

INTRODUCCION

Este trabajo es una manifestación sobre la preocupación de los trastornos alimenticios en nuestra sociedad. Durante las últimas décadas, el crecimiento de estas enfermedades es cada vez mayor, no solo en la ciudad de Quito, sino en el mundo en general.

La presión social sobre la valoración de una figura esbelta, la delgadez relacionada a la moda y modelos hacen que los jóvenes, en su mayoría mujeres sientan la necesidad de adaptarse a una sociedad que exige ciertos parámetros, haciendo que sientan que pueden ser rechazados por su círculo social si no cumplen un parámetro determinado respecto a su figura.

El problema muchas veces se pone aun más preocupante cuando los trastornos alimenticios se vuelven parte de la vida de los adolescentes y se identifican con esta exigencia hacia una figura esbelta más como un estilo de vida, que como una época de vacío y confusión.

Esta investigación pretende conocer más a fondo cuáles son los métodos utilizados en Quito, para que estos desordenes alimenticios sean tratados adecuadamente

Mediante encuestas, entrevistas a profesionales de las diferentes instituciones y un marco teórico completo, se obtiene conocer ampliamente, cuáles son las causas directas o indirectas, para que los jóvenes presenten trastornos como Anorexia o Bulimia, cuyas manifestaciones sintomáticas tienen un origen inconsciente.

Los objetivos de este estudio son describir causas, síntomas y factores de riesgo de la Anorexia y la Bulimia, establecer las consecuencias de las mismas, analizando las diversas terapias de rehabilitación existentes y sus bondades así como también sus limitaciones. Además mediante la información obtenida en

RESUMEN

La investigación sobre los tratamientos utilizados para con la anorexia y bulimia en los centros existentes en la ciudad de Quito, es una recopilación de información basada en entrevistas, encuestas y bibliografía documentada.

Los trastornos alimenticios son enfermedades mortales, que a pesar de que se manifiesta a través de una conducta alimentaría incorrecta, en realidad, no son sino mas que síntomas del paciente, que le permiten manifestar problemas tanto por complicaciones biológicas, psicológicas, familiares y sociales.

Existen dos grandes diferencias entre la bulimia y la anorexia, la primera consta en que la persona experimenta ataques de ansiedad, ingesta excesiva de alimento, uso y abuso de laxantes y preocupación excesiva por su imagen; la segunda, se refiere a una pérdida de peso por debajo del 25% debido al seguimiento de dietas extremas y restrictivas, además de una distorsión de su imagen corporal.

A lo largo de la investigación se puede indagar que existen varios tipos de tratamiento para estos problemas de alimentación, entre las que podemos nombrar: terapia grupal, terapia nutricional, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia farmacológica y la terapia psico-educacional. Todas estas terapias, no pueden trabajar individualmente, siempre tienen que estar estrechamente ligadas a la hora de ser aplicadas al paciente, para así obtener buenos resultados.

Para la ciudad de Quito, se analiza que estas terapias, en casi todos los lugares donde se trata la anorexia y bulimia, van estrechamente relacionadas y en su mayoría la terapia grupal y cognitiva conductual son las más utilizadas, complementándose así, con la terapia nutricional.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mis padres, hermanas, y amigos de la vida, que siempre con sus sabios consejos y paciencia, me supieron dar palabras y así guiarme a lo largo de todo este proyecto, y Agradezco a Dios por este gran equipo humano que poseo en mi vida.

Gabriela

Dedico el presente trabajo a Dios por permitirme realizarlo, a todas aquellas personas que supieron apoyarme en todo momento especialmente a mis padres por nunca perder la confianza en mi, a mi familia, a mi ángel de la guarda y mis amigos más cercanos que me acompañaron en este largo trayecto dándome fuerzas para continuar.

Thaís

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos todo el apoyo que nos brindó Ineke Vendrig, por habernos aconsejado y tener la paciencia para guiarnos, también queremos agradecer a Paulina Barahona por ser no solo una maestra sino una madre para nosotras.

las visitas a los centros que atienden estos trastornos alimenticios, los resultados serán expuestos y a su vez analizados.

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA : ANOREXIA

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El tema de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, hoy por hoy, es un t3pico de total importancia para la sociedad, cada vez son m3s los casos que aparecen y no son tratados con la importancia que se merecen. Los trastornos alimenticios son un s3ntoma en las personas para manifestar que parte de su salud mental esta quebrantada.

“Los trastornos alimenticios son enfermedades cr3nicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a trav3s de la conducta alimentaria, en realidad radican en una gama muy compleja de factores entre los que prevalece una alteraci3n o distorsi3n de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisici3n de una serie de valores a trav3s de una imagen corporal”¹

Por estas razones son las que las personas deben muy seriamente tomar en cuenta a estos tipos de enfermedades, ya que no solo implica un da3o externo de la persona, sino un deterioro interno que puede llegar a la muerte.

Los agentes que causan los trastornos alimenticios son:

Factores biol3gicos. Existen estudios que muestran niveles anormales de qu3micos en el cerebro, muchas personas est3n predispuestas a sufrir de ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos, por lo que estos individuos son m3s vulnerables a sufrir un trastorno alimenticio.

Factores psicol3gicos. Las personas con trastornos alimenticios tienden a crear expectativas no realistas de ellos mismos y de las dem3s personas que los rodean. A pesar de ser exitosos se sienten incompetentes, ineptos, in3tiles, etc. No tienen sentido de identidad. Por consiguiente, tratan de tomar control de

¹ Allen, Frances, DSM-IV. Editorial Mas3n, Barcelona 1995, pg 553.

su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.

Factores familiares. Familias sobreprotectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas, tienden a desarrollar personas con estos tipos de trastornos alimenticios. Las familias que padecen esta clase de enfermedades no demuestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a no demostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida.

Factores sociales. Los medios de comunicación relacionan la belleza física con lo bueno y la imperfección física con lo malo. Los individuos populares, exitosos, inteligentes, admirados, son personas con el cuerpo perfecto. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso.

Los trastornos alimenticios más comunes son:

Sobreingesta compulsiva (comedores compulsivos)

“La persona experimenta ataques repentinos de glotonería (atracones) en los que come excesivamente alimentos con alto contenido calórico.”²

Después de un ataque de glotonería, aparece un período de restricción alimentaria en que baja la energía vital y se siente la necesidad absoluta de comer.

Cuando existe una ingesta inmediata, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, el individuo reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se empieza a sentir culpable por la falta de control.

²Roberta T. Shelman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. , pg 15

Bulimia Nerviosa

“La persona con este problema 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.”³

Anorexia Nerviosa

Se caracteriza por una pérdida de peso elevada por debajo 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 un 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.

Antecedentes de los Trastornos Alimenticios

Siguiendo a Fernández y Turón, podemos ver que se habla de trastornos alimenticios desde el siglo XIV, así:

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

³ Opcit, pg. 13

El primer caso más cercano a un trastorno alimenticio se conoce desde el siglo XIV, en el cual una princesa llamada Wilgenfortis, hija del Rey de Portugal, quien 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 originó el aumento de la enfermedad, incluso ya desde entonces podemos ver que las 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 lleva a la conclusión que desde hace siglos se requiere ser delgado para estar dentro de los estándares de la moda.”⁴

Ambos trastornos tienen su origen en la Antigüedad, pero es ahora cuando se los ha estudiado, analizado y definido. Actualmente se conoce que son el resultado de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como presiones por parte de la familia. La idea de una

⁴ F. Fernandez, V. Turón, TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. GUÍA BÁSICA DE TRATAMIENTO EN ANOREXIA Y BULIMIA, Editorial Massón, Barcelona 1998. pg. 43.

estética perfecta, transmite a los jóvenes un grupo de valores basados en el “buen *look*”, y el problema es que puedan derivar en una adicción u obsesión por ser delgado. Si bien es cierto esta estética esta de moda, pero es sólo un disparador que afecta negativamente a algunos jóvenes con problemas familiares y con desajustes de personalidad.

Según los datos históricos, el primer caso de Bulimia se presentó en los años 60, en Estados Unidos, en el cual 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 provocando 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 ha aceptar esta conducta.”⁵ En algunos países, la frecuencia de la Bulimia es mayor que la de la Anorexia Nervosa, como por ejemplo en los países industrializados en los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sur África.

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.

1.1 ANOREXIA NERVIOSA

El término Anorexia Nervosa procede del latín y quiere decir “sin apetito”, y el adjetivo nervosa expresa su origen psicológico. Al contrario de lo que se piensa no es cierto que los anoréxicos nerviosos NO padecen de hambre, la reprimen por el miedo que le tienen a la obesidad. Los pacientes con Anorexia Nervosa se rehúsan a mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos

⁵ Roberta T. Shelman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 18

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.

“La Anorexia Nerviosa (AN), una forma de auto inanición, es un trastorno en la alimentación caracterizado por un bajo peso corporal (menos del 25 por ciento del peso normal para la estatura y edad), una imagen corporal distorsionada, amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos que en otras circunstancias deberían presentarse) y un miedo intenso a aumentar de peso. “⁶

La Anorexia Nerviosa, es una enfermedad, que si no se controla a tiempo, la vida de la persona en cuestión, corre peligro. Esa obsesión por tener una figura “en forma”, logra que la persona afectada tenga márgenes increíbles de bajo peso y desnutrición, que con el tiempo, solo se puede llegar a la muerte.

“La Organización Mundial de la Salud en su Décima Revisión de enfermedades psiquiátricas, establece que: “La Anorexia Nerviosa es un trastorno caracterizado por la existencia de una pérdida de peso deliberada, inducida o sostenida por el mismo paciente. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras. La Anorexia Nerviosa constituye un síndrome independiente en el siguiente sentido: 1.- los rasgos clínicos del síntoma son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulte fiable, con un alto grado de concordancia entre los clínicos, 2.- los estudios de seguimiento han demostrado que, entre los pacientes que no se recuperan, un número

⁶ S. Cervara, B. Quintanilla. ANOREXIA NERVIOSA: MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS FUNDAMENTALES. Editorial Eunsa. Pamplona, 1995. pg 15

considerable continúa mostrando de manera crónica los síntomas principales de la Anorexia Nerviosa.”⁷

Hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interaccionan entre sí contribuyendo a que se presente Anorexia Nerviosa en la vida de ciertos individuos, así como también mecanismos psicológicos menos específicos y vulnerabilidad en la personalidad.

¿A quiénes afecta la Anorexia Nerviosa?

La incidencia de Anorexia Nerviosa ha aumentado a lo largo de los últimos 20 años entre los adolescentes. Se cree que ocurre en una de cada 100 mujeres entre 16 y 18 años de edad. Del 5 al 10 por ciento de los adolescentes a los que se les diagnostica Anorexia son varones. Inicialmente se identificó en familias de clase media y alta, pero ahora la Anorexia se encuentra en todos los grupos socioeconómicos y en diversos grupos étnicos y raciales.

1.2 ORIGENES DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Para hablar del origen de la Anorexia Nerviosa, es necesario empezar analizando los antecedentes históricos de estos trastornos.

1.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

“Se han identificado los siguientes trastornos de la conducta alimentaria: pica, rumiación (trastorno rumiativo de la infancia), trastorno atípico de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Estos trastornos son cuantitativos, cuando

⁷ S. Cervara, B. Quintanilla. ANOREXIA NERVIOSA: MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGICAS FUNDAMENTALES. Editorial Eunsa. Pamplona, 1995. pg 16

lo que se halla alterado básicamente es la cantidad de la ingesta. Entre los trastornos cuantitativos se incluyen la obesidad simple por una ingestión de calorías superior a las consumidas, la Bulimia, caracterizada por atracones alimentarios, y la Anorexia o disminución de hambre- apetito, con la restricción más o menos severa de ingesta. Los trastornos cualitativos se dividen en: dificultades alimentarias, la rumiación y la pica. Se presentan preferentemente en niños pequeños y se conocen clásicamente como aberraciones alimentarias; el segundo, en alteración de la manducación es decir, del conjunto de actos, toma de alimentos, masticación y deglución, que preceden a la digestión y finalmente la pica, que se caracteriza por la ingestión de sustancias no alimentarias.”⁸

Desde hace algunos siglos atrás, aparecen en la literatura científica descripciones de una enfermedad sin base orgánica relacionada con la conducta alimentaria y con la pérdida de peso.

Los autores interesados en la existencia de probables casos de Anorexia Nerviosa antes del siglo XVII se encuentran, con descripciones de mujeres que se negaban a alimentarse, consiguiendo con ello una gran pérdida de peso. Sin embargo, no hay datos suficientes para poder comparar con certeza tales casos de Anorexia Nerviosa moderna, y la duda aparece a que el entorno cultural y la concepción que sobre el ayuno se tenía durante esa época se encontraban relacionados con el culto religioso y con diversas prácticas ascéticas. Pero podría asumirse que los motivos que tenían estas mujeres para ayunar, tienen un significado distinto al actual y por ello es difícil saber si eran o no casos reales de Anorexia Nerviosa.

⁸S. Cervara, B. Quintanilla. ANOREXIA NERVIOSA: MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGICAS FUNDAMENTALES. Editorial Eunsa. Pamplona, 1995. pg 17-19

Bliss y Branco (1960), informan de la existencia de nueve tesis doctorales en medicina, que hablan sobre la Anorexia Nerviosa. La más temprana es la de Kornmannus (1685) y las otras son las de Appelstatt (1686), Richter (1691), Glado (1696), Harderus (1703), Seligrus (1710), Vandervorm (1762) y M'Ilvaine (1770), todos estos documentos tienen al menos una pequeña referencia al papel que pueden desempeñar los factores emocionales. Así, Glado hacía notar que la tristeza puede llegar a ser Anorexia.

Otros autores, como Briquet (1859), Alter (1868), Bennett (1868), etc., relatan casos de pérdida de peso, al parecer de origen nervioso, y de vómitos, que recibieron calificativos de "histéricos".

Pero el reconocimiento de la Anorexia Nerviosa como una entidad independiente se deriva, según Jeammet (1984), del esfuerzo clasificatorio y sistematizador realizado por los médicos del siglo XIX. A partir de entonces su historia podría ser resumida en tres tiempos:

1.- Corresponde la primera fase a la descripción de la Anorexia mental, la denominaron de "Anorexia Nervosa", que fue aceptada, permanece vigente y en el nombre con el cual esta enfermedad ha sido conocida desde entonces por todo el mundo.

2.- La segunda fase, está marcada por el descubrimiento de la caquexia hipofisaria, realizado por Simmonds en 1914. Este hecho originó que la atención se desviase erróneamente hacia interpretaciones más orgánicas respecto a la etiopatogenia, y que se la considerase como una forma de panhipopituitarismo, que requeriría un tratamiento endocrinológico.

3.- En la tercera fase se produce un retorno a la concepción psicológica de la Anorexia mental que se beneficia de los estudios hechos con diversidad de

métodos psicoterapéuticos: psicoanálisis, fenomenología, teorías sobre el comportamiento y teorías sistémicas familiares.

4.-Puede aún señalarse una cuarta fase durante la cual surge el criterio diagnóstico central, que diferencia la Anorexia Nerviosa de otras formas psicógenas de pérdida de peso: el miedo, casi delirante, que tiene la anoréxica/o de estar o de llegar a ponerse muy gorda/o, a pesar de encontrarse en un grave estado de escualidez.

Esta cuarta fase es posterior al Congreso de Gottingen en 1965, en donde se reconoció la enfermedad como una entidad nosológica independientemente dentro de la clasificación de las enfermedades psiquiátricas. En este congreso se definió nuevamente la enfermedad como un trastorno de origen psiquiátrico.

1.3 SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA

Existen dos subgrupos de comportamientos anoréxicos cuyo objetivo es reducir la absorción calórica:

Tipo Restrictivo

Es en el cual, se reduce de forma excesiva su alimentación, en un principio se restringen los alimentos de mayor valor energético, para ir progresivamente evitando todo tipo de nutrientes. No se recurre a atracones o a conductas purgativas (laxantes, diuréticos). Se realiza ejercicio extremo, para contrarrestar el contenido calórico de la escasa ingesta que se lleva a cabo. Estas personas suelen caracterizarse por un mayor perfeccionismo, rigidez, hiper responsabilidad y sentimientos de ineficacia.

Tipo Compulsivo/ Purgativo

Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por estos episodios de atracones, también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes, por lo que de una manera excesiva tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol u otras drogas, de manifestar más labilidad emocional (cambios bruscos de humor) y de ser activos sexualmente. Además, generalmente presentan historia de obesidad y sobrepeso premórbido. Existen algunos casos incluidos que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima. El curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón indeterminado de ganancia de peso, seguido de recaídas y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. Estudios realizados entre las anoréxicas/os restrictivas/os y las compulsivas/purgativas/os, plantean que estas últimas pesan más que las restrictivas, y además tienen antecedentes de más casos de obesidad anterior al primer episodio anoréxico; que entre las compulsivas/purgativas se encuentra con más frecuencia la existencia de una madre obesa, y que las restrictivas tienen tendencia a mostrar mayor aislamiento social y de las relaciones sexuales. Las anoréxicas restrictivas con amenorrea primaria, tienen mayor temor a la madurez que otras con Anorexia restrictiva y amenorrea secundaria, y las pacientes muy jóvenes con Anorexia restrictiva tienen mayor depresión y ansiedad que las anoréxicas mayores, tanto restrictivas como compulsivas/purgativas. Los varones con Anorexia Nerviosa pierden la libido y son infértiles.

Ambos tipos de anoréxicos muestran preocupaciones obsesivas y sienten gran cantidad de estrés. “Los resultados de la prueba del MMPI indican que los

anoréxicos/as son propensos a la depresión y es probable que la depresión continúe después del tratamiento exitoso para su problema de peso.”⁹

Diferencias entre restrictivas y purgativas

Las/os pacientes purgativas/os de peso normal suelen tener mayor confianza en sus relaciones personales y tienden a reconocer que tienen problemas alimenticios más a menudo que las anoréxicas/os restrictivas/os, quienes tienden a negar su enfermedad. Por otro lado, mientras que las restrictivas presentan un gran autocontrol, en las compulsivas sucede al contrario, presentando problemas en el control de los impulsos y siendo más frecuente entre ellas el abuso de alcohol u otras drogas, auto-mutilación, cleptomanía, intentos de suicidio, promiscuidad sexual y labilidad en el estado de ánimo. La mayoría de las/os pacientes con síntomas purgativos suelen estar deprimidas/os, estas mismas, presentan una mayor tendencia a experimentar los sentimientos negativos abiertamente, como la furia, la envidia, la rivalidad, a veces en estallidos que se suprimen bruscamente o que van seguidos de sentimientos de vergüenza.

Entre las características de personalidad que pueden hacer a una persona más vulnerable en la Anorexia restrictiva se encuentran la baja auto-aceptación, el perfeccionismo, la tendencia a obsesionarse, el aislamiento social, el conformismo, exceso de autocontrol expresado a través de alta auto-disciplina y control de las emociones, y una alta auto-trascendencia (es decir, personas espirituales, desinteresadas de sí mismas, poco pretenciosas, pacientes y no egoístas). Las compulsivas, presentan mayor facilidad para relacionarse y mayor apertura a nuevas experiencias. En ellas, más que el perfeccionismo, predomina la baja tolerancia a la frustración, de modo que las frustraciones de la vida son percibidas como insoportables. A veces esta baja tolerancia procede de una sensación de “haber soportado ya demasiado”, como las burlas de compañeros, o el mismo dolor causado por su baja autoestima.

⁹ S. Cervara, B. Quintanilla. ANOREXIA NERVIOSA: MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGICAS FUNDAMENTALES. Editorial Eunsa. Pamplona, 1995. pg 46

1.4 CAUSAS DE LA ANOREXIA

- **Causas Sociales**

Numerosos estudios demuestran que en las sociedades en las que se enfatiza la delgadez como símbolo de éxito aparece este tipo de trastorno alimenticio en una mayor proporción.

La Anorexia es más común entre las mujeres adolescentes de la clase media y alta. También se presenta en hombres, pero es poco común. Los trastornos alimentarios resultan de la demanda sociocultural de esbeltez en las mujeres, la cual produce una preocupación por el peso. El énfasis creciente de la sociedad en la esbeltez durante los últimos 20 años se relaciona con un incremento de la incidencia de los trastornos alimentarios.

En la sociedad occidental, hay una marcada preferencia por la esbeltez que al parecer predomina en las clases socioeconómicas altas, a diferencia de lo que pasa en los países que tienen dificultades en la obtención de comida. Esta presión por un ideal de belleza delgado se ha ido intensificando (Raich, 1994).

Para Nasser (1988), estar delgada simboliza a la mujer que es capaz de combinar cualidades de autocontrol y de libertad sexual con los valores tradicionales de atractivo. Todas las sociedades han desarrollado unos ideales de belleza que marcan los objetivos a seguir y se ha insistido especialmente en el ideal de belleza femenina.

Los prejuicios en contra de estar obeso son fuertes y la importancia de estar delgados es muy trascendental en muchas sociedades. Incluso algunas elecciones profesionales relacionan la delgadez con los “logros”. Los grupos de bailarines y modelos corren el riesgo de desarrollar Anorexia (Goldbloom y Garfinkel, 1990).

La presión sociocultural inclina las preferencias hacia el estar delgado, produciéndose una estigmatización del sobrepeso, por considerárseles poco atractivos, descuidados, perezosos, con poco autocontrol y enfermizos (Raich, 1994).

Sólo una de cada cien a ciento cincuenta adolescentes de 15 años o más se vuelven anoréxicas y la tasa es menor en niñas; ya que la mayoría de ellas están expuestas a presiones socioculturales similares y la tasa menor sugiere quizás a otros factores relevantes en el desarrollo de este trastorno (Sarason, 1996).

En un gran porcentaje de muchachas aparece el deseo de estar más delgadas (Toro y Cols, 1989; Raich y Cols., 1992), mientras que muchos chicos querían pesar más, en todo caso, disminuir su peso en proporciones inferiores a las expresadas por la muestra femenina. Este estudio se realizó con una muestra de 3000 adolescentes, un 48% de las chicas querían pesar menos, mientras que un 33% de los chicos querían pesar más. Las investigaciones nos reportan que la preocupación por el peso aumenta con la edad, que predomina entre 17 y 18 años de edad, pero se está observando una disminución progresiva de la edad de las “preocupadas”.

- **Causas psicológicas**

Las personas que sufren de estos trastornos serían descritas como más inestables emocionalmente, más condicionables ante el castigo.

Las pacientes anoréxicas/os presentan conductas de inmadurez, pasividad-agresión y un patrón de conducta auto derrotista. Por lo que tienen una tendencia a desplazar sus conflictos emocionales hacia malestares somáticos.

- **Causas familiares**

A pesar que no es posible identificar una familia típica o específica que provoque miembros con Anorexia (Toro y Vilardell, 1987) han descrito aspectos familiares que pueden tener alguna influencia en la aparición de estos trastornos: familiares de primer grado que presentan trastornos alimentarios, afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna y estatus socioeconómico medio-alto y en algunos casos edad de los padres más elevada.

Se ha observado asimismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de enfermos del tipo compulsivo/purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos revelan un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que dicigotos (DSM-IV).

1.5 SIGNOS Y SINTOMAS

- **Síntomas Clínicos**

Las manifestaciones clínicas de la Anorexia Nerviosa son múltiples, ya que están alterados prácticamente todos los mecanismos de control neurofisiológico y, por consiguiente, casi todos los aparatos y sistemas. En la evaluación física encontraremos muchos signos que son propios de los estados de desnutrición crónica; y si el grado de desnutrición es extremo, encontraremos una paciente esquelética. Por eso, en la inspección general la paciente llama la atención porque presenta un intenso adelgazamiento. La pérdida de peso esta especialmente condicionada por la disminución del tejido adiposo, esta pérdida puede llegar a ser de más del 50% del peso inicial. La distorsión en la percepción de la comida que presentan estas pacientes las lleva a plantearse dietas marcadamente deficientes en grasas y carbohidratos. Como resultado las anoréxicas/os pueden presentar niveles anormalmente bajos de gluco-sérica, y pueden ser diagnosticadas como hipoglucémicas. Esta condición esta directamente relacionada con la caquexia que se revierte con la alimentación normal.

La desnutrición produce un aumento de la liberación de opioides, que son sustancias que toman su nombre del opio ya que producen el mismo efecto en el organismo lo que podría explicar el sentimiento de bienestar que tienen las pacientes anoréxicas/os a pesar de su deficiente estado general.

Hay gran evidencia clínica de que existe una alteración en la función nerviosa simpática, lo cual explica la bradicardia (con frecuencia cardíaca de 20 latidos por minuto); la hipotensión (con cifras de 70mmhg), y la alteración de estos parámetros ante el ejercicio físico.

Se encuentran también una disminución en la temperatura basal (menos de 35.9° C) e incapacidad para compensar estos cambios que es reversible con el aumento de peso.

También existen cambios en el trazado electrocardiográfico con modificaciones del espacio QRS disminución del volumen sanguíneo y del volumen cardíaco proporcionales a la pérdida de peso, arritmias secundarias a alteraciones electrolíticas que pueden producir muerte súbita; desgaste o lesión miocárdica que pueden llevar a la muerte cuando el peso disminuye más de 35 a 40% del peso inicial.

- **Síntomas gastrointestinales**

Existen daños como dispepsia, dolor abdominal y sensación de llenarse en seguida, que puede estar relacionada con una dilatación yeyunal moderada, no obstructiva, junto a un vaciado gástrico incompleto. Los fármacos que aceleran el vaciamiento gástrico, tales como la metoclopramida y domperidona, que pueden ayudar al proceso de realimentación, otros síntomas que pueden estar presentes son las diarreas provocadas por el uso de laxantes. Estas agravan la deshidratación y pueden producir alteración electrolítica, náuseas, vómitos y potomanía. En ocasiones puede observarse esteatorrea, colon irritable, gastritis, úlceras pépticas. Puede haber neumonías por aspiración, ronquera crónica por los vómitos con episodios repetidos de faringitis y laringitis. Pueden existir, también alteraciones dentarias: destrucción del esmalte y caries (por vómitos repetidos) e incluso pérdida total de la dentadura. En ocasiones presentan dermatitis periorales por los vómitos. Pueden haber hipertrofia parotídea benigna, indolora, que parece estar relacionada con la

misma desnutrición o bien con una alteración concomitante de páncreas y parótidas. Esto se asocia sobre todo a la Bulimia, pero también a la Anorexia Nerviosa.

- **Síntomas renales**

Lo más frecuente es la poliuria. También se puede observar la presencia de azotemia, consecuencia de la deshidratación y reducción del filtrado glomerular, cifras elevadas de creatinina plasmática. Existe también retención intensa de sodio; disminución o desaparición de la respuesta normal a la administración de la hormona antidiurética, retención de líquidos y edemas periféricos. Todos estos cambios son alterables y se normaliza al conseguir la recuperación del estado nutricional.

- **Anomalías menstruales**

La incidencia de amenorrea es importante como signo de esta enfermedad. La amenorrea puede ser perfectamente explicada por la pérdida de peso, y revierte con la recuperación del peso corporal dentro de los valores normales.

Se sabe que es necesario un nivel crítico o mínimo de grasa corporal para que se presente la menstruación, y un 23% más por encima de ese nivel para que se mantenga una ovulación regular. Se ha encontrado que los ovarios son mucho más pequeños, y se normaliza con la recuperación de peso, pero su estructura pudiera llegar a ser quística. Otro factor que se ha relacionado con las anomalías menstruales es el ejercicio físico frecuente, mantenido y de gran intensidad.

- **Síntomas hematológicos**

Anemia ligera, generalmente normocítica, disminución de ácido fólico en el plasma, disminución de los depósitos medulares de hierro y de la capacidad para su fijación, disminución del recuento total de leucocitos y neutrofilos.

- **Síntomas del Aparato óseo muscular**

Los dolores musculares así como las alteraciones óseas como la osteoporosis, o el retardo de la edad de osificación en pacientes en edad de crecimiento, son manifestaciones más habituales. También están presentes el retraso estatural y puberal por secreción anormal por la hormona de crecimiento.

Las personas que tienen Anorexia corren mayor riesgo de sufrir fracturas (roturas de huesos). Cuando se presentan los primeros síntomas de la Anorexia antes de que se haya logrado la formación ósea máxima (normalmente desde la mitad hasta el final de la adolescencia), existe un mayor riesgo de osteopenia (disminución del tejido óseo) u osteoporosis (pérdida ósea). A menudo se encuentra una baja densidad ósea en las mujeres que tienen Anorexia y es común el bajo consumo de calcio y la absorción deficiente del mismo.

- **Síntomas del Sistema nervioso central**

En ocasiones los pacientes tienen crisis convulsivas generalizadas, probablemente por los trastornos electrolíticos severos que presentan, o por daño imperceptible de las neuronas producidas por la desnutrición. La explicación de estos hallazgos no ha sido confirmada.

