

Trabajo de Psicología Social II

Sobre

Trastornos Alimentarios

Integrantes: María José Araya Díaz
Laura Olivares Álvarez
Alejandra Pequeño Salas
Docente: Andrés Martines Monsalvez
Carrera: Trabajo Social

Introducción

Muchas veces, hemos tomado medidas contra esos molestos rollitos demás y hemos comenzado costosas dietas que finalizan cuando alcanzamos el peso que deseábamos obtener. Sin embargo, existe un porcentaje cada vez más alto de personas, en su mayoría mujeres, que al alcanzar el peso deseado se obsesionan por seguir bajando y atraviesan la línea de la normalidad para pasar al temido terreno de un trastorno alimentario.

Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal. También en algunos casos la publicidad marca una gran parte en esto ya que los jóvenes que miran un anuncio de comida y/o bebidas se antojan de comerlo y/o beberlo, esto hace que al ingerirlo, lo devuelvan por su mala alimentación.

La anorexia y la bulimia son los más típicos y se caracterizan, esencialmente, porque el autoestima de las personas que los padecen depende en gran medida de la silueta y el peso, llegando incluso a poner en juego sus vidas para alcanzar un cuerpo que se acerque lo más posible a un parámetro irrealista de perfección.

Por lo tanto, en este informe haremos referencia a los antecedentes teóricos y contextuales relevantes para el tema, incluyendo una sección práctica realizada en la institución CESFAM donde comentaremos sus programas y entrevistas a profesionales involucrados en el tema.

Historia.

Los trastornos alimenticios tiene su origen entre el siglo XIV y el siglo XIX, son descritos como conceptos modernos, por los psiquiatras de la época.

El primer caso más cercano a un trastorno alimenticio se conoce desde el siglo XIV, en el cual una princesa llamada Wilgenfortis, se niega a ingerir cualquier tipo de alimento, con el propósito de ser tan delgada que ningún hombre la desee.

Hacia el siglo XVIII se origina una orden de monjas llamadas "Las Santas Ayunadoras", estas rendían culto a la virgen María mediante el ayuno, no se tiene mayor información sobre estas monjas, pero se sabe que pasaban grandes cantidades de tiempo sin comer; semanas o días, se sabe que algunas podían morir de inanición o deficiencias cardíacas.

En el siglo XIX se establece la delgadez como modelo corporal con éxito social, lo que origino el aumento de la enfermedad, incluso ya desde entonces podemos ver que la mujeres que no eran lo suficientemente delgadas usaban corsé para adaptarse a los vestidos de la época que exigían una cuerpo muy rígido y una pequeña cintura, lo que nos lleva a la conclusión que desde hace siglos se requiere ser delgado para estar dentro de los estándares de la moda.

El término *anorexia nerviosa* proviene del latín y quiere decir sin apetito, y el adjetivo *nerviosa* expresa su origen psicológico. Al contrario de lo que se piensa no es cierto que los anoréxicos NO padecen de hambre, la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Los pacientes con *anorexia nerviosa* se rehúsan a mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla. El miedo llega ser tal que los puede llevar a la inanición, naturalmente los sujetos no tienen conciencia de su enfermedad.

En 1940 este trastorno se consideró un síndrome y en 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó a la bulimia en el manual de psiquiatría como una enfermedad diferente a la *anorexia*.

Ambos trastornos se originan en la Antigüedad, pero es ahora cuando se les ha estudiado, tipificado y definido. Se sabe que son producto de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como presiones por parte de la familia, es posible la predisposición genética o biológica y el vivir en una sociedad en la cual hay una oferta excesiva de comida y obsesión por la delgadez. Esta idea de estética transmite a los jóvenes sistemas de valores que se basan en el "buen *look*", y el problema es que puedan derivar en una adicción u obsesión por ser delgado. Es verdad que esta estética esta de moda, pero es sólo un disparador que afecta negativamente a algunos jóvenes con problemas familiares y con desajustes de personalidad.

Existen informes que dejan ver que ya desde el siglo XIX había personas que se provocaban el vómito, después de comer en forma excesiva.

El primer caso de bulimia se presento en los años 60 en Estados Unidos y el primer paciente que recibió atención fue en 1970.

La palabra bulimia proviene del griego y significa "hambre de buey", este trastorno se caracteriza por la ingestión rápida de gran cantidad de alimentos; la culpabilidad que origina el abuso de los alimentos provocada la autoinducción al vómito; la utilización en

forma indiscriminada de laxantes y diuréticos y el ejercicio excesivo, igual que en la anorexia existe un miedo intenso a subir de peso y es natural que durante mucho tiempo quien la padece se niegue a aceptar esta conducta. En algunos países, la frecuencia de la bulimia es mayor que la de la anorexia nerviosa.

