempre arrastran algún signo, secuela o alteración psicológica, sin alcanzar el peso ideal o normal para su edad y talla; en el 20% la enfermedad se hace crónica, con alteraciones continuas y permanentes; y un 10% fallecen.

En cuanto a las bulímicas, presentan mejor evolución: sólo fallece el 2–5% de las pacientes, si bien casi el 20% realiza un intento de suicidio a lo largo de su vida.

¿Que es la Bulimia?

Síndrome caracterizado por episodios repetitivos de ingesta de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal que lleva al enfermo medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

Las crisis se desarrollan de la siguiente manera: primero hay una sensación de malestar difícilmente explicable, como una forma de angustia. Esta sensación se interpreta como una necesidad de comida, y poco a poco la idea de comer se impone en el ánimo del enfermo, que en principio procura resistir pues conoce perfectamente como acaba este proceso. En esta fase de lucha interior la tensión va aumentando hasta llegar a la fase de descarga, que se realiza mediante la ingestión alimentaria masiva, rápida e irresistible. A continuación llega la fase de remordimientos, que puede ser el origen de una nueva crisis.

La finalidad de la bulimia no es nutrirse sino compensar, es decir, llenar un vacío imposible. El acto alimentario es como un mecanismo de descarga.

Después de cada crisis el enfermo experimenta una sensación de doble fracaso, por no poder controlar su alimentación y por no adelgazar.

TRASTORNOS

Trastornos Físicos

- Desgaste del esmalte dental.
- Diarrea y estreñimiento.
- Estados depresivos.
- Anemia.
- Agotamiento y pérdida de energía.
- Calambres y desmayos.
- Abrasiones en el dorso de las manos.
- Oscilaciones en el peso corporal.
- Irregularidades menstruales.
- Muerte por hipopotasemia.

Trastornos Emocionales

- Trastorno de la imagen corporal.
- Temor a engordar.
- Percepción continua de hambre.
- Problemas de concentración.
- Cambios bruscos de humor y de estado de culpa.
- Proposición de metas por encima de sus posibilidades.

Las personas con bulimia suelen ser conscientes de la anomalía de su comportamiento, pero se ven incapaces de remediarlo. Suelen sentir autodesprecio y depresión después de cada crisis.

Tratamiento de Conducta

- Atracciones de comida a escondidas.
- Almacenamiento de comida y vómitos provocados en diferentes lugares de la casa.
- Chupar y escupir la comida.
- Mentiras.
- Comportamientos sexual que va de la abstinencia a la promiscuidad.

CAUSAS QUE PUEDEN PROVOCAR BULIMIA

Factores Socioculturales

Cuando hablamos de un cuerpo ideal o espectacular estamos refiriéndonos no a una ideal salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.

Los trastornos en la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, podemos asegurar que no afectan por igual a mujeres de otras latitudes. Es propia de la clase media y alta, prácticamente no se registra en las clases bajas.

A principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva.

En estas últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos, y crea que el éxito es inversamente proporcional al peso, cuantos menos kilos, más logros.

Las personas que sufren de un trastorno de la alimentación llegan a estar tan obsesionadas que disponen de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tienen las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social.

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente. Ésta es una forma de tiranía impuesta sobre la mujer, ya que por un lado exige ser atractiva físicamente y dedicar enormes esfuerzos a lograrlo, pero por otro lado muchas veces se oye decir sobre una mujer atractiva: Es lindísima, no debe tener nada en la cabeza.

Se sugiere además que el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil. Entonces no sólo hace falta NO desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida.

La presión social para ser una Supermujer

Con un cuerpo perfecto, sin duda, debe desarrollar una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un mantenimiento perfecto y debe ser una perfecta madre. Deben tener un gran control sobre sí mismas, con logros bien visibles y ser perfeccionistas.

No seré una mujer tan maravillosa, pero al menos en lo que hace a la figura sí voy a lograr lo que me proponga. La idea que subyace es que un logro en el objetivo: peso inmediatamente se trasladará como por carácter transitivo a cualquier otra área de la vida.

La dieta puede desencadenar en un serio trastorno de la alimentación. Y así aparece la culpa, la ansiedad, el miedo y la pérdida de control sobre la alimentación como efecto de fracasar en ese intento de manipular el peso corporal. Estos sentimientos ayudan a la persona para probar nuevamente con la dieta. Así se pone en funcionamiento el ciclo. También se desarrollan actitudes y creencias extrañas acerca de la comida. En especial surge un intenso miedo a ganar peso descontroladamente, que contribuye a paralizarse más.

