



**INSTITUTO MONTREAL DE ESTUDIOS
TÉCNICOS**

ANOREXIA Y BULIMIA

**Protocolo de investigación
que para acreditar la materia
Métodos de Investigación 1**

**P R E S E N T A:
NADIA EVELYN BARRAGAN PIÑONES**

Asesor: Erick Pulido Mondragón.

NAUCALPAN DE JUÁREZ NOVIEMBRE DE 2010

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN.

Habiendo revisado la presente y a satisfacción de lo expuesto, lo propuesto y lo conformado, se autoriza la publicación definitiva de la presente obra.

Doy fé que el contenido, es una obra de investigación documental y que expresa en forma libre el pensamiento de su autor.

T.H. Erick Pulido Mondragón.

A S E S O R

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mi madre que me apoyo

Bastante , a mis amigas que siempre han estado conmigo

Y a mi profesor Erick Pulido.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco enormemente a mi profesor
Por haberme dejado este trabajo ya que aprendi
Muchas cosas mas de un tema que me interesaba.

Contenido

Justificacion

La anorexia nervosa y la bulimia son enfermedades devastadoras que han cobrado una dimensión inusitada entre los jóvenes de todo el mundo y de todas las clases sociales, pero atrapan y golpean con mayor fuerza a las mujeres.

Problemática

Principal motivo de este trabajo es averiguar el motivo de estos trastornos alimenticios.

Quiero saber porque estas enfermedades afectan mas a las mujeres que a los hombres y el porque de que aunque hay mucha información sobre el tema y el daño que causan estos trastornos, principalmente los jóvenes siguen cayendo en estas enfermedades.

Hipótesis

- ✓ La anorexia afecta más a las mujeres que a los hombres
- ✓ Es un trastorno psicológico?
- ✓ La bulimia no siempre se detecta a tiempo
- ✓ Las consecuencias tienen solución?

Termino de Anorexia

El término anorexia nervosa proviene del latín y quiere decir sin apetito, y el adjetivo nervosa expresa su origen psicológico. Sin embargo, no es cierto que los jóvenes anoréxicos no sientan hambre, al contrario, la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Estos jóvenes rechazan en forma contundente el mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla. “El miedo que experimentan hacia la obesidad los lleva hasta la inanición y a la pérdida progresiva de peso. Y lo más grave es que no tienen conciencia de su enfermedad”, señala la nutrióloga Marcela Palma, del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INN). Los anoréxicos llegan a perder por lo menos el 15% de su peso corporal y, en casos extremos, hasta el 60%, lo que puede ocasionar la muerte. El trastorno tiene diversas caras y, según Marcela Palma, puede clasificarse en etapas primaria y secundaria

Las múltiples caras de la anorexia

En la etapa primaria sólo se tiene un miedo intenso a subir de peso y ésta se caracteriza por dos tipos de padecimientos: la anorexia nervosa restrictiva y la bulimarexia. En la primera, se utiliza el ayuno y la disminución exagerada de la ingestión de alimentos para controlar el peso sin utilizar el vómito o los laxantes como métodos de control. En la bulimarexia se combinan periodos de ayuno con periodos de ingestión compulsiva y después se provoca el vómito, y se aplican purgas y enemas para controlar el peso.

En la etapa secundaria, la anorexia nervosa es consecuencia de alguna enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la depresión; en esos casos, la anorexia se debe a una interpretación falsa de la alimentación y no a la búsqueda de pérdida de peso. Por lo que respecta a la cantidad de casos de anorexia, se da más en los países sajones que en las sociedades orientales. En Latinoamérica, y específicamente en México, los estudios estadísticos y epidemiológicos son muy pocos; carecemos de la información suficiente sobre la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, aunque en la actualidad diversos grupos investigan este fenómeno.