- **Síntomas psicopatológicos**

Varios autores coinciden en afirmar que en la Anorexia Nerviosa se da una alteración psicopatológica específica, que tiene relación con la ingesta y la alteración de la percepción de la imagen corporal. Estos comportamientos, que parecen ser constantes, se pueden identificar en todas las pacientes y verificarse mediante la observación. Sin embargo atrás de todas estas actitudes propias de la Anorexia, se identifican otros síntomas psicopatológicos, que están presentes en otras enfermedades psiquiátricas, y que, aunque no

siempre se presentan en las pacientes anoréxicas/os, no son susceptibles de ser agrupados psicopatológicamente en síndromes psiquiátricos definidos.

- **Baja autoestima**

Varios estudios demuestran que el grado de satisfacción corporal o autoestima física está asociado con la autoestima en general. Las mujeres con trastornos alimentarios tienen una extremada baja autoestima, sentimientos de ser mala persona, descuidada y un intenso miedo al rechazo o al abandono (Garfinkel y Garner, 1982).

La mayoría de los hombres parecen igualar su figura corporal con su figura ideal (Fallon y Rozin, 1985).

La persona que tiene un pobre concepto de sí misma físicamente llega a realizar muchas conductas denominadas evitación pasiva y activa:

Evitación Pasiva: alude a evitar situaciones que provoquen preocupación por la apariencia física, como no asistir a eventos en los que la persona considera que su físico va a ser objeto de escrutinio o donde va a encontrar a otras personas que considera más favorecidas que ella misma. Llevar ropa holgada y no atreverse a usar vestidos ceñidos, evitar intimidad física y comer menos son ejemplos de este tipo de evitación.

Evitación Activa: consiste en realizar conductas en las que la persona trata de reasegurarse de su propia apariencia. Por ejemplo: mirarse a menudo al espejo, pesarse cada día y aún varias veces en un mismo día, preguntar a los demás acerca de su apariencia (Raich, 1994).

Los pacientes anoréxicos/as actúan de esta forma por el hecho de que necesitan constantemente reasegurarse de su aceptación tanto con ellos mismo como con la gente que los rodea, porque siempre están midiendo cuanto valen a través de la opinión de los demás.

- **Síntomas autistas**

- Desinterés total ante cualquier contacto social o sexual con el sexo opuesto.
- Negación ante el sexo.
- Interés intenso ante su propio cuerpo.
- Observación ante el espejo durante horas de su propio cuerpo, desnudo, tocándolo, examinándolo. Obtienen con ello placer sensual, convirtiéndose esta práctica en una gran fuente de placer.
- Aislamiento social

- **Síntomas emocionales y afectivos**

Algunas opiniones parecen admitir que podrían coexistir dos enfermedades diversas en una misma paciente como es el trastorno depresivo y la Anorexia Nerviosa, al contrario de lo que postulaban otros especialistas donde hablaban de la presencia de un solo trastorno en un diagnóstico.

“Varios autores afirman (Eckert, 1982), que aunque no coexistan ambos diagnósticos, refieren que la presencia de sintomatología depresiva en el/la paciente anoréxica/o permite afirmar, que las/los pacientes más deprimidas/os pueden mostrar mayor alteración de sus actitudes con respecto a la comida y de su conducta alimentaria.” Tienen la idea de una figura más delgada, están más angustiadas respecto a su propia imagen, se perciben a sí misma con un cuerpo más grande y menos atractivo y tienen más miedo a engordar. Una mejoría en su estado depresivo se correlaciona con ganancia de peso.

Entre los síntomas emocionales que acompañan esta enfermedad podemos denotar los siguientes:

- Tensión
- Irritabilidad
- Reacciones de Furia
- Frustración
- Arranques destructivos
- Alteraciones del Sueño

- Hiperactividad
- Negación de la enfermedad
- Tristeza
- Sentimientos de culpa
- Búsqueda histriónica de simpatía
- Ambivalencia ante la figura materna.

- **Síntomas obsesivos**

Los síntomas obsesivos-compulsivos han sido observados en la Anorexia Nerviosa desde 1939, año en que fueron descritos por Palmer y Jones (1939), y posteriormente por Du Bois (1949). Más recientemente otros autores (King 1963, Rally 1969, Hecht y Fichter, 1983), también han puesto su atención en estos síntomas y en la interpretación que podría tener su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. Entre los síntomas tenemos:

- Obsesividad
- Rigidez
- Tendencia a vivir la vida según modelos rígidos preestablecidos.
- Irritabilidad antes cualquier circunstancia inesperada, aunque sea trivial, que conlleve una modificación en el plan preestablecido.
- Rituales obsesivos menores: lentitud para actuar por la preocupación que tienen por comprobar lo que han hecho, mostrando una inadecuada atención a detalles sin importancia
- Escrupulosidad extrema en la higiene personal como la necesidad casi fóbica de evitar la suciedad.
- Perseverancia para superar cualquier reto propuesto y, probablemente por ellos, capaces de superar casi cualquier meta propuesta.

- **Alteración de la imagen corporal**

La alteración de la imagen corporal se acompaña de una marcada indiferencia ante su adelgazamiento. La ausencia de objetividad en la apreciación de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan exagerada que en ciertos casos la llaman “dimensiones delirantes”; la alteración de la percepción está trastornada e insisten en que no “ven” su delgadez como anormal o fea; por lo contrario, se identifican con su apariencia de tipo esquelética, se enorgullecen de ella y la mantienen activamente.

Se observa que el trastorno perceptual es sensible al patrón de comida, y se hace peor después de comer. También se ha podido analizar que la distorsión disminuye si la paciente gana peso como resultado de tratamiento, y que, existe la paradoja, de que la ganancia de peso tiene el efecto de reducir la sensación que tienen la paciente de sí misma que se percibe anormalmente gorda.

- **Síntomas de ansiedad y fobias**

Tanto la fobia como la ansiedad aparecen solamente por una construcción de pensamientos propios de cada paciente, y esos pensamientos racionales, hacen que se actúe contra o favor de la integridad física. En el caso de la Anorexia estos pensamientos no tienen un matiz racional, sino crean una realidad distorsionada que logran que los pacientes con trastornos alimenticios se obsesionen y desvaloricen su imagen.

“El trastorno parece tener un alto grado de ansiedad y de fenómenos fóbicos, la interpretación psicopatológica que determinaron varios especialistas analizan que todos los estímulos que se relacionan con la probable alteración de la

imagen corporal se convierten en estímulo simbólico aversivo condicionado por la generalización cognitiva. Hay un proceso de generalización fóbica, hay una valoración estética negativa del cuerpo. Este cuerpo, por si solo, en cuanto ente físico que es, no produce molestia ni daño alguno a la interesada. El daño viene producido por la valoración. Se trata de un pensamiento, un juicio, un hecho cognitivo, que desencadena una ansiedad suficientemente intensa para tomar una decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación. Este proceso se supone que el propio cuerpo así evaluado se transforme en un estímulo fóbico, la ansiedad y la asociación pensamiento-realidad conduce a que el propio cuerpo suscite la respuesta ansiosa.”¹⁰

En el fenómeno fóbico se centra y se determina los distintos momentos del curso de la Anorexia. Cuando la fobia se extingue del todo, el trastorno anoréxico no tiene por qué existir; el hecho de que persista la ansiedad fóbica, probablemente sólo puede entenderse por la persistencia continua de los criterios estéticos ambientales que refuerzan las auto evaluaciones negativas y, quizá por las características obsesivas propias de la Anorexia.

El patrón de sueño más característico es de ansiedad: poca profundidad de sueño y despertares frecuentes durante la noche. De hecho, sólo hacer una dieta estricta influye en la profundidad del sueño (Lacks, 1987; Hauri y Linde, 1990) y en el caso de los trastornos alimentarios es una práctica frecuente.

Los pacientes con trastornos alimenticios que distorsionan su apariencia aprenden a reducir la ansiedad evitando determinadas situaciones que podrían provocarla. Cuando se relajan al no asistir a una de estas reuniones sociales

¹⁰ S. Cervara, B. Quintanilla. ANOREXIA NERVIOSA: MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGICAS FUNDAMENTALES. Editorial Eunsa. Pamplona, 1995. pg 44-45

aumenta la posibilidad de no asistir en el futuro, puesto que huir de la hostilidad es una de las cosas más gratificantes que suelen sentir; por tanto, aumentan sus dificultades de relación social.

- **Síntomas Sociales y Familiares**

Las familias de los anoréxicos/as tipo purgativo / compulsivas son menos estables, hay más discordias entre los padres y problemas de salud físicos y han experimentado más eventos negativos en un pasado reciente. Presentan mayores tasas de trastornos del ánimo y por abuso de sustancias que las familias de los anoréxicos tipo restrictivo (Kog y Vandereycken, 1985).

Una situación de conflicto social muy frecuente se da con la familia, ya que la familia y especialmente la madre, tiene la responsabilidad de la nutrición del núcleo familiar. Cuando una persona deja de comer y adelgaza o come grandes cantidades de alimento, crea problemas que suelen generar malestar. Asimismo, acostumbran aumentar el trastorno al probar diferentes formas de lograr que la persona se alimente correctamente.

Las personas que tienen trastornos alimentarios suelen tener una pobre relación social. Las restricciones sociales que se auto imponen para no ser observadas ni juzgadas favorece una cierta fobia social, pues al huir de estas situaciones se sienten más relajadas y tienden a evitarlas más a menudo. Muchas veces, dependen únicamente de una persona que puede ser su pareja o miembro de la familia. Si se rompe la relación, por ejemplo, en el caso que sea la pareja, a menudo el/la paciente queda encerrado/a en sus propios problemas (Raich, 1994).

1.6 CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los pacientes con Anorexia y Bulimia siempre tienen consecuencias a largo plazo y corto plazo entre los problemas que se destacan después de un tiempo de padecer bulimia se puede denotar:

1.6.1 CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Estas son algunas de las consecuencias a corto plazo de las personas que sufren Anorexia Nerviosa:

Secuelas cardíacas

- Arritmias
- Disminución del tamaño del corazón
- Prolapso de válvula mitral, esta es una de las causas de muerte súbita tan común en los enfermos de anorexia.
- Baja presión
- Extremidades frías
- Insuficiencia cardíaca.
- Bradicardia e hipertensión

Secuelas endocrinológicas

- Ovarios poliquísticos lo que les produce: *esterilidad, acné severo, alopecia y androgenización.*
- Osteoporosis
- Mal funcionamiento de las hormonas tiroideas
- Mala regulación de la producción de insulina

Secuelas digestivas

- Mala absorción de nutrientes debido al intestino liso, lo que genera un déficit crónico de minerales y vitaminas.
- Diarreas y constipación
- Reflujo
- Gastritis crónica

Daños cerebrales:

- Neurológicos, calambres y hormigueos
- Bajo nivel de leptina que regula el apetito

Problemas gastro-intestinales:

- Flatulencia y estreñimiento
- Dificultad en el vaciamiento gástrico y reducción estomacal

Daños en los huesos:

- Disminuye la masa ósea a causa de la pérdida de la menstruación, de minerales y de un alto porcentaje de hormonas tiroideas en sangre.
- En los casos de anorexia a temprana edad puede producirse un freno en el crecimiento.

Daños visibles:

- Amenorrea
- Aparición de vellos finos y largos en espalda, antebrazos, muslos, cuello y mejillas
- Sensación de frío constante
- Las palmas de las manos y las plantas de los pies tienen una coloración amarillenta
- Las uñas se quiebran y se cae el cabello
- Pueden verse edemas periféricos en la zona de la boca, problemas dentales
- Anemia profunda

1.6.2 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

A continuación se hablará de las consecuencias a largo plazo de la Anorexia Nerviosa, y se pueden suscitar las siguientes señales:

Existe el riesgo de muerte. Muchos estudios de pacientes anoréxicos/as han encontrado tasas de mortalidad que oscilan entre un 4% y 20%. El riesgo de muerte es significativo cuando el peso es menos de 60% de lo normal. Los hombres con Anorexia están a un riesgo específico de problemas médicos potencialmente mortales, probablemente porque se diagnostican generalmente más tarde que las niñas.

También se puede añadir en las consecuencias a largo plazo, la cardiopatía, esta enfermedad es la causa médica más común de muerte en las personas con Anorexia severa. El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender. Además, los músculos del corazón llegan a padecer de hambre, perdiendo tamaño. Los niveles de colesterol tienden a subir. Existen además desajustes de electrolito. Los minerales como el potasio, el calcio, el magnesio y el fósforo se disuelven normalmente en el líquido del cuerpo. El calcio y el potasio son particularmente críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata regularmente. La deshidratación e inanición de Anorexia Nerviosa pueden reducir los niveles de líquido y contenido mineral, una enfermedad conocida como desajustes de electrolito, que puede ser muy grave a menos que los líquidos y los minerales se reemplacen.

Uno de las complicaciones más graves son las anormalidades reproductivas y hormonales. La Anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en las hormonas de la tiroides y mayores niveles de otras hormonas, como la hormona de estrés cortisol. La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad y pérdida de hueso como se explicará más adelante. La reanudación de la menstruación, indicando niveles de estrógeno restaurados, y aumento de

peso mejora las perspectivas, pero incluso después del tratamiento, la menstruación nunca regresa en un 25% de pacientes con Anorexia severa. Las mujeres que quedan embarazadas antes de recuperar un peso normal, afrontan un futuro reproductivo precario, con pesos bajos al nacimiento, abortos espontáneos frecuentes y una tasa alta de niños con defectos congénitos. El peso bajo solo quizá no sea suficiente para causar amenorrea; los comportamientos extremos de ayunamiento y purgación pueden desempeñar un papel aun mayor en el trastorno hormonal. La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno y aumento de hormonas esteroideas resulta en huesos porosos y sujetos a fracturas. Tan sólo la rápida restauración de la menstruación regular puede proteger contra la pérdida ósea permanente; el aumento de peso no es suficiente. Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento retrasado debido a niveles reducidos de la hormona de crecimiento.

Se puede añadir a los problemas de pacientes anoréxicos/as, los problemas neurológicos. Las personas con Anorexia severa pueden sufrir daño nervioso y experimentar convulsiones, pensamiento desordenado y cosquilleo, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos o los pies. Las exploraciones cerebrales indican que partes del cerebro experimentan cambios estructurales y actividad anormalmente alta o baja durante los estados anoréxicos; algunos de estos cambios regresan a la normalidad después del aumento de peso, pero existe evidencia de que algún daño puede ser permanente.

Y por último podemos enfatizar los problemas sanguíneos. La anemia es un resultado común de la Anorexia y la inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12. Si la Anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, una enfermedad potencialmente mortal llamada penciopenia.

1.7 FACTORES PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

1.7.1 FACTORES PRECIPITANTES

Los acontecimientos vitales citados como desencadenantes de un trastorno alimentario incluyen: cambio de casa, escuela o colegio, enfermedad importante de un miembro de la familia y separación de un amigo.

Aparte de estos acontecimientos se está llevando a cabo el estudio de las perturbaciones y satisfacciones diarias, puesto que se aduce que el estrés cotidiano puede ser tan alterado, por frecuente, como los anteriores.

“Son aquellas circunstancias que aparecen en la vida de una persona y que dan lugar a cambios. Entre los más conocidos podemos hablar de la muerte de un familiar próximo, casarse, divorciarse, perder o empezar un trabajo, el abandono del hogar para ir a estudiar, tener un hijo, etc. Estos son los eventos más comunes en adultos (Raich, 1994). La aparición de una de estas circunstancias demanda del sujeto una capacidad de respuesta que muchos no disponen; por ello, se crea tensión que en este tipo de trastorno puede constituir el inicio (Raich, 1994). Otra situación muy estresante y frecuente en la adolescencia es la de las primeras relaciones con personas del sexo opuesto (Raich, 1994).”¹¹

Se entiende que al pasar por los diferentes períodos de los ciclos de los seres humanos estos causan stress, crisis, ansiedad etc. Para los pacientes con

¹¹ Enrique Dulanto, MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. Curso de Postgrado, Quito 1995.

Anorexia, estas crisis son más severas y más impactantes ya que aparte de que están desvalorizados no se sienten capaces de afrontar esta clase de situaciones.

1.7.2 FACTORES MANTENEDORES

1.7.2.1 FACTORES COGNITIVOS

Beck (1976) ha observado que la conducta de evitación puede ser perpetuada por conjuntos cognitivos que pueden operar de manera autónoma. Se desarrolla un sistema de creencias y actúa como molde al que se hace adaptar la información que llega. Los datos que son inconsistentes con el sistema son desechados o distorsionados y prevalece la idea predominante. La dieta no sólo está mantenida por la situación fóbica (estar gorda), sino también por el refuerzo que recibe al sentirse capaz de controlarse. Le permite autoevaluarse en un momento de crecimiento y afirmación personal como “fuerte” y “triumfante”.

Según Garner y Bemis (1985) la conducta alimenticia alterada se mantiene especialmente por factores cognitivos y conductuales. Una vez que ha llegado la decisión que “es absolutamente necesario hacer un régimen para adelgazar” y se lleva a cabo, esta conducta queda reforzada por el “reforzamiento negativo” de evitación de la aversión. Al hacer el régimen, al provocar el vómito o abusar del ejercicio, laxantes y/o diuréticos huye de algo que le causa pavor: la posibilidad de engordar.

1.7.2.2 ACTITUDES DE FAMILIARES Y AMIGOS

La preocupación que se genera en el seno de una familia que tiene a una persona anoréxica es tal, que da lugar a las más variadas conductas. A fin de que estos individuos no sigan adelgazando, se hace todo lo que se puede y esto quiere decir que se premian muchos comportamientos desadaptativos. Se generan discusiones, desacuerdos y múltiples culpabilizaciones entre los

padres y el resto de los miembros de la familia, que se convierten en una atención extremada frente al problema.

1.8 TRASTORNOS ASOCIADOS

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida del interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios de un Trastorno Depresivo Mayor. Como estas características se observan también en las personas sin Anorexia Nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos podrían ser secundarios a las secuelas de la semiinanición. Por esto es necesario re evaluar los síntomas propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado el peso, parcial o totalmente.

Se han observado en estos enfermos, características propias del trastorno obsesivo – compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de personas con Anorexia Nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocinas o alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de debilidad sugiere que las obsesiones y compulsiones con la comida pueden producirse por la desnutrición. Cuando los individuos con Anorexia Nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso se realizará el diagnostico adicional de trastorno obsesivo – compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la Anorexia Nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

En comparación con los individuos con Anorexia Nerviosa tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tiene más probabilidades de presentar problemas de control con los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más fragilidad emocional y de ser activos sexualmente.

1.8.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las enfermedades medicas, ejemplo; enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas, VIH, puede producirse una perdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tiene una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. El síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de Anorexia Nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emaciación), En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de individuos con este trastorno no tiene deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de Anorexia Nerviosa).

Algunas características de la Anorexia Nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo – compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten molestos y humillados al comer en público; pueden observarse obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario. Cuando el individuo sufre de Anorexia Nerviosa tiene miedos sociales a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnostico de fobia social, pero, si existen fobias sociales

no relacionada con la conducta alimentaria. En la Bulimia Nerviosa los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso, ejemplo; vómitos, y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y peso corporales. Sin embargo, la diferencia de los enfermos con Anorexia Nerviosa (tipo compulsivo / purgativo), y las personas con Bulimia Nerviosa es que estas últimas son capaces de mantener el peso normal o por encima de un nivel normal mínimo.

RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN DE LA CIE-10

Los criterios de investigación de la CIE – 10 y los criterios diagnósticos del DSM – IV para la Anorexia Nerviosa difieren en diversos aspectos. La CIE – 10 requiere específicamente que la pérdida de peso autoinducida mediante la evitación de comidas grasas y, en el varón, comporte una pérdida de interés y de la potencia sexual (correspondió a los que en las mujeres sería la amenorrea). Finalmente, a diferencia del DSM – IV donde el diagnóstico de Anorexia Nerviosa se tiene preferencia sobre el de Bulimia Nerviosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de Anorexia Nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

CAPITULO II BULIMIA

2.1 BULIMIA

La Bulimia, es una patología caracterizada por períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas excesivas de comida seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos. Estos episodios de sobrealimentación descontrolada han sido denominados en lengua sajona como “bing eating”, que no tiene una traducción literal para nuestro idioma, pero que significa en realidad “fiesta” o “parranda” alimenticia, donde se unen el descontrol y el placer. Las personas afectadas por este trastorno pueden llegar a comer cualquier cosa sólo por el placer de engullir.

Para que se considere Bulimia los atracones deben presentarse con una frecuencia de al menos dos veces por semana, y se han dado durante al menos tres meses. La mayoría de las veces estos episodios ocurren “en secreto”, además debido al alto nivel de ansiedad el estilo alimentario durante estos episodios es caótico: comen muy rápido, en ocasiones incluso se engulle, mezclan sabores dulces y salados, y a veces comen con las manos. Siempre los pacientes que sufren este trastorno alimenticio están preocupados en forma constante por pensamientos acerca de la comida y por la sensación de haber traicionado su aspiración de un peso ideal.

Con el tiempo, el atracón se generaliza como recurso para aliviar transitoriamente el malestar emocional que puede tener distintos orígenes desde el aburrimiento a la depresión, pasando por la ansiedad o el enojo.

En un 70% de los casos este trastorno acompañado de Anorexia (Bulimarexia) y en un 30% se manifiesta como Bulimia pura. Las personas que sufren de este trastorno alimenticio tienen una sensación de pérdida de control sobre la comida, aparecen sentimientos de culpa tras el descontrol alimentario. En ciertos episodios, se consume exceso de líquido para facilitar el vómito, y se usa ropa cómoda y suelta para evitar la sensación de plenitud, e hinchazón.

La paradoja es que el ciclo de hacer una dieta, atracarse, y purgarse, muy lejos de solucionar un problema, contribuye a perpetuarlo. La razón es porque la purga interrumpe el circuito de realimentación por medio del cual el acto de comer acarrea una disminución del apetito. "Vomitarse es una solución de corto alcance porque, si bien en lo inmediato elimina el alimento que la persona rechaza, pronto esta práctica, que se originó en un intento por controlar la ingesta excesiva, se convierte en un círculo de hierro, por el mismo hecho que da la legitimidad al atracón, con la ilusión de que la trasgresión es así eficazmente anulada".¹²

Lo cierto es que con el pasar del tiempo, la persona que sufre Bulimia va perdiendo el control, al punto de sentir que debe vomitar cada vez que come. En la medida en que todo esto transcurre en forma secreta y es una práctica de la cual la paciente se siente avergonzada, se va generalizando un estado de malestar, inquietud y sentimientos de culpa. Como consecuencia de este ciclo vicioso, el atracón y los métodos de purga son la respuesta al desasosiego. Al producir pérdida de peso y hambre, rompen el circuito natural de hambre-comida-saciedad, desencadenando un nuevo atracón y así sucesivamente.

Un rasgo esencial del paciente bulímico/a es que los atracones los viven como ajenos y repugnantes, pero se siente incapaz de controlarlos. Su vida está signada por la vergüenza y la culpa, y por complicadas mañas para permitir la continuación de sus prácticas secretas que se le imponen no como algo placentero, sino como algo que no puede eludir.

Este problema se presenta en un varón por cada 9-10 mujeres que padecen el trastorno. La edad de inicio suele ser más tardía que la de la Anorexia, apareciendo normalmente al final de la adolescencia, en general, cerca de los veinte años. Es frecuente que haya historia previa de Anorexia Nerviosa. Esto explicaría en gran medida la obsesión por el peso, la figura corporal y el miedo intenso a engordar, aspectos que parecen en la mayoría de estas pacientes.

¹² Raush Heiscovivi Cecile. Bay Luisa. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. Editorial Paidós. México 1997. pg 146

En otros casos, se observa la existencia de sobrepeso previo al desarrollo de la Bulimia.

El DSM IV habla acerca de la Bulimia denotando las siguientes características:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa.

Habitualmente en el momento de iniciarse el trastorno, la persona fija su valía personal en los cánones de la belleza vigentes, y se siente empujada por la presión social a conseguir el cuerpo perfecto. Estos mensajes aparecen frecuentemente en los medios de comunicación, y facilitan la práctica de una dieta estricta. La restricción alimentaria es quizá el factor de predisposición más frecuente. Existen cuatro maneras fundamentales de hacer dieta, que son utilizadas por las personas que padecen de Bulimia:

- Ayuno: no tomar ningún alimento entre los atracones o evitar las comidas principales.
- Restricción dietética o dieta: intentar mantener la ingesta por debajo de un número determinado de calorías.
- Se evitan determinados alimentos que se perciben como “prohibidos” o que engordan.
- Seguimiento de una “dieta sana” justificando dichas prácticas restrictivas como un estilo de vida: ser vegetariana, padecer algún tipo de alergia, etc.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno a más días y realizar ejercicio físico intenso. En un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. “Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce en horas poco habituales, o en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presenta alguna enfermedad”¹³. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno alimenticio toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y Bulimia Nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

2.2 ORIGENES DE LA BULIMIA

“La conducta de atracones alimenticios exagerados, seguida de sensaciones variables, generalmente de placer y de vómitos autoinducidos para seguir comiendo luego, se recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines, que ha sido evocada por la literatura, el cine y otras artes”¹⁴. Esto sucedía en las

¹³ Roberta T. Shelman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg.15

¹⁴ Rausch Heiscovivi Cecile. Bay Luisa. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. Editorial Paidós. México 1997. pg 138

clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde, estas conductas fueron condenadas por la sociedad, cuando la obesidad dejó de ser un signo de prosperidad.

A pesar de estos antecedentes y de referencias a la aparición de conductas bulímicas en pacientes que habían padecido Anorexia Nerviosa, es sólo en 1979 se publica la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. A partir de entonces, se ha intensificado la investigación, para definir criterios adecuados de diagnóstico, para evaluar su incidencia, profundizar sobre la etiopatología y ensayar acerca de la mejora terapéutica.

La Bulimia Nerviosa como “síndrome” como ya fue mencionado antes, fue definida hace realmente poco, en el año de 1979, por el psiquiatra Gerald Russell. Desde principios de la Segunda Guerra Mundial, se empezó a dar importancia a la delgadez. “El papel de la mujer en la sociedad fue haciéndose cada vez más activo y fueron apareciendo casos de Bulimia Nerviosa tal como se las conoce en la actualidad”¹⁵.

Casi siempre la Bulimia se inicia con una dieta o, al menos, con el deseo de adelgazar. Por lo general, la persona ha probado todos los regímenes para reducción de peso disponibles y se siente desesperada por reducir su peso. Esta convencida de que si solo pudiera adelgazar sería más feliz y podría lograr mucho más en su vida.

“Muchas bulímicas/os reconocen que aprendieron a purgarse a través de programas de televisión y artículos de revistas diseñados para informar y advertir al público acerca de los peligros de la Bulimia. Cada vez que la persona se excede en la alimentación y se purga, tales comportamientos se quedan “impresos” y se convierten en respuestas más probables para situaciones futuras.”¹⁶

¹⁵ Gómez María de los Ángeles. QUÉ ES LA BULIMIA, UN PROBLEMA CON SOLUCION. Editorial Pirámide, Madrid, 2003. pg 22

¹⁶ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 18

2.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Pocas personas saben que los “vomitadores” actuales tienen un predecesor ilustre, que se las sabía todas respecto al placer y su búsqueda. Se trata de Epicuro, el ilustre filósofo del hedonismo. Según se refiere su alumno predilecto Metrodoro, se atracaba y vomitaba dos veces al día por simple búsqueda estética del placer. También alternaba algunos días de alimentación a pan y agua para poder gozar más en los días siguientes de los atracones y vómitos. “Además, tanto para Epicuro como para el resto de sus colegas, este ritual de placer se había convertido en la fuente fundamental de su “placer erótico”, hasta llegar a decir que “principio y raíz de cualquier bien es el placer del estómago”. (Epicuro, Máximas para una vida feliz). Añadiendo que, sin embargo, los placeres que se derivan del amor entre hombre y mujer eran una forma reducida de expresión erótica sobrevalorada por la creencia popular.”¹⁷

La palabra Bulimia también deriva del griego bous (buey) y limos (hambre) y significa tener el apetito de un buey. Además se puede connotar que en las épocas de la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva seguida de uno o dos días de comilona. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos.

Finalmente se conoce que el vómito fue utilizado como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal. La historia cuenta que la monja Caterina de Siena (1380) evacuaba sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética.

¹⁷ Giorgio Nardote. MÁS ALLA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA. Editorial Paidós. Barcelona, 2004. pg 42

2.3 SUBTIPOS DE BULIMIA

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones.

Tipo Purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no Purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

2.4 CAUSAS DE LA BULIMIA

No se puede hablar de una única causa de la Bulimia Nerviosa sino que es más adecuado proponer un origen multi-causal del trastorno. La causa de esta afección es la interacción de fenómenos individuales (biológicos, psicológicos), sociales y familiares.

- **Causas Sociales**

Es probable que “causa” sea un término muy fuerte, pero es indudable que la sociedad contribuye a la Bulimia mediante su penetrante preocupación por la esbeltez. A las personas en general, y a las mujeres en particular, tanto en los medios visuales como impresos se les bombardea con mensajes de que el atractivo, el éxito y la felicidad dependen de estar delgada. Mientras que con frecuencia los atributos positivos se asocian con estar delgada y atractiva, el sobrepeso conlleva numerosas connotaciones negativas, como “perezosas”, “fuera de control”, “descuidada”, etc., entre otros.