Antecedentes Teóricos de los Trastornos Alimentarios

En virtud de la temática de la presente investigación se hace fundamental en una primera instancia, definir los conceptos relevantes para el tema a tratar, que corresponden a los siguientes:

Trastornos alimentarios

Los trastornos alimenticios son enfermedades que se relacionan con la alteración de los hábitos alimenticios comunes. Estas conductas pueden o no alterarse voluntariamente, esto esta sujeto a factores internos y externos como el nivel de autoestima, presiones familiares, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar u amigo.

Causas de los trastornos alimentarios

La moda

"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 la máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos.

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.

Factores familiares.

Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobreinvolucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general. Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.

Factores de vulnerabilidad personal:

No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidosos en las relaciones sociales... perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

Factores temporales:

Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero)... aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

Factor sexual

Un factor que juega un papel muy importante en los trastornos alimenticios es la orientación sexual, es cierto que los hombres heterosexuales pueden padecer este tipo de trastornos, pero en la mayoría de los casos las razones que originan los trastornos alimenticios son diferentes en hombres heterosexuales y hombres homosexuales. Aunque sea difícil de creer los hombres heterosexuales pueden iniciar este trastorno por simple descuido, esto puede o no radicar en el tipo de hábitos alimenticios formados desde la niñez, los hombres pueden pasar por una gran cantidad de diagnósticos incorrectos antes de que se les diagnostique un trastorno alimenticio, ejemplo; 'un hombre al que se le diagnostique trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo mayor antes de llegar a diagnosticar la anorexia', esto permite que la enfermedad evolucione mucho más antes de ser detectada. Se ha observado que cuando un hombre padece un trastorno alimenticio lo complementa con ejercicio mucho más que una mujer. También se observó que es más común que simultáneamente tenga problemas con el abuso de alcohol y drogas, en cuanto al apetito sexual ocurre lo contrario que en las mujeres, aumenta en vez de disminuir.

Trastornos emocionales

Los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultados de los trastornos del comer. La estación a menudo afecta la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de los pacientes bulímicos sufren de una forma específica de bulimia la cual empeora en el invierno y el otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia de haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer excesivamente con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año. El inicio de la anorexia parece llegar al máximo en mayo, el mes con mayores índices de suicidio.

Atletismo excesivo

La actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer. A los estadounidenses se les anima a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como espectadoras. En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia (y, a un grado menor, en bulimia). El término "tríada de atletas mujeres" ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos del comer y osteoporosis, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas. La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular aniñada sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podría mitigar su estímulo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el

problema recomendando el conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan en frente de los miembros del equipo o precisan castigos. En las personas con trastornos de la personalidad que los hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos.

Rehabilitación

La rehabilitación es la especialidad médica que engloba el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, sociales, dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico (véase fisioterapia), psicológico, social, laboral y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales, intentando restablecer o restaurar la salud. La rehabilitación debe actuar tanto en la causa de la discapacidad como en los efectos producidos por la enfermedad, basado en el modelo biopsicosocial, para aumentar la función perdida y así la calidad de vida.

Trastornos alimentarios más comunes:

Síndrome del atracón

Se habla de síndrome del atracón cuando se produce una sobreingesta compulsiva de alimentos.

Después de este ataque de glotonería aparece una fase de restricción alimentaria en la que baja la energía vital y se siente la necesidad imperiosa de comer.

Una vez que se inicia otra sobreingesta, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, el individuo reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se siente culpable por la falta de control.

Bulimia Nerviosa

La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso y abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal.

De esta manera en algunas mujeres tienden a tener amenorrea, malformaciones en los dedos, debido a los constantes atracones, seguido de métodos compensatorios inapropiados (inducción al vomito), para evitar la ganancia de peso corporal, etc.

Tratamiento de la bulimia nerviosa

Tratamiento: a diferencia de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa parece tener respuesta frente a algunos medicamentos destinados a sensibilizar la sensación de saciedad.

Antidepresivos: el uso de antidepresivos estuvo basado en un principio en la frecuente observación de síntomas depresivos en la bulimia nerviosa. Sin embargo, estudios posteriores demostraron que el efecto antibulímico de los antidepresivos era independiente del efecto antidepresivo.

a) tricíclicos: la mayoría de los estudios con antidepresivos tricíclicos han demostrado un efecto positivo en reducir las crisis de bulimia como la imipramina y la desipramina; sin embargo, la mayoría de las pacientes recayeron en un plazo de 6 meses de seguimiento.

Por otro lado, el uso de tricíclicos en pacientes bulímicas puede ser peligroso por el perfil de efectos colaterales de estos medicamentos, agravado por las prácticas de estas pacientes que pueden poner en riesgo la vida a causa de trastornos cardiovasculares. Además, producen aumento de peso que puede complicar el tratamiento.

b) ISRS. La fluoxetina es el antidepresivo más rigurosamente estudiado en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Se han reportado importantes cambios en la actitud frente a la comida y en la conducta bulímica en el corto plazo en pacientes tratadas con 60 MG diarios de fluoxetina, cambios que fueron independientes de síntomas depresivos. Esta evidencia hizo que la fluoxetina fuera aprobada por la FDA para el tratamiento de la bulimia nerviosa en adultos.