Hoy la delgadez es el símbolo de estatus social.

El perseguir la delgadez nunca llevó a la felicidad. De hecho cuanto más grave es el tratamiento, más difícil es lograr los objetivos personales de bienestar y seguridad.

Otros prejuicios que también presionan

Es importante: tener en cuenta los factores genéticos contra los que puede luchar; cuidar la discriminación a la que se está sometiendo a los gordos.

Algunos de los prejuicios:

1– Se tiene la idea de que los obesos lo son porque comen más que los no obesos, las investigaciones demuestran que no es así. Nadie se vuelve obeso por comer lo que es saludable y esperable para su cuerpo.

2– Se cree que los obesos tienen más problemas psicológicos que los no obesos. Seguramente los obesos tienen que luchar contra tremendas presiones sociales por su figura, lo cual acarrea problemas, pero como un efecto secundario a la discriminación.

3– Se piensa que la obesidad, aún moderada, está asociada con un incremento en la mortalidad. Está

demostrado que la mayor mortalidad se produce en las que pesen entre un 10 y un 20 % por encima de su peso esperado. Se está investigando la hipótesis de que los problemas de alta presión sanguínea y muerte por infarto, asociados a personas con sobrepeso, se deban más a los efectos en el organismo de la repetición del ciclo dieta– pérdida de peso– recuperación de peso que al factor obesidad en sí mismo.

Si las dietas funcionaran ¿ por qué, entonces, hay un nuevo libro sobre dietas en el mercado cada mes? ¿ Por qué los institutos de adelgazamiento tienen clientes reiterativos? La industria de lo diet y lo light ha quintuplicado sus entradas en los últimos años, lo cual sostiene esta tendencia. La obsesión llevará inevitablemente a consumir los productos que prometen el milagro.

Síntomas de la Bulimia Nerviosa

- Obsesión por el peso y la figura. Pánico a engordar.
- Oscilan fácilmente de peso.
- Hablan continuamente de las calorías que tiene cada alimento.
- Cuando están con gente comen muy poco, y comen en forma de atracones a escondidas.
- Cuando no se dan atracones intentan controlar su peso haciendo regímenes muy estrictos, seguidos de atracones mucho más fuertes.
- Se vuelven impulsivas (en el abuso de alcohol, en la sexualidad, compran por capricho, etc...).

Consecuencias

1– Boca: al vomitar vuelve a la boca la comida junto con ácido clorhídrico, el que se encuentra en el estómago para digerir lo que se ingiere. Éste ácido puede producir la pérdida de esmalte dentario en la cara interna de los dientes. Éste daño es irreversible. También el ácido puede dañar las encías, el paladar y la garganta. Las manos u otros elementos introducidos en la boca para producir el vómito pueden causar heridas en la garganta y en el paladar. Un odontólogo enterado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por esas señales.

2– Glándulas salivares: suelen aumentar el tamaño, dando al rostro aspecto regordete.

3– Alteraciones hidroelectrolíticas:

a) Potasio: la pérdida del mismo se produce por vómitos, por tomar diuréticos, la combinación de ambos métodos es de altísimo riesgo. La disminución del potasio en la sangre afecta el funcionamiento del corazón, ocasionando arritmias cardíacas que pueden llevar a la muerte por paro cardíaco.

b) Sodio: también reducido en cantidad por vómitos y uso de laxantes, además la ingesta de sodio es disminuida. Puede causar: disminución de la presión arterial y mareos.

c) Magnesio: disminuye por uso de laxantes y diuréticos, solos o combinados, y por vómitos. Ocasiona debilidad muscular, hormigueos y calambres.

d) Agua: se pierde durante vómitos, por uso de laxantes y diuréticos, solos o combinados. Esto genera deshidratación.