“Las dietas en la actualidad se han convertido en acciones tan comunes que se estima que cada año se gastan 33.000 millones de dólares en la industria promotora de la reducción de peso. Gran parte de esta suma se gasta en centros para adelgazar, cuyo número se incrementó significativamente en años recientes.”¹⁸.

Como resultado de la relación entre dieta y Bulimia, los mensajes, ya sean implícitos o explícitos, que promueven o hacen más atractiva la esbeltez tienen tendencia a aumentar el riesgo de Bulimia, al menos para ciertos grupos de mujeres. Los medios visuales desempeñan un papel integral en este aspecto. Los mensajes acerca de la esbeltez se comunican tanto en términos de productos como de las modelos que se emplean para venderlos.

Aún cuando recientemente se ha presentado cierta tendencia a usar modelos con tallas y figuras más “normales”, la mayor parte de las modelos que se han exhibido en los últimos veinte años han sido significativamente más delgadas que la mujer promedio.

La falta de representatividad de estas modelos para las mujeres maduras se debe a varios factores. Primero, pueden ser parte de 5% de mujeres “afortunadas” que están en condiciones de conservar una figura esbelta (debido principalmente a factores genéticos) sin recurrir a métodos “heroicos”, como privarse del alimento o purgarse. Segundo, en realidad puede tratarse de adolescentes prepuberales, es decir, chicas que aún no han alcanzado la pubertad. En ellas todavía tiene que presentarse su ciclo menstrual y no ha desarrollado una forma o figura madura, carecen de pechos, caderas o curvas. Tercero, con frecuencia se las hace lucir más “perfectas” de lo que son en realidad gracias al uso del maquillaje y técnicas fotográficas como peinados artificiales y retoques. Y finalmente, puede tratarse de mujeres anoréxicas o bulímicas.

Se debe recordar que las niñas de hoy en día han crecido durante una producción televisiva muy fuerte.

¹⁸ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 28

El intento por adaptarse a una sociedad que tiene valoraciones muy altas a lo que belleza y atractivo se refiere es muy difícil, pero la apremiante situación de la mujer se complica más con el hecho de que el estilo cambia más o menos cada año.

El punto clave no es la práctica dañina en la cual participan las mujeres con el propósito de ser atractivas. Más bien, es su consentimiento para hacerlo.

Todos los seres humanos necesitamos sentir que tenemos cierto poder de control en nuestra vida. Tal vez algunas mujeres han visto la belleza como una forma indirecta de contar con una cantidad mínima de poder en una sociedad dominada por los hombres, en la cual se les otorga muy poco poder real.

Asimismo, entre las mujeres existe una competitividad mutua que, en parte, puede explicar su disposición a recurrir a medios incómodos o potencialmente dañinos a fin de ser atractivas. Esta competitividad puede estar relacionada con muchos mensajes sobre esbeltez y belleza que reciben, así como la necesidad de poder. La competencia entre mujeres se manifiesta en tal forma que si una mujer joven percibe a otra como más delgada, siente que debe hacer una dieta o perder peso porque no está suficientemente flaca.

El punto clave aquí no es lo que les gusta o desagrada a los hombres, más bien, el aspecto fundamental es el adjetivo de "gorda". Lo que representa "gorda" para muchas mujeres parece haber sido afectado por el gran énfasis que la sociedad hace en la esbeltez. A fin de asegurarse de que no están gordas, muchas mujeres sienten que necesitan estar extremadamente delgadas. Desde luego, ellas no consideran esta condición física como extremadamente delgada; la ven como no estar gordas.

La mayoría de las personas bulímicas tienen dificultad para tomar decisiones, especialmente cuando tratan de hacer lo que es "mejor" y lo que "debe" hacerse.

Desafortunadamente el temor a la aprensión que siente la persona bulímica al enfocarse más en sus propias necesidades y deseos no es totalmente

irracional ni poco realista. En algunos casos, las relaciones de la persona están enlazadas con el acto de agradar y ser complacientes. Es decir, han llegado a depender de ella para satisfacer sus necesidades. Algunas veces dependen de ella para ser “delgados y bonitos.” Cuando ella intenta cambiar y prestar más atención a sus propias necesidades, algunas veces los demás se enojan y la rechazan. Incluso pueden señalar que ella está siendo “egoísta”, o hacer comentarios negativos sobre su aumento de peso.”¹⁹

En las sociedades en general, los parámetros de belleza se encuentran enmarcados en la delgadez. Si una persona no cumple con estos requisitos, su personalidad tiende a ser insegura, por lo que siempre están presionados a encajar en estos esquemas impuestos, sean racionales o no, o estén los pacientes de acuerdo o desacuerdo en estas medidas de relacionarse.

▪ **Causas Familiares**

“La familia es la unidad que más influencia ejerce sobre la vida de los individuos. La “familia” abarca padres, hermanos, abuelos, cónyuges o incluso parientes políticos; o, puede referirse a aquella persona o grupo más importante para un individuo”²⁰.

En este sentido, la familia puede contribuir al desarrollo de la Bulimia al proporcionar entorno, valores, actitudes, comportamientos modelados y reforzados dentro de esa unidad social. Desde luego ninguna familia intenta convertir en bulímico/a a uno de sus miembros.

Un factor común que se encuentra en la mayoría de familias con un miembro bulímico/a es una comunicación deficiente o destructiva. Estas familias rara vez modelan o alientan una expresión emocional directa y abierta porque los padres nunca aprendieron de sus propios padres (quienes, a su vez, nunca

¹⁹ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 38

²⁰ Roberta T. Shelman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 44

aprendieron de sus padres, y así sucesivamente) a expresar sus sentimientos de una manera confortable y apropiada.

Las familias con pacientes bulímicos tienen mucha dificultad de expresar sus emociones directamente por el temor a ser juzgados. Las conductas de los padres con hijos bulímicos, básicamente actúan en un esquema de conductas aprendidas, donde estos comportamientos son transmitidos de generación en generación, por lo que los pacientes viven estas situaciones como algo normal, y se proyectan en todas las diferentes relaciones que se puedan suscitar en su vida cotidiana.

El abuso del alcohol, al igual de la ingesta de comida, implica de la misma manera, la carencia de control del impulso o dificultad para resistirse a la urgencia de llevar a cabo un comportamiento prejudicial para sí mismo. Por tanto, las familias en las cuales los sentimientos, especialmente la depresión, se manejan indirectamente, y en las cuales existe falta de control del impulso, son las que tienen más probabilidades de desarrollar hijos bulímicos.

Obviamente, las familias con problemas de alcohol reúnen las condiciones necesarias para desarrollar también algún tipo de trastorno alimenticio.

Tanto en casos de personas con Bulimia como con problemas de alcohol, las familias presentan ciertas características que las vuelven apropiadas para desarrollar estos síntomas. Una de estas características es justamente el no poder tener una expresión de sentimientos directa, lo que ocasiona que cada miembro de la familia busque una manera indirecta de controlar y expresar estas emociones, en el caso de las bulímicas/os, su expresión se da mediante el “control” de los vómitos y las purgas.

Otro factor muy fuerte que se encuentra en la mayoría de familias con hijos bulímicos es el “síndrome de la niña buena”, es decir, ser una “niña buena” significa complacer a mamá y papá, y la mejor forma de lograrlo es haciendo lo que ellos quieren. Como lo analizamos anteriormente, estos comportamientos buscan la aceptación directa de las personas que las rodean, porque necesitan ser aceptados de cualquier manera, ya sea por ser “delgadas y bonitas” o ser

“la niña buena y perfecta”. Según una paciente con Bulimia estas son las condiciones para ser incluida tanto en su círculo familiar como social.

Los factores familiares son extremadamente complejos y multifacéticos. En un sistema cerrado como la familia, unos afectan a los demás. Si bien la familia puede afectar al individuo bulímico/a, éste también ejerce un enorme impacto en la familia. Por lo general, el impacto que tiene la Bulimia en la familia está relacionado con los propósitos que cumple el grupo familiar; es decir, si bien la Bulimia cumple con un determinado propósito dentro de la familia, también existen factores comunes a ella, por ejemplo, la Bulimia puede ayudar a distraer a los miembros de la familia de otro problema “real”.

En tanto la Bulimia cumple propósitos de distracción y de protección en la familia, los miembros, sin saberlo, pueden apoyarla o estimularla. Esto no significa que quieran una persona bulímica en la familia, pero es posible que la necesiten. “Mientras la persona bulímica tenga este problema, el foco de atención se centra en ella. Con frecuencia se suele descubrir que cuando la bulímica/o mejora, los demás miembros de la familia interfieren involuntariamente con la recuperación de la misma.”²¹

Una segunda función que cumple la bulímica/o es que puede ayudar a un miembro de la familia a obtener la atención que necesita. Esto no quiere decir que esa persona coma en exceso y se purgue sólo para llamar la atención; en realidad, esta pidiendo atención.

Finalmente la Bulimia puede ayudar a la familia a manejar aspectos de separación, individualización y apego. Por diversas razones, la persona que padece de Bulimia tiene dificultades en esta transición.

Desafortunadamente, a menudo los síntomas bulímicos ayudan a que la familia justifique su necesidad de controlar al miembro bulímico.

²¹ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 47

Una separación saludable, no significa que deje de existir una relación o apego entre la/él bulímica/o y el resto de la familia; significa simplemente que ha cambiado la naturaleza de la relación o apego. La bulímica/o ya no son niños, sino una persona adulta en crecimiento y desarrollo, y necesita que se le trate como tal. La separación se debe dar de a poco entre el/la paciente y su familia, como por ejemplo empezar por darle más responsabilidades dentro o fuera del hogar, y a su vez respetando, apoyando, y aceptando las decisiones que ésta este empezando a realizar.

Cada familia es muy diferente, pero existen características similares de modo que Root, Fallon y Fiedrich (1986) pudieron describir tres tipos comunes de familias con Bulimia que son: la familia perfecta, la familia sobreprotectora y la familia caótica.

La familia perfecta da la impresión de ser exitosa y la bulímica aparece como la perfecta “niña buena”. Esta es una familia en la cual la apariencia y la reputación son de primordial importancia. La lealtad familiar es muy fuerte, por tanto, se ocultan los secretos y problemas de la familia. Existen ideas claras y rígidas acerca de los logros de la familia, y se espera que los miembros las respeten. Se espera que los miembros de la familia mantengan un aspecto exterior feliz y siempre se vean alegres al grado de evitar cualquier sentimiento o situación problemática. Tanto a la apariencia como a los logros se les otorga una alta valoración. Los miembros de la familia perfecta son grandes triunfadores, lo que ayuda a la persona bulímica a creer que sus familiares son perfectos. Lastimosamente esta creencia ejerce una mayor presión en la bulímica/o para adaptarse a esas expectativas ilusorias, por lo que, le ayuda a creer que ella o él debe ser el problema, generando así que los pacientes se sientan cada vez más inseguros de si mismos, ya que se vive comparando con su propia familia, lo que ocasiona más desvalorización e inseguridad.

La familia sobreprotectora carece de una confianza básica en la capacidad de los otros miembros de la familia, especialmente la persona bulímica, para cuidarse a sí misma. Estas familias dificultan que la bulímica/o se separe, ya que se le enseña que nadie fuera de la familia puede ocuparse de ella ni ser digno de confianza.

Obviamente este sistema familiar no alienta a los hijos a ser autónomos e independientes, impidiendo que desarrollen un sentido de su propia capacidad. Esta dinámica, funciona para la familia sobreprotectora debido a que los hijos no sienten la suficiente confianza en sus propias habilidades como para abandonar el hogar.

La familia caótica es lo que su nombre indica, carece de estructura y estabilidad. Es este caso, es frecuente que los padres no estén disponibles y los hijos, casi siempre, se críen solos. A menudo prevalece el abuso de alcohol o de alguna otra sustancia. Si existen reglas, éstas tienden a ser inconsistentes y los hijos nunca saben qué esperar. La familia caótica es diferente de las otras familias bulímicas en cuanto a que sus emociones, especialmente el enojo, se expresan con más frecuencia, además cuando las emociones llegan a expresarse se hacen de manera incontrolada e inadecuada, algunas veces, incluso, al punto de ser destructivas o violentas.

- **Causas Individuales**

Existen dos factores individuales que aumentan el riesgo de desarrollar Bulimia: los rasgos de personalidad y la constitución biológica.

- a) Factores de Personalidad**

Fuerte Preocupación por la Comida: La mayoría de las personas bulímicas pasan la mayor parte de sus horas pensando en qué comer, cuándo comer, dónde comer, cómo excederse sin que la sorprendan, dónde y cuándo vomitar. Se preocupan en el uso de diuréticos, laxantes, pastillas dietéticas y cómo hacerlo. Se inquietan al decidir cuándo ponerse a hacer ejercicio y cuándo ayunar o hacer una dieta.

Búsqueda implacable de Peso y Figura Ideales: Desafortunadamente la persona bulímica define el término “ideal” como delgada y perfecta, lo cual denota una estrechez en el concepto. Esta idea se encuentra enfocada en una figura física poco realista que le impide proseguir con su vida. El tener la figura

perfecta según sus propios parámetros le da la seguridad de ingresar a un mundo de aceptación y aprobación, lo que la convertiría en una persona más “feliz”.

Baja sensación de Autoestima: La persona bulímica considera que vale poco para lo que es capaz y después devalúa sus pocas destrezas, habilidades o aptitudes que esta dispuesta a admitir. Los pacientes se sienten de esta manera, porque piensa que está en desventaja ante las demás personas, y además tiende a victimizarse para mantenerse como centro de atención, ya que de esta forma necesitaría ser cuidada por las personas que la rodean.

Baja sensación de Autocontrol: Este control deficiente del impulso se debe a una baja tolerancia a la frustración y ansiedad. El exceso en el consumo de alimentos es simplemente un impulso más, de la dificultad que tiene para controlar.

Depresión, Enojo y Ansiedad: Son muchos los sentimientos, tanto ocultos como manifiestos, que la bulímica/o puede estar experimentando. Por lo general, la depresión es el más común, pero también puede ser el enojo, la ansiedad u otros sentimientos conflictivos, o cualquier combinación de estos. Estos sentimientos surgen porque la persona bulímica siente que se esta decepcionando tanto a si mismo como a su propia familia, además de una impotencia de alto nivel de no poder salir de este círculo vicioso (atracción-purga) donde ella esta consciente que hace sentir mal a su familia y su persona.

Dificultad para expresar la emoción en forma directa: La mayoría de las bulímicas/os nunca han aprendido a expresar sus emociones directamente. Además, muchas temen perder el control sobre éstas o que desagraden a personas importantes en su vida. Así, las personas bulímicas usan la comida como un medio para distraerse (o protegerse) de sus sentimientos. Este problema se da, porque nunca aprendieron a expresarse, ya que las conductas aprendidas de sus padres han ido evolucionando hasta lograr que sus hijos se expresen mediante el control con la comida.

Hábitos y Comportamientos Alimentarios Raros: El exceso en la comida y el vómito son comportamientos raros relacionados con la alimentación. Sin embargo, la bulímica/o puede presentar también muchos hábitos alimenticios inusuales, factores como la hora del día en que come, la forma en que prepara los alimentos (o cuando no prepara la comida), y con quién comerá o no comerá. Esto tiene relación con que las personas bulímicas presentan obsesiones, las mismas que buscan reducir el nivel de ansiedad que puede ocasionar ciertas situaciones relacionadas con el alimento o con las personas que la observan comer.

b) Factores Biológicos

Los factores biológicos que parecen desempeñar un papel en el desarrollo de la Bulimia son la predisposición a la depresión y los factores que propician tener peso y figura que no se ajustan a los estándares ideales promovidos por la sociedad y adoptados por la persona bulímica.

Se cree que esta predisposición se transmite genéticamente; sin embargo, algunos parientes pueden heredarla y otros no. También es posible que tal predisposición no aparezca en cada generación.

Los factores relacionados con el peso y la figura ideales son menos claros que los que intervienen en la depresión.

Primero, el cuerpo de la persona alcanza un peso establecido, un peso natural con el que el cuerpo se siente equilibrado y se esfuerza por conservar. El peso establecido se determina casi siempre por herencia y en gran parte, indica lo delgada que puede ser una persona, es por esto, que la figura de la persona se determina en parte por la herencia. Si los padres de una persona son bajos de estatura, es muy probable que la hija no sea tan alta como desearía. Si su madre tiene senos, caderas y muslos grandes, también es probable que ella sea frondosa en esas zonas. Por tanto, para ella o él estos problemas quedan en gran medida fuera de su control. Sin embargo, puede tratar de forzar el control en su cuerpo mediante la Anorexia Nerviosa o la Bulimia Nerviosa.

2.5 SIGNOS Y SINTOMAS

Entre los más frecuentes tenemos:

- **Alteraciones dentarias:** pérdida de esmalte y dentina de la cara lingual de los dientes por efecto químico del ácido gástrico, que causa descalcificación y disolución del esmalte, agravado por la acción mecánica de la lengua contra los dientes.
- **Ciclo Menstrual Irregular:** Si bien las irregularidades menstruales o incluso la pérdida del ciclo menstrual (amenorrea) ocurren con más frecuencia cuando la persona está baja de peso, se presentan problemas similares incluso en persona bulímicas con un peso normal
- **Cutis Seco:** Esta condición resulta de la deshidratación o pérdida de agua en el cuerpo debido al vómito, abuso de laxantes o de diuréticos.
- **Desequilibrio de los Electrolitos:** Potencialmente este es el problema o efecto colateral más grave. Las purgas provocan una reducción del potasio, cloruro y del sodio en los electrolitos. De hecho, los electrolitos son iones cargados eléctricamente, necesarios para el adecuado funcionamiento de los principales sistemas del organismo. Si bien son mucho los problemas que pueden resultar de un desequilibrio electrolítico, los más graves son irregularidades cardíacas e incluso la muerte.
- **Hinchazón e Inflamación (Edema):** La causa de la inflamación es la deshidratación ocasionada por las purgas seguidas por una retención de

agua por “rebote”. Por lo general esta inflamación es peor después de que ha terminado la purga.

- **Aumento del tamaño de las glándulas parótidas.** Este es el hallazgo bastante frecuente; se ha observado también en obesidad, diabetes, Anorexia Nerviosa, en alcohólicos crónicos y en dietantes crónicos. La causa se desconoce. Se ha asociado a los signos de desnutrición: ingesta excesiva de almidón, lo que produciría un exceso de estimulación al trabajo de la glándula, aumentando su vascularización. Se ha asociado además directamente a la presencia de vómitos.
- **Signo de Russell:** erosiones y callosidades en las manos, por utilizarlas crónicamente para provocar vómitos. Se produce estas lesiones en el sitio en el que la mano tiene contacto contra los dientes.

Se analizó anteriormente los signos y síntomas de una persona que padece Bulimia, ahora se presentará algunas de las complicaciones ante estos signos.

- **Cardiovasculares:** Los vómitos, el abuso de laxantes y diuréticos pueden causar una pérdida excesiva de líquidos y electrolitos que trae como consecuencia hipotensión arterial, arritmias cardíacas, alteraciones electrocardiográficas. Pueden afectarse también la contractilidad del músculo cardíaco.
- **Del medio interno:** Deshidratación, hipocalemia, hipocloremia, alcalosis metabólica. Cuando se abusa de laxantes, se produce acidosis metabólica por pérdida de bicarbonato en la materia fecal. La deficiencia

de magnesio es más frecuente que la de calcio y fósforo. Estas alteraciones producen debilidad, cansancio, constipación y depresión, y pueden ser las causales de arritmias cardíacas y muerte, en algunos casos.

- **Nefropatías**: El riñón puede verse afectado como consecuencia de la deshidratación, de la pérdida de potasio y del empleo crónico de diuréticos. Por ello, las pacientes pueden presentar ascenso de la urea y densidad urinaria baja. Se ha mencionado una mayor incidencia de infecciones urinarias.

- **Pulmonares**: Las micro aspiraciones que a veces acompañan los vómitos pueden causar espasmo bronquial y neumonitis. También se puede describir enfisema subcutáneo y el pneumomediastino, relacionados con los cambios de presión durante los vómitos, también la rotura esofágica, que constituye un cuadro muy delicado.

- **Gastrointestinales**: "El contenido ácido del estómago, en contacto con la pared esofágica, es altamente lesivo. Puede producir esofagitis, erosiones y úlceras, con sagrado frecuente, a veces detectado sólo por el descenso progresivo de los glóbulos rojos sanguíneos, o si se busca específicamente, aparece sangre oculta en la materia fecal. La rotura esofágica tiene alto riesgo de muerte."²² Estas lesiones pueden dejar secuelas una vez cicatrizadas, como dolor al deglutir, y malignización de las úlceras. El colón se afecta por el abuso de laxantes, pueden aparecer pequeños quistes de retención en la submucosa y ulceraciones superficiales; las lesiones pueden desaparecer cuando se suspenden los laxantes.

²² Rausch Heiscovivi Cecile. Bay Luisa. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. Editorial Paidós. México, 1997. pg 159

Como parte de los signos y síntomas están tanto los cambios de conducta, cambios emocionales y de pensamiento.

Cambios de conducta: en la mayoría de los pacientes que padecen Bulimia Nerviosa, no sólo se alteran sus conductas alimenticias, sino además de todo este padecimiento, es frecuente que las relaciones familiares cambien, y que aparezcan más discusiones o incluso que aumente la agresividad de la persona que sufre el problema. Muchas veces, las relaciones sociales cambian, como por ejemplo, con sus amigos, compañeros o amigos íntimos, hasta llegar a un aislamiento total con los mismos. Aparecen comportamientos antes inexistentes, como robos o mentiras, todo esto termina por agravar las situaciones de conflicto en el hogar, esto como forma de manifestación indirecta de que algo está ocurriendo con la paciente y su entorno.

En ocasiones por esta falta de control, anteriormente mencionada, aparece un exceso en el consumo de alcohol, drogas y/o aumento de promiscuidad sexual. Cuando se produce este descontrol generalizado, es frecuente que la persona se sienta tan mal que llegue a autolesionarse como una forma de auto castigo (se golpean las extremidades, se producen pequeños cortes, pinchazos, quemaduras, etc.). Este comportamiento, lejos de amortiguar esos sentimientos de culpabilidad, los aumenta, provocando así, un círculo vicioso. Esto se da por culpa de los sentimientos de baja tolerancia a la frustración, las personas bulímicas no soportan la idea de no lograr controlar sus comportamientos y a la vez no conseguir con los auto-castigos sus objetivos ideales.

Cambios emocionales: La/el paciente comienza a experimentar sentimientos de culpabilidad después de los atracones, además se experimentan emociones negativas (ira, tristeza, aburrimiento, ansiedad) y tras el descontrol, se ven como personas sin voluntad, sienten vergüenza y se menosprecian. Cuando el trastorno alimenticio está muy avanzado, después de cada atracón pueden aparecer ideas suicidas.

Cambios de pensamiento: Las personas con Bulimia no perciben de manera adecuada las sensaciones de hambre y saciedad. A medida que se va haciendo crónico el trastorno, se sigue experimentando una sensación de hambre tras una comida normal y no se sabe cuándo se está saciado. Por lo contrario, otras veces aparece la sensación de saciedad de haber comido en exceso tras una comida ligera. Ventajosamente estas sensaciones se normalizan cuando se regulan los hábitos alimentarios. “Con frecuencia aparecen pensamientos obsesivos, repetitivos, relacionados con la comida. Éstos producen ansiedad, favoreciendo que las sensaciones corporales se confundan.”²³

A medida que el trastorno alimenticio gana terreno en la persona, disminuye el rendimiento en el trabajo o en los estudios: aparecen dificultades de concentración y fallos de memoria, esto se debe porque la persona experimenta ataques de ansiedad y a la presencia de pensamientos intrusos.

2.6 CONSECUENCIAS A LARGO Y CORTO PLAZO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los pacientes con Anorexia y Bulimia siempre tienen consecuencias a largo plazo y corto plazo entre los problemas que se destacan después de un tiempo de padecer bulimia se puede denotar:

2.6.1 CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO BULIMIA NERVIOSA

La Bulimia también posee sus consecuencias a corto plazo, como por ejemplo:

- Alteración grave de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio. Los electrolitos son esenciales para la producción de la “energía eléctrica natural” del organismo, la que asegura la salud de la dentadura, articulaciones y huesos, la transmisión de los impulsos del

²³ Gomez, M^a de los Angeles, Ramón José. QUE ES LA BULIMIA, UN PROBLEMA CON SOLUCION. Editorial Pirámide. Madrid, 2003. pg 29

sistema nervioso y de los músculos, riñones y corazón, el nivel de azúcar en sangre y la llegada de oxígeno a las células.

- Amenorrea - Pérdida de los Ciclos Menstruales (por falta de secreción hormonal, estrógenos, por parte de los ovarios). La pérdida del ciclo menstrual puede llevar a Osteopenia y Osteoporosis.
- Atrofia Muscular - desgaste de los músculos y disminución de la masa muscular debido a que el organismo se consume a si mismo. Alteración del Funcionamiento Neuromuscular - debido a déficits de vitaminas y minerales (en particular de potasio), y malnutrición.
- Aumento del Azúcar en Sangre/Hiperglucemia - puede llevar a la diabetes, fallos en hígado y colapso del riñón, problemas circulatorios y del sistema de inmunidad.
- Artritis (degenerativa) - puede ser causada por desbalances hormonales y déficits vitamínicos así como un incremento en la tensión de articulaciones en personas que comen compulsivamente.
- Baja cantidad de plaquetas o Trombocitopenia - Causada por bajos niveles de vitamina B12 y ácido fólico, y/o exceso de alcohol. Puede ser indicador de supresión del sistema inmune o una disfunción en la inmunidad.
- Variaciones Abruptas en los Niveles de Azúcar en Sangre - Baja Azúcar en Sangre/Hipoglucemia: puede indicar problemas en el hígado o riñones y conducir a deterioro neurológico o mental.
- Callos o hematomas en los dedos de la mano - por el uso repetido de los dedos para provocarse el vomito.
- Cetoacidosis - altos niveles de ácidos que se acumulan en la sangre (cetones) por causa de la quema de la grasa corporal (en lugar del azúcar y los carbohidratos) para obtener energía. Puede ser resultado de inanición, purgas excesivas, deshidratación, hiperglucemia y/o abuso de alcohol (o también como resultado de una diabetes no tratada o no controlada). Puede llevar al coma y a la muerte.
- Convulsiones - un riesgo incrementado de convulsiones en personas con Anorexia

- Es posible que las lesiones cerebrales a causa de una malnutrición prolongada y la falta de células transportadoras de oxígeno jueguen también un papel.
- Debilidad y Fatiga - a causa de malos hábitos alimentarios generalizados, desbalances electrolitos, deficiencias de vitaminas y minerales, depresión, malnutrición, problemas cardiacos.
- Déficit de Hierro, Anemia - esto ocasiona que las partículas en sangre que transportan oxígeno se inutilicen y puede causar fatiga, falta de aire, incremento de infecciones y palpitaciones del corazón.
- Deterioro grave de la dentadura: Ocurre por desnutrición y carencia de vitaminas o por erosión de los ácidos gástricos al vomitar.
- Depresión que induce al suicidio
- Descenso de la temperatura corporal - Sensibilidad a la Temperatura

2.6.2 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE LA BULIMIA NERVIOSA

Algunos problemas médicos: La erosión de los dientes, cavidades y los problemas con las encías. Los episodios bulímicos también pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal. Usualmente, el proceso excesivo de comer y purgación resultan pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis; esto se restituye cuando se administra potasio. Los niveles peligrosamente bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y a veces mortales. Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. Rara vez, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía.

También se puede hablar de problemas psicológicos y comportamiento auto-destructor. Las personas con Bulimia Nerviosa están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos,

como promiscuidad sexual y cleptomanía. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con Bulimia que en la población en general o en las personas con Anorexia. La cocaína y las anfetaminas fueron las drogas con mayor frecuencia abusadas.

Las personas con Bulimia Nerviosa con frecuencia abusan los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito. Ninguno de estos medicamentos está libre de riesgo. Las pastillas de dieta, inclusive las hierbas y los medicamentos sin prescripción, pueden ser peligrosos, en particular si son abusados.

2.7 FACTORES PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

2.7.1 FACTORES PRECIPITANTES

“La personalidad se refiere a un patrón organizado de comportamientos y rasgos que caracterizan la forma en que un individuo se relaciona con el mundo.

Hay algunas personas, por ejemplo, de las que decimos que son “extrovertidas”, mientras a otras las describimos como “calladas”. Sin darnos cuenta, la mayoría de nosotros etiquetamos o describimos a los demás en alguna forma. Tal vez como confiados o inseguros de sí mismos, cómodos o incómodos en situaciones sociales, etc. Rasgos como éstos, juntos con cientos más, hacen que cada individuo sea único. Cuando tales rasgos se toman en conjunto forman la personalidad de un individuo.”²⁴ Todos los seres humanos manejan su personalidad de acuerdo a la suma de experiencias y relaciones que han tenido en el transcurso de sus vidas, así como también la herencia de sus padres. La personalidad es el rasgo principal de todas las personas, la misma que es difícilmente cambiarla, pero puede ser modificada.