LA ANOREXIA Y SU MULTIPLE DETERMINACION

FACTORES PREDISPONENTES

Estas chicas se caracterizan por tener muy baja autoestima y ser muy autoexigentes. En muchos casos el alto nivel de exigencia ya es una característica familiar. El apoyo de los padres, en relación a la autoexigencia, debe relacionarse con poder ayudar a sus hijas a aceptar que siempre puede haber algo de ellas con lo que no estén muy contentas, pero deben señalarles los aspectos altamente positivos o en los que se destacan. Generalmente son chicas con buen desempeño escolar y buen rendimiento deportivo. Deben entender que El Cuerpo no lo es todo, sino una parte de ellas que debe vivir en armonía con el resto de los aspectos de su vida.

En esta época tan difícil ya de por sí, que es la adolescencia, cambian las responsabilidades. Se tiene más independencia, se siente una nueva identidad en las opiniones y el adolescente se va incorporando progresivamente al mundo adulto. Y como ya lo dice la palabra, adolescencia deriva de dolor, por eso el refrán popular que dice CRECER DUELE....Muchas veces, el estar en un camino intermedio tanto desde el punto de vista físico como psicológico y social provoca inseguridad. Y esta inseguridad es la fuente de disminución de la autoestima.

La adolescente suele ser rebelde con sus padres y negarse a cumplir sus órdenes, pero, mientras tanto, cumple montones de otros mandatos que vienen de la sociedad, sin darse cuenta de ello. Hay que ser flacas para ser lindas y exitosas, hay que usar determinadas marcas de ropas, hay que ir a bailar a determinados lugares...

En cuanto a las características familiares de las chicas que padecen trastornos alimentarios, se destacan determinadas características: demasiada interdependencia en las relaciones, intrusiones e intromisiones constantes en los pensamientos y sentimientos del otro, la percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia está pobremente diferenciada. Otra característica es la sobreprotección desmedida y exagerada. La sobreprotección retarda el desarrollo y la autonomía de los hijos. También se trata de familias rígidas, que, en cierta forma se resisten a realizar los cambios lógicos que impone el desarrollo de los hijos. Operan como un sistema cerrado, negándose, sin desearlo intencionalmente, por supuesto, a asumir la entrada de los hijos a la adolescencia. Estas familias tienden a no negociar explícitamente los conflictos, las diferencias. Generalmente, los padres suelen utilizar a la paciente enferma como agente desviador de los conflictos conyugales, con el fin de querer creer que en el matrimonio todo está bien, y que si hay un esbozo de problemas entre ellos es por la enfermedad de la hija y no a la inversa.

FACTORES DESENCADENANTES

Está demostrado que no hay un factor precipitante único. Algunas veces es posible determinar eventos externos gatillantes, disparadores. Por ejemplo, una paciente de 23 años señala un aborto como factor disparador. En cambio, una paciente de 14 años lo atribuye a un picnic en el cual comió lechón todo el día. Una amiga le señaló que se acercaba el verano y que sería conveniente que comenzara a cuidar su peso. Según palabras de la paciente, sintió que se moría del papelón. Lo que sí se ha determinado es que el común denominador de la repercusión que tiene el evento para la paciente es que ella siente gran dolor de dos maneras: 1- como una amenaza de pérdida del autocontrol, 2- como una amenaza o real pérdida de la autoestima. El evento disparador puede ser una separación o pérdida, un problema familiar. Nuevamente, el disparador diverso nos remite a una consecuencia convergente: la amenaza a su autoestima y a su sensación de control de su mundo que conduce a un incremento de la preocupación por su cuerpo y a la convicción de que se sentirá más en control de su persona si continúa perdiendo peso.

FACTORES DE MANTENIMIENTO

El curso de la anorexia es muy variado, hay pacientes que se recuperan más prontamente que otros. Sí se pueden aislar factores que ayudan a perpetuar o mantener la enfermedad.

1- Síndrome de inanición: Las chicas que padecen de anorexia se preocupan enormemente por la comida y pierden interés por otras áreas: coleccionan recetas, leen libros de cocina, pasan horas frente a una bandeja sin comer y la comida es casi su único tema de conversación, mastican cantidad de chicles, toman demasiado mate, agua, gaseosas dietéticas o café. Pero aparece la inanición, el no comer, el comer escasamente y los ayunos prolongados. Así surgen la irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, aislamiento social, depresión, cambios de humor y perturbaciones del sueño. Todas estas características son atribuibles a los efectos de la inanición.