El hecho que la dosis necesaria para controlar los síntomas bulímicos sea distinta de la dosis antidepresiva, sugiere que el mecanismo de la acción para ambos efectos es diferente. El uso de fluoxetina debería prolongarse por 6 meses, ya que se reducirán las recaídas.

Estudios con fluvoxamina la reportan como afectiva en reducir las recaídas en la dosis entre 50 y 150 MG por día.

c) otros antidepresivos. El bupropion está contraindicado por el riesgo de crisis epilépticas.

Aun cuando hay estudios que demuestran efectividad de los IMAO en bulimia, no se recomienda su uso, dado que la ingesta caótica de alimentos que presentan estas pacientes, no permite el control dietético indispensable con el uso de IMAOS.

Anticonvulsivantes y estabilizadores del ánimo.

El uso de anticonvulsivantes en el tratamiento de la bulimia se relaciona con la observación de que algunas pacientes con bulimia nerviosa presentaban alteraciones en el electroencefalograma.

Estudios con litio y carbamazepina no han demostrado efecto sobre la conducta bulímica, por lo cual no están indicados.

Otros estabilizadores del ánimo no han sido suficientemente estudiados.

Solo se justificaría el uso de estos estabilizadores de ánimo en pacientes bulímicas cuando coexistan con trastorno bipolar. En estos casos, el tratamiento puede ser muy complicado ya que la mayoría de los estabilizadores del ánimo producen aumento del apetito y del peso. En ese sentido, el topiramato puede ser una alternativa para pacientes con trastorno bipolar que a la vez presentan bulimia nerviosa.

Ansiolíticos:

No hay estudios controlados sobre la eficacia de las benzodiazepinas en el tratamiento de la bulimia nerviosa y dada la frecuente comorbilidad de bulimia nerviosa con trastorno por abuso de sustancias, estos medicamentos deben usarse con mucha precaución.

Otros medicamentos:

Muchos han sido estudiados en el tratamiento de la bulimia.

La naltrexona, una antagonista opioide usada en el tratamiento del alcoholismo, ha dado resultados contradictorios. Los antagonistas opioide disminuyen la ingesta de alimentos, sin embargo, para conseguir algún efecto antibulímico, se requieren dosis elevadas del medicamento, 200 a 300 MG al día, que produce efectos colaterales mal tolerados y con riesgo de hepatotoxicidad.

Tratamiento psicoterapéutico

Puede considerarse en dos etapas de la enfermedad.

Etapas:

En la etapa aguda, con el fin de reducir las crisis bulímicas, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficiente; sin embargo, su utilidad en el largo plazo ha sido cuestionada.

En el tratamiento ambulatorio, se pueden usar sistemas de auto reportes en que las pacientes anotan sus comidas normales, comilonas y conductas compensatorias inapropiadas, como auto provocación de vómitos o abuso de laxantes y simultáneamente se les indica que registren si en cada episodio de ingesta alimentaria tenían hambre.

Se sabe que las pacientes bulímicas tienen dificultad para diferenciar la sensación del hambre de otras sensaciones de displacer y el registro las obliga a discriminar. Por otro lado, les proporciona una sensación de control cognitivo sobre la ingesta.

Etapas de mantenimiento:

Los objetivos de esta terapia en esta etapa son: evitar o reducir las recaídas, tratar los trastornos psiquiátricos asociados, en especial el trastorno de la personalidad.

En esta etapa la enfermedad se han demostrado útiles, terapias de orientación analítica e incluso psicoanálisis, que permiten profundizar en temas como la formación de la identidad y de la imagen corporal, conflictos de roles determinados por el género, estilos de autocuidado, alteraciones en el área psicosexual y del control de los impulsos.

La frecuente asociación de bulimia nerviosa con trastornos de la personalidad determina que habitualmente estén muy alteradas de las relaciones interpersonales en estas pacientes, generando pobres redes de apoyo social. Terapias psicológicas prolongadas pueden ser necesarias en estos casos.

Población en riesgo de Bulimia

La población en riesgo está formada sobre todo por mujeres de piel blanca y clase media o alta en países industrializados como los Estados Unidos, América Latina en general, España, Canadá, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.

La bulimia nerviosa se inicia generalmente en la adolescencia o al principio de la vida adulta; generalmente en las mujeres (por cada 10 casos solo uno es un hombre). Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético.

También afecta en la gran mayoría a mujeres con un promedio de edad alrededor de los 20 años. La distribución en relación con la clase social es probablemente más amplia que la de la anorexia nerviosa. Los casos masculinos son escasos, pero se asemejan psicopatológicamente a los de las mujeres, aunque la obesidad premórbida y la homosexualidad/bisexualidad son más comunes. La incidencia es marcadamente mayor en mujeres que en hombres.