²⁴ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 58

Debido a que todos estamos sujetos a presiones por parte de la sociedad para ser delgados, y a que las familias, generalmente, proporcionan ambientes similares para todos los hijos, es la personalidad la que, en gran parte, determina quién tendrá un trastorno alimentario y quién no, pues a la larga es la respuesta del individuo y su manejo de ese ambiente lo que determina si esa persona presentará Bulimia. Con frecuencia los padres se asombran de que cada uno de sus hijos sea diferente de los demás. Por regla general, son sus personalidades y la relación que cada padre tiene con su hijo las que fundamentan sus diferentes enfoques de la vida.

- ***Rasgos o Problemas de Personalidad que presentan las personas Bulímicas***

Baja Autoestima: La baja autoestima es un rasgo que se presenta con mucha frecuencia y es probable que sea el que contribuya más que cualquier otro rasgo a mantener la Bulimia. En pocas palabras, la baja autoestima significa que la persona no se agrada a sí misma.

De igual manera, la persona con baja autoestima tiene un discurso negativo para explicar lo que sucede en su vida. Si algo sale mal, está más que dispuesta a aceptar la culpa, ya que la ineptitud e ineficiencia se ajustan a cómo piensa y se siente respecto a sí misma.

Necesidad de Aprobación/dependencia: En este sentido la persona bulímica cree que las cosas verdaderamente importantes que quiere en la vida, como seguridad y felicidad, provienen de factores fuera de su alcance, en lugar de estar bajo su control.

No obstante, depende de otros en cuanto a su sentido de estima temporal, el cual se deriva de darles gusto. Desafortunadamente su necesidad de aprobación le ayuda a volverse más pasiva, carente de asertividad y demasiado sumisa como resultado del temor a desagradar a su única fuente de buenas sensaciones.

Baja Tolerancia a la Ansiedad y a la Frustración: En palabras muy sencillas, una baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración significa que la persona bulímica tiene dificultad para esperar. En términos psicológicos, significa que encuentra difícil retrasar la gratificación.

Si tiene demasiada comida, dentro, su ansiedad provoca que sienta que debe deshacerse de esa comida inmediatamente. Ella está demasiado ansiosa para esperar una semana y ver si el alimento que ingirió provocará aumento de peso. Para la persona bulímica resulta demasiado incómodo esperar con su ansiedad hasta que ésta desaparezca. En tales situaciones piensa que sucederá algo horrible si no se ocupa de la situación en ese preciso momento. Si espera hacer algo, espera ser capaz de hacerlo ahora; de igual forma, espera tener la capacidad para hacerlo perfectamente. En esencia, se dice a sí misma que debe ser capaz de hacer todo rápido y perfectamente y, al mismo tiempo, cree que no puede hacerlo.

Es interesante señalar que con frecuencia la persona bulímica atribuye estas expectativas irreales a otras personas importantes en su vida.

“Parte de la dificultad de la bulímica para tolerar la frustración consiste en que siente que ha estado frustrada toda su vida y, en cierto grado, es probable que sea cierto, ya que a fin de agradar a los demás, por lo general coloca sus necesidades en un segundo plano. Vive con el mito de que si hace todo bien, en algún momento cosechará su justa recompensa.”²⁵

La frustración de la bulímica/o se fomenta por su propia privación. Con mucha frecuencia no se permite comer lo que quiere en el momento en que lo quiere ni la cantidad que desea. Suele, negarse placeres simples porque no los merece, debido a que rara vez cree que ella, o lo que hace, sea suficientemente bueno. Parte de la baja tolerancia de la bulímica/o a la ansiedad se relaciona con el hecho de que, por lo general, se siente ansiosa/o por una diversidad de razones y, por tanto, no puede tolerar más. Su dificultad con la ansiedad se complica aún más con el hecho de que intenta reprimir sus

²⁵ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg 62

sentimientos, lo cual sencillamente crea más ansiedad que debe reprimir. Por estas razones, se puede decir con seguridad que la persona bulímica casi siempre sufre de un gran estrés emocional.

Compulsión: Si bien, este rasgo de personalidad se encuentra con mayor frecuencia en la anoréxica/o, también lo presenta la bulímica/o. El estilo compulsivo de la persona bulímica puede caracterizarse por un perfeccionismo, afán por el orden y orientación hacia las reglas que, con frecuencia, raya en la rigidez. Este medio rígido, y algunas veces impersonal, de relacionarse con el mundo tiene como propósito principal poder lidiar con el temor y la ansiedad asociados con la desaprobación.

Irresponsabilidad: Respecto a su necesidad de aprobación, muchas bulímicas (y otras personas también), viven aferradas al mito de: “si vivo correctamente y hago lo que se supone que debo hacer, en algún momento, recibiré lo que me merezco”. No obstante, cuando en un periodo razonable ella no obtiene recompensa, se siente frustrada y, al menos por un corto periodo, interrumpe sus intentos de búsqueda de aprobación.

De igual forma, el perfeccionismo y la compulsión de la bulímica/o algunas veces pueden conducir a lo que parece ser irresponsabilidad. Con frecuencia el perfeccionismo provoca indecisión. Tiene tanto miedo a recibir una evaluación negativa que no termina lo que está haciendo, para lo cual cita una variedad de excusas, puede creer que lo que está haciendo nunca será lo suficientemente bueno.

También la conducta irresponsable puede ser resultado de una deficiente concentración. La persona bulímica puede perder cosas u olvidarse de atender obligaciones y responsabilidades. “Con frecuencia, estas circunstancias están motivadas por una mala concentración, la cual tiende a ser deficiente por varias razones. Primero, puede estar tan preocupada por su comida, peso y cuerpo que sencillamente no piensa en otras cosas. Segundo, muchas bulímicas están deprimidas y la depresión casi siempre obstaculiza la concentración. Y tercero, su falta de concentración puede deberse a los efectos fisiológicos de cómo y

qué esta comiendo y con cuánta frecuencia se está purgando. Por último, algunas personas bulímicas pueden adoptar conductas irresponsables como manifestación pasiva de estar enojadas.”²⁶ Este comportamiento es otra de las formas indirectas que encuentran los pacientes bulímicos para manifestar que “algo” está ocurriendo en ellos. Y además quedarse en el papel de ser cuidadas porque no pueden hacerlo por si mismos y necesitan la atención de la demás gente.

Expresión Histriónica: El término “histriónico” significa animado, espectacular e, incluso, teatral. La Bulimia histriónica busca llamar la atención mediante una expresión exagerada de la emoción.

El caso es que esta chica no esta simplemente llamando la atención. Más bien, mediante su expresión está comunicando que quiere que alguien la atienda en su parte emocional.

La bulímica/o histriónica/o es más sugestionable que los otros tipos de bulímicos ya que se deja influir y convencer más fácilmente. Por esta razón, es probable que se vea aún más influido por los mensajes de la sociedad sobre la esbeltez y, probablemente, se inclinará más a probar métodos poco usuales para perder peso.

Dificultad para la Toma de Decisiones: Una de las principales razones por la cuales las persona bulímica tiene dificultades para tomar decisiones consiste en que no ha sacado el suficiente provecho de sus propias decisiones, que le permitan desarrollar confianza en sus determinaciones. La persona bulímica toma sus decisiones con base en lo que cree que quieren los demás, ya que no toleran la frustración y buscan siempre la aprobación de los demás.

Mentiras y Robos: Algunas personas bulímicas mienten y roban; sin embargo, esto no las convierte en malas personas, ni son lo que algunos podrían llamar mentirosas o ladronas patológicas. Los robos y mentiras en este tipo de casos tratan de una búsqueda de atención hacia sus necesidades.

²⁶ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 65

Respecto a no decir la verdad, las personas bulímicas utilizan las mentiras casi siempre para evitar la desaprobación. Tienen necesidad de ocultar la Bulimia en cuanto a que es uno de los aspectos que más le desagradan de su persona. De hecho, con frecuencia se refiere a sus excesos en la comida y las purgas como un horrible hábito y piensa lo avergonzada que se sentiría si otros supieran lo que está haciendo.

Para la persona bulímica, el robo es muy parecido a las mentiras. Muy a menudo, roba laxantes o diuréticos ya sea porque está demasiado avergonzada para comprarlos o porque tiene que tomar tantos que ya no tiene medios para adquirirlos. Es posible también que robe comida, quizá porque esté avergonzada de comprar la comida para propasarse, pues teme que su trastorno alimentario se detecte por sus compras, o ya no puede pagar los alimentos. De la misma manera, puede robar dinero para comprar los alimentos, laxantes o diuréticos, es factible que sienta que la probabilidad de que la descubran es menor si no usa su dinero, cheques o tarjetas de crédito.

Conducta autodestructiva o suicida: Debido a que los aspectos de purga de la Bulimia parecen ser físicamente tan destructivos, la familia y los amigos de la persona bulímica suponen, con frecuencia, que ella intenta lastimarse. Sin embargo, muchas bulímicas/os no están conscientes del daño potencial de su trastorno. Algunas utilizan indicios de daño físico como señales para dejar de excederse en la comida y purgarse.

Si el intento de la persona bulímica es autodestructivo, mostrará mayor tendencia a lastimarse en otras formas. Sin embargo, esto no implica que la Bulimia nunca se use como autocastigo.

Un reducido número de personas bulímicas puede mostrar verdaderas conductas autodestructivas o suicidas. Típicamente estas conductas no son parte del complejo síntoma bulímico; más bien, con frecuencia, son resultado de un serio trastorno de personalidad y se acompaña con enojo, depresión e impulsividad.

2.7.2 FACTORES MANTENEDORES

“La Bulimia tiene tres componentes que la mantienen: los comportamientos reales de comer y purgarse o componente conductual; la forma en que las personas bulímicas piensan acerca de sí mismas y su mundo o componente cognoscitivo; y la forma en que las bulímicas manejan sus emociones o componente emocional.”²⁷

Si bien es cierto la Bulimia puede afectar a varias personas pero son ciertos grupos quienes corren mayor riesgo de padecerla, por ejemplo, cualquier grupo que requiera un peso corporal bajo o una figura esbelta coloca a sus miembros en un riesgo más alto; se pueden incluir grupos de bailarinas y modelos, así como también algunos atletas.

Componente Conductual: La parte conductual del problema se refiere a aquellos comportamientos que contribuyen a formar parte del problema de la Bulimia. Estos comportamientos incluyen excesos en la comida, purgas, vómitos, abuso de laxantes, abuso de diuréticos (píldora de agua), abuso de píldoras dietéticas, ejercicio exhaustivo y ayuno. Si bien los comportamientos sólo comprenden una parte del problema, es el aspecto más fácil de enfocar debido a que son observables. Estas conductas se van fijando en las personas bulímicas porque ellas consideran que son “un medio de escape” a sus problemas y a su vez alivian la ansiedad que les provoca el poco control en su vida cotidiana.

Hablar acerca de la comida, con frecuencia a la persona bulímica le parece tedioso, redundante e irritante y una buena manera de lograr que se encierre en sí misma.

El exceso en la comida varía con la persona. “Normalmente una comida excesiva es aquella que constituye ya sea una comilona cuando ingiere o dispara un episodio de sobrealimentación. La mayoría de las personas supone que una alimentación excesiva es un alimento dulce y, con frecuencia. Sin

²⁷ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 16

embargo, cualquier comida, incluso una ensalada, puede ser una comida excesiva o disparar una comida descontrolada.”²⁸ El descontrol se basa totalmente en el exceso de comida ingerida, mas no en el alto contenido calórico; lo que busca el paciente es la cantidad, porque esto le trae más satisfacción, llenando así la sensación de vacío que siente.

Por lo general la persona tiene excesos en la comida debido a factores psicológicos y fisiológicos, o a una combinación de ambos. Psicológicamente puede comer demasiado porque se ha estado privando de platillos que en realidad se le antojan pero que se abstuvo a comer. Por medio de un proceso de “reactancia” llega a desear aún más los alimentos prohibidos.

Desde un punto de vista psicológico, la sobrealimentación es la forma de la persona bulímica para lidiar con emociones desagradables. Es probable que los excesos en la comida y las purgas sean útiles en dos sentidos. Primero, estos comportamientos la distraen de sus sentimientos displacenteros. Segundo, el exceso en la comida y las purgas le permiten liberar parte de la tensión que se ha acrecentado al reprimir sus sentimientos.

Desde un punto de vista fisiológico, la dieta o la privación de comida crea una presión biológica que conduce a excesos en la comida. Cuando una persona sigue una dieta, en especial cuando el régimen es muy estricto, se produce una necesidad biológica de comer. El organismo interpreta la dieta rigurosa como una privación aguda de alimento y la contrarresta enviando señales de hambre. Así como la necesidad de alimentarse, con lo que la persona bulímica se convierte en una comedora restringida. Una comedora restringida es una persona que sigue activamente una dieta y para quien es difícil mantener un control que le permita comer con normalidad.

Un punto final se refiere al goce derivado de comer en exceso. Muchas personas bulímicas piensan que el exceso en la comida aunque será motivo de

²⁸ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 83

agrado, posteriormente, estará vacío de placer. Para aquellas que lo disfrutaron, es probable que esto pueda atribuirse a uno de dos factores. Primero, algunas personas señalan que realmente disfrutaron el sabor de la comida. El segundo factor asociado con el exceso en la comida es el control, es decir, la liberación de tensión.

“La purga es una conducta que puede tener muchos propósitos. Primero, la purga es una forma en la cual la bulímica intenta corregir sus hábitos alimentarios. La purga permite una liberación emocional, pues cuando aumenta la tensión asociada con la represión de emociones, se incrementa la necesidad de liberar esta tensión.”²⁹ En este sentido, la descarga de emoción contenida, así como el alivio que siente al vaciar su estómago, refuerzan las conductas de purga. En realidad la purga es más destructiva que los excesos en la comida: fisiológicamente, la purga deshidrata el cuerpo y puede crear un desequilibrio de electrolitos; psicológicamente, refuerza la compulsión por comer. Cuando la persona piensa que ha corregido los estragos de la comilona, aumenta la probabilidad de que se vuelva a exceder.

Si bien la mayor parte de la purga se encuentra enfocada en el vómito, así como en el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno y el ejercicio exhaustivo también pueden desempeñar un papel purgante para la persona bulímica. Estas conductas difieren en que se pueden poner en práctica antes y después de excederse en la comida, es decir, la bulímica/o puede darle la legitimidad a una comilona mediante el ayuno o el ejercicio. Purgarse antes de comer tiene la finalidad de volver aceptable la comida, mientras que la purga posterior se usa para corregir los excesos. En cualquier caso, la purga tiene el propósito de anular el aumento potencial de peso resultante de comer.

Los laxantes y los diuréticos ayudan a la persona bulímica a creer que está adelgazando, pero en realidad, ambos recursos simplemente eliminan agua del cuerpo. Aún cuando el uso de estos productos facilita una baja temporal de peso por la pérdida de agua, esta práctica también establece y mantiene un

²⁹ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 91

ciclo de pérdida de líquidos seguido por una retención de rebote. Quizá la queja más frecuente de la bulímica/o sea esta retención de agua por rebote, un proceso en el cual el cuerpo, en realidad, se llena en exceso y crea abogotamiento. Este abogotamiento es tan incómodo que la bulímica/o recurrirá de nuevo laxantes, diuréticos o vómitos en un esfuerzo inútil por perder agua y sentirse más delgada. Desde luego, el cuerpo reacciona entonces con retención de líquidos y el proceso empieza de nuevo.

El abuso de laxantes o diuréticos durante periodos prolongados puede conducir a graves disfunciones del corazón, riñones e hígado y, en casos extremos, puede causar la muerte. El abuso intensivo de laxantes puede provocar que el tracto digestivo se vuelva “perezoso” y que quizá ya no pueda funcionar sin laxantes, presentándose así un círculo vicioso de abuso de laxantes seguido por estreñimiento. De igual modo, la persona bulímica tiende a desarrollar una tolerancia a los laxantes y es posible que necesite aumentar la dosis para obtener el efecto deseado.

Componente Cognoscitivo: Algunas veces se hace referencia al pensamiento como la parte “cognoscitiva” del problema. Tanto los comportamientos excesivos en la comida y las purgas como las emociones, comprenden las partes restantes de la ecuación en la Bulimia. Sin embargo, estos tres componentes no operan de manera aislada, más bien, se afectan mutua y profundamente. Es decir, la forma en que uno piensa tiene una estrecha relación con lo que uno siente y hace.

En realidad, pensar es tener una conversación con uno mismo. Es probable que todos conozcamos, al menos, a una persona que piensa positivamente y a una que piensa negativamente. La persona bulímica se enfrasca dentro del pensamiento negativo, lo cual ayuda a mantener el problema.

“Con frecuencia, las bulímicas tienen pensamientos irracionales y racionalizaciones; los primeros son inexactitudes en el juicio, es decir,

pensamientos ilógicos o distorsiones, que hacen que creamos cosas acerca de nosotros mismos y de lo que hacemos y no están basadas en la realidad.”³⁰

Cuando los pensamientos irracionales se llevan más allá para justificar las acciones, la persona está incurriendo en la racionalización. Ésta es un proceso cognoscitivo mediante el cual la persona hace que un pensamiento o una conducta parezcan razonables, racionales o lógicos cuando en realidad no lo son.

Los siguientes ejemplos son adaptación del libro de David Burns titulado Feeling Good tomado del libro de Roberta Sherman y Ron Thompson, “Bulimia, una guía para familiares y amigos”.

- **Pensamiento del Todo o Nada:** Este es uno de los errores de pensamiento más comunes de la persona bulímica; ocurre cuando una persona ve las cosas en categorías concretas, absolutas, negras y blancas.
- **Generalización Excesiva:** Esto ocurre cuando una persona utiliza un solo error para predecir que ella nunca cambiará. Esto es, la persona bulímica puede usar un episodio de exceso de comida para pronosticar que ella nunca será capaz de comer normalmente.
- **Desacreditación de lo Positivo:** En este caso una persona rechaza las experiencias positivas o las cosas que han hecho bien diciéndose que “no cuentan”.
- **Conclusiones Precipitadas:** Esto ocurre cuando se interpreta negativamente con precipitación una experiencia, incluso cuando no existen hechos para apoyar esa evaluación o suposición.
- **Magnificación y Minimización:** Esto implica exagerar los errores propios, mientras que se minimiza los errores y fallas de otros.

³⁰ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 99

- **Razonamiento Emocional**: Esto sucede cuando la persona considera que su sentimiento negativo refleja con exactitud cómo son las cosas realmente.

- **Afirmaciones relacionadas con el Deber**: En este caso la persona usa “debo” en un intento por motivarse a sí misma.

Así también algunas de las racionalizaciones que se pueden mencionar son las siguientes:

- Si empiezo a comer, no seré capaz de detenerme.
- Si no me deshago de lo que como me pondré gorda.
- Estoy demasiado gorda, soy repugnante.
- Ya que he comido tanto, da igual comerlo todo.
- He tenido un mal día, merezco comer lo que quiera.

Por otra parte existen muchas creencias de la bulímica/o que se enfocan más en el valor personal e individual que en su alimentación.

- Debo recibir la aprobación de todos por todo lo que hago.
- Debo tener el control y ser competente todo el tiempo.
- Si las cosas no salen como yo he planeado, pierdo el control.
- La Bulimia es solo una fase y ya pasará.
- Si la gente me conociera realmente, pensaría que soy una persona terrible, débil y poco interesante.
- Si algo sale mal, es mi culpa.
- Debo ser productiva todo el tiempo.

Finalmente otro factor que se debe tener en cuenta cuando hablamos del componente cognoscitivo es la distorsión de la imagen corporal.

“La imagen corporal es la representación mental que una persona tiene de sí misma. Para la persona con trastornos alimenticios, esta imagen se distorsiona

de tal manera que desfigura el tamaño y forma de algunas partes o de todo su cuerpo. Es probable que se vea a sí misma como más grande de lo que es en realidad. Lo interesante es que esta distorsión, por lo general, sólo existe en la percepción que ella tiene de sí misma³¹. Es decir, ella puede ver a los demás con objetividad, pero cuando examina su propio cuerpo, se distorsiona su sentido de la percepción.

Entre las consecuencias de la distorsión de la imagen corporal están: el desagrado de su propio cuerpo; verse a sí misma más pesada de lo que es, la dieta le parece más urgente y necesaria; sin embargo, la dieta sólo conduce a más conductas bulímicas; esta distorsión ayuda a la bulímica/o a desconfiar de quienes le dicen que se ve estupenda, pues supone que mienten o que tienen estándares indeseables.

Componente Emocional: Probablemente la parte emocional o “afectiva” de la Bulimia sea la más importante; es también la más difícil y, por lo general, que tarda más en cambiar.

“La Bulimia no es más que un trastorno que la persona utiliza para lidiar con sus sentimientos. Así, la Bulimia afecta y es afectada por la forma en que ella se siente, y en especial, cómo se siente consigo misma. Generalmente la persona bulímica no ha aprendido a manejar sus sentimientos, sobre todo, los displacenteros, como el enojo, la depresión, la ansiedad y el temor.”³²

Cuando está consciente de un sentimiento desagradable se distrae con pensamientos obsesivos acerca de la alimentación, los cuales, por lo general, conducen a los excesos en la comida y a las purgas. Lo que empezó como un sentimiento displacentero pronto se convierte en un pensamiento que después se traduce en una conducta.

Aunque la Bulimia no resuelve realmente los sentimientos y origina emociones displacenteras que es necesario enfrentar, sí “funciona” en un sentido. Si no

³¹ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 108

³² Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg114.

fuese así, no habría tantas personas con el problema y tanta resistencia a renunciar al mismo. Sin embargo, el término “funciona” necesita aclararse. La Bulimia funciona en el sentido de que es útil, aunque sea temporalmente, y la persona puede escaparse de sus sentimientos displacenteros.

La depresión está relacionada con la Bulimia en varias formas, además de que la mayoría de las personas bulímicas están deprimidas. Esta depresión algunas veces es resultado de una predisposición que puede atribuirse a la herencia; es decir, otros miembros de la familia pueden estar deprimidos y su predisposición le ha sido transmitida a la persona bulímica. Esta depresión proviene del interior de la persona y, por lo general, se debe a un desequilibrio químico; este tipo de depresión se conoce como endógena. Puede decirse que la bulímica/o también está deprimida por razones psicológicas o por algo que ocurre en el exterior; a esta depresión se le conoce algunas veces como exógena o reactiva. Por último, hay que recordar que la Bulimia genera una mayor depresión. Probablemente la relación entre Bulimia y depresión puede describirse mejor por el hecho de que la Bulimia empeora cuando se intensifica la depresión y viceversa.

Otro factor dentro del componente emocional que se debe tomar en cuenta es el del mal humor. Sin duda, el mal humor no es raro en la Bulimia y se relaciona con el hecho de tener tantas emociones reprimidas. Su infelicidad e insatisfacción personal contribuyen al mal humor. Cuando empeora la forma en que come, su estado de ánimo tiende a agravarse. El término mal humor sugiere realmente ambivalencia; es decir, no está directamente enojada o abiertamente deprimida, está de mal humor.

También el mal humor puede estar relacionado con la comida o la falta de la misma. Una dieta restrictiva conduce a una irritabilidad que contribuye al mal humor. Una alimentación deficiente también puede contribuir de manera indirecta debido al ascenso y descenso de los niveles de azúcar en la sangre.

Además de los factores ya mencionados como la separación, individualización y apego, están los temores de madurez que abrigan muchas bulímicas/os, los cuales ocurren cuando una persona percibe las responsabilidades de la adultez

como demasiado demandantes. Es decir, encuentra más seguridad en la infancia por lo que desea regresar, al menos desde un punto de vista psicológico, a esa época donde otros la cuidaban.

La Bulimia se convierte así en una forma de enfrentar estos temores, pues si está demasiado enferma para cuidarse, no tendrá que enfrentar sola el mundo adulto.

Si bien la Bulimia es un trastorno con componentes conductuales y cognoscitivos, los sentimientos son la parte más importante. Aunque logremos cambiar la manera de comer y el pensamiento de la persona, veremos que el trastorno reaparece o tal vez que se presenta otro problema igual de grave o mayor.

La persona puede entender dónde se origina su problema y es posible que sepa qué hacer al respecto, pero aún así puede sentirse demasiado temerosa y muy deprimida para cambiar su forma de comer. Las personas bulímicas están acostumbradas a que otras personas respondan por lo que ellas hacen; dependen de otros para dar cuenta de lo que hacen o para encontrar la pequeña porción de estima que pueda derivar de los cumplidos de los demás. Esta existencia es demasiado incierta e insegura; las personas bulímicas sienten que deben agradar, o que, al menos, no deben desagradar, a fin de sentirse que son aprobadas, aceptadas y amadas. Esto les lleva actuar de forma irracional con su cuerpo, y lo auto destruyen haciéndose daño, como por ejemplo en el desgaste de su salud tanto física y mental.

2.8 TRASTORNOS ASOCIADOS

“Los individuos con Bulimia Nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen considerado normal, a pesar de que algunos presentan unas ligeras desviaciones por encima o debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y "mórbida". Algunos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de

mostrar más sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico "dietético", a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón."³³ Las personas con cierto nivel de sobrepeso tienden a buscar mecanismos para bajar de peso, y una de las maneras es ingerir alimentos con bajo contenido calórico; esto sumado a una presión social, poco contacto con su familia, puede desencadenar en una personalidad bulímica. Los individuos con este problema se refugian en el atracón-purga-atracón, para poder lograr tener un cierto grado de control sobre sí mismo, pero estos atracones también generan sentimientos de culpabilidad porque saben que no está bien este tipo de conducta.

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con Bulimia Nerviosa es alta; ejemplo, baja auto estima, al igual que los trastornos de estados de ánimo; (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la Bulimia Nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la Bulimia Nerviosa. Sin embargo en ocasiones el trastorno de estado de ánimo parece Bulimia Nerviosa. Hay así mismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad; ejemplo, miedo a las situaciones sociales, o trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la Bulimia Nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias como el alcohol y los estimulantes en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con Bulimia Nerviosa tienen rasgos de personalidad que cumplen con los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de personalidad; la mayoría de las veces límite de la personalidad. Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

³³ Allen, Frances, DSM-IV. Editorial Masón, Barcelona 1995, pg 561.

2.8.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

“A los individuos con atracones que aparecen en el transcurso de la Anorexia Nerviosa se les diagnostica Anorexia Nerviosa, tipo compulsivo/purgativo, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de Bulimia Nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para Anorexia Nerviosa, tipo compulsivo / purgativo; ejemplo, cuando el peso es normal y las menstruaciones son regulares, es Anorexia Nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en revisión parcial o Bulimia Nerviosa.”³⁴

En algunas enfermedades neurológicas y médicas; como el síndrome de Kleine–Levis, se ha observado una conducta alimenticia alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la Bulimia Nerviosa). El comer en exceso frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los 2 diagnósticos. Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.

Las similitudes entre Anorexia y Bulimia incluyen la preocupación por las dietas, los alimentos, el peso y la talla corporal; así como la incomodidad cuando se come con otras personas, y la búsqueda de aprobación. Una diferencia consiste en la negación del problema: la anoréxica/o niega a los demás y a sí misma que exista un problema o un comportamiento de alimentación anormal; mientras que la bulímica/o, rechaza la existencia de un problema ante los demás pero reconoce claramente que sus hábitos alimentarios son anormales. Otra diferencia consiste en que la persona

³⁴ Allen, Frances, DSM-IV. Editorial Masón, Barcelona 1995, pg 563.

anoréxica siempre está falta de peso y el peso de la persona bulímica puede ser bajo, normal o tener sobrepeso. Tanto la anoréxica/o como la bulímica/o exhiben una distorsión de la imagen corporal; la distorsión de la anoréxica/o es, por lo común, más seria que la de la bulímica/o. El objetivo de la persona anoréxica es perder más peso, pero la meta de la persona bulímica es obtener un peso o una figura ideal, casi siempre poco realista.

La diferencia entre las personas que comen bajo parámetros de normalidad y las personas bulímicas se relaciona con la intensidad de las respuestas emocionales de las bulímicas/os antes, durante y después de comer.

La Bulimia se considera que es parecida al alcoholismo y a la adicción a las drogas en tanto se introduce una sustancia al organismo en un esfuerzo por lidiar indirectamente con los problemas de la vida. Es similar porque puede intensificarse la depresión y porque también causan depresión; además crea problemas tanto físicos como psicológicos y que, con el tiempo, el problema se agrava y es difícil, sino imposible, superarlo sin ayuda profesional.

RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA INVESTIGATION DE LA CIE-10

“El DSM-IV y CIE-10 proponer criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de Bulimia Nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente, en el transcurso de una Anorexia Nerviosa, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de Anorexia Nerviosa si se han dado atracones de forma regular.”³⁵

³⁵ Roberta T. Sherman y Ron A. Thompson. BULIMIA UNA GUÍA PARA FAMILIARES Y AMIGOS, Editorial Trillas. México. 1999. pg. 15

CAPITULO III

TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.1 TRATAMIENTOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. LA TERAPIA

Son múltiples las técnicas para tratar la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en las cuales cada paso que se da requiere de una adaptación de dichas técnicas considerando la complejidad de los casos y de cada uno de los vínculos interpersonales.