2- Vómitos: No sólo las chicas con problemática bulímica vomitan, a veces también lo hacen las que presentan características de comportamiento anoréxico, ya que ven al vómito como una solución, en tanto permite comer en exceso y al mismo tiempo mantenerse delgada.

3- Constipación crónica: Estas chicas suelen presentar esta dificultad, y la constipación brinda sensación de saciedad. Esto facilita que la persona anoréxica comience a reducir la cantidad o frecuencia de sus comidas.

4- Percepciones corporales: Aun cuando las chicas han alcanzado un muy bajo peso, continúan sintiéndose excedidas de peso y viéndose gordas.

5- Negación por parte de la enferma de su patología. Esta conducta es muy frecuente, por eso es imprescindible la consulta familiar inicial, hasta que la chica tome conciencia y pueda comprometerse en una terapia.

FACTORES SOCIOCULTURALES

Es muy frecuente que las casas de moda no fabriquen talles para personas excedidas de peso. Al encender el televisor o mirar revistas femeninas, el mensaje tácito es que para ser exitosa y linda hay que ser muy delgada, como las modelos.

En nuestra sociedad existe la preocupación por la comida, las dietas, el talle. Se considera como ideal el cuerpo esbelto, y hay una creencia de que la gordura es mala. La idea contenida en la frase atribuida a la duquesa de Windsor: Ninguna mujer nunca es demasiado rica ni está demasiado delgada, está fuertemente arraigada en nuestra cultura.

SIGNOS CLINICOS

“ANOREXIA Y BULIMIA”

La forma característica de presentación de estas pacientes es con mucha ropa, amplia y superpuesta, lo cual disimula su a veces extrema delgadez. La piel suele estar seca, áspera, fría, a veces cubierta de lanugo – vello fino y oscuro más abundante que lo normal, que a veces puede recubrir todo el cuerpo - . En ocasiones hay petequias en la piel, o sea hemorragias en forma de puntos, y las palmas pueden presentar color amarillento. Son casi constantes la bradicardia: pocas pulsaciones por minuto y la baja presión. El esmalte de los dientes está dañado en las pacientes vomitadoras. Estas además presentan lesiones en los nudillos de las manos, causadas por el roce de los dientes al introducir la mano para provocarse el vómito. Estas pacientes suelen quejarse de dolor abdominal y constipación crónica. Ambos síntomas se corrigen con el aumento de la ingesta alimentaria. La cantidad de ropa mencionada con anterioridad, cumple dos funciones: disminuir ante los demás la delgadez y paliar la constante sensación de frío.

FACTORES DE PERSONALIDAD Y ANOREXIA

Generalmente, las pacientes son descritas por sus padres como niñas perfectas, complacientes y con apariencia de estar especialmente dotados, y se habían vuelto expertas en lo que se refiere a observar y gratificar a sus padres. Así, algunas de ellas no fueron preparadas para la etapa de separación e individuación de la adolescencia.

Se caracterizan por un correcto comportamiento social, ansiedad, control en la demostración de los afectos. Su carácter tiende a ser rígido. Presentan inseguridad, dependencia afectiva, poca espontaneidad, falta de autonomía, introversión, cierta depresión y tendencia a obsesionarse con factores complicantes, relacionados con la desnutrición y la condición de paciente.

En cuanto a la depresión, es relevante su presentación clínica en la anorexia. Pero lo fundamental a tener en cuenta es que dado que los síntomas de conducta que acompañan a la inanición – no comer - : falta de energía, sueño interrumpido, retracción social, falta de ánimo , dificultad para la concentración, se asemejan en gran medida a los síntomas del trastorno depresivo.

Bulimia

La Bulimia se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas, de gran cantidad de alimentos, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y diuréticos. Estas situaciones de sobrealimentación, llamadas atracón son el rasgo distintivo y diferencial de la enfermedad.