4– Aparato digestivo:

a) Esófago: puede irritarse con el paso del ácido, esto provoca esofagitis. En caso de reiterados vómitos diarios, el esfuerzo puede provocar la ruptura del esfínter esofágico, cuadro de suma gravedad que requiere tratamiento quirúrgico de urgencias. A veces aparece el reflujo gastro–esofágico, lo que puede significar que por costumbre lo que está en el estómago vuelva espontáneamente a la boca.

b) Estómago: aparición de gastritis debido a la pérdida del moco que protege las mucosas gástricas del ácido clorhídrico, en ocasiones pueden producirse vómitos de sangre. También es frecuente que el vaciamiento gástrico se haga más lentamente. Como se le estómago se volviera perezoso, y genera una sensación de estar lleno que dificulta la regulación de la ingesta. Con menor frecuencia, ocurre la dilatación gástrica aguda y la ruptura gástrica, cuadro de suma gravedad.

d) Intestino: diarreas y dolores abdominales, denominados cólicos; por uso de laxantes. Los más frecuentes es constipación grave, ya que el uso prolongado de laxantes acostumbra al intestino a funcionar bajo su estímulo y luego el intestino no responde a estímulos normales.

5– Aparato cardiovascular: disminución de la presión arterial por pérdida de sodio y líquido; aumento en las pulsaciones cardíacas; aparición de arritmias cardíacas como consecuencia de la pérdida de potasio, calcio y magnesio.

6– Aparato respiratorio: en ocasiones se produce el pasaje hacia las vías aéreas de pequeños contenidos gástricos que suben del estómago al inducir el vómito. Esto produce cuadros de bronquitis o neumonías aspirativas, especialmente si el vómito se provoca en un estado de alteración de conciencia.

7– Aparato urinario: aparecen daños de leves a moderados en el funcionamiento de los riñones, por deshidratación y abuso de diuréticos. También puede producirse una necrosis renal, con la consecuente pérdida del riñón. Son frecuentes las infecciones urinarias y la producción de litiasis urinaria.

8– Aparato genital: es muy frecuente la aparición de irregularidades menstruales debido a la mala alimentación.

9– Manos: suele aparecer callosidades o lastimaduras en los nudillos de los dedos, o en el sitio de roce contra los dientes, cuando se utiliza la mano para provocar el vómito. El médico enterado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por estas señales, aunque no siempre está presente.

Las practicas del control de peso y las obsesiones con las dietas dejan de ser una solución al problema para convertirse justamente en lo que lo mantiene, lo perpetúa sin fin.

Tratamiento

El tratamiento de bulimia generalmente consiste de la psicoterapia individual, de grupo y/o familiar, y la orientación nutricional. Según el estado de salud física del paciente, habrá mayor o menor control del comer y del ambiente total de la persona. Cuando el atiborramiento con comida y la purgación han conducido a un peligro físico extremo, la hospitalización médica o psiquiátrica se requiere y todo comer y toda función eliminatoria se controla y son vigilados cuidadosamente a cada momento. Conforme se ponga bajo control los síntomas y el peso suba y se estabilice, el control regresa gradual y lentamente al paciente. A todos los niveles de cuidado, el tratamiento generalmente incluye altos niveles de estructura y un plan de tratamiento conductual basado en el peso del paciente y sus hábitos de comer. La psicoterapia y seguimiento médico a largo plazo son esenciales.

- Automanejo

Para posibilitar una recuperación completa, una persona con bulimia debe:

- 1– Participar activamente en el plan de tratamiento.
- 2– Completar el programa e hospitalización cuando sea necesario.

3– Mantener el peso independientemente dentro de 5 libras del peso

proyectado asignado.

4– Funcionar independientemente en las actividades cotidianas.

5– Asistir regularmente a la psicoterapia individual, de grupo y/o familiar.

6– Cumplir todas las visitas medicadasse seguimiento programadas.

7– Demostrar aptitudes eficaces para hacerle frente a las cosas.

8– Pedir ayuda cuando sea necesario.

9– Ser honesto con los profesionales de la salud que estén tratando. No

retener información.

- Confrontando la recaída

Cuando aparecen señales de recaída, el paciente siempre debe contactar al profesional responsable el seguimine médico o psiquiátrico. Los signos de la recaída pueden incluir un aumento o una disminución de peso de 5 libras o más fuera del intervalo proyectado; un aumento en cualquier comportamiento adictivo (alimentos, ejercicio, drogas, alcohol);reducción del apetito o de la capacidad para comer; el reconocimiento de atiborramiento con comida, purgar o vomitar; el uso e pastillas de dieta o diuréticos; o en un aumento o disminución marcada en el sueño.

25