Debido a que los trastornos alimenticios son de origen multifactorial se considera que es recomendable la aplicación de distintas disciplinas para abarcar todos los aspectos de esta problemática. La mayoría de instituciones idóneas para el tratamiento de estos trastornos poseen programas de recuperación desempeñadas por equipos interdisciplinarios como común denominador.

“Los pacientes con desordenes alimenticios, pueden ser tratados en forma ambulatoria, reservándose la internación sólo para aquellos casos en los que hay serias complicaciones médicas y el riesgo de suicidio es elevado, o bien cuando la severidad de los síntomas permanece inalterada aún luego de haberse hecho intentos válidos de tratamiento ambulatorio.”³⁶

En la actualidad se considera que es más óptimo para la recuperación de los pacientes con trastornos alimenticios un tratamiento de manera ambulatoria en los que el paciente sigue en contacto con el medio en el que se desenvuelve como su familia, escuela, grupo de amigos, etc; y desde allí se sigue tratando y buscando una nueva manera de pensar y manejar de forma más efectiva sus relaciones interpersonales con su medio ambiente. Es por esto, que la internación se reserva únicamente cuando la vida del paciente comienza a correr ciertos riesgos como en su salud; así como también, cuando los

³⁶ Rausch Heiscoviv, Cecile. Bay Luisa. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. Editorial Paidós. México, 1997. pg 137

tratamientos no están dando los resultados deseados y los síntomas del paciente no están cambiando para lo que se requiere tener una observación directa del mismo para encontrar como se puede utilizar los tratamientos implementados de manera más efectiva.

Los tratamientos psicológicos que a continuación se describirán son: terapia grupal, terapia nutricional, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, Internación, terapia farmacológica, terapia psico educativa.

No hay un único tratamiento que se haya demostrado efectivo en todos los casos y variará dependiendo de las circunstancias de cada paciente. Si bien el tratamiento de la Anorexia Nerviosa incluye un tratamiento farmacológico como psicológico, tal como ocurre en la Bulimia Nerviosa y en la mayoría de trastornos psiquiátricos, es la combinación de ambas terapias la que consigue una mejor respuesta. El tratamiento tiene como objetivo:

- Abordar pensamientos, sentimientos y creencias concernientes a la comida y a la imagen corporal.
- Hacer que la persona recobre un peso saludable.
- Restaurar unas pautas alimentarias saludables
- Tratar cualquier complicación física o asociada con problemas psiquiátricos asociados
- Conseguir el apoyo familiar.

3.1.1 TERAPIA GRUPAL

Se comenzará analizando la terapia grupal en lo referente a la Bulimia Nerviosa. “En la terapia de grupo para la Bulimia Nerviosa, se centra en la conducta, se utilizan la presión grupal y la confrontación para reforzar la abstinencia, y parten del supuesto de que los otros problemas serán más

fácilmente abordados una vez que se hayan corregido el problema alimentario”³⁷. Lo que se busca en la terapia de grupo en el caso de las personas bulímicas es detener de manera progresiva todos aquellos ataques de ansiedad que ocasiona el trastorno alimenticio para así centrarse en el problema psicológico que provoca esta ansiedad en la/él paciente. Es importante para la/él paciente bulímica/o identificarse con sus compañeros ya que esto le permite observar su problema desde afuera entendiendo de manera significativa cada uno de los problemas que se comparten en la terapia así como también cada uno de los avances que presenten cada uno de los integrantes del grupo de autoayuda.

Existe una corriente de influencia en este modelo de tratamiento que proviene de la psicología de la conducta e incorpora muchas de las técnicas utilizadas para el trabajo con obesos. El programa de tratamiento dura dos meses. “Hay habitualmente diez pacientes por grupo. Durante la primera semana, los pacientes concurren tres horas cada día los cinco días de la semana, a medida que avanza el programa, la frecuencia y duración de las sesiones disminuye de modo que, para el segundo mes de tratamiento, los pacientes se reúnen dos veces por semana durante una hora y media.”³⁸ Es importante que los pacientes tengan conciencia de este tipo de cambios ya que ellos podrían crear una especie de dependencia hacia el grupo por lo que es necesario que el tiempo de reuniones se vaya disminuyendo de manera progresiva a medida que cada uno de los pacientes avancen en su tratamiento de forma positiva permitiendo así sentir el respaldo de cada uno de sus compañeros sin crear un vínculo de dependencia con ninguno de ellos. El máximo de personas en una terapia de grupo es de 10 ya que se considera que con ese número más el profesional se puede dar abasto a las inquietudes de cada uno de los pacientes que integran el grupo de autoayuda sin dejar de prestar atención a las necesidades de ninguno de ellos.

³⁷ Rausch Heiscoviv, Cecile. Bay Luisa. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. Editorial Paidós. México, 1997. pg 165

³⁸ OP. CIT. pg. 166

El tiempo de cada reunión de la primera etapa se distribuye entre charlas y discusiones grupales acerca de temas vinculados a la Bulimia; comer una comida en grupo y una sesión de terapia grupal, centrada en la discusión acerca del material de la clase inicial. La discusión de grupo son los conocidos como un grupo reducido de personas, no menor de 5 ni mayor de 10 personas, los cuales se reúnen para intercambiar ideas, sobre un tema de manera informal, considerada como un intercambio que se da en los individuos "cara a cara", donde todas estas personas o individuos poseen un interés común para discutir un tema en particular y resolver un problema o adquirir una información específica, todo esto bajo un clima de espontaneidad, libertad de acción, buen humor, guiado solo por las reglas generales que rigen el proceso, las cuales son punto clave para diferenciar esta técnica de una charla o conversación corriente, teniendo como objetivo provocar autoconfesiones en los participantes.

Los individuos que dirigen el tratamiento grupal son profesionales. Se explica desde el comienzo el interés de que se abstengan de atracarse y vomitar a partir de la primera reunión. El tratamiento se centra básicamente en la conducta alimentaria, y destacan tres aspectos:

- Que los pacientes deben mantener un peso estable para poder regularizar sus esquemas alimentarios.
- Deben comer tres comidas balanceadas cada día.
- Las comidas deben planearse con anticipación, utilizando técnicas especificadas.

Si bien los resultados de seguimiento son buenos, los propios autores han propuesto que sólo se podrá validar cuando haya seguimientos a largo plazo. También se enfatiza la frecuencia de las recaídas entre dos y seis meses después de finalizado el tratamiento y, por lo tanto, piden que los pacientes concurren a distintas fuentes de apoyo grupal o individual. Al mismo tiempo, explicitan las limitaciones del programa en lo psicoterapéutico, pues sólo tiene como objetivo solucionar el trastorno alimentario.

Con lo referente al trabajo grupal para la Anorexia, este tratamiento se basa en lo que tradicionalmente la psicología define a los trastornos alimentarios como integrantes a la “Clínica de las Adicciones”: tal es el hecho que el modelo del grupo de autoayuda esta basado en el programa de “Alcohólicos Anónimos”, cuya meta central es la abstinencia. Los asistentes a estos grupos se comprometen a abstenerse de repetir las conductas sintomáticas propias de la enfermedad: ayuno, atracones, pesarse varias veces al día, etc., conductas a las cuales, en cierto modo, se han vuelto adictos. El grupo ejerce una fuerte influencia en cada integrante para que logre cumplir con su compromiso, además ayuda a la persona a conocerse a sí misma y a mejorar sus relaciones interpersonales, permitiendo al paciente tener una visión más objetiva de su problema y mejorando su calidad e vida. La única diferencia con los demás grupos de autoayuda es que siempre participan profesionales en los encuentros.

Si el caso no es de suma urgencia; es decir, en donde los niveles de ansiedad y depresión que presente él/la paciente no sean exageradamente elevados al punto que pueda atentar contra su vida y perjudicar el tratamiento de los demás integrantes del grupo se puede participar de un grupo organizado que se reúna dos horas, dos veces por semana. Hay instituciones que realizan reuniones para padres, amigos y familiares separadamente.

Según la evolución de cada paciente el trabajo grupal deberá realizarse durante un período de tres meses como mínimo y con un tiempo óptimo de 6 meses.

Para las personas que nunca lo han intentado, la idea de la terapia puede resultar aterradora. Descubrir sus pensamientos más íntimos, hacer frente a sus miedos, y la idea de hacerlo en grupo puede convertirlo en algo peor. Las terapias de grupo para personas con Anorexia, deben ser organizadas y guiadas por un terapeuta o se corre el peligro de que las chicas/os compitan entre ellos por la que menos coma o cosas similares. Es muy útil realizarlas entre personas con diferentes problemas porque pueden salir muchas construcciones desde la visión de otros enfermos, no sólo anoréxicas/os o

enfermos de trastornos de la alimentación. Así se muestra una nueva visión de la realidad, del mundo.

Sin embargo, el propósito de la terapia de grupo es justamente lo contrario: busca proporcionar una fortalecedora red de personas que saben lo que la persona (paciente) está sufriendo y quieren ayudarla.

Ha resultado de igual eficacia que el abordaje individual aunque posee algunas ventajas: facilita los procesos de identificación, lo que a su vez favorece la cohesión del grupo, el apoyo mutuo y contribuye a crear una actitud más colaboradora y menos defensiva en los pacientes.

Los grupos de terapia exigen un compromiso firme. Algunos pueden durar sólo unas semanas, pero otros se prolongan durante un año o más.

Lo cierto es que este tipo de terapia va más dirigido a enfermos bulímicos. Se sabe menos acerca de la terapia de grupos dirigida a anoréxicos. Algunos terapeutas afirman que esta terapia en lugar de tratar de cambiar su terapia de conducta, en grupo, las personas anoréxicas compiten fieramente por ver quién consigue mantener el peso más bajo o pasar más tiempo sin comer.

3.1.2 TERAPIA NUTRICIONAL

El objetivo fundamental es detener los episodios de atracones mediante el establecimiento de un plan dietario acorde para cada paciente en particular. Se diseña, al igual que para la Anorexia Nerviosa, un plan básico de cuatro comidas diarias, con ó sin colaciones, a horarios regulares.

Se han ensayado dietas con alimentos ricos en triptófano, que es una sustancia química precursora de la serotonina. Estos regímenes se fundamentan en el hecho que la serotonina desciende considerablemente en el sistema nervioso central de los bulímicos/as, previamente y durante el atracón. Son alimentos ricos en triptófano: las carnes rojas (jamón), las anchoas

saladas, los quesos suizos y parmessanos, los huevos, las nueces y las almendras. Se evita el maíz porque puede provocar deficiencia de triptófano.

Los profesionales se aseguran que el tratamiento se lleve al pie de la letra para poder obtener los resultados anhelados, entre las indicaciones obligadas que se recomiendan, se tienen las siguientes:

1. Se habla con el paciente para que no trate de pensar en las dietas. El control en el comer se logra cambiando hábitos alimentarios y conservándolos.
2. No se debe privar de las calorías que su cuerpo realmente necesita. El cuerpo requiere por lo menos de unas 15 calorías por libra de peso, en una persona que haga actividad física moderada diaria.
3. Se comunica al paciente no hacer dietas cuando tomó la decisión de detener el ciclo comer-purgarse. Esto solo causará sentimientos de privación y puede llevar a comer nuevamente en exceso. Se tiene que concentrar en normalizar estos hábitos y no obligarse a pesarse siempre, con una vez a la semana es más que suficiente para una persona que padece Bulimia Nerviosa.
4. Se invita al enfermo a comer tres comidas principales al día y dos refrigerios pequeños, si lo desea. Así, no padece de hambre, y se consigue distribuir las calorías a lo largo del día y lograr aumentar la frecuencia de comidas.
5. Debe comer variedad de alimentos y a horas específicas. No conviene eliminar los carbohidratos porque son la única fuente de glucosa y energía para las células sanguíneas y cerebrales. Es aconsejable reducir el consumo de carbohidratos simples como azúcar y aumentar más bien el de complejos como los panes integrales, arroz y pastas. Ambos tienen las mismas calorías pero los complejos tienen otros nutrientes como vitaminas y minerales, esenciales para el organismo.

6. Se recomienda reducir la cantidad de sal en la alimentación. La sal hace que haya más agua en el cuerpo y el corazón tenga que bombear más sangre. Se lo puede sustituir por limón, ajo, vinagre, hierbas, especias, pimienta, etc.

7. Aumentar el consumo de fibra. Esto se logra con solo comer más frutas y vegetales (sobre todo los que tienen cáscara), y alimentos integrales.

8. Con respecto al agua, se induce a tomar 8 vasos de 8 onzas al día. Las bebidas alcohólicas tienen muchas calorías y no tienen nutrientes, por lo tanto no son recomendables bajo ningún concepto, son contraproducentes para los pacientes.

9. Consumir por lo menos las calorías necesarias para las funciones corporales. Limitar a un consumo de calorías a menos de 1200 por día solo produce hacer el metabolismo más lento, y el cuerpo conserva más energía. En lugar de disminuir la ingesta, es mejor hacer alguna actividad física como por ejemplo: caminar, hacer ejercicios, trotar, nadar, que son parte de algunas de las opciones que una persona con problemas alimenticios posee.

10. Se compromete mantener los alimentos que más le tienten fuera de la casa o guardados en algún lugar hasta que se sienta con más control en sus hábitos alimenticios.

11. Incorporar estos mismos alimentos poco a poco en su alimentación. Comer pequeñas porciones de ellos cada día, esto debe ser un progreso paulatino.

12. Se invita a comer en compañía de otros. Se tiene que evitar el acto de comer y ver la televisión a la vez, se tiene que aprender a disfrutar el sabor de las comidas, su olor y textura, dedicando un tiempo para cada uno de estos aspectos.

13. Cuando la persona ya se sienta más segura de manejar lo que come, se puede experimentar el hecho de salir a comer. Tratar de olvidar que la comida es mala.

14. El paciente tiene que hacer una cantidad de ejercicio normal, el hecho de realizar ejercicio aeróbico tres veces por semana es más beneficioso en el control de peso a largo plazo que un régimen de dieta estricto.

La meta, en el tratamiento nutricional para la Anorexia Nerviosa, es alcanzar un peso con el cual se normalicen las funciones fisiológicas, incluyendo la menstruación.

La motivación del paciente anoréxico es fundamental y se logra con el apoyo psicológico y las charlas educativas a cargo del plantel médico y del nutricionista. El tratamiento debe ser individualizado y dirigido a las áreas específicas que requieran modificación.

Hay que levantar una detallada historia dietética para detectar cuáles son las equivocaciones a corregir. Actualmente muchos nutricionistas han recurrido a la informática, elaborando “dietas computarizadas”: hay diversos programas para nutrición, a través de los cuales se obtiene un diagrama dietario específico para cada paciente, considerando parámetros tales como el peso, la edad, la talla, perímetro de muñeca, actividad habitual, etc.

Un detalle importantísimo a tener en cuenta para la elaboración de una dieta es el tratamiento farmacológico que puede estar recibiendo el paciente.

“Es muy variada la opinión de si la realimentación debe partir de unos contenidos calóricos normales o bien reiniciarla a partir de dietas bajas en calorías, los diferentes autores no se ponen de acuerdo, si iniciarse en una dieta normal o si progresivamente se debe aumentar la cantidad de calorías”³⁹. A pesar del riesgo aparente de una realimentación de valor calórico normal, en

³⁹ www.todosobreanymia.com

la práctica no suelen presentarse complicaciones, especialmente si ha sido evaluada correctamente.

No ocurre lo mismo con la alimentación nasogástrica y la parenteral con las que se deberá ser extraordinariamente prudente y este método no debe ser nunca el recurso frente a la falta de personal, o como solución excesivamente médica ante un paciente que esconde, tira, o pone dificultades a la alimentación

Debido a que el ayuno que la mayoría de los pacientes anoréxicos, experimentan da como resultado una disminución del metabolismo basal, hay que emprender una dieta de inicio con un agregado de 250 a 300 Kcal., las que se irán incrementando gradualmente.

No podrán incrementarse el total de calorías necesarias en una sola sesión, ya que el organismo no tendría tiempo de adaptarse. Se ha descrito un cuadro de "colapso gastrointestinal", por dilatación aguda del estómago debido a la brusca ingesta de gran cantidad de alimentos hipercalóricos.

Como ya se mencionó anteriormente, el plan de alimentación debe incluir un mínimo de cuatro comidas diarias, con o sin colaciones, a horarios regulares, prefijados. Se señala al paciente que puede comer más cantidad de cualquier alimento estipulado, pero nunca menos. El nutricionista controla minuciosamente que todo régimen contemple las cuatro leyes fundamentales de la alimentación: cantidad, calidad, armonía y adecuación.

Progresivamente se irá incrementando la cantidad calórica diaria, respetando las preferencias y gustos, hasta llegar al requerimiento óptimo para su edad, talla, contextura y actividad. El apareamiento de la menstruación es un parámetro crucial para evaluar la recuperación.

El estreñimiento es frecuente debido a la disminución de la actividad intestinal provocada por el estado de semi-ayuno crónico; cuando se establecen los hábitos alimentarios regulares, se resuelve este problema. Por otro lado, puede haber diarreas en etapas iniciales.

El objetivo de esta terapia es ayudar al paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo debe estar libre del temor a que todo lo que coma le hará engordar.

Deberá enfrentarse a una firme prueba de que está demasiado delgada, pérdida de la menstruación, etc. Este enfoque, reconociendo los miedos de la paciente pero insistiendo en que coma de todos modos, ha obtenido resultados excelentes.

3.1.3 TERAPIA CONDUCTISTA-COGNITIVA

“Este tratamiento propone un desarrollo a lo largo de tres etapas, que se realizan dos veces por semana. El objetivo de la primera etapa consiste en que el paciente pueda controlar su ingesta”⁴⁰. Para evitar que haga el movimiento cambiante de pasar una dieta restrictiva que le ocasione hambre y luego se detone en un nuevo atracón, se le indica un programa alimentario fijo, junto con técnicas conductuales tales como evitar las situaciones de estrés o contextos de hábito o de tentación, que generalmente precipiten los atracones. La segunda fase se acerca a la reestructuración cognitiva, y radica en intentar modificar las creencias desajustadas e irracionales que mantienen y refuerzan los patrones bulímicos. Asimismo se exploran métodos alternativos de solución de problemas. La tercera etapa se centra en mantener los logros de las etapas anteriores y prevenir las recaídas por medio de anticipar y prepararlo para enfrentar situaciones de estrés que previamente activaban el patrón bulímico. El principio en el cual se sustenta esta propuesta es que un rasgo notorio y común, tanto a la Anorexia como a la Bulimia, es la intensidad, preferencia y valores que tienen estos pacientes respecto de su peso y la forma de su cuerpo. “Esta teoría también sostiene que para estas personas con problemas de alimentación, esos valores y creencias no son solamente sintomáticos, sino

⁴⁰ Rausch Heiscoviv, Cecile. Bay Luisa. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. Editorial Paidós. México, 1997. pg 164

fundamentalmente son lo que mantienen este trastorno. El modificarlos es prerequisite para la recuperación”⁴¹.

“Los profesionales, darán instrucciones a los padres, para que con el paciente elaboren un horario regular de comidas. Debe incluir tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y uno o dos refrigerios, distribuidos de tal manera que no pasen más de 4-5 horas sin comer. Se ha comprobado que si se pasa más tiempo sin comer, esto favorece el atracón”⁴². Es muy útil trabajar con la familia en la elaboración de este horario y entrenarles en la supervisión de las tres comidas principales.

Cuando ya se haya conseguido un cierto control del ciclo atracón-conducta purgativa, la intervención terapéutica se centra fundamentalmente en la adquisición de estrategias cognitivas y de la conducta que ayude a prevenir el atracón. Las personas que padecen Bulimia, para hacer frente a situaciones problemáticas, utilizan al atracón como medio para resolverlo. Se utiliza a la purga como una manera bastante inadecuada de enfrentar o huir de los problemas. Por este motivo, el terapeuta debe entrenarle en un proceso sistemático de solución de problemas y toma de decisiones. El objetivo final es que las personas puedan enfrentar las futuras situaciones difíciles sin necesidad de recurrir al atracón, o sea, que sea capaz de tomar decisiones y solucionar dificultades de una manera más adecuada.

“En la segunda fase, se analizan los alimentos que generan ansiedad que se evitan en la dieta. Éstos suelen ser uno de los desencadenantes del atracón, como se conoce, ante la ingesta de un “alimento prohibido” se desencadena el pensamiento en términos de todo o nada que precipitará el atracón. El objetivo principal de esta fase del tratamiento es la introducción paulatina de este tipo de alimentos que son excluidos de la dieta.”⁴³

⁴¹ Rausch Heiscoviv, Cecile. Bay Luisa. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. Editorial Paidós. México, 1997. pg 166

⁴² Gómez, M^a. De los Ángeles, Ramón José. “QUE ES LA BULIMIA, UN PROBLEMA CON SOLUCION”, Editorial Pirámide, Madrid, 2003, pg. 50

⁴³ Gómez, M^a. De los Ángeles, Ramón José. “QUE ES LA BULIMIA, UN PROBLEMA CON SOLUCION”, Editorial Pirámide, Madrid, 2003, pg. 51

Para la tercera fase del tratamiento, se identifican y modifican los pensamientos inadecuados y desadaptativos que aparecen en relación a la comida, el peso o la forma corporal.

Existen determinadas características cognitivas que favorecen la aparición del miedo a engordar, entre ellas, la tendencia a valorarse uno mismo en función de la figura y el peso, una baja autoestima, un elevado perfeccionismo y la presencia del pensamiento dicotómico, es decir, el interpretar los acontecimientos en términos de todo o nada. Este funcionamiento cognitivo facilita que la persona sea especialmente sensible a los cambios de peso e intente mantener un control estricto sobre la comida. Esta conducta de control excesivo o de dieta incrementa la vulnerabilidad al atracón. En la última fase del tratamiento se trabaja con el paciente y con la familia en la prevención de recaídas e identificación de situaciones de riesgo. El objetivo principal es analizar las características de estas situaciones de riesgo y entrenar las estrategias de control más adecuadas que han de poner en marcha en tales circunstancias para así facilitar el mantenimiento de los logros terapéuticos. Y por último, se establece un calendario de seguimiento, se aconseja periodos largos de seguimiento, un año como mínimo antes de dar por finalizado el tratamiento.

En el caso de la Anorexia este tipo de tratamiento es semiestructurado, está orientado al problema y dirigido al presente y futuro más que al pasado. Asimismo, tiene en cuenta los aspectos que mantienen la conducta anoréxica. Es didáctico porque permite clarificar los conocimientos que los anoréxicos tienen respecto a la comida, al acto de comer, el peso corporal y la noción de belleza. Es así, que el terapeuta deberá tener suficientes conocimientos acerca de la nutrición y los trastornos físicos que pueden presentar los pacientes; para educarles sobre la regulación del peso, la dieta y la imagen corporal.

Esta terapia promueve el autocontrol de manera activa donde la responsabilidad recae básicamente en el paciente.

Los objetivos de este tratamiento son:

1. Reestablecer hábitos de ingesta adecuados.
2. Reducir la insatisfacción hacia la imagen corporal.

Para cumplir con el primer objetivo, es necesario restablecer el peso, normalizando los horarios y cantidades de comida. Para el segundo objetivo se deberá disminuir la ansiedad generada por el peso y la silueta, evaluando los pensamientos erróneos, hacerles enfrentar aquellas situaciones que les producen malestar y aprender a apreciar las ventajas que les producen sus cuerpos.

“El tratamiento de la Anorexia al igual que en el de la Bulimia se encuentran tres fases. En la primera fase, la terapia esta dirigida a motivar al paciente a que cambie su conducta alimentaria, debido que en los casos graves sólo se puede tratar la Anorexia cuando se consigue el equilibrio biológico necesario; es decir, primero se solucionan los problemas somáticos y luego se realiza la intervención psicoterapéutica y socio terapéutica.”⁴⁴

El peso debe ser controlado esporádicamente y se debe educar al paciente acerca de la regulación del peso corporal explicando las diferentes culturas. También, educar sobre los afectos negativos de la dieta y las conductas purgativas, que sepan las consecuencias físicas y psicológicas de sus hábitos alimenticios al mismo tiempo que se prescribe un patrón de conducta regular mediante el contrato terapéutico por escrito y detalladamente, donde se recompensan las conductas a seguir y se castigan las indebidas. Obviamente, en toda esta etapa es importante la ayuda de los amigos y parientes que incentiven al paciente.

En la segunda fase, se incurre en el cambio cognitivo y la imagen corporal. Se emplea la reestructuración cognitiva donde aquellos pensamientos distorsionados o erróneos son modificados mediante discusiones, exposiciones

⁴⁴ Herbert Martin, “TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA” Editorial Paidós, Barcelona – Buenos Aires, 1983 pg 124

de ejemplos y sobretodo en los auto- registros para que comprendan la relación entre situación, pensamiento, sentimiento y conducta.

La finalidad es que pueda identificar los pensamientos automáticos que se relacionan con determinadas situaciones y luego hacer juicios críticos acerca de sus pensamientos y confrontarlos.

Otra técnica es la de resolución de problemas donde se trata de detectar y describir el problema para luego proponer alternativas de solución aunque sean disparatadas y luego escoger la que será útil a largo plazo.

Poco a poco deben introducir los alimentos prohibidos con una reestructuración cognitiva e información nutricional, para así reducir la preocupación por el peso y la imagen corporal; es decir, que dichos alimentos dejen de ser fóbicos para el paciente.

Por último, se encuentra la tercera fase, que consiste en prevenir recaídas, para lo cual se cuenta con la participación de los familiares. Para ello, a los familiares se les informa acerca del trastorno y los comportamientos a seguir con el paciente. Promover cambios favorables en la familia y en ocasiones se sugerirán terapias familiares. Esta fase es importante porque la ayuda de los familiares mejora el estado actual del paciente y permite que pueda ser mantenido en el futuro.

En la actualidad se ha descubierto que es uno de los tratamientos más eficaces para este tipo de trastornos. Los aspectos conductuales comprenden las técnicas para favorecer la desaparición de conductas anómalas, como por ejemplo los malos hábitos alimentarios, el aislamiento social, los conflictos interpersonales, etc. Los aspectos cognitivos hacen referencia al tratamiento de las creencias irracionales hacia la comida y el aumento de peso, preocupaciones excesivas, autocríticas.

La terapia cognoscitiva tiene buenos índices de éxito con la Bulimia porque puede cambiar la actitud hacia la comida, el peso, la forma y la talla. Pero tiene falencias en cuanto a que la afectada enfrente su desarrollo personal. Como

complemento de la terapia cognoscitiva, la psicoterapia trata los problemas que el afectado tiene con su propia historia, su familia y su vida, intentando ponerlo en contacto o enfrentándolo con esos problemas. Los aspectos conductuales comprenden las técnicas para favorecer la desaparición de conductas anómalas, como por ejemplo los malos hábitos alimentarios, el aislamiento social, los conflictos interpersonales, etc.

Por otro lado se puede conocer que muchos tratamientos para la Anorexia en el mundo todavía siguen el paradigma del condicionamiento operante negativo. Obligan al paciente a un permanente reposo en cama, lo aíslan y lo alimentan a la fuerza. Estas terapias conductivas -con reforzamientos positivos o negativos- son inmediatistas y distan mucho de ofrecer una solución al problema. Incluso se puede afirmar que son las causantes de las numerosas recaídas, cronicidad y muerte de estos pacientes.

La Terapia conductual solo da soluciones temporales que no atacan la raíz del problema. En la mayoría de los casos cuando el paciente bajo este tratamiento está internado en una institución y come tres veces al día y es premiado dejándolo salir al medio día, se las arregla para vomitar o sabotear el tratamiento, o finge responder a él para salir de la institución y recaer en el antiguo patrón.

3.1.4 TERAPIA FAMILIAR

Para los pacientes con Bulimia, el trabajo con la familia en este tipo de problemas tiene cada vez mayor importancia, siendo una variable fundamental en el tratamiento, ya que es justamente en el núcleo familiar en el que se desenvuelve el paciente en donde se genera el trastorno alimenticio y es aquí también donde se pueden resolver una serie de conflictos que no siempre son tratados por los miembros de la familia. Además el poder tener una terapia familiar permite también que el paciente se siga desarrollando en el medio en el que creció y a la vez mejora los patrones de comunicación no solo entre el paciente y su familia, sino entre todos los miembros de la misma.

Independientemente de la fase en las que se pudiera encontrar el paciente, es necesario el apoyo familiar para que se pueda lograr el cambio deseado.

Usualmente en las familias donde una persona tiene un problema de Bulimia es normal encontrar un ambiente familiar desestructurado. Generalmente el problema poco a poco va adquiriendo fuerza, incluso llega a convertirse en el eje de la relación de todos los miembros de la familia. Algunas de las conductas familiares que se pueden observar a partir del desarrollo de los problemas son:

- Culpabilización.
- cambios del estilo de comunicación (acusaciones, victimismo, chantajes emocionales).
- pérdida de autoridad de los padres.
- una excesiva implicación de uno de los miembros de la familia y/o evitación por parte del otro.