Anorexia Nerviosa

La anorexia se caracteriza por una pérdida de peso elevada (más del 25%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

Las características psicológicas y sociales incluyen miedo intenso a comer en presencia de otros, dietas bajas en hidratos de carbono y grasas, preocupación por el alimento, abuso de laxantes, robos y mentiras.

Las principales víctimas de este mal son las mujeres, sobre todo las jóvenes, quienes en ocasiones pueden ser influenciadas por el fanatismo a personas con una imagen pública masiva como actrices y modelos.

Tratamiento: anorexia nerviosa

Consideración para la elección del tratamiento:

-La elección del tratamiento depende del momento en que consulta la paciente.

Es una paciente con severa desnutrición, deberá probablemente preferirse el sistema de internación, en cambio en una paciente sin riesgo vital, puede intentarse un tratamiento ambulatorio.

-La anorexia nerviosa es una enfermedad grave y a menudo crónica, que puede llevar a la muerte a quienes la sufren.

- El tratamiento debe incluir: elección del setting de tratamiento, rehabilitación nutricional, intervención psicoterapéutica, medicamentos (psicofármacos y otros.)

Elección del setting de tratamiento:

Para elegir el setting de tratamiento debe considerarse los siguientes aspectos:

Estado nutricional

Para evaluar el estado nutricional se utiliza el índice de masa corporal (IMC). El IMC normal va entre 20 y 25 kilos/m.

- estado psiquiátrico, incluyendo riesgo suicida.
- Características de la red de apoyo social, especialmente del funcionamiento familiar.

El IMC menor que 14 Kg./m, el riesgo suicida u otros elementos de gravedad psiquiátrica, y una mala red de apoyo social, como por ejemplo una familia disfuncional, pueden hacer necesario un tratamiento intrahospitalario.

Rehabilitación nutricional

La malnutrición se relaciona con la perpetuación de los síntomas de la anorexia nerviosa, por lo tanto, la corrección de las alteraciones nutricionales es fundamental para evitar las recaídas habituales en esta enfermedad.

Como regla general, la meta es la recuperación total del peso de acuerdo a la edad y la talla. Dos estudios han demostrado mayor riesgo de recaída en pacientes que no recuperaron el peso ideal. Igualmente es necesario normalizar los patrones de alimentación.

El peso normal puede considerarse aquel en el cual se recupera la función ovárica. En niñas premenárquicas se puede utilizar el criterio del porcentaje mínimo de grasa corporal necesario para una fertilidad normal y que habitualmente va entre 20% y 25% del peso corporal.

En casos severos de desnutrición la primera meta es salvar la vida de la paciente, y por lo tanto en pacientes crónicamente desnutridas, el tratamiento puede estar encaminado a mejorar la condición médica y evitar la muerte.

En pacientes hospitalizados se espera un aumento ponderal de entre 1 y 1,5 Kg. por semana y en pacientes ambulatorias de aproximadamente 0,5 Kg. a la semana. La recuperación total del peso es un elemento que mejora el pronóstico, disminuyendo el riesgo de recaídas.

La recuperación ponderal no solo es un signo de buen pronóstico, si no que hay suficiente evidencia que demuestra que mucha de la sintomatología, tanto alimentaria como comórbida, se mejora al recuperarse el peso. La experiencia clínica demuestra que la mayoría de las veces la obsesionalidad respecto a la figura corporal y a la comida, disminuye con el aumento de peso, aunque no desaparece.

Amen de la desnutrición calórica, estas pacientes suelen presentar déficits de vitaminas, minerales y hormonas, todos los cuales deben suplementarse durante el tratamiento. Muchas pacientes presentan incluso deshidratación, la que puede estar encubriendo niveles aun más bajos de electrolitos y proteínas plasmáticas, elemento que debe considerarse en la evaluación.

El programa de rehabilitación nutricional incluye un aporte de entre 40 y 60 Kcal. por kilo de peso, fraccionado durante el día y conservando la proporción ideal de macronutrientes, 50% de hidratos de carbono, 30% de lípidos y 20% de proteínas, pudiendo llegarse en la etapa de recuperación del peso hasta 100 Kcal. Por Kg. al día. Los requerimientos normales de una adolescente son de 40 a 60 Kcal. Por Kg. al día y se ha demostrado que las pacientes anoréxicas pueden requerir un mayor aporte que sus pares normales, esto probablemente se deba a la importante hiperactividad que estas pacientes desarrollan durante el periodo de estado de la enfermedad. Conjuntamente deben suplementarse vitaminas y minerales como potasio, magnesio, zing.

La alimentación enteral solo debe usarse en casos muy especiales, cuando el grado de desnutrición no permite a la paciente realimentarse naturalmente, o cuando las características psiquiátricas del cuadro son tan graves que la paciente se niega a ingerir alimentos e incluso agua. La realimentación debe ser

monitorizada por un médico internista e incluye control de signos vitales, complicaciones como edema, alteración de la función cardiaca, renal, aparición especialmente del potasio en pacientes vomitadoras y abusadoras de laxantes. Los estudios demuestran que las pacientes no logran aumentar su peso hasta el mínimo normal para la edad y talla, recaen y se rehospitalizan más.

