

Colección

P

psicomotricidad,
cuerpo y movimiento

Director de colección

Pablo Bottini

Diseño: Gerardo Miño

Composición: Eduardo Rosende

Edición: Primera. Octubre 2018

ISBN: 978-84-17133-43-6

Código Thema: MKZD [Trastornos de la alimentación y su tratamiento]

Lugar de edición: Buenos Aires, Argentina

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2018, Miño y Dávila srl / © 2018, Pedro Miño

MIÑO y DÁVILA
♦ EDITORES ♦

Página web: www.minoydavila.com

Mail producción: produccion@minoydavila.com

Mail administración: info@minoydavila.com

Dirección: Tacuarí 540

(C1071AAL), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

tel-fax: (54 11) 4331-1565

Claudia Marcela Carta
María Natividad Castellani

Psicomotricidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria

**Miradas y prácticas complejas
para una intervención en el campo adulto**

AGRADECIMIENTOS

Al director de la colección *Psicomotricidad, cuerpo y movimiento* de la editorial Miño y Dávila, Lic. Prof. Pablo Bottini, por permitirnos ser parte de la misma. Por su generosidad y acompañamiento profesional constante, en el transcurrir de nuestra labor.

A las autoridades que permitieron en su momento realizar esta investigación, ya que sin su aval este trabajo no habría sido posible: Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Córdoba, Dr. José María Willington; Director del Hospital Nacional de Clínicas, de la ciudad de Córdoba, Argentina, Dr. Carlos Taborda Caballero; Jefe del Servicio de Psicopatología Dr. Mario Sassi; Jefa del Área Lic. Andrea Soria.

A la referente y formadora Dra. Nelly Barrionuevo Colombres, primera persona que se interesó en el aporte del enfoque psicomotor, quien nos apoyó y alentó.

A los profesionales que colaboraron con el trabajo: Médica clínica Paulina Taborda, Lic. en Psicología Claudia Fulla, Psmta. Débora Gribov (Uruguay), por su generosidad al compartir sus conocimientos y experiencias.

A cada una de las participantes del taller corporal de Psicomotricidad.

A nuestras familias por alentarnos a emprender este proyecto, acompañándonos en el sueño de concretarlo. A Martín, Alfonsina y Celeste por su paciencia, apoyo, espera y aguante.

A nuestra decisión de apostar a la ampliación de los campos de acción de la psicomotricidad, a la hora de embarcarnos en la investigación de intervenciones inexploradas. A nuestra inquietud por pensar a la Práctica Psicomotriz en otros contextos pocos desarrollados aún, va nuestro humilde aporte. A nuestro esfuerzo, dedicación y estudio, sin el cual no lo hubiéramos logrado.

Gracias a todos los que de una u otra forma, hicieron posible esta producción.

ÍNDICE

Prólogo , por Pablo Bottini	9
Introducción	11
CAPÍTULO I: Trastornos de la Conducta Alimentaria:	
Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa	17
1. Anorexia Nerviosa	20
1.1. Manifestaciones clínicas	21
1.2. Factores familiares que coinciden en los TCA	24
1.3. Diagnóstico diferencial	25
2. Bulimia Nerviosa	25
2.1. Factores psicológicos	29
2.2. Manifestaciones clínicas	29
2.3. Factores familiares	30
3. Etiología	31
4. Epidemiología	34
5. Tratamiento	35
5.1. Posibles abordajes	36
CAPÍTULO II: Psicomotricidad y Trastornos de la Conducta	
Alimentaria	39
1. Complejidad, globalidad y concepción persona.....	39
2. Definiendo la Psicomotricidad	41
3. Cuerpo	43
3.1. Resignificando el lugar del cuerpo	43
3.2. Esquema corporal	47
3.3. Imagen corporal	50
4. Espacio y tiempo	52