“De esta manera todo lo relacionado con el problema de la alimentación puede llegar a monopolizar las relaciones familiares, lo que en lugar de solucionarlo, lo mantiene”⁴⁵. A este nivel, el trabajo psicológico está orientado a reorganizar el ambiente familiar. En un principio puede que se observe una mayor tensión en la familia (irritabilidad, tensión, quejas, protestas), aunque a lo largo plazo se consiguen sentar las bases necesarias para crear un ambiente favorable para que se pueda provocar el cambio. En las fases iniciales es fundamental la ayuda de terceras personas, hasta que la persona vaya desarrollando y fomentado sus propios recursos.

Se ha comprobado la existencia de ciertos comportamientos familiares que favorecen el mantenimiento del trastorno. En algunos casos, el círculo familiar puede contribuir de manera involuntaria a que se mantengan ciertos comportamientos inadecuados que influyen que el cuadro se acentúe; como por ejemplo, comportamientos de sobreprotección hacia el problema de la paciente impidiendo así que ella busque soluciones y formando un mayor

⁴⁵ Gómez, M^a. De los Ángeles, Ramón José. “QUE ES LA BULIMIA, UN PROBLEMA CON SOLUCION”, Editorial Pirámide, Madrid, 2003, pg 59

vínculo de dependencia con sus padres lo que puede crear que se acentúe por ejemplo un pensamiento de discapacidad por hacer las cosas por sí misma y que siempre necesita de alguien más para identificarse como personas; esto por explicar con un ejemplo la serie de factores o comportamientos que pueden presentar los miembros de la familia que hacen que se acentúe los síntomas del paciente. En las fases iniciales, cuando la familia percibe que su hija o hijo tienen un problema con la comida, se ponen en práctica determinadas estrategias como son la persuasión o el razonamiento. Al observar que estas estrategias no funcionan, la familia suele entrar en un estado de impotencia llegando incluso a utilizar mecanismos coercitivos tales como la imposición y el castigo tanto a nivel verbal como a nivel no verbal. Actitudes atípicas en esta fase son los reproches, las acusaciones, etc. En la fase posterior, la familia ha perdido el control sobre el manejo de la conducta del hijo/a. Se sienten impotentes e intentan otras estrategias como son los llantos, los ruegos o los chantajes emocionales. Es aquí cuando la inestabilidad del paciente condiciona la estabilidad de la familia, como por ejemplo cuando el paciente está triste y deprimido la familia responde de la misma manera. Cuando se encuentra irritable y colérico se percibe la tensión en el ambiente familiar y cuando, ocasionalmente, el paciente está alegre e incluso optimista, la familia responde con el mismo ánimo.

Se debe aclarar, que no siempre los comportamientos de la familia se presentan de la misma manera. "Dentro de la familia, los diferentes miembros pueden responder a su vez de forma diferente: unos pueden ser objetivos con respecto al problema de su hija/o, mientras que el otro justifica y racionaliza el problema restándole importancia."⁴⁶

A continuación se describirá una serie de pautas de actuación que se han demostrado son eficaces para el control de la Bulimia por parte de la familia.

⁴⁶ Gómez, M^a. De los Ángeles, Ramón José. "QUE ES LA BULIMIA, UN PROBLEMA CON SOLUCION", Editorial Pirámide, Madrid, 2003, pg 61

- Las comidas se deben realizar en el mismo lugar de la casa, preferentemente en el comedor, el objetivo es que el paciente no asocie la comida a todos los lugares y rincones de la casa.
- Almacenar los “alimentos peligrosos”; es decir, aquellos alimentos con alto contenido calórico que puedan ocasionar mayor ansiedad en el paciente, en lugares poco visibles, fuera del alcance de la mano. Eso es, con el propósito de evitar el fácil acceso a los mismos, impidiendo que el simple hecho de verlos provoque ganas de tomarlos.
- No se aconseja utilizar actividades distractoras durante las comidas como por ejemplo la televisión y las lecturas. Es conveniente que el paciente se centre en lo que está comiendo, cosa que no ocurre durante los episodios de sobreingestas, en los que no se saborea ni se presta atención a los alimentos que se están comiendo.
- Levantarse de la mesa después de la comida o en su defecto retirar de la mesa la comida que ha sobrado. Es importante que después de las comidas se evite cualquier situación que pueda favorecer el “picoteo” de la comida que haya sobrado, por lo que siempre que se pueda la sobremesa debe realizarse en un lugar diferente.
- Se recomienda que sea la misma persona la que se encargue tanto de elaborar como de servir las comidas. Si se tiene en cuenta que la persona que sufre de Bulimia, tiene miedo a la comida y que, con toda seguridad, ésta se traduce en ansiedad e indecisión respecto a comer, resulta muy útil que sea un miembro de la familia quien asuma la responsabilidad y se encargue de lo relacionado con la comida. A medida que el paciente tenga más autocontrol irá asumiendo más responsabilidades.
- Siempre las cantidades de comida deben ser normales, el objetivo es que el paciente se habitúe a cantidades normales. Gradualmente ha de ir aceptando física y psicológicamente una ingesta normal. Es importante que a pesar de las protestas y quejas, no varíe las cantidades, de esta forma se transmitirá seguridad y confianza.
- No se debe engañar a la persona que sufre del trastorno alimenticio respecto al tipo o cantidad de comida. Si se engaña, no se conseguirá

ganar la confianza del paciente, ni se le enseñará lo que es normal y/o adecuado respecto a las cantidades y tipos de alimentos. Se debe ser siempre francos y honestos con respecto a las cantidades de comidas o a su contenido calórico ya que esto va a crear una mayor confianza y disminuirá el temor a ser engañada por sus seres queridos o sus personas de confianza; además con esto también se evita o se puede controlar en algún porcentaje el impulso del paciente por engañar a la gente que se encuentra a su alrededor.

- No se debe entrar en negociaciones con la alimentación. Es aconsejable evitar elaborar platos de manera especial para ella/él, es muy importante que la persona enferma se adapte a una comida normalizada.
- Es conveniente respetar el orden de los platos: primer plato, segundo plato y postre. Se debe ingerir los alimentos en el orden correspondiente, mezclarlos es típico de los episodios de atracón.
- El ambiente durante las comidas ha de ser favorable. Para el hijo que posea Bulimia, las comidas están asociadas a una situación desagradable, ya que experimenta miedo a comer o a perder control. Para romper esta asociación se tiene que lograr hacer de las horas de la comida una situación agradable, siendo consciente de que en las primeras fases las reacciones típicas son: desagrado, descontento, irritabilidad, quejas y provocaciones. La forma de actuar ante este tipo de reacciones es determinante:

1) Retirar la atención ante quejas y protestas, se recomienda cambiar el tema de conversación a temas agradables que no tengan que ver con el peso, comida y cuerpo.

2) Ante las provocaciones, no se debe entrar en discusión.

3) No responder al enfado e irritabilidad, mantener una actitud tranquila.

Para un paciente anoréxico, la terapia familiar, es uno de los sistemas a tener en cuenta en la intervención múltiple. La Anorexia mantiene el "equilibrio

familiar" que impide tener que afrontar el verdadero conflicto. Se trata de una familia "psicosomática" cuya estructura se caracteriza por una elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos.

Si el individuo es y enferma en grupo ha de sanar en grupo. Nada mejor, entonces, que actuar desde ese grupo fundante y decisivo que es la familia. Pero existen varios obstáculos que lo impiden, lo que implicaría actuar desde las mismas raíces.

"El grupo familiar es un lugar privilegiado de observación de la "materia prima", ya sea en cuanto al déficit o el conflicto. Otra cosa es que represente el espacio indicado para la devolución y elaboración del material que allí se halla. El grupo familiar abre las puertas de lo cotidiano y al mismo tiempo de aquellos aspectos genéticos que siguen actuando de forma intemporal, lo que nos muestra es una estructura en crisis: con líderes para el cambio y líderes que resisten el cambio"⁴⁷.

En este grupo concreto que llega a nuestro alcance, se conjugan la Anorexia, la sobreprotección, el padre que a veces no supo hallar su función, la madre que rechaza y que al hacerlo, rechaza a la prolongación somática de su existencia.

Se dirá que en cualquier sistema individual aparecen estas situaciones conflictivas. Pero la diferencia radica en que ahora lo fóbico se mezcla con la realidad; la asociación libre, con el estímulo directo. Desde el punto de vista de la intervención familiar posee indudable utilidad en aquellos casos en lo que este grupo se muestra colaborador ante el problema. No obstante, como es común a las intervenciones de este tipo, tiene sus limitaciones que se mencionarán a continuación:

1. "No se puede emprender tratamientos profundos. Que los integrantes del grupo expongan sus más ocultas fantasías ante las personas que integran su vida de relación cotidiana es ficticio"⁴⁸.

⁴⁷ "La Anorexia: Una locura del cuerpo" pg.115

⁴⁸ "La Anorexia: Una locura del cuerpo" pg. 115.

2. Es conocido el obstáculo, que cuesta mucho sobrepasar; es decir, que la familia se asuma como sujeto de la terapia y no como acompañante del paciente. Hay que tener en cuenta el tipo de demanda inicial: cuando procede del paciente o esta hecha en su nombre, rara vez hay conciencia colectiva de conflicto, si esto último fuera así las ventajas de este tratamiento serían mayores.

Sin embargo, dos son las ganancias que, cuando es factible, reporta la intervención familiar:

1. Permite establecer un diagnóstico grupal de suma utilidad para confrontarlo con el imaginario del paciente.
2. En algunos casos sirve de sensibilización hacia lo psicológico, en otros permite corregir situaciones familiares.

La intervención grupal, es decir al círculo familiar debe ser hecha por dos terapeutas, a ser posible de distinto sexo.

Esta terapia permite observar a los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta. Durante la terapia, el terapeuta puede contemplar cómo se comunican los miembros de la familia entre sí. A la larga todo esto puede ayudar a que él paciente reconozca los patrones negativos de la familia, a que se vuelva más firme y a que la familia en conjunto aprenda mejores maneras de ayudar a que cada miembro logre satisfacer sus necesidades. La terapia familiar tiene un efecto radicalmente superior, tanto en la recuperación como en la reducción del curso de los problemas alimenticios.

En pacientes mayores de 18 años, los resultados no son tan concluyentes pero sugieren que la terapia familiar es más útil cuando la Anorexia Nerviosa se ha iniciado durante la adolescencia y cuando ha habido una mayor proximidad entre la paciente y su familia. La mayoría de los expertos considera que la

terapia familiar es imprescindible cuando se trata de niños y de adolescentes jóvenes. Una ventaja de este enfoque es el descentramiento del fenómeno en un sólo sujeto y, también tentativamente, sus desventajas refieren a la poca generalización de sus resultados y a la necesidad de trabajar con varios miembros de la familia. La familia logra el desarrollo individual del paciente, el incremento de su armonía, de su autoestima para mejorar las relaciones interpersonales. Los familiares deben estar motivados para el cambio. Es muy importante su papel para la recuperación. La familia junto al enfermo y al terapeuta se pondrá de acuerdo para implementar técnicas que remitan los síntomas.

3.1.5 INTERNACIÓN

En el trastorno alimenticio como la Bulimia, es necesaria la hospitalización, tomando para ello criterios como los siguientes:

a) Criterio médico-biológico:

- Alteraciones metabólicas.
- Hematemesis (vómito de sangre): puede significar desgarre esofágico por vómitos recurrentes.

b) Criterio psicosocial o familiar:

- Aislamiento social.
- No trabaja ni estudia
- Situación familiar o social conflictiva

c) Criterio psicoterapéutico:

- Fracaso en tratamientos previos.
- Apatía.
- Negativa a seguir tratamiento ambulatorio

- Imposibilidad de control
- Depresión e ideación suicida

La hospitalización produce un fuerte impacto en la persona, implica cambios importantes en los que abandona gratificaciones materiales y sociales que estaban asociadas a la vida cotidiana y la aleja de la ansiedad y el conflicto que le generaba.

En los casos de pacientes que pueden seguir tratamiento ambulatorio se considera:

- Corto tiempo de aparición de la Bulimia
- Apoyo familiar.

En esta etapa son importantes los autoregistros cuyo objetivo es hacer consciente al paciente de su problema y especificar las situaciones riesgosas.

En cambio para los pacientes anoréxicos con poca motivación, inestabilidad psicológica, trastorno psiquiátrico asociado y un ambiente familiar poco cooperador, es recomendable el ingreso, y obligado ante pérdidas del 25 al 30% del peso correspondiente en aquel momento según edad y estatura.

En la intervención terapéutica sobre una paciente anoréxica/o en régimen de hospitalización precisa de un programa de tratamiento minucioso y exigente, compartido y aceptado por todas las personas que tratan a estas enfermas. Es preciso que este equipo sea multidisciplinario, formado por médicos, psicólogos, enfermeras y auxiliares; se debe denotar con un énfasis especial que es imprescindible para la formación y habilidad de todo el personal para el tratamiento de estas patologías, especialmente el de enfermería, sin cuyo aporte es muy difícil plantear un tratamiento en hospitalización. A este personal los psiquiatras y los psicólogos deben formarlo, asesorarlo y supervisarlo a través de programas de formación continua.

Indicaciones de la hospitalización

A) Complicaciones físicas

La cuestión primordial está en decidir cuál es el marco hospitalario adecuado: las áreas médicas o las psiquiátricas. En principio debemos considerar que si la complicación es severa: infecciones severas, graves desequilibrios metabólicos, importantes y crónicas alteraciones cardiovasculares o patología mayor abdominal, los cuidados deben ser dispensados en las áreas médicas, en ocasiones quirúrgicas y desgraciadamente en algunos casos por los servicios de medicina intensiva.

Con pérdidas de peso superiores al 15% con complicaciones médicas no graves tales como: anemias ferropénicas, hipoproteinemias, alteraciones electrolíticas agudas y reversibles o alteraciones funcionales del aparato digestivo, está mejor indicado el ingreso en unidades psiquiátricas.

B) Pérdida de peso

La pérdida de peso severa, más del 25 al 30% del que les corresponde por edad y talla, es motivo suficiente y justificado para la hospitalización. Generalmente en estos casos la hospitalización precoz, y un tratamiento intensivo mejora el pronóstico al abortar el proceso de elaboración de las cogniciones alteradas con relación al peso, figura y la alimentación. En estas ocasiones el programa ambulatorio, más lento, puede dar lugar a la estructuración de más patología.

IMC: Índice de Masa Corporal

Altura (mts)	Peso en Kg																			www.klip7.cl	
	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	102	105
1.50	20	21	23	24	25	27	28	29	31	32	33	35	36	37	39	40	41	43	44	45	47
1.53	19	21	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	44	45
1.56	18	20	21	22	23	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37	38	39	41	42	43
1.59	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	42
1.62	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40
1.65	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	39
1.68	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1.71	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1.74	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1.77	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1.80	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32
1.83	13	14	15	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31
1.86	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30
1.89	13	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29
1.92	12	13	14	15	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	28
1.95	12	13	13	14	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	28
1.98	11	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27

El Índice de Masa Corporal (I.M.C.) es una manera sencilla y universalmente acordada para determinar si una persona tiene un peso adecuado.

$$\text{I.M.C.} = \text{PESO} / (\text{ESTATURA})^2$$

Divida su peso en kilogramos entre su estatura en metros elevada al cuadrado

Ejemplo: si su peso es de 100 Kg. y su estatura 1.8 mt. el I.M.C será:

$$\text{I.M.C.} = 100 / (1.8)^2 = 100 / 3.24 = 30.86$$

Clasificación	I.M.C. (Kg/m ²)	Riesgo
Deficiencia Nutricional Tercer grado(d3)	<16	Muy severo
Deficiencia Nutricional Segundo Grado (d2)	16- 17	severo
Deficiencia Nutricional Primer Grado (d1)	17 - 18.5	Moderado
Bajo Peso	18.5 - 20	Aumentado
Peso Normal	20 - 25	Promedio

INDICE DE MASA CORPORAL VARONES	INDICE DE MASA CORPORAL MUJERES	INTERPRETACION DEL INDICE DE MASA CORPORAL
MENOR 20	MENOR 20	BAJO PESO
20-24.9	20-23.9	NORMAL
25-29.9	24-28.9	OBESIDAD LEVE
30-40	29-37	OBESIDAD SEVERA
MAYOR 40	MAYOR 37	OBESIDAD MUY SEVERA

C) Complicaciones psíquicas

Cuando la ansiedad ante el alimento, se encuentre como estímulo fóbico, el paciente puede quedar bloqueado, si el tratamiento ambulatorio y la ayuda familiar se muestran incapaces de resolver esta situación, se puede considerar la oportunidad de ingresar a la paciente a la hospitalización. Igual determinación se puede tomar cuando el paciente presente una depresión severa o más aún si presenta ideas de suicidio. La desadaptación social, las dificultades para comunicarse con otras personas, su familia, amigos o terapeuta, pueden crear una situación de fracaso ante el tratamiento ambulatorio.

D) Crisis de las relaciones familiares

Los trastornos de la alimentación y la Anorexia Nerviosa en particular, provocan un deterioro progresivo de las relaciones familiares, no sólo la establecida entre la paciente y sus padres o la paciente y su cónyuge, también se alteran las relaciones entre los diferentes miembros de la familia con el paciente, y entre ellos mismos; los padres se culpabilizan entre sí, hay rivalidades entre los hermanos que incluso les hacen abandonar el hogar paterno prematuramente, los esposos delegan el cuidado y responsabilidad en las madres de los pacientes y todos se ven impotentes ante el conflicto.

E) Mala respuesta al tratamiento ambulatorio

Si el paciente ha fracasado en el tratamiento ambulatorio, por razones de la propia patología: aparición de complicaciones médicas, insuficiente o lento

incremento de peso, aparición de psicopatología depresiva con riesgo autolítico e intensas y persistentes alteraciones cognitivas. Por una mala adhesión al tratamiento ambulatorio: pacientes que no se adaptan a los programas terapéuticos preestablecidos. Por una insuficiente colaboración del medio familiar.

F) Tratamiento en Hospitales de Día

Una propuesta intermedia entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización está en la utilización de hospitales de día, que en los casos menos graves pueden sustituir a la hospitalización completa. Las ventajas de los hospitales de día está en la reducción de tasa de ingresos hospitalarios, la no separación de los pacientes de su ambiente habitual y ser marco adecuado de actividades que ni el medio ambulatorio ni el hospitalario facilitan: tareas de información, sensibilización de la población y programas de prevención; cursos de formación de personal, atención más permanente, grupos sociales y familiares y programas de tratamiento más intensivos a un mayor número de pacientes.

En un programa de hospital de día el tratamiento se basa esencialmente en la terapia grupal, la mayor parte de las actividades son en grupo. Estos grupos se dedican unos esencialmente al tratamiento de la alimentación alterada: grupos de educación alimentaria, nutrición y cocina, monitorización de comidas y autocontrol. Otros grupos están orientados hacia el control del peso, evaluación, valoración de la figura y reestructuración de las cogniciones erróneas. Una tercera línea de terapia grupal esta dedicada al tratamiento de las relaciones personales y familiares, la asertividad, la expresión y el control del ejercicio.

Criterios de Hospitalización

- Pérdidas de peso de un 25 a 30%, del que corresponde en aquel momento por edad y estatura.

- Trastornos psiquiátricos graves: ansiedad, depresión y riesgo de suicidio.
- Grave conflicto familiar generado por el trastorno alimentario.
- Fracaso confirmado y reiterado del tratamiento ambulatorio o del hospital de día.
- Signos de deshidratación moderada o severa: lengua seca, mucosas secas, hipotensión, taquicardia, tendencia al sueño, episodios recurrentes de lipotimia (desmayos) en los últimos días, oliguria (escasa omisión de orina en las últimas 24 horas) incluso anuria (falta completa de emisión de orina).
- Intentos de suicidio.
- Signos de insuficiencia cardíaca: arritmias.
- Deposiciones Melénicas: (heces negras, tipo alquitrán, por presencia de sangre digerida, se orienta al diagnóstico de una úlcera gástrica o duodenal sangrante).
- Signos y Síntomas de Anemia Severa.
- Convulsiones.

3.1.6 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para la Bulimia, hasta el año de 1980, pocos estudios adecuadamente controlados daban respuestas acerca de la efectividad del tratamiento farmacológico. Algunas investigaciones demuestran que los antidepresivos tienen un papel muy importante en este tratamiento. Por otra parte, debido a la efectividad terapéutica de las drogas antidepresivas demostrada en un alto porcentaje de casos, su uso no debe limitarse a los pacientes con síntomas depresivos.

“Los efectos beneficiosos se refieren a una disminución en la frecuencia de los atracones, a la mejoría de los síntomas depresivos, de la ansiedad, y de la

obsesión por la comida.”⁴⁹ La mayoría de los bulímicos/as son reacios a tomar medicamentos, pues temen crear un nuevo hábito, para este tipo de casos es necesario hablar con el paciente y explicarle los efectos de los medicamentos, indicando que no son tranquilizantes ni estimulantes, y que no existe posibilidad de adicción. Se debe tener presente que el tratamiento farmacológico deberá ser prolongado y sostenido para que pueda mostrar efectos beneficiosos.

Se puede señalar que una condición para iniciar un tratamiento es saber que la mayoría de los ensayos llevarán un mínimo de tres semanas para mostrar efectos positivos, si éstos no se obtienen con la primera elección, habrá que pasar a la segunda y así sucesivamente, en la búsqueda de los cambios deseados. Se considera que, cuando no hay una respuesta a una droga, pueda haberla a la siguiente.

- 1) **Fluoxetin:** esta medicación se deberá tomar 60mg diarios en el curso de la primera semana, administrada en una sola dosis diaria, sus efectos se notarán dentro de las tres primeras semanas de tratamiento, y sus efectos secundarios son mínimos (molestias gastrointestinales en la primera semana, excepcionalmente sedación o excitación que desaparece con la reducción de la dosis).

- 2) En el caso que el paciente no tolera el fluoxetin, se intenta con trazodona, alcanzando dosis de 200 a 600 mg a la hora de acostarse.

- 3) Los antidepresivos tricíclicos, de los cuales la desipramina y la nortriptilina, serían los que menos efectos colaterales producen.

Algunos autores los han empleado con entusiasmo en el afán de modificar las alteraciones biológicas estudiadas, pero no se recomienda su uso en forma aislada, sino como complemento de una tratamiento integral.

⁴⁹ Rausch Heiscoviv, Cecile. Bay Luisa. ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. Editorial Paidós. Mexico, 1997. pg 170

“Se ha comprobado que su eficacia es fundamentalmente a corto plazo, los síntomas vuelven a aparecer con el paso del tiempo, esto parece estar relacionado con el hecho de que los pacientes sigan realizando dietas restrictivas, que como sabemos constituyen uno de los factores más importantes para propiciar el atracón”⁵⁰. A pesar de esto, existen muchos casos en los que es necesario el uso de medicación tanto para controlar los atracones y vómitos, como otros problemas que se presentan: un nivel excesivamente alto de ansiedad, depresión grave, ideas suicidas, etc. Pero como se dijo anteriormente siempre es recomendable compaginar el uso de medicación con técnicas psicológicas.

El tratamiento farmacológico en la Anorexia Nerviosa está indicado como ayuda de las técnicas de modificación de conducta y como tratamiento de la psicopatología asociada, especialmente la depresión.

Con una acción más específica sobre el apetito se utiliza la ciproheptadina, un antihistamínico orexígeno especialmente indicado en la Anorexia restrictiva y mucho menos en la purgativa.

De más amplia difusión han sido los antidepresivos, tanto la amitriptilina como la clomipramina se han mostrado efectivas en la Anorexia Nerviosa especialmente cuando se ha constatado la existencia de depresión asociada. Los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos son los inconvenientes más importantes excepto la ganancia de peso que conlleva su utilización.

Los modernos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se han utilizado en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa.

Los fármacos que se utilizan en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa, fundamentalmente para promover la ganancia de peso, para tratar la depresión u otros síntomas psiquiátricos asociados, para el tratamiento de las

⁵⁰ Gómez M^a de los Ángeles. Ramón José. QUÉ ES LA BULIMIA, UN PROBLEMA CON SOLUCIÓN. Editorial Pirámide. Madrid 2003. pg 54

complicaciones médicas, así como para la prevención de recaídas. Los medicamentos que se pueden utilizar son los siguientes:

1) *Fármacos antidepresivos:* en parte, debido a la alta frecuencia con que se observan los síntomas depresivos y obsesivos en pacientes anoréxicos, los antidepresivos, bien administrados solos o en combinación con alguna psicoterapia son los fármacos más utilizados en esta enfermedad. La clomipramina o los inhibidores de la recaptación de serotonina como la fluoxetina, la fluvoxamina, la paroxetina, la setralina o el citalopram son los que han mostrado un mejor resultado, si bien hay que esperar a que se haya logrado cierta ganancia de peso antes de observar sus efectos.

2) *Estimulantes del apetito:* los estudios de investigación que han evaluado la eficacia de fármacos como la ciproheptadina, clonidina, naloxona u otros fármacos estimulantes del apetito, no han mostrado ninguna ventaja de estos medicamentos en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa.

3) *Otros fármacos:* la risperidona, la olanzapina, el litio, o los ansiolíticos pueden ser útiles en determinados subgrupos de pacientes.

En algunos casos, los fármacos pueden ser útiles, fundamentalmente al inicio del tratamiento, y siempre con la expectativa de que es algo que hay que suprimir en un plazo lo más breve posible. Pero una de las desventajas es, si la persona no puede modificar su comportamiento ya que corre el riesgo de que el fármaco se vuelva indispensable para su problema.

El empleo de fármacos para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa tiene pocos efectos beneficiosos, por lo que prácticamente se ha reducido su uso. Lo que se intenta lograr con la medicación es el aumento del peso, corregir la acción de los neurotransmisores involucrados en el desorden y modificar la ansiedad o depresión de los pacientes. Se han utilizado neurolépticos en casos donde predomina la ansiedad y antidepresivos. Sin embargo muchos autores coinciden en que la depresión en la Anorexia Nerviosa aparece como

consecuencia de la desnutrición, y que por lo tanto es aconsejable lograr una recuperación del peso antes de medicar.

Se cree que a corto plazo los tricíclicos son efectivos para la reducción de atracones y vómitos, pero no a largo plazo. Además producen varios efectos secundarios como la sedación, el aumento de peso, por lo que suelen ser una causa principal de abandono de este tratamiento.

Pero por otro lado también los IRSS (inhibidores de la recaptación de serotonina) han obtenido muy buenos resultados, de hecho son los más eficaces por producir pocos efectos secundarios, poco aumento de peso y aumento del apetito. Otra grave consecuencia de la opción farmacológica es la eliminación de la responsabilidad del ser humano ante los problema de su enfermedad, situando sus causas en el cerebro en lugar de en la interacción con el entorno psico social, sin olvidar la comodidad de “tomar una pastilla” como la solución.

La farmacoterapia puede ser muy ventajosa y con gran utilidad ya que en algunos puede ser aplicada tanto a pacientes hospitalizadas como ambulatorias. Se recomiendan los *antianoréxicos*, sustancias que incrementan el apetito, para los casos de inanición graves y sin control. La clorpromacina (Neuroléptico), es recetada por su efecto sedante que pretende reducir la hiperactividad y facilitar el reposo en cama de las pacientes, aunque existen muchas desventajas de este medicamento que limitan su aplicación en la Anorexia. Es innumerable la cantidad de fármacos que se han utilizado en los tratamientos psiquiátricos contra la Anorexia y la Bulimia. Ningún psicofármaco existente hasta el presente tiene eficacia ante el temor a ganar peso ni ante el trastorno del esquema corporal: no hay un fármaco que cambie la manera como el paciente se ve a sí mismo o reestructure la voluntad de no comer por la de sí comer. Pero muchas investigaciones nuevas sobre Anorexia y Bulimia muestran resultados exitosos con inhibidores, con antidepresivos en general y sobre todo con inhibidores selectivos -medicamentos que reprimen el funcionamiento de ciertos neurotransmisores y exaltan la producción de otros.

La fluoxetina, un inhibidor de la captación de la serotonina, puede tener ventajas sobre los demás antidepresivos, y algunos artículos sugieren que es beneficioso también en la Anorexia.

La administración de drogas a los pacientes con Anorexia o Bulimia es un punto que presenta opiniones encontradas. Los médicos que prefieren ser cautelosos recomiendan suministrar fármacos cuando la persona anoréxica ha subido hasta un peso aceptable y ha empezado con éxito la psicoterapia.

3.1.7 TERAPIA PSICO EDUCACIONAL

La psicoeducación consiste en otorgar al paciente y a los familiares información detallada acerca del trastorno, abarcando todos los ángulos, desde lo meramente orgánico hasta lo psíquico. Hay instituciones que cuentan con un consejero espiritual en el equipo.