Intervención psicoterapéutica:

Los objetivos de la psicoterapia son:

- Educar a la paciente y a su familia respecto de las características de la enfermedad, pronóstico, complicaciones y riesgos.
- Crear conciencia de la enfermedad en la paciente y su familia para lograr colaboración con el tratamiento.
- Modificar la conducta alterada respecto a la comida y a la imagen corporal.
- Mejorar las relaciones interpersonales, en especial el aislamiento social que presentan frecuentemente estas pacientes.
- Resolver los conflictos psicológicos que mantienen la enfermedad, en particular los relacionados al estilo de personalidad y a las llamadas tareas de la adolescencia, como son la formación de la identidad y la autoimagen y el proceso de separación-individuación.
- Tratar la comorbilidad psiquiátrica
- Evitar las recaídas.

La planificación en terapia debe hacerse considerando el caso individual. En un primer momento, cuando hay desnutrición severa, la terapia debe estar centrada en crear conciencia de enfermedad y lograr que la paciente tolere la realimentación, disminuyendo la angustia y la culpa que le produce comer.

Del mismo modo, pueden usarse técnicas conductuales para reforzar el aumento de peso. Las técnicas conductuales son muy útiles en las primeras etapas de la enfermedad, y pueden salvar la vida de las pacientes; sin embargo, no tienen igual resultado en el largo plazo.

Los programas centrados en medidas coercitivas deben evitarse como la regla general y debe educarse al equipo terapéutico en el logro de un ambiente con reglas y límites claros, pero empático y contenedor. Varios estudios han demostrado que programas más indulgentes pueden ser más eficientes que programas más estrictos.

Psicoterapia individual. La eficacia de la psicoterapia específica es la fase aguda de la enfermedad ha sido cuestionada. Sin embargo, una psicoterapia inespecífica centrada en una actitud empática, comprensiva, basada en el entrenamiento, la educación, el estímulo de los logros, la contención emocional y otros, se ha demostrado como positiva para el enfrentamiento de estas enfermas.

Psicoterapia de grupos:

La psicoterapia de grupo en pacientes en la fase aguda de la enfermedad no está indicada, primero porque es inefectiva y en segundo porque puede ser iatrogénica, ya que se generan situaciones de competencia entre las pacientes que pueden agravar la desnutrición.

En la etapa de recuperación del peso, los grupos de terapia centrados en mejorar habilidades sociales y autoestima son útiles.

Psicoterapia familiar:

La terapia familiar es útil en dos sentidos: primero para involucrar y educar a la familia acerca de la enfermedad, sus complicaciones y riesgos y lograr adhesividad al tratamiento y en segundo lugar, para manejar los conflictos que pueden estar relacionados con la génesis y la mantención de los síntomas.

Tratamiento farmacológico

No existe hasta ahora un medicamento o un tipo de medicamentos que permitan tratar la anorexia nerviosa propiamente tal. La anorexia nerviosa tiende a ser refractaria al tratamiento y son muchos los fármacos que han sido intentados para reducir los síntomas, las complicaciones o tratar la patología psiquiátrica asociada. La mayoría de las veces los fármacos han sido probados por considerarla parecida a otros cuadros de la psiquiatría conocidos y que responden a determinados psicofármacos, como los trastornos afectivos, trastornos obsesivo compulsivo o los trastornos delirantes o bien por su frecuente comorbilidad psiquiátrica.

Los fármacos más usados son:

Antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores de ánimo, ansiolíticos, otros medicamentos (vitaminas, hierro, calcio, etc.)

Etiología: Las principales han sido la teoría psicológica, sociocultural y biológica.

a.- *Teoría psicológica:* Existen autores que no han observado características específicas en las familias con relación a otras patologías o aún a controles normales. Sin embargo, otros han enfatizado las anomalías en las dinámicas familiares, que se distingue porque sus miembros están muy involucrados entre sí o son muy controlados, impidiendo que la paciente esté en armonía con sus necesidades íntimas.

b.- *Teoría sociocultural:* Se basan en la posible relación existente entre la anorexia nerviosa que emerge, por una parte, como una respuesta a la sobrevaloración que le ha otorgado la sociedad contemporánea occidental a la delgadez, lo que representa una

fuerte presión, particularmente para las mujeres jóvenes que intentan pertinazmente alcanzar esta idea esbelta cultural que se análoga positivamente al éxito, inteligencia, belleza y atractivo sexual.

c.- *Teorías biológicas*: Se han identificado una serie de manifestaciones neuroendocrinas en pacientes anorécticas. En algunos casos sin embargo, no queda claro si las anormalidades se relacionan con la etiología del desorden o son simplemente consecuencias de la caquexia. Se producen alteraciones a nivel del eje hipotálamo-hipofisiario, de los órganos endocrinos, neurobioquímicas, del sueño, inmunológicas, neuroanatómicas, electroencefalográficas y genéricas.