5. Intervención psicomotriz	55
5.1. Intervención psicomotriz con adolescentes y adultos.....	58
6. Trastornos psicomotores	72
6.1. Inestabilidad psicomotriz.....	78
6.2. Inhibición psicomotriz	80
6.3. Torpeza psicomotriz	81
6.4. Dispraxia	82
6.5. Disgrafía	84
CAPÍTULO III: Experiencia en terreno	87
1. Encuadre de trabajo	87
2. Instrumentos	88
2.1. Entrevista a los Profesionales del Equipo de TCA	88
2.2. Entrevista a la psicomotricista Débora Gribov.....	95
2.3. Observación.....	101
2.4. Actividades vivenciales del taller.....	103
2.5. Técnicas proyectivas. Diseño y modificación del instrumento	106
2.5.1. Dibujos: antes y después.....	110
2.5.2. Dibujos del esqueleto.....	132
2.5.3. Dibujos de la persona: frente, perfil y espalda	142
2.5.4. Collage.....	153
2.6. Análisis de los resultados	172
CAPÍTULO IV: Puntos de encuentro entre la teoría y la práctica.....	177
1. Conclusiones generales	177
2. Para seguir pensando	184
Bibliografía	189

Prólogo

Prof. Lic. Pablo Bottini

Psicomotricista

*Navegantes antiguos tenían una frase gloriosa:
“Navegar es preciso; vivir no es preciso.”*

Fernando Pessoa

Los trastornos de la alimentación afectan a miles de personas en nuestro país, y pese a los esfuerzos que se realizan para paliar sus efectos y contener su crecimiento, la cantidad de afectados aumenta año a año.

Es un tipo de trastorno insidioso, complejo en su causación y de difícil tratamiento.

Compromete tanto a quien lo sufre como a las personas de su entorno familiar, laboral y escolar/académico, por nombrar a los más relevantes. Sin dudas, por su complejidad y grado de peligrosidad para la salud, afecta notoriamente la calidad de vida de quien lo sufre y de su entorno.

Justamente por el carácter complejo de su estructuración y las repercusiones del mismo es que, desde hace ya mucho tiempo, se vio que la mayor eficacia para su abordaje exitoso consiste en el aporte interdisciplinario, en donde confluyan las praxis médicas, las de salud mental, las comunitarias y, en los últimos años, prácticas de tipo corporal, mediadas por diferentes modalidades, sean estas terapéuticas o artísticas, y en el mejor de los casos, la confluencia de ambas.

El texto que el lector tiene hoy en sus manos se inscribe entre estas últimas. Presenta y desarrolla la experiencia realizada mediante un trabajo sustentable y sistemático en el seno de un equipo interdisciplinario en el contexto de la salud pública con personas afectadas con trastornos del comportamiento alimentario. Mediante un prolijo y fundamentado escrito, las autoras reflexionan críticamente acerca de dicha experiencia.

Ambas psicomotricistas con un largo recorrido en la práctica profesional, que motivadas por tener acceso a lo devastador de esta afección en quienes lo padecen y en su entorno, comenzaron a trabajar de forma desinteresada en una prestigiosa organización de salud.

Rápidamente ganaron consenso, más allá de lo formal (que también terminaron conquistando, por cierto), dentro del equipo interdisciplina-

rio que en dicha organización trabaja con estos trastornos, por la seriedad con que encararon la tarea y los elogiosos comentarios de los participantes. Ni que hablar en cuanto se comenzaron a ver los avances y mejoras terapéuticas en los destinatarios de las acciones por ellas encaradas.

Tal como ellas nos develan, en el campo de la práctica psicomotriz no son muchas las experiencias al respecto. Y sobre todo, ninguna que haya sido sistematizada como ésta, mediante el seguimiento y análisis de los datos obtenidos en la experiencia. Sin dudas, esto es un “plus” de este escrito, ya que baliza un camino posible a seguir y contrastar.

Invito al lector interesado, y al que quiera adentrarse en esta temática desde una mirada psicomotriz, a que recorra las siguientes páginas de forma pausada y meticulosa... en ellas encontrará un posible ejemplo a seguir, o el puntapié inicial para iniciar su propia búsqueda y recorrido en este terreno, contando con este aporte que le permitirá sortear, aunque más no sea de forma parcial, los escollos por venir.