Existen situaciones emocionales, sociales o clínicas en las que se producen episodios de ingestas exageradas y no se trata de bulimia. Por ejemplo , frente al estrés hay muchas personas que ingieren más que lo habitual. Es frecuente escucharlo en adolescentes en época de examen, pero la diferencia con la bulimia radica en que la ingesta vuelve a lo normal, transcurrido el período de exigencia extrema. No es infrecuente que determinados eventos se festejen con comidas abundantes y copiosas, y que alguno de los asistentes se exceda más que otros, pero esto debe diferenciarse de un trastorno de la alimentación. Algunas enfermedades orgánicas llevan al exceso de alimentación, como el hipertiroidismo o la diabetes.

Al hablar de bulimia nos referimos a una forma particular de ingesta excesiva que va acompañada del rasgo esencial de la anorexia: el temor a engordar. Los atracones concluyen a causa del malestar físico o por una interrupción social –

que la paciente sea descubierta - .Inmediatamente, a continuación hay remordimiento y distintas formas de anular lo hecho, pero esta conducta llamada de purga, está siempre originada por el temor malsano a engordar, y es esto lo que diferencia al verdadero bulímico del exceso temporario que esporádicamente puede incurrir cualquier persona.

Con respecto al atracón, es típico que sea secreto, con gran vergüenza por parte del paciente si es descubierto. La comida es ingerida rápidamente, sin dar tiempo a saborearla. Los alimentos consumidos son generalmente hidratos de carbono y grasas, de fácil ingesta. Cuando alguien tiene un peso inferior al que le determina su biología o se está alimentando con una dieta restrictiva, el desencadenante del atracón suele ser el hambre. Con el tiempo, el atracón se generaliza como recurso para aliviar transitoriamente el malestar emocional que puede tener distintos orígenes: desde el aburrimiento hasta la depresión, pasando por la ansiedad o el enojo

A la vez, la persona está preocupada constantemente por pensamientos de la comida y por la sensación de haber traicionado su aspiración a un peso ideal. La ingesta compulsiva termina debido al malestar abdominal, interrupción externa por aparición de otra persona, recuperación de control o sensación de sopor. Luego del atracón, la persona siente culpa y se atormenta por la sensación de pérdida de control. El método de purga específico puede variar a lo largo del tiempo, siendo los más comunes los vómitos, los diuréticos y los laxantes.

EL CICLO DE LA BULIMIA

La gran contradicción y paradoja es que hacer una dieta, atracarse y purgarse, muy lejos de solucionar el problema, contribuye a perpetuarlo. Vomitar es una solución de corto alcance porque, si bien se elimina el alimento que la persona rechaza, vuelve el apetito y consiguientemente las ganas de comer de nuevo. Con el transcurso de tiempo, la paciente va perdiendo más el control, al punto de sentir que debe vomitar cada vez que come. Esto se torna en costumbre, la paciente se siente avergonzada y aumenta su culpa. Con el tiempo se instaura definitivamente el atracón y el posterior vómito o ingesta de laxantes o diuréticos. Al producir pérdida de peso y hambre, rompen el circuito natural de hambre – comida – saciedad, desencadenando un nuevo atracón y así sucesivamente. La vida de la bulímica está signada por la culpa, la vergüenza y complicadas estrategias para poder seguir con el vómito, no como algo placentero, sino como algo que realmente no puede eludir.

RELACION ENTRE BULIMIA Y ANOREXIA

En los últimos años ha aumentado el número de pacientes anoréxicas con síntomas bulímicos. Uno de los factores influyentes es la creciente presión social que impone que para obtener logros y éxitos, es necesario ser delgada.

Ultimamente, las consultas por anorexia se han mantenido estables, mientras que las consultas por bulimia han incrementado notablemente. Los ciclos de atracones y vómitos parecen deberse a los mismos factores predisponentes y de mantenimiento que la anorexia, por eso inevitablemente se mantienen emparentadas

DEPRESION

En ambos cuadros hay una mayor incidencia familiar de depresión y de trastornos de alimentación y peso. En ambas patologías alimentarias, es frecuente cierto estado depresivo.