Población en riesgo de anorexia nerviosa

Afecta en el 90% a 95% a mujeres. El 5% al 10% de la totalidad de los casos son hombres cuyas manifestaciones clínicas son similares a las anorécticas femeninas, presentando aquellos una importante distorsión de su identidad y rol sexual, la hiperactividad física como modalidad defensiva frente a los temores de ganancia ponderal, y una mayor latencia en acudir a consultar con un profesional, en contraposición a las mujeres anorécticas. La proporción de pacientes masculinos versus los femeninos es de 1:10.

La prevalencia es de 0,5% a 1% en niñas adolescentes. El riesgo de morbilidad para hermanas de anorécticas fluctúa entre el 6% y el 7%. El riesgo de desarrollar anorexia nerviosa es 1:250 en adolescentes de raza blanca en edad escolar. La edad más común de inicio sería alrededor de los 15 años. Se presume que la prevalencia de las mujeres jóvenes que poseen algunos síntomas de anorexia nerviosa sin satisfacer los criterios diagnósticos se aproxima al 5%. La incidencia actual estimada de anorexia en las mujeres es aproximadamente 8 por 100.000 habitantes por año, en cambio para los hombres la cifra correspondiente es menos del 0,5 por 100.000 habitantes por año. En las mujeres entre 15 a 24 años de edad, la incidencia parece haber aumentado.

Hasta hace algunos tiempos se creía que la anorexia nerviosa era más exclusiva de las clases socioeconómicas medias y altas. Sin embargo, en el presente se ha visto que también afecta a estratos más bajos. Se piensa que los trastornos de hábito de comer son propios de estados altamente industrializados y tecnológicamente avanzados en los cuales existe abundancia de alimentos; no obstante, no se cuenta en estos momentos con estudios sistemáticos epidemiológicos en los diversos países en vías de desarrollo.

Clínica:

El inicio de la anorexia nerviosa habitualmente ocurre entre los 10 y los 30 años. La frecuencia máxima se encuentra entre los 17 y 18 años de edad. Algunas de las pacientes en la infancia tuvieron problemas digestivos frecuentes. El diagnóstico no suele ser precoz debido a la tendencia a la ocultación, ya sea por una falta de conciencia de enfermedad o por miedo a no ser entendidas. Generalmente son llevadas a la consulta médica de forma no voluntaria, forzadas por los familiares porque han percatado de señales conductuales extrañas con respecto a sus hábitos de alimentación. No es infrecuente que la primera consulta sea efectuada a diversos especialistas, de medicina interna, endocrinología, gastroenterología o ginecología y posteriormente, cuando el cuadro ya está completamente establecido o cronificado, acuden a un psiquiatra, que es donde deberían haber ido desde el primer momento.

El síntoma predominante es el temor exagerado a la ganancia de peso acompañado de una distorsión de su imagen corporal de grado variable, sobrevalorando la percepción del tamaño de su cuerpo, de preferencia cara, torso y abdomen. Son muy hiperactivas, incluso en estados de enflaquecimiento extremo y con una notoria preocupación por el aspecto personal. Niegan rotundamente la posibilidad de padecer enfermedad alguna. Para conseguir la delgadez, la paciente comienza a restringir drásticamente su dieta, especialmente los hidratos de carbono, de grasa y a mostrar paulatinamente hábitos alimentarios, tales como cafeinismo, mezclas peculiares de alimentos, comidas en secreto, esconden comida por la casa, intentan deshacer de las comidas poniéndolas en servilletas, en bolsas plásticas o en sus bolsillos, cortan los alimentos en pequeños trozos, se demoran gran cantidad de tiempo en ordenarlos alrededor del plato, ingiriéndolos lentamente y en lagunas veces se deleitan preparando recetas exóticas para los demás. Si se les enfrenta esta conducta, niegan esta sea inusual o rehúsan rotundamente hablar sobre el tema.

Vigorexia

La vigorexia es un trastorno caracterizado por la preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal (dismorfofobia) que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres.

Implica una adicción a la actividad física (especialmente a la musculación): los vigorexicos suelen realizar ejercicio físico excesivo, a fin de lograr un desarrollo muscular mayor de lo normal, pues de lo contrario se sienten débiles o enclenques. A esta exigencia se suma un trastorno en la alimentación que se hace patente en una dieta poco equilibrada en donde la cantidad de proteínas y carbohidratos consumidos es excesiva, mientras que la cantidad de lípidos se reduce. Esto puede ocasionar alteraciones metabólicas importantes, sobre todo cuando el vigorexico consume esteroides que ocasionan cambios de humor repentinos.

Antecedentes Contextuales de los Trastornos Alimentario

Este trabajo está enfocado al contexto familiar en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria del individuo afectado e identificar la manera de lograr una rehabilitación exitosa.