Al hablar de Bulimia en la terapia psico educativa, no se debe por ningún motivo pensar que es un sustituto de la psicoterapia, ni que se puede aislar la importancia de los factores psicológicos como mediadores de trastornos de la alimentación. Se sostiene que el tratamiento de la Bulimia debe enfatizar la interdependencia entre los aspectos mentales y biológicos. Para que este tratamiento tenga los resultados esperados se hace una revisión exhaustiva y clara para que tanto los pacientes como los profesionales puedan utilizarlos para guiar los tratamientos. Los temas enfocados en este tipo de tratamiento se puntualizarán a continuación:

- En las últimas décadas las mujeres han sido víctimas de una presión cultural implacable que las ha llevado a valorar en extremo la figura delgada acudiendo a dietas a fin de lograr un ideal de delgadez. En base

a esta idea, los profesionales lo describen y denuncian el contexto cultural como generador de una presión destructiva en este sentido.

- Hacer dieta es un método relativamente ineficaz para controlar el peso, porque generalmente va en contra de sus determinantes biológicos. Los motivadores ilustran este tema describiendo ampliamente las secuelas de la enfermedad.
- Es posible que la Bulimia esta relacionada a la restricción alimentaria crónica, creando, junto al vómito, un ciclo vicioso interminable, puesto que permite comer sin temor a las consecuencias calóricas. Este tema los profesionales lo suelen explicar de tal manera que los pacientes logren conscientizar lo ineficaz que resulta vomitar y usar laxantes y diuréticos como métodos para controlar el peso.
- Permitir que el organismo gradualmente vuelva al peso natural trae una reducción gradual de los síntomas. Se pueden dar sugerencias acerca de cómo determinar el peso apropiado, y recomendaciones para impedir futuros atracones y vómitos.

Se debe denotar, que el fin de este tipo de tratamiento es que el paciente logre comprender los factores biológicos y culturales que contribuyen a los patrones alimentarios alterados. Tiene como objetivo cuestionar la idea de que, es posible recuperarse al mismo tiempo que se esta haciendo dieta y vomitando esporádicamente.

Para el caso de una paciente con Anorexia, este tratamiento psico educacional, consiste explicar a los pacientes por qué no es posible la recuperación mientras se continué con el círculo vicioso, “dieta – atracón – dieta” o “dieta – purga-dieta”. Se cuestiona el modelo estético actual, socialmente impuesto y propagado por los medios masivos de comunicación: la presión cultural empuja para que las mujeres estén muy por debajo del peso natural y esto conlleva, inevitablemente, a la pérdida de salud.

Se transmite a los pacientes y familiares el concepto de “set – point”; es decir, que el organismo, mediante complejos mecanismos metabólicos, tiende siempre a volver a un peso estable que es el que le corresponde.

Las dietas estrictas mediante un tiempo prolongado terminan provocando la adaptación del organismo a la ingesta reducida: se hace hincapié a la importancia de una dieta equilibrada, con un mínimo de cuatro comidas diarias.

Se analizan los efectos indeseables de los laxantes, diuréticos, productos anorexígenos y edulcorantes. Junto con el médico nutricionista se establece cual es el peso apropiado para cada paciente.

Se resalta el hecho de que la recuperación requiere de tiempo y mucha paciencia: se habla de "meses". En la medida en que se normaliza la conducta alimentaria y el cuerpo retorna a su peso natural, se van despejando las angustias y temores que estaban encubiertos bajo la obsesión por la figura: el paciente va aprendiendo a no seguir "tapando" agujeros con esta particular forma de adicción.

Se realiza en grupos de 8-10 personas. Los temas que se tratan en las sesiones son ideales de belleza en influencia sociocultural. Existen ideas sobrevaloradas erróneas como: "delgadez= felicidad, salud" o como: "la delgadez rejuvenece". Consecuencias negativas del uso de conductas de purga. Producen problemas gastrointestinales, lesiones en el esófago, erosión del esmalte dental, deshidratación, etc. Importancia de la normalización de la ingesta como primer mecanismo para detener el círculo vicioso de atracones-vómitos.

CAPITULO IV

INVESTIGACIÓN REALIZADA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la investigación se utilizó a todos los centros donde se conoce se atiende Anorexia y Bulimia en la ciudad de Quito; la muestra fue tomada de los siguientes centros donde se obtuvieron una o dos muestras de casos en cada una de estas instituciones:

- Hospital Metropolitano.
- Clínica Guadalupe.
- The Center.
- Self Health.
- Psiquiátrico San Lázaro.
- Psiquiátrico San Juan de Dios.
- Clínica Pasteur.
- Clínica Pichincha.

Fue difícil encontrar una apertura en la institución de The Center, pues no se pudo aplicar la encuesta y conocer sus métodos en tratamientos de Anorexia y Bulimia pero se conoce que es una institución que cuenta con varios terapeutas especializados para el tratamiento de estos trastornos.

La institución de Self Health, a pesar de que los teléfonos y el lugar donde funcionaba sigue siendo el mismo, se obtuvo la información de que el centro cerró hace un año y que las terapeutas que lo atendían ahora se encuentran trabajando en la Clínica Pichincha.

En el caso de la Clínica Pasteur atienden casos de Anorexia y Bulimia únicamente si necesitan de internación y son casos extremos ya que los especialistas solo acuden a la institución si uno de estos casos se presentara.

La Clínica Pichincha y el Hospital Metropolitano atienden estos casos si las pacientes acuden a uno de sus múltiples consultorios donde se puede encontrar una amplia gama de especialistas que atienden a las pacientes de manera individual sin integrar sus terapias entre sí.

La Clínica Guadalupe, Psiquiátrico San Lázaro y el Psiquiátrico San Juan de Dios son instituciones que se encuentran preparadas para atender dichos casos de Anorexia y Bulimia sin embargo, tampoco presentan mayor integración en las terapias de un terapeuta con otro al momento de tratar un caso específico.

Ninguno de los centros de Rehabilitación en casos de Anorexia y Bulimia de la ciudad de Quito cuentan con programas de prevención para este tipo de trastornos solo se obtuvo una respuesta positiva en el caso de la Clínica Pichincha sin embargo el plan de prevención es aplicado por la terapeuta en particular mas no por la institución.

La metodología utilizada en el presente trabajo fue una investigación Bibliográfica- Documentada que permitió la elaboración del Marco Teórico y como complemento, se hizo una investigación de campo, donde se elaboró una guía de entrevistas que fueron aplicadas a los profesionales como médicos, psicólogos, psiquiatras y nutricionistas de los centros mencionados anteriormente.

Las encuestas fueron aplicadas bajo dos parámetros, la primera, fue un dialogo directo con el profesional, donde se tenía una visión más directa de su trabajo y la aplicación que éste utilizaba para el tratamiento con sus pacientes, y la segunda consistía, en el caso que no hubiera un acercamiento con el profesional, en dejar la encuesta, y después se la recogía para su estudio inmediato.

La población de la muestra estuvo compuesta por: 1 Médico, 1 Psiquiatra, 2 Nutricionistas y 4 Psicólogos Clínicos de 6 Instituciones de la Ciudad de Quito.

4.1 Resultados Cualitativos y Cuantitativos de los Tratamientos

Resultados

Entre los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos en la encuesta realizada a los profesionales de las diferentes instituciones de la ciudad de Quito respecto a cada tratamiento se puede mencionar:

Pregunta Uno: ¿Qué tipo de terapias se utilizan en la institución para el tratamiento de Bulimia/Anorexia?

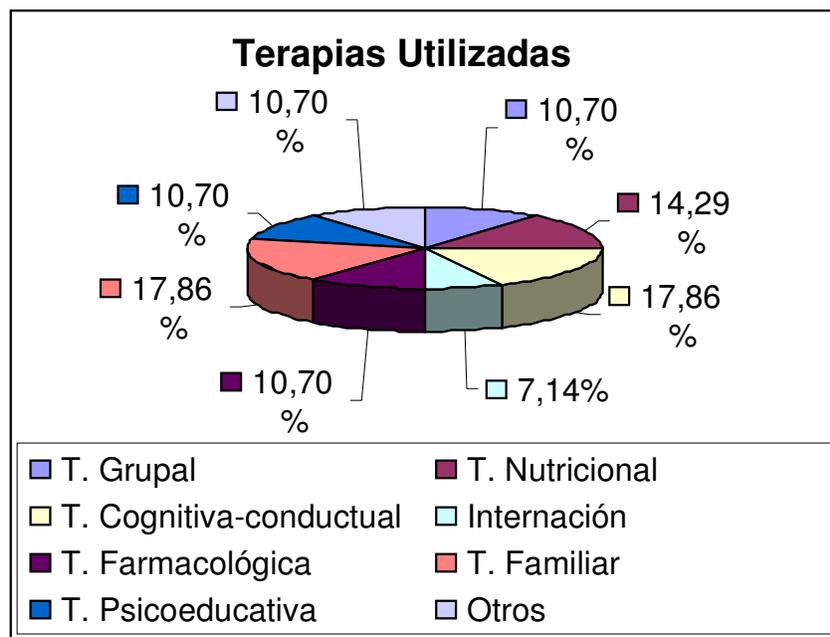
Los tratamientos más utilizados por las instituciones de acuerdo a las respuestas de las encuestas aplicadas a profesionales de los centros de la ciudad de Quito son:

TRATAMIENTOS UTILIZADOS POR LOS DISTINTOS CENTROS DE LA CIUDAD DE QUITO.

INSTITUCION	T. Grupal	Nutricional	T. Cognitiva-Conductual	Internación	T. Familiar	T. Farmacológica	T. Psicoeducativa	Otros
Hospital Metropolitano	X	X	X	X	X	X	X	
Clínica Guadalupe		X	X	X	X	X	X	
Psiquiátrico San Lázaro			X		X	X		Auto Afirma-ción del yo
Psiquiátrico San Juan de Dios	X				X		X	

Clínica Pasteur		X			X			
Clínica Pichincha	X	X	X					Arteterapia
The Center								
Self Health								

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.



La terapia grupal es una de las terapias con mayor aceptación dentro de las Instituciones de la ciudad de Quito ya que se la considera una de las terapias más completas para trabajar en casos de Anorexia y Bulimia porque permite una mayor integración con otros pacientes y permite visualizar su problema desde otros puntos de vista. Además el grupo brinda apoyo al paciente y permite que éste se identifique con sus compañeros observando los problemas que se pueden presentar en la terapia así como también cada uno de los avances que presenten los integrantes del grupo de autoayuda.

La internación es uno de los tratamientos con menor acogida por parte de los centros de la ciudad de Quito, sin embargo, no es algo que se descarte

totalmente ya que se la considera efectiva en aquellos casos de grave peligro para la vida del paciente.

La terapia Psicoeducacional no es una terapia muy aplicada por los centros de la ciudad de Quito sin embargo se considera que esta terapia posee muchas ventajas permitiendo tratar a los pacientes de manera directa, sin embargo, no es una terapia mayormente utilizada en los casos de Anorexia y Bulimia pese a sus ventajas.

Otra de las terapias con mayor acogida en los centros de rehabilitación de la ciudad de Quito es la terapia Cognitiva- Conductual, pues se la considera como una de las terapias más completas en el tratamiento de pacientes con Anorexia y Bulimia porque es justamente su conducta y sus pensamientos los que deben ser modificados y reeducados en primer orden.

Muchos centros consideran que es importante no solo tener una terapia individual con los/as pacientes de Anorexia y Bulimia sino que también se requiere trabajar con las familias ya que es en el núcleo familiar en donde surge el trastorno.

De las respuestas dadas en cada una de las encuestas también podemos mencionar las siguientes ventajas de cada tratamiento:

Tratamiento Familiar:

1. Informar a los miembros de la familia sobre causas y consecuencias de la enfermedad.
2. La familia debe servir de apoyo y soporte durante el proceso de esta alteración alimenticia.
3. Permite trabajar con el sistema familiar.

Tratamiento Cognitivo- conductual:

1. Se centra en el problema. En el caso del trastorno alimenticio se necesita modificar conducta y pensamiento.

Tratamiento Nutricional:

1. Concienciar sobre peligros de estas enfermedades evitando dietas rigurosas para bajar de peso.
2. Reeducar a los pacientes ayudando a descubrir sus necesidades y viendo donde están las fallas del metabolismo.
3. Trabajar con los pacientes para ayudar a entender sus hábitos alimenticios y necesidades psicológicas.

Tratamiento Grupal:

1. Permite una recuperación en lo que se refiere a todos los aspectos de la vida del paciente.
2. Ayuda a entender y conocer experiencias o conocimientos compartidos.
3. Informar- interactuar.
4. Tratamiento completo.

Tratamiento Psicoeducativo:

1. Permite tratar al paciente en forma directa.

Utilización de varias terapias:

1. Tienen la ventaja de un abordaje en conjunto tendiente a mejorar a los pacientes en todas sus áreas.

Como se puede observar, existen muchas ventajas de cada una de los tratamientos aplicados en la recuperación de Anorexia y Bulimia. Todos los métodos presentan limitaciones, que se los puede complementar con otros tratamientos, ninguna terapia posee las herramientas suficientes para una recuperación óptima sin requerir la ayuda de otras ramas.

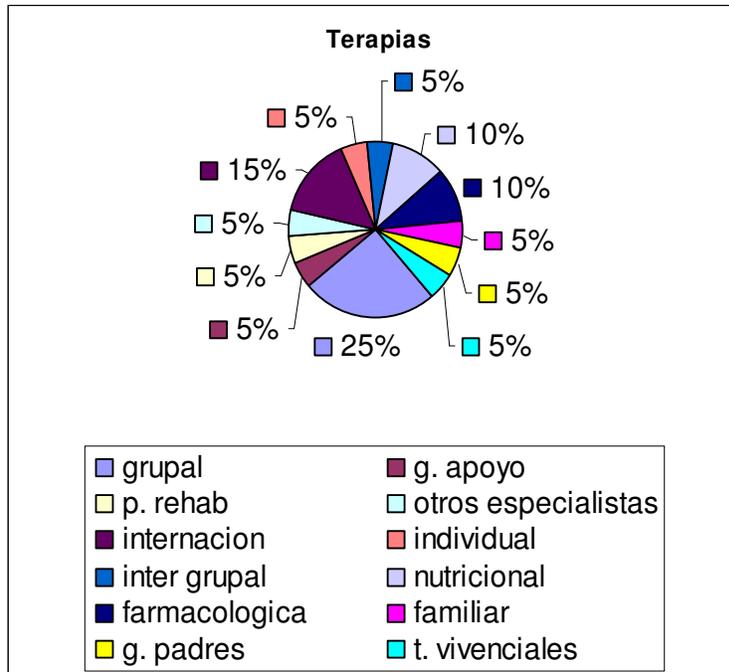
Pregunta dos: ¿A parte del tratamiento que es aplicado por la institución que otros tratamientos considera efectivos para tratar Anorexia y Bulimia?

Otros tratamientos considerados efectivos de acuerdo a las respuestas de las encuestas aplicadas a profesionales de los centros de la ciudad de Quito son:

OTROS TRATAMIENTOS EFECTIVOS

Otras Terapias	Frecuencia	Porcentaje
T. Grupales	5	25%
Grupos de Apoyo	1	5%
Terapia psicorehabilitadora	1	5%
Remitir a otros especialistas	1	5%
Internación	3	15%
Internación Grupal	1	5%
Terapia Nutricional	2	10%
Terapia Farmacológica	2	10%
Terapia Familiar	1	5%
Grupo para Padres	1	5%
Terapias Vivenciales	1	5%
Terapia Individual	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.



Como se puede observar, también son aplicadas otros tipos de terapia para el tratamiento de Anorexia y Bulimia, lo cual es muy beneficioso porque se lleva a tratar nuevas alternativas para su cura, no obstante se debe tener en cuenta que no son tratamientos de prueba, sino son ya teorías comprobadas.

Es necesario resaltar que Instituciones que no utilizan primordialmente terapias como las grupales, internación, nutricional y farmacológica, los consideran como tratamientos también efectivos para la recuperación de Anorexia y Bulimia. Se puede decir que estas instituciones por un lado no cuentan con profesionales especializados en cada uno de estos tratamientos y por otra parte es la opinión de cada profesional resaltar las ventajas y los beneficios de las otras terapias brindadas por la misma institución.

Pregunta Tres: ¿Cuáles son los síntomas más comunes que aparecen en la Anorexia/Bulimia?

Los síntomas más comunes en trastornos alimenticios como la Anorexia y Bulimia de acuerdo a las respuestas de las encuestas aplicadas a profesionales de los centros de la ciudad de Quito son:

SINTOMAS MÁS COMUNES EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

SINTOMA	ANOREXIA		BULIMIA	
	Número	porcentaje	Número	porcentaje
Pérdida de peso	8	16%	4	10%
Ausencia de menstruación	7	14%	0	0%
Anemia	5	10%	3	7.5%
Alteración dentaria	3	6%	2	5%
Dolor muscular	5	10%	4	10%
Aislamiento social	7	14%	7	17.5%
Baja autoestima	7	14%	6	15%
Presencia de atracones	2	4%	7	17.5%
Ansiedad	2	4%	2	5%
Llanto fácil	1	2%	1	2.5%
Desequilibrio Hidroelectrolítico	1	2%	1	2.5%
Otras formas de saca alimento (uso de laxantes)	1	2%	2	5%
Ideas obsesivas	1	2%	1	2.5%
TOTAL	50	100%	40	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Tanto los síntomas mostrados en Anorexia y Bulimia guardan mucha relación entre ellos presentándose solo ciertas diferencias entre unos y otros, radicando primordialmente en que muchos de los síntomas se pueden observar con mayor frecuencia en uno de los trastornos que en el otro.

Así se puede observar que en el caso de la Anorexia, el síntoma con mayor porcentaje es la pérdida de peso, ya que este se podría decir, es el síntoma más evidente en el caso de un paciente con Anorexia. Según la opinión de los profesionales de las instituciones otros síntomas con altos porcentajes en la Anorexia son la ausencia de menstruación, baja autoestima y el aislamiento social con igual porcentaje cada uno, esto se debe a que los pacientes con Anorexia presentan un seguimiento de dietas rigurosas lo que ocasiona la pérdida de peso y con esto varias alteraciones en el organismo como es el caso de la pérdida de menstruación.

La baja autoestima que presenta un paciente con Anorexia ocasiona que él/ella no se sienta a gusto consigo mismo/a y por lo tanto busque varias formas de integrarse a una sociedad que puede estigmatizarlo por no ser igual a los parámetros de belleza establecidos por la misma, lo que provoca que se produzca un aislamiento social y el paciente no se sienta bien cuando se encuentra rodeada/o de otras personas.

Podemos recalcar que también existen otros síntomas con menor porcentaje en lo que a Anorexia se refiere, como por ejemplo: anemia, dolores musculares, alteraciones dentarias, presencia de atracones, ansiedad, llanto fácil, desequilibrio hidroelectrolítico, ideas obsesivas, y uso de laxantes, todas estas tienen un porcentaje menor, pero no menos importante como síntomas relevantes en este trastorno alimenticio.

En cuanto a la Bulimia se puede observar que los resultados proyectan un mayor porcentaje justamente en lo que se refiere a aislamiento social y a la presencia de atracones seguidos por una baja autoestima, esto puede ocurrir porque los pacientes que sufren este trastorno se encuentran preocupados en forma constante por pensamientos referentes a la comida y la sensación de haber traicionado su anhelo de una figura ideal, por lo que los atracones normalmente se los realiza de manera secreta provocando un alto nivel de

ansiedad. Los pacientes con Bulimia perciben a los atracones como repugnantes y ajenos pero se sienten incapaces de controlarlos lo que ocasiona que surjan sentimientos de culpabilidad y por lo tanto no se sientan “dignos” de pertenecer a un grupo o presentarse en sociedad (baja autoestima) desencadenando en el aislamiento social.

Un porcentaje no tan elevado como síntomas de la Bulimia es: la pérdida de peso, la ausencia de menstruación, la anemia, la alteración dentaria, el dolor muscular, la ansiedad, el llanto fácil, el desequilibrio hidroelectrolítico, la ideas obsesivas y el uso de laxantes. Estos síntomas poseen menor porcentaje, ya que en la Bulimia, no se percibe ni se presenta tanta baja de peso como en la Anorexia, y por esto no se pierde ni la menstruación ni una cantidad representativa de glóbulos blancos.

Pregunta Cuatro: ¿Cuáles son los trastornos asociados que pueden acompañar a la Anorexia/Bulimia?

Entre los trastornos asociados a la Anorexia y Bulimia de acuerdo a las respuestas de las encuestas aplicadas a profesionales de los centros de la ciudad de Quito son:

TRASTORNOS ASOCIADOS A LA ANOREXIA Y A LA BULIMIA

TRASTORNOS	ANOREXIA		BULIMIA	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Depresión	8	21.62%	6	14.63%
Ansiedad	7	18.92%	8	19.51%
Fobias	3	8.11%	5	12.20%
Distimia	5	13.51%	5	12.20%
Abuso de Substancia	4	10.81%	6	14.63%
Conducta Obsesiva compulsiva	7	18.92%	8	19.51%

T. de Personalidad	2	5.41%	2	4.88%
T. de ansiedad generalizada	1	2.70%	1	2.44%
TOTAL	37	100%	41	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Se puede mencionar que existe un mayor porcentaje de depresión en la Anorexia seguida por trastornos de ansiedad y conductas obsesivas compulsivas, datos que son opuestos a la Bulimia, donde se prioriza la presencia de trastornos de ansiedad y obsesivo compulsivo seguidos por la depresión, por lo que podemos acotar que estos tres tipos de trastornos son los que tienen mayor índice tanto en la Anorexia como en la Bulimia.

En el caso de la Anorexia se puede decir que la depresión puede mostrar una mayor alteración en la actitud del paciente hacia la comida, pues, se sienten tristes y rechazados ya que tienen la idea de conseguir una figura más delgada, pero al percibirse a sí mismos con un cuerpo más grande y menos atractivo genera que se sientan aún más deprimidos.

En lo que se refiere a los trastornos obsesivos y de ansiedad dentro de la Anorexia, el primero es generado porque los pacientes con este trastorno presentan una cierta tendencia a vivir según modelos rígidos por su búsqueda de aceptación, es decir, buscan ser siempre perfectos y normalmente piensan que lo pueden conseguir siguiendo los parámetros exigidos por la sociedad y es justamente esta necesidad de ser aceptados por su comportamiento y por su imagen corporal lo que genera un mayor nivel de ansiedad al sentir que no pueden conseguir dicha perfección.

Otros trastornos asociados relacionados con la Anorexia, con menos porcentaje, pero igualmente importantes para ser tomados en cuenta como relación a este trastorno alimenticio son: distimia (13.51%), el abuso de sustancias (10.81%), las fobias (8.11%), el trastorno de personalidad (5.41%) y el trastorno de ansiedad generalizada (2.70%), estos trastornos presentan

menos porcentaje porque no son síntomas tan evidentes ni tan visibles para los terapeutas.

En el caso de la Bulimia, existe un mayor índice de ansiedad ya que estos pacientes tienen gran dificultad para esperar, se encuentran demasiado ansiosos para esperar y ver si la comida que ingirieron aumentará su peso por lo cual, recurren al vómito o a cualquier forma de sacar el alimento generando sentimientos de culpabilidad y una depresión como consecuencia de dichos sentimientos. En la Bulimia se presenta también abuso de sustancias, como laxantes o diuréticos con la idea de que éstos, ayuden acelerar la salida del alimento ingerido.

Tenemos también la presencia de distimia y fobias con igual porcentaje, ya que los cambios de humor y el temor de ser una persona gorda se encuentra enraizada en el paciente bulimico/a.

Pregunta Cinco: ¿Describa cuáles son las causas más comunes para el desarrollo de la Anorexia/Bulimia en nuestra sociedad?

Las causas más comunes encontradas en los trastornos de Anorexia y Bulimia de acuerdo a las respuestas de las encuestas aplicadas a profesionales de los centros de la ciudad de Quito son las siguientes:

Causas Familiares

CAUSAS	NUMERO Y PORCENTAJES	
Falta de afecto	2	11.11%
Falta de comprensión	2	11.11%
Mala relación familiar	1	5.56%
Maltrato y violencia intrafamiliar	1	5.56%
Abuso por alguno de los	2	11.11%

padres		
Padres separados	4	22.22%
Padre exigentes y obsesivos	5	27.78%
Falta de comunicación	1	5.56%
TOTAL	18	100.01%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Causas Sociales

CAUSAS	NUMERO Y PORCENTAJES	
Presión del grupo de amigos	3	20%
Moda- Estereotipos	7	46.67%
Influencia del medio	1	6.67%
Falta de pertenencia a un grupo	2	13.33%
Televisión y Medio de comunicación	1	6.67%
Críticas por parte de compañeros	1	6.67%
TOTAL	15	100.01%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Causas Psicológicas

CAUSAS	NUMERO Y PORCENTAJES	
Falta de autoestima	2	12.5%
Falta de aceptación personal	2	12.5%
Tristeza-depresión	3	18.75%
Falta de desarrollo de la comunicación	1	6.25%
Mecanismos de defensa	1	6.25%
Obsesivos – Compulsivos	2	12.5%
Insatisfacción con su vida	1	6.25%
Ansiedad	1	6.25%
Fobias	1	6.25%

Consecuencia de las anteriores	1	6.25%
Blanco	1	6.25%
TOTAL	16	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Causas Individuales

CAUSAS	NUMERO Y PORCENTAJES	
Falta de autoestima	6	33.33%
Autoexigencia excesiva	1	5.56%
Búsqueda de aceptación	1	5.56%
Abuso sexual	2	11.11%
Falta de comunicación	2	11.11%
Soledad	2	11.11%
Problemas infantiles no resueltos	2	11.11%
Mala relación con padres	1	5.56%
Personalidad Frágil	1	5.56%
TOTAL	18	100.01%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Las causas en los casos de Anorexia y Bulimia son varias y similares en ambos casos dando un mayor porcentaje a problemas familiares y la presión que ejerce la sociedad en los pacientes.

Según los profesionales encuestados la causa con un mayor porcentaje para el surgimiento de Anorexia y Bulimia es la moda y los estereotipos ejercidos por la sociedad mediante todos aquellos medios visuales e impresos que imponen una imagen de delgadez y belleza ligada al éxito personal y al amor de los demás generando prejuicios por aquellas personas consideradas obesas o gordas por creerlos poco atractivos, descuidados y con insuficiente control sobre sí mismos. La ansiedad por sentirse parte de un grupo, logra que el paciente se sienta presionado por encajar en dicho grupo por los estándares de belleza establecidos por la propia sociedad.

Otra de las causas con un alto porcentaje es la baja autoestima esto es, como ya hemos mencionado anteriormente porque los pacientes con trastornos

alimenticios sienten que valen poco y desvalorizan sus destrezas o habilidades que están dispuestos a admitir, es decir, que creen que no son buenos para nada y sus pocas cualidades las consideran que no son suficientes para que los demás los quieran, desencadenando así, una tristeza profunda, lo que ocasiona una falta de desarrollo de la comunicación y con ello el surgimiento de varios mecanismos de defensa, provocando un aislamiento social de la persona anoréxica.

En la mayoría de los trastornos alimenticios podemos encontrar que las familias son capaces de generar un paciente con este tipo de problemas al proveer valores, actitudes y comportamientos dentro de esa unidad social que es la familia. Las familias idóneas para concebir pacientes con Anorexia o Bulimia son sistemas en los que sus miembros tienen mucha dificultad de expresar sus sentimientos lo que ocasiona que el paciente sienta temor de ser juzgado por hacerlo, por lo que únicamente actúan por modelos o patrones aprendidos y se manejan bajo términos muy rígidos sobre lo que es aceptable y lo que no.

Además en cuanto a la familia podemos resaltar el hecho de que cada vez son más los hogares con padres separados sea porque la pareja realmente ya no se entendía o por el fenómeno migratorio que esta afectando a muchas familias, lo que produce un entorno muchas veces apto para crear un miembro con trastorno alimenticio, por supuesto que este hecho de manera aislada no puede generar una persona con Anorexia o Bulimia pero si es un factor importante que junto con otros factores como por ejemplo la depresión, la baja autoestima o la falta de control sean suficientemente fuertes para establecer síntomas de trastornos alimenticios.

Pregunta Seis: ¿Cuál cree usted que son las principales causas para el desarrollo de Anorexia y Bulimia en la ciudad de Quito?

Entre las causas más comunes para el desarrollo de Anorexia y Bulimia de acuerdo a las respuestas de las encuestas aplicadas a profesionales de los centros de la ciudad de Quito son:

CAUSAS	NUMERO Y PORCENTAJES	
Presión Social	6	30%
Influencia Externa	1	5%
Alimentos-Vestido	1	5%
Moda-Estereotipos	3	15%
Desequilibrio en núcleo familiar	3	15%
Padres exigentes	2	10%
Abusos familiares	2	10%
Divorcio	1	5%
Vanidad	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Se puede acotar que las causas más comunes encontradas en la ciudad de Quito para el surgimiento de estos trastornos en los adolescentes según las encuestas realizadas a los profesionales que atienden a personas que padecen Anorexia o Bulimia son la moda y la presión que sienten por parte de su grupo de amigos, familiares o de la sociedad en general por encajar en un modelo de mujer u hombre perfecto que debe ser aceptado, admirado y amado por todos, por lo que podemos volver al hecho de la imagen de delgadez ligada con éxito y felicidad.