Quiero terminar estas palabras introductorias agradeciendo a Carta y Castellani el privilegio que me han dado en ser de los primeros en tomar contacto con este escrito, y el haberme dado la responsabilidad de prologarlo, “proa” con que un libro ingresa “a las agitadas aguas” de las publicaciones de carácter científico en el cada vez más amplio “mar” de las reflexiones de las prácticas en Psicomotricidad.

Ellas, ya experimentadas “timoneles” de aguas turbulentas, ayudan con esta obra a aquellos que quieran adentrarse en este “derrotero”.

–Buenos Aires, abril de 2018–

Introducción

Cuando hablamos de Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA), nos referimos a un grupo de enfermedades cuya característica principal reside en alteraciones significativas en el comportamiento alimentario y en una extrema preocupación por los aspectos físicos de la persona, como su peso corporal. Dentro de estos trastornos los más conocidos son la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE).

No obstante, hoy el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V, nos habla de Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, donde incluye muchos otros tales como: Pica, Trastorno de rumiación, trastornos de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, trastornos de atracones, entre otros.

Los TCA son trastornos complejos y resultan de una variedad de causas potenciales, factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales, sociales y culturales. Estos últimos trascienden del campo médico y científico a la sociedad. Las nuevas modas de alimentación, la sobre-exigencia por los nuevos estándares en el aspecto físico, las nuevas tendencias de belleza, entre otros, son señaladas hoy como disparadores en el aumento de aparición de estos trastornos.

Es por ello que constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad. La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que incluya los aspectos clínicos, familiares, pero también culturales, sociales y especialmente, educativos. Como consecuencia, es necesario tratar el tema no exclusivamente desde la perspectiva sanitaria, sino también desde la educación y prevención.

Nos encontramos delante de un problema social y cultural en el que se obtendría beneficios sí, desde los distintos sectores y agentes implica-

dos, se lograra profundizar en la problemática, y encontrar herramientas adecuadas para dar respuesta a la situación especial de las personas que la sufren y a sus familias.

El término “Trastornos Alimentarios” se refiere en general a trastornos mentales que soportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. El fundamento de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Se entiende, pues, que el síntoma externo es una alteración de la conducta alimenticia (dietas prolongadas, uso de diuréticos, laxantes, pérdida de peso...) pero el origen de estos trastornos se explica a partir de una alteración psicológica (elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia, ideas distorsionadas sobre el peso, el cuerpo o la comida...).

Los medios de comunicación, las redes sociales, promueven hoy un ideal de belleza en el que la extrema delgadez es sinónimo de perfección y/o éxito. Una idea de belleza y salud representada por modelos, mujeres y hombres cuyas proporciones corporales, peso y estatura son una auténtica excepción estadística, siendo esto considerado símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional.

Detrás de un TCA encontraremos una profunda conflictiva interna, que se ha gestado durante mucho tiempo y genera desajustes en la salud física, vida emocional, relacional, laboral siendo una enfermedad que puede conducir a la muerte. La compulsión, la obsesión por la comida y por el aspecto del cuerpo, con el transcurrir del tiempo se convierten en conductas inevitables; provocando una perenne búsqueda de un cuerpo ideal, imposible de acceder en la realidad.

Según el DSM-IV y el CIE-10, los TCA cursan con distorsión de la imagen corporal, entre otra sintomatología. Desde la mirada de la Psicomotricidad, tanto esquema e imagen corporal se construyen y constituyen conjuntamente. Desde los fundamentos de la Psicomotricidad, sobre este eje del cuerpo se construye la estructuración espacio-temporal y la forma de relacionarse (consigo mismo, con los otros, con los objetos, el espacio y el tiempo) de las personas. Esto determina su forma de ser y estar en el mundo.