Existen conocidas dificultades para hacerse parte de una psicoterapia individual que presentan con frecuencia las adolescentes y jóvenes con este trastorno: falta de conciencia de la necesidad de ayuda, egosintonía de los síntomas, tendencia a la negación pobre capacidad para reflexionar sobre sí mismas, características que a veces hacen necesario tomar medidas coactivas dentro del tratamiento.

Por otra parte, y enfocando la experiencia clínica común, es frecuente que en el transcurso del tratamiento de adolescentes con anorexia y bulimia, a partir de los síntomas de la hija, los demás miembros de la familia describen escenas que muestran cómo ellos también son parte del problema, ya sea porque lo sufren, por la inconsistencia e ineffectividad de su forma de actuar frente al problema – que, desde la intención de ayudar, parecen a menudo mantener o agravar la situación-, por los síntomas psíquicos que manifiestan o por los conflictos crónicos que viven y que han sido absorbidos en la maraña relacional centrada en los problemas de la hija. También es frecuente que, aunque los familiares consideren a la adolescente como “enferma”, lo que supone que sus conductas escapan a su voluntad, las escenas que describen, cargadas de emociones, muestran cómo es criticada y enjuiciada como responsable de lo que hace o deja de hacer en relación a sus síntomas.

Es en este contexto que hay que entender la emergencia de la terapia familiar como parte del tratamiento de los trastornos de la alimentación, y no sólo como una técnica específica basada en un modelo explicativo y terapéutico alternativo a los modelos médicos y a otras formas de psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS:

LIBROS:

Anorexia nerviosa y bulimia Clínica Terapéutica.
Editores: Rosa Behar Astudillo, Gustavo Figueroa Cave.

Fundamentos de Psiquiatría Clínica.
Editor: Sergio Valdivieso F.

FUENTES TERCIARIAS:

http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_alimentario
http://www.ecovisiones.cl/ecosalud/articulos/trastornos_alimentarios.htm
http://www.puntovital.cl/alimentacion/sana/nutricion/trastornos_alimentarios.htm
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=107846>
http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/1649234/Anorexia-Y-Bulimia-Informate!____.html

Parte II: Trabajo practico en terreno

Los datos de esta investigación se obtuvieron de CESFAM centro de salud familiar (salud primaria), ubicado en Chañarillo 1150 Concon. Este centro es de atención primaria, la cual brinda servicios de salud a una población de aproximadamente a 30000 personas. Esta institución cuenta con un equipo integral conformado por: médicos, enfermeras, paramédicos, psicólogos, asistentes sociales, dentistas, matronas, nutricionistas, kinesiólogas, podólogos, terapeutas de medicina alternativa, etc.

Presentación del programa

Esta institución cuenta con un programa de salud mental, por razones institucionales, La directora de este centro no permitió que este programa fuese presentado para nuestro trabajo de investigación. No obstante se pudieron realizar entrevistas a profesionales en la cual habla un poco acerca del programa que se debiese impartir dentro de la institución para tratar los trastornos alimentarios.

Entrevista al profesional:

Paula Campos – nutricionista CESFAM CONCON.

Que programa se utilizan para abordar los trastornos alimentarios?

La bulimia y la anorexia son patologías de salud mental por lo tanto el programa que aborda estos dos temas es de salud mental.

Cual es el equipo que trabaja dentro de la institución para tratar estas patologías?

El equipo de salud mental es el que debería actuar acá.

Cual es su rol para tratar estas patologías?

Nosotras como nutricionistas somos una parte importante pero como es un trastorno psiquiátrico, la paciente entra en trastorno que esta con catalogaciones, al realizar un diagnostico de salud mental, la bulimia y la anorexia se encuentra dentro de el.

Es frecuente ver a pacientes con este tipo de enfermedad?

El tema de la anorexia y la bulimia es un tema que a nosotros como nutricionistas de atención primaria nos va tocar ver ya que aquí llega mucho paciente referido por el medico, pensando que la nutricionista va a solucionar el problema pero no es tan así.

Bajo que nivel se tratan estas patologías?

El trabajo es a nivel psicológico y psiquiátrico, por lo tanto lo correcto sería un tratamiento con psicoterapia y además una referencia al hospital base a la especialidad ejercida y dependiendo del grado de compromiso que el paciente tenga, el cual lo evalúa y diagnostica un doctor, es el que dice si hay que actuar con fármacos o a que se debe orientar la psicoterapia.

Los trastornos mentales son una enfermedad psiquiátrica que se debe hacer ante esto?

Hay que evaluarlos ya la enfermedades pueden ser transitorias o permanentes.

Que les pide el hospital ante estas patologías?

Nos pidieron que absorbiéramos ese tipo de patologías, acá dentro del consultorio se llegara a un plan de trabajo multidisciplinarlo pero la realidad de estos pacientes es que no se pueden ver en atención primaria.

De que requieren estos pacientes que presentan bulimia y a anorexia nerviosa?

Requieren de una supervisión constante.