Otra de las causas con mayor porcentaje en la ciudad de Quito es el hecho de que las familias cada vez tienen menos comunicación entre sus miembros y se ejerce una mayor presión en cuanto a competencias personales para poder sobrevivir en una sociedad cada vez más agresiva y competitiva, lo que ocasiona que cada vez más miembros de la familia deban salir a trabajar impidiendo que se comparta los lazos familiares, o también este desequilibrio familiar puede deberse una vez más a la migración de muchos ecuatorianos provocando una crisis en el estándar de familia y originando que sus miembros se sientan abandonados y con miedo a no ser aceptados por la sociedad.

Pregunta Siete: ¿Describa qué factores contribuyen a mantener estos trastornos alimenticios?

Entre los factores mantenedores de trastornos alimenticios como Anorexia y Bulimia podemos mencionar los siguientes de acuerdo a las respuestas de las encuestas aplicadas a profesionales de los centros de la ciudad de Quito:

Factores de Personalidad

FACTORES	NUMERO Y PORCENTAJES	
	Obsesión	3
Perfeccionismo	3	15%
Inestabilidad	1	5%
Inmadurez Emocional	1	5%
Ansiedad	3	15%
Inseguridad	2	10%
Baja Autoestima	3	15%
Vacío-Tristeza	2	10%
Personalidad Límitrofe	1	5%
Teatralidad	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Factores Biológicos

FACTORES	NUMERO Y PORCENTAJES	
Peso bajo (malnutrición crónica)	4	28.57%
Condiciones físicas	2	14.29%
Deshidratación	2	14.29%
Hipercolesterolemia	1	7.14%
Bradycardia	1	7.14%

Desequilibrio en el organismo	3	21.43%
blanco	1	7.14%
TOTAL	14	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Factores Familiares

FACTORES	NUMERO Y PORCENTAJES	
Abuso y Maltrato	2	9.09%
Sobreprotección	3	13.64%
Falta de comunicación	2	9.09%
Carencia de afecto	3	13.64%
Hogares disfuncionales	3	13.64%
Familiares con trastornos similares	2	9.09%
Padres exigentes y perfeccionistas	2	9.09%
Divorcios	2	9.09%
Duelo	1	4.55%
Presión familiar por moda	1	4.55%
Blanco	1	4.55%
TOTAL	22	100.02%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Factores Cognitivos

FACTORES	NUMERO Y PORCENTAJES	
Falta de conocimiento de las causas	2	16.67%
Mala resolución de problemas	1	8.33%
Generalización	1	8.33%
Percepción distorsionada del cuerpo	3	25%
Miedo a engordar	1	8.33%
Ideas obsesivas sobre adelgazar	1	8.33%
Sistemas de creencias inconsistentes	1	8.33%
Blanco	2	16.67%
TOTAL	12	99.99%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

Los factores mantenedores como se puede observar, son los agentes con mayor determinación para poseer una enfermedad crónica de alimentación, y además el poseer problemas intrafamiliares agudiza con mayor fuerza el padecer dichos trastornos.

Según las encuestas realizadas a las instituciones de la ciudad de Quito se encontró un mayor porcentaje en lo que a peso bajo se refiere pues los pacientes con trastornos alimenticios tienen la idea fija de lograr la figura y peso ideal por lo que dicha idea se convierte en obsesiva, al comienzo los pacientes pueden ser capaces de percibir estos cambios lo que ocasiona que el síntoma se mantenga y es aquí donde se puede mencionar el segundo factor con mayor porcentaje que es la percepción distorsionada del cuerpo, es decir, que los pacientes con trastornos alimenticios por muy delgados que se encuentren se perciben como personas gordas o poco atractivas lo que conlleva a que la idea de querer adelgazar se mantenga.

Entre los factores mantenedores con mayor porcentaje de manifestación es necesario destacar también la sobreprotección generada por la familia hacia el/la paciente ocasionando así que la misma persona sienta que mientras se mantenga en ese estado siempre va a obtener la atención y el consentimiento de su familia creando una dependencia hacia la misma, pero a la vez reforzando los sentimientos de inutilidad y de desvalorización que siente el/la paciente con trastornos alimenticios.

Existen también hogares disfuncionales donde la falta de comunicación que existe entre sus miembros impide que ciertos valores y herramientas para resolver los problemas cotidianos de manera más óptima, sean transmitidos de un miembro a otro, y por lo tanto los pacientes con trastornos alimenticios carezcan de estos medios para resolver problemas provocándoles una mayor ansiedad y sentimientos de inutilidad.

Por último se debe destacar el hecho de que muchos profesionales piensan que un factor mantenedor en pacientes con Anorexia y Bulimia es la falta de conocimiento de las causas de la enfermedad y por lo tanto se requiere buscar

el agente determinante que ocasionó el síntoma para que el/la paciente lo conozca y sepa que pudo generar su enfermedad.

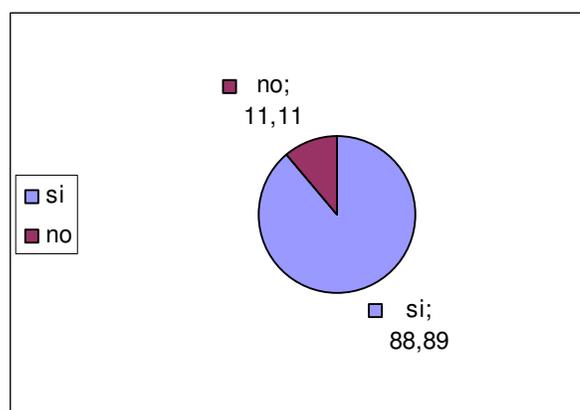
Pregunta Ocho: ¿En su opinión, considera usted que ha aumentado el número de casos de atención en Anorexia y Bulimia en la institución en los últimos 2 años?

De acuerdo con las respuestas dadas en cada una de las encuestas aplicadas a los profesionales de los centros que atienden a personas que sufren de Anorexia y Bulimia en la ciudad de Quito podemos encontrar el aumento de los casos atendidos:

SI	7	88.89%
NO	1	11.11%
TOTAL	8	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Autoras.

AUMENTO / DISMINUCION CASOS DE ANOREXIA Y BULIMIA EN LA CIUDAD DE QUITO



Se puede observar que según los especialistas de la ciudad de Quito, existe un alto crecimiento en casos de Anorexia y Bulimia dentro y fuera de la ciudad, pues cada vez son más los adolescentes ecuatorianos que presentan estos tipos de trastornos teniendo así un alto incremento en los casos por lo que

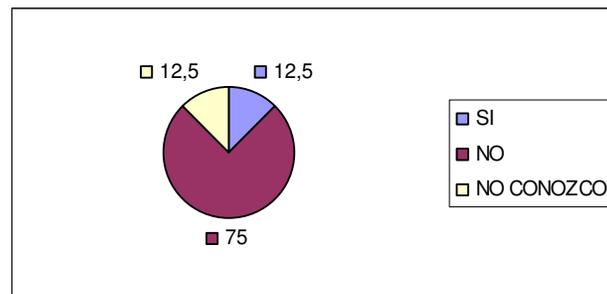
cada vez existen más instituciones preparadas para atender este tipo de situaciones.

Pregunta Nueve: ¿En esta institución existen estrategias o algunos planes de prevención para evitar dichos trastornos alimenticios. Especifique cuáles son? ¿De no existir planes de prevención podría sugerir algunos?

Se quiso conocer si las instituciones contaban con planes de prevención para la ciudad de Quito en casos de Anorexia y Bulimia, y cada una de sus sugerencias en caso de no existir dichos planes en las instituciones obteniendo las siguientes respuestas:

SI	1	12.5%
NO	6	75%
NO CONOZCO	1	12.5%

Fuente: Encuesta realizada por las autoras



PLANES DE PREVENCIÓN

Sugerencias obtenidas de los profesionales de las instituciones de la ciudad de Quito que atienden casos de anorexia y bulimia:

- Charlas grupales a estudiantes y padres de familia.

- Charlas a la comunidad en general especialmente a adolescentes.
- Dar una mayor información, evitar imágenes o propagandas con modelos.
- Campañas de información en instituciones educativas.
- Campañas sobre nutrición, salud, como deben alimentarse.
- Charlas grupales a pacientes y familiares

En la mayoría de los centros de la ciudad de Quito no cuentan con planes de prevención para la Anorexia y Bulimia aunque en la mayoría de ellos consideran a las charlas y mayor información de estos trastornos a los adolescentes como métodos efectivos para evitar un mayor apareamiento de estos trastornos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

5.1 CONCLUSIONES

1.- Todos los seres humanos pasan por diferentes periodos que pueden causar stress, crisis o ansiedad; para las personas anoréxicas estas crisis son más severas y más impresionantes, ya que no solamente se encuentran desvalorizadas sino que también no se sienten capaces de afrontar este tipo de crisis.

2.- La similitud entre Anorexia y Bulimia incluye las características de preocupación por las dietas, los alimentos, el peso, la talla corporal y el ejercicio físico; así como la incomodidad cuando se come con otras personas.

3.- La edad de inicio de la Bulimia suele ser más tardía que la de la Anorexia apareciendo normalmente al final de la adolescencia, aunque es frecuente que exista una historia previa de Anorexia antes del surgimiento de Bulimia.

4.- Tanto la Anorexia como la Bulimia tienen su origen en la antigüedad pero es ahora cuando se los ha estudiado y analizado y se sabe que son el resultado de varios factores que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad así como también presión social y familiar.

5.- Normalmente la Bulimia o la Anorexia se inician con una dieta o al menos con el deseo intenso por adelgazar, por lo que las personas o los pacientes comienzan probando todo tipo de regímenes para reducción de peso disponibles presentados por el mercado social.

6.- Numerosos estudios demuestran que las sociedades que enfatizan su nivel de éxito en la belleza y la delgadez aparecen trastornos alimentarios en mayor proporción.

7.- La presión social y la moda, influyen de manera directa como desencadenantes de trastornos alimenticios, aunque cabe resaltar que esta presión por parte de la sociedad no puede desencadenar por sí sola síntomas de Anorexia o Bulimia sino que es una mezcla de varios factores los que convierten a los adolescentes en un terreno idóneo para desarrollar estos tipos de trastornos.

8.- La Anorexia y la Bulimia son trastornos que afectan no solamente al organismo de quienes la padecen sino que también se combinan con varios factores psicológicos, familiares, cognitivos, etc., pudiendo llegar a la muerte del paciente.

9.- Según la teoría investigada se puede concluir que la mayor parte de los pacientes anoréxicos tipo purgativo, suelen estar deprimidos, pero presentando una mayor tendencia a experimentar los sentimientos negativos abiertamente,

tales como furia, envidia, rivalidad, los mismos que van seguidos de sentimientos de vergüenza.

10.- Debido a que las causas de la Anorexia y Bulimia son de origen multifactorial se cree que resulta más beneficioso contar con programas de recuperación desempeñados por equipos interdisciplinarios que permitan abarcar todos los aspectos de la problemática.

11.- En cuanto a la Bulimia, se puede concluir que la persona que la sufre poco a poco va perdiendo el control al punto de sentir que debe vomitar cada vez que ingiere alimentos, este ciclo puede generar un estado de malestar, inquietud y sentimiento de culpa.

12.- Solamente un número reducido de pacientes bulímicos pueden mostrar verdaderas conductas de auto mutilación o suicidas, ya que estos síntomas son el resultado de un serio trastorno de personalidad acompañado de enojo, depresión e impulsividad.

13.- Las personas con Anorexia y Bulimia tienden a sentirse incapaces e inútiles y presentan una autoestima muy baja, es decir, que no se encuentran satisfechos consigo mismos, muestran expectativas no realistas de ellos mismos ni de las demás personas que los rodean.

14.- Entre las características de personalidad que pueden convertir en terreno fértil para desarrollar Anorexia y Bulimia tenemos la baja autoestima, el perfeccionismo, tendencia a obsesionarse, aislamiento social, el conformismo, depresión, etc.

15.- Las personas que padecen Anorexia tienen un mayor índice de sufrir fracturas que las personas con Bulimia, esto se debe a la desnutrición que presenta la persona anoréxica por el bajo consumo de calcio y la deficiente absorción del mismo.

16.- Las personas con trastornos alimentarios presentan una baja autoestima, sentimientos de ser malas personas y un gran temor al rechazo de los demás y al abandono.

17.- Tanto en la Anorexia como en la Bulimia las pacientes definen el término "ideal" como delgadas y esbeltas, lo cual indica estrechez en el concepto ya que esta idea se encuentra orientada a una figura física poco realista que les impide seguir con el rumbo de su vida.

18.- Para un tratamiento más óptimo en casos de Anorexia y Bulimia se requiere la intervención de más de una terapia a la vez sobre todo de la terapia Farmacológica y de la Terapia Nutricional, pero en lo posible se requiere de un enfoque interdisciplinario.

19.- En el tratamiento nutricional el objetivo primordial es lograr que el paciente con Anorexia o Bulimia alcance o regularice su peso reestableciendo sus funciones fisiológicas incluyendo la menstruación.

20.- La terapia cognoscitiva posee buenos índices de éxitos sobretodo en lo que se refiere a Bulimia, ya que puede cambiar la actitud hacia la comida, el peso, la forma y la talla, pero tiene ciertas falencias en cuanto a que el/la paciente enfrente su desarrollo personal.

21.- Los fármacos son utilizados en el tratamiento de la Anorexia fundamentalmente para promover la ganancia de peso, para tratar otros síntomas psiquiátricos asociados, así como también para el tratamiento de complicaciones médicas y sus recaídas, pero el empleo de estos fármacos tiene pocos efectos beneficiosos por lo que prácticamente se ha reducido su uso.

22.- En el caso del tratamiento psicoeducativo, sus técnicas son especialmente útiles al inicio de la terapia, ya que en ellos se trata de dar información acerca de la enfermedad y su evolución.

23.- El tratamiento de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa incluyen tratamientos farmacológicos y psicológicos pero es la combinación de ambas las que obtienen una mayor respuesta ya que no existe un único tratamiento que se haya mostrado efectivo en todos los casos y varía dependiendo de las circunstancias de cada paciente.

24.- De la información aportada por los profesionales de las instituciones de Salud investigadas de la ciudad de Quito, consideran que existe un alto crecimiento en casos de Anorexia y Bulimia en la ciudad de Quito, pues cada vez son más los adolescentes ecuatorianos que presentan este tipo de trastornos.

25.- Existen varios centros en la ciudad de Quito que ofrecen tratamientos para estos tipos de trastornos alimenticios, sin embargo, son pocos los centros que realmente cuentan con el equipo de trabajo apropiado para el tratamiento de Anorexia y Bulimia, ya que muchos de ellos solo atienden estos casos cuando son realmente urgentes.

26.- El apoyo familiar es de suma importancia para la recuperación y cura de la persona en cuestión. La indiferencia por parte de los miembros de la familia puede agudizar que este trastorno conlleve a consecuencias más graves. La familia debe ser siempre el soporte básico, ya que sin el núcleo familiar la persona pudiera desencadenar más conflictos para el futuro.

27.- En Quito, los profesionales de la Salud de las instituciones investigadas se atreven a decir que existen más casos de Bulimarexia que de Anorexia o Bulimia por separado. La mayoría de pacientes que sufren de los trastornos alimenticios, han tenido la experiencia de comenzar su padecimiento bajo un solo trastorno, pero siempre llegan a padecer de los dos problemas, y siempre tienen que combatir bajo estos dos trastornos.

28.- Ciertas personas, responden de mejor manera a un tratamiento individual, mientras otras, hallan una mayor conexión en un contexto grupal, donde pueden compartir con otras personas lo que les sucede y no solamente con un

profesional. Por tanto según los especialistas consultados no existe un único tratamiento efectivo para la recuperación de Anorexia y Bulimia sino que es la combinación de varias terapias las que permiten abordar todos los síntomas y causas que presenta un paciente con trastornos alimenticios y con esto se llega a una recuperación más óptima.

29.- Se considera más efectivo para la recuperación de pacientes con trastornos alimenticios un tratamiento de manera ambulatoria, ya que este permite que el paciente siga en contacto con el medio en que se desenvuelve, es por esto que la internación se reserva únicamente cuando la vida del paciente comienza a correr ciertos riesgos como en su salud o cuando los tratamientos no están dando los resultados deseados.

30.- Una de las terapias con mayor acogida en los centros de rehabilitación de la ciudad de Quito es la terapia Cognitiva- Conductual, ya que se considera una de las más completas en el tratamiento de pacientes con Anorexia y Bulimia porque es precisamente su conducta y sus ideologías las que deben ser reformadas y restablecidas.

5.2 RECOMENDACIONES:

1.- Se considera que se deberían realizar grandes campañas con marcas reconocidas que muestren a la sociedad los beneficios de una dieta sana representada por gente que pueda servir de modelos sin llegar al extremo de idealizarlos, y que estas mismas marcas promuevan en sus productos las ventajas de llevar una vida con una alimentación balanceada.

2.- Se requiere una mayor apertura por parte de las Instituciones a ser investigadas ya que esto permite una mejor preparación en los estudiantes de pregrado, permitiendo conocer la realidad del problema desde un ámbito profesional.

3.- Se recomienda que las instituciones y la sociedad en general cuente con mayores programas de prevención de Anorexia y Bulimia ya que es una realidad que cada año estos casos aumenten en la ciudad de Quito y no se puede dejar de lado esta problemática.

4.- Es esencial si aparece la enfermedad hacer un diagnóstico precoz comenzando un tratamiento efectivo en la dieta, peso, cogniciones y relaciones personales.

5.- Es conveniente adiestrar a los padres en el fortalecimiento de la autoestima de sus hijos tratando de magnificar el alcance de pequeñas o grandes metas, y de minimizar los errores o fracasos. Asimismo es recomendable efectuar al menos una comida al día en familia intentando que la experiencia sea agradablemente percibida por los hijos, mediante la creación de un clima distendido y cordial.

6.- Es necesario que la familia con miembros que padecen trastornos acuda a profesionales y se implique en el tratamiento para con esto dar un mayor apoyo al paciente y se convierta el círculo familiar en parte de la solución.

7.- Los profesionales de la Salud deben poseer conocimiento de las diferentes terapias que existen con el objetivo de encontrarse preparados para enfrentar adecuadamente casos de Anorexia Y Bulimia que se presenten en sus consultorios.

5.3 BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- ALLEN, Francés, “DSM-IV”, Editorial Massón, Barcelona, 1995.
- BRUCH, Hilde, “La Jaula Dorada: El Enigma de la Anorexia Nerviosa”, Editorial Paidós, Barcelona, 2002.
- BRUCH, Hilde, “Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nerviosa and the person within”, Editorial Basic Books, 1973.
- CERVARA, S. QUINTANILLA, B. “Anorexia Nerviosa: Manifestaciones Psicopatológicas Fundamentales” Editorial Eunsa, Pamplona, 1995.

- DULANTO, Enrique, "Medicina de la Adolescencia" Curso de Postgrado, Quito, 1995.
- FERNÁNDEZ, F. TURÓN, V. "Trastornos de la Alimentación: Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia", Editorial Massón, Barcelona, 1998.
- GIORGO, Nardote, "Más allá de la Anorexia y Bulimia" Editorial Paidós, Barcelona, 2004.
- GOMÉZ, María de los Ángeles, "Qué es la Bulimia: Un problema con solución", Editorial Pirámide, Madrid, 2003.
- GOTTLICB, Lori, "Diario de una Anoréxica", Editorial Emece, Buenos Aires, 2001.
- HERBERT, Martín, "Trastornos de la Conducta en la Infancia y Adolescencia", Editorial Paidós, Barcelona- Buenos Aires, 1983.
- KOLODNY, Nancy J. "The beginners guide to eating disorders recovery", Editorial Gurze Books, California, 2004.
- LEONE, Daniel A. "Anorexia", Editorial Green Haven. Press, San Diego, 2001.
- LEVENKRON, Stephen, "Anatomy of Anorexia" Editorial Norton and Company, NY, 2001.
- LOGUE, A.W, "The Psychology and Eating and Drinking" Editorial Freeman, NY, 1986.
- "La Anorexia: Una locura del cuerpo"
- MEDINA, Loreta, "Bulimia" Editorial Green Haven. Press, San Diego, 2003.
- PALMER, RL. "Anorexia Nerviosa: A guide for sufferers and their families" Editorial Pegin Books, NY, 1990.
- RAUSCH HEISCOVIVI, Cecile, "Anorexia Nerviosa y Bulimia" Editorial Paidós, México, 1997.
- RAUSCH HEISCOVIVI, Cecile, "Anorexia Nerviosa y Bulimia: Amenazas a la Anatomía", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1990.
- RECALTI, Máximo, "Anorexia y Bulimia: La última Cena", Editorial El Cífrado, Buenos Aires, 2004.

- SELVINI, M. "Muchachas Anoréxicas y Bulímicas", Editorial Paidós, Barcelona 1999.
- SHERMAN, Roberta T. THOMPSON, Ron A. "Bulimia: Una Guía para familiares y amigos" Editorial Trillas, México 1999.
- SNELL, "Neuroanatomía Clínica", Editorial Médica Panamericana, Tercera Edición, Argentina, 1995.
- [http: www.klip7.cl](http://www.klip7.cl)
- <http://www.vida7.cl/tablas/imc.htm>
- <http://www.pandeblog.net/salud/2006/04/consecuencias-de-la-bulimia/comment-page-2>
- http://teoriadelacultura.blogspot.com/2007/05/estados-unidos-de-norteamrica-en-los_16.html
- <http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>
- <http://www.todoanymia.com/>
- <http://es.salut.conecta.it/pdf/TCA.pdf>

5.4 ANEXOS

ENCUESTA

Institución:

Cargo:

Fecha:

PREGUNTAS:

1.- ¿Qué tipo de terapias se utilizan en la institución para el tratamiento de Bulimia/Anorexia?

- Terapia Grupal.
- Terapia Nutricional.
- Terapia Cognitivo- conductual.
- Internación.
- Terapia Farmacológica.
- Terapia de Familia.
- Terapia psicorehabilitadora.

OTRAS -----

Cuáles son las ventajas de esta o estas terapias?: -----

3.- ¿Cuáles son los síntomas más comunes que aparecen en la Anorexia/Bulimia?

	ANOREXIA	BULIMIA
• Pérdida de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ausencia de Menstruación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anemia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolores Musculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alteraciones dentarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aislamiento social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Baja autoestima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Presencia de atracones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRAS -----

4.- ¿Cuáles son los trastornos asociados que pueden acompañar a la Anorexia/Bulimia?

	ANOREXIA	BULIMIA
• Depresión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ansiedad.

- Fobias.

- Distimia.

- Abuso de sustancias.

- Trastorno obsesivo-compulsivo.

OTROS-----

5.- ¿Describe cuáles son las causas más comunes para el desarrollo de la Anorexia/Bulimia en nuestra sociedad?

- Causas familiares -----

- Causas Sociales-----

- Causas Psicológicas -----

- Causas Individuales -----

6.- ¿Cuál cree ud que son las principales causas para el desarrollo de Anorexia y Bulimia en la ciudad de Quito?

7.- ¿Describa qué factores contribuyen a mantener estos trastornos alimenticios?

- Factores de personalidad -----

- Factores biológicos -----

- Factores familiares -----

- Factores cognitivos -----

8.- ¿En su opinión, considera ud que ha aumentado el número de casos de atención en Anorexia y Bulimia en la institución en los últimos 2 años?

SI -----

NO -----

9.- ¿En esta institución existen estrategias o algunos planes de prevención para evitar dichos trastornos alimenticios. Especifique cuáles son?

¿De no existir planes de prevención podría sugerir algunos?

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
Escuela de Psicología

“TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LA ATENCIÓN DE ANOREXIA Y
BULIMIA EN LOS CENTROS EXISTENTES EN LA CIUDAD DE QUITO”

Thaís Cevallos Endara

Gabriela Vélez Cueva

QUITO 2008

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Escuela de Psicología

“TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LA ATENCIÓN DE ANOREXIA Y
BULIMIA EN LOS CENTROS EXISTENTES DE LA CIUDAD DE QUITO”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos para obtener
el título de Licenciado en Psicología Mención Clínica.

Profesora Guía: Paulina Barahona

Autoras:

Thaís Cevallos Endara

Gabriela Vélez Cueva.

QUITO 2008

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPITULO I: Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia

1. Trastornos de la Conducta Alimentaria	3
1.1 Anorexia	7
1.2 Orígenes de la Anorexia	9
1.2.1 Antecedentes Históricos	9
1.3 Subtipos de Anorexia	12
1.4 Causas de la Anorexia	15
1.5 Signos y Síntomas	17
1.6 Consecuencias a corto y largo plazo	27
1.6.1 Consecuencias a Corto Plazo de la Anorexia	27
1.6.2 Consecuencias a Largo Plazo de la Anorexia	29
1.7 Factores Precipitantes y Mantenedores	31
1.7.1 Factores Precipitantes	31
1.7.2 Factores Mantenedores	32
1.8 Trastornos Asociados	33
1.8.1 Diagnóstico Diferencial	34.

CAPITULO II: Bulimia.

2.1 Bulimia	36
2.2 Orígenes de la Bulimia	39
2.2.1 Antecedentes Históricos	41
2.3 Subtipos de Bulimia	42
2.4 Causas de la Bulimia	42
2.5 Signos y Síntomas	52
2.6 Consecuencias a Corto y Largo Plazo	56
2.6.1 Consecuencias a Corto Plazo de la Bulimia	56
2.6.2 Consecuencias a Largo Plazo de la Bulimia	58
2.7 Factores Precipitantes y Mantenedores	59
2.7.1 Factores Precipitantes	59
2.7.2 Factores Mantenedores	65

2.8 Trastornos Asociados -----	73
2.8.1 Diagnóstico Diferencial -----	75

CAPITULO III: Tratamientos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

3.1 Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria -----	77
3.1.1 Terapia Grupal -----	78
3.1.2 Terapia Nutricional -----	82
3.1.3 Terapia Conductista – Cognitiva -----	87
3.1.4 Terapia Familiar -----	92
3.1.5 Internación -----	99
3.1.6 Tratamiento Farmacológico -----	105
3.1.7 Terapia Psicoeducacional -- -----	110

CAPITULO IV: Investigación Realizada y Análisis de Resultados.

4.1 Resultados Cualitativos y Cuantitativos -----	115
---------------------------------------------------	-----

CAPITULO V: Conclusiones, Recomendaciones Bibliografía y Anexos.

5.1 Conclusiones -----	136
5.2 Recomendaciones -----	141
5.3 Bibliografía -----	142
5.4 Anexos -----	145

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos todo el apoyo que nos brindó Ineke Vendrig, por habernos aconsejado y tener la paciencia para guiarnos, también queremos agradecer a Paulina Barahona por ser no solo una maestra sino una madre para nosotras.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mis padres, hermanas, y amigos de la vida, que siempre con sus sabios consejos y paciencia, me supieron dar palabras y así guiarme a lo largo de todo este proyecto, y Agradezco a Dios por este gran equipo humano que poseo en mi vida.

Gabriela

Dedico el presente trabajo a Dios por permitirme realizarlo, a todas aquellas personas que supieron apoyarme en todo momento especialmente a mis padres por nunca perder la confianza en mi, a mi familia, a mi ángel de la guarda y mis amigos más cercanos que me acompañaron en este largo trayecto dándome fuerzas para continuar.

Thaís

RESUMEN

La investigación sobre los tratamientos utilizados para con la anorexia y bulimia en los centros existentes en la ciudad de Quito, es una recopilación de información basada en entrevistas, encuestas y bibliografía documentada.

Los trastornos alimenticios son enfermedades mortales, que a pesar de que se manifiesta a través de una conducta alimentaría incorrecta, en realidad, no son sino mas que síntomas del paciente, que le permiten manifestar problemas tanto por complicaciones biológicas, psicológicas, familiares y sociales.

Existen dos grandes diferencias entre la bulimia y la anorexia, la primera consta en que la persona experimenta ataques de ansiedad, ingesta excesiva de alimento, uso y abuso de laxantes y preocupación excesiva por su imagen; la segunda, se refiere a una pérdida de peso por debajo del 25% debido al seguimiento de dietas extremas y restrictivas, además de una distorsión de su imagen corporal.

A lo largo de la investigación se puede indagar que existen varios tipos de tratamiento para estos problemas de alimentación, entre las que podemos nombrar: terapia grupal, terapia nutricional, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia farmacológica y la terapia psico-educacional. Todas estas terapias, no pueden trabajar individualmente, siempre tienen que estar estrechamente ligadas a la hora de ser aplicadas al paciente, para así obtener buenos resultados.

Para la ciudad de Quito, se analiza que estas terapias, en casi todos los lugares donde se trata la anorexia y bulimia, van estrechamente relacionadas y en su mayoría la terapia grupal y cognitiva conductual son las más utilizadas, complementándose así, con la terapia nutricional.