El esquema corporal, sostiene Françoise Dolto, “especifica al individuo en cuanto representante de la especie” (1986: 21); es la representación del cuerpo y sus posibilidades de acción que se adquiere de las sensaciones y percepciones obtenidas a partir de la actividad tónica, el equilibrio, las coordinaciones y la conciencia corporal. En esta construcción se incluyen aspectos perceptivos, cognitivos, afectivos, emocionales y socio-culturales.

La construcción del esquema e imagen corporal inciden en la autoimagen, en la autoestima, en la construcción de la personalidad y en la vida de relación (consigo misma, con los demás, en el espacio y tiempo).

Ahora bien, ¿qué pasa con esta representación del cuerpo en las personas con TCA, puntualmente con Anorexia y Bulimia Nerviosa? ¿Existe una alteración en la percepción del cuerpo, de sus posibilidades de acción o en la integración de dicha información? Ante esta preocupación constante por el peso, ¿se decodifica o se significa de modo errónea lo que el cuerpo comunica, siente, devuelve? ¿Cómo es la vivencia del cuerpo en quienes padecen un TCA? ¿Cómo se manifiesta esta vivencia? ¿Qué consecuencias trae aparejadas en otros aspectos de su vida?

En nuestra experiencia, las personas que padecen un trastorno alimentario sufren su cuerpo, manifiestan insatisfacción corporal, no lo aceptan tal cual es, están desconformes y reniegan de esa parte de su humanidad que les permite estar en el mundo. Nos preguntamos cómo, a partir de este malestar corporal, se configura la particular manera de ser y estar en el mundo de esta persona. ¿Cómo se estructura el espacio y el tiempo, su vida de relación, a partir de esta conflictiva con el cuerpo?

A estas y otras tantas preguntas se tratará de dar respuesta con el presente trabajo, intentando demostrar siempre el aporte teórico y práctico que la Psicomotricidad puede dar en la intervención interdisciplinaria de estos trastornos. Siendo esta nueva disciplina otro modo de abordar, de forma complementaria e interdisciplinaria a los tratamientos que ya se conocen para estos trastornos, como es el estricto control médico, nutricional, la terapia psicológica, el tratamiento farmacológico, psiquiátrico, la terapia de grupo, los grupos psico-educativos, el trabajo con los padres de las/los pacientes, entre otros.

Se pretende dar, siempre desde el trabajo interdisciplinario, un planteo basado en el paradigma de la complejidad, partiendo desde un pensamiento sistémico, en el que se reconoce la interdependencia entre las partes y el todo, y se entiende a la persona como una globalidad, en la que los diferentes sistemas de los cuales forma parte irán definiendo e influyendo en su modo de ser y hacer.

En la actualidad no existen tantas investigaciones científicas publicadas sobre el abordaje de la Psicomotricidad en los TCA, pero contamos con la experiencia desarrollada en el Hospital Nacional de Clínicas dependiente de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional de Córdoba, a partir de la labor en un taller de Psicomotricidad llevado adelante desde el año 2005 y en forma ininterrumpida hasta el 2011, donde se trabajó en interdisciplina con un equipo especializado en TCA.

También en Montevideo, Uruguay, hay un antecedente de otra profesional de la Psicomotricidad trabajando en la temática, en el ámbito hospitalario: Débora Gribov. Ambas experiencias fueron presentadas en el 1º Congreso Mundial de Psicomotricidad y 5º Congreso Regional de Atención Temprana y Psicomotricidad, en Montevideo en noviembre del año 2008.

A su vez, en la *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporal*, del año 2010, N° 35, se puede encontrar una primera publicación de la Lic. C. Marcela Carta acerca de la Intervención psicomotriz en relación a estos trastornos dentro del ámbito de la salud pública.

Consideramos que es un ámbito donde, siempre desde el trabajo interdisciplinario, la Psicomotricidad tiene mucho para aportar.

Lo anteriormente expuesto, renovó nuestra inquietud en la temática, ya que también ha sido motivo de investigación del trabajo final de la carrera de Psicomotricidad, en el Instituto Superior Domingo Cabred (hoy Universidad Provincial de Córdoba, Facultad de Educación y Salud), en