Ante esto que sugiere Ud.?

Es bueno capacitar a la familia, a veces seria bueno hasta internarlos, por eso con respecto a lo que nosotros les damos acá es muy poco con respecto a las necesidades que ellos tienen.

La bulimia y la anorexia han aumentado su prevalencia?

Si por supuesto, esta aumentando su prevalencia, aumentando nuevos casos, pero no es el fuerte de la atención primaria.

En viña del mar que institución es la que trabaja mejor con estas patologías?

Sin duda, el hospital naval, ellos cuentan con un equipo multidisciplinarlo.

En estos casos es importante la familia?

Si, es importante ver el tipo de familia que las pacientes tienen, el típico es de las madres sobre protectoras, niñas normales, incluso unas brillantes que tienen una

madre súper absorbente, las pacientes se dejan llevar por la mama ya que tienen un comportamiento social medio retraído.

Que es lo que mas te llama la atención ante este problema?

Lo que mas me llama la atención es ver que hay un dominio dentro de la familia, que el padre puede generar una dominación con la madre y la madre a su vez dominar a la hija, entonces hay limites claros, no se sabe hasta donde llega la madre el padre y la hija.

Cuando llegan las pacientes a la consulta vienen acompañadas por algún familiar?

Si, vienen con su mamá, esta se las habla todas y en todo el rato culpa a la niña por lo que hace o deja de hacer, lo otro tu vez a esa madre abnegada, la madre mas buena del mundo. A su vez la niña que tiene una madre abnegada colapsa y el colapso le provoca rechazo a lo que come y tiene mucha relación ya que la comida es preparada por su madre y esta niña no es capas de mandar a la punta del cerro a su mama.

Entrevista a persona beneficiaria de este programa:

Piensas mucho en tu cuerpo?

Siempre, desde adolescente.

Te sientes gorda?

A veces.

Sientes culpa después de comer?

Solo cuando como mucho.

Comes gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo?

A veces, generalmente cuando estoy momentos sola en mi casa.

Subes y bajas de peso frecuentemente?

Regularmente.

Haces dieta a menudo?

Si, sobre todo cuando la ropa no me cabe.

Te sientes triste?

En ocasiones, cuando escucho musica o en momentos a solas.

Tomas laxantes y/o diuréticos?

Si, después de cada comida.

Vomitas después de comer?

No. Para sincera, a veces, cuando veo mi estomago muy hinchado.

Los demás piensan que estas muy delgado/a?

Si, sobre todo mi familia, pero personalmente no me interesa ni me preocupa.

Sientes que la comida controla tu vida?

No para nada.

Haces ejercicios físicos?

Si, voy al gimnasio 2 veces a la semana y también en mi casa.

Te aíslas de los demás?

Cuando me caen mal, si, en general me cuesta estar con gente.

Te obsesiona la idea de estar delgado?

Totalmente.

Te pones nervioso/a a la hora de la comida?

Solo cuando voy de visita a algún lugar.

Comes poco en presencia de los demás?

Depende de la casa.

Eres muy exigente contigo misma?

Si, para todo, en todo aspecto, orden, comida, horarios, etc.

Si tienes tu periodo, te viene regularmente?

Algunos ciclos se alteran.

Usas ropa ajustada?

Si, me encanta.

Quien te motivo a entrar al tratamiento?

Yo misma, en primera instancia y por la preocupación de mi familia.

Crees que te ha servido?

Si, pero me cuesta, espero terminar bien, igual este estado no es beneficioso, siendo que en el fondo es no aceptarme, es una lucha constante, sacar fuerza de voluntad y dejar de comer, a veces privarme de cosas que quiero.

CONCLUSIONES

Pese a las dificultades que tuvimos para obtener información el lo practico, logramos poder realizar la investigación en CESFAM de CONCON, aunque no se nos dio la posibilidad de obtener el programa que se aborda dentro de la institución, pero si logramos hablar con especialistas los cuales nos dieron un gran apoyo y nos acercaron mucho al tema de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; Dejándonos claro que ellos como atención primaria deben derivar a los pacientes a la atención secundaria (hospitales), teniendo presente que estos no son atendidos de inmediato y que corren un gran riesgo ya que el consultorio no cuenta con un programa específico para tratar estas patologías, a pesar de que tienen una lata demanda de público que presentan síntomas que caracterizan estas enfermedades.

Como nos podemos dar cuenta la salud primaria no tiene como prioridad los trastornos alimenticios, estos son tomados en cuenta porque en algunos casos derivan de la depresión es decir son parte del cuadro que presenta el paciente y la depresión es parte de las patologías planteadas por el auge.

Como grupo se nos hizo difícil poder conseguir a especialistas que trabajan con estas patologías, nos movimos mucho para poder obtener información pero pese a las altas demandas que hay referente a los temas de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa no nos podían atender, por lo cual CESFAM fue nuestra gran oportunidad y es por esta razón que la investigación se realizo en esta institución.