PERSONALIDAD Y BULIMIA

La depresión es el elemento que colorea la forma en que se manifiesta el trastorno. La baja autoestima, el temor a la no aceptación social y la gran necesidad de una aprobación externa son cruciales en el desarrollo de la bulimia. Diversos estudios coinciden en que los pacientes bulímicos tienden a ser depresivos, impulsivos y ansiosos. Son sensibles y muy rigurosos en ciertos aspectos. Presentan baja tolerancia a la frustración, inestabilidad afectiva

PRESENTACION Y CONSULTA DIAGNOSTICA

En muchos casos, las pacientes no sabían que padecían la enfermedad, sino simplemente hábitos que creían que debían esconder. Las preocupaciones son similares a las de las anoréxicas. Constantemente piensan en la comida y el peso. Cuando hablan de los atracones, aducen que éstos no se deben al hambre sino a una costumbre que no pueden dominar. Suelen presentar síntomas como tristeza, irritabilidad y dificultad en la concentración. Suelen llegar, en casos extremos a ideas suicidas. Tienen una idea sobrevalorada respecto del temor a la gordura.

CUADRO CLINICO

La apariencia puede ser de una obesa, otras veces tienen peso normal y, más raramente están desnutridas. Estas suelen ser anoréxicas con conductas bulímicas. Cuando el médico interroga no hacen referencia a los atracones. Sí surge que la alimentación ocupa un lugar preponderante en sus preocupaciones cotidianas. Los síntomas referidos durante el interrogatorio son secundarios al vómito y al uso de laxantes y diuréticos: dolor de garganta, de estómago, que se presentan cuando el contenido del ácido gástrico ha lesionado la mucosa esofágica; debilidad o fatiga; rostro hinchado; luego del atracón se presenta malestar abdominal, náuseas, dolor; diarrea o constipación; vómitos de sangre cuando existe lesión esofágica sangrante secundaria a reiterados vómitos; irregularidades menstruales; episodios de sudoración, debilidad, taquicardia, somnolencia y letargo luego de los atracones.

El examen físico puede ser normal o presentar algunas alteraciones: a- alteraciones dentarias: pérdida de esmalte por efecto del ácido gástrico que causa descalcificación y disolución del esmalte. b- aumento de las glándulas parótidas. c- bradicardia y cambios en la presión arterial. d- erosiones y callosidades en las manos, por utilizarlas crónicamente para provocar vómitos. Estas lesiones se producen en el sitio de roce de la mano contra los dientes.

COMPLICACIONES MEDICAS

a. Cardiovasculares: los vómitos, uso de laxantes, diuréticos pueden causar hipotensión arterial, arritmias cardíacas.

b. Del medio interno: deshidratación, pérdida de cloro, potasio, magnesio y fósforo. Estas alteraciones producen debilidad, cansancio, constipación y depresión, y pueden causar arritmias cardíacas y, en algunos casos, muerte. En las abusadoras de diuréticos aparecen edemas.

c. Nefropatías: El riñón puede verse afectado por la deshidratación, pérdida de potasio y empleo de diuréticos. Suelen presentarse infecciones urinarias.

d. Endócrinas: Son frecuentes las alteraciones menstruales.

e. Pulmonares: Las microaspiraciones que a veces acompañan a los vómitos pueden causar espasmo bronquial y neumonitis.

f. Gastrointestinales: Las alteraciones a este nivel son severas y frecuentes. Un 50 % de las pacientes las presenta. El esófago sufre con frecuencia las

consecuencias de los vómitos. El contenido ácido del estómago, en contacto con la pared esofágica es altamente lesivo. Puede producir esofagitis, erosiones, úlceras y sangrado frecuente. La rotura esofágica puede llevar al riesgo mortal. La dilatación aguda del estómago y el duodeno es otra complicación con riesgo de muerte.

TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA ALIMENTARIA

Es altamente aconsejable el tratamiento psicoterapéutico individual apenas se perciben los primeros signos de la enfermedad, que siempre la paciente tratará de negar y atribuir a un mero deseo de adelgazar para sentirse mejor. Cuando la situación presenta signos orgánicos importantes y evidentes, es necesario el trabajo interdisciplinario entre psicoterapeuta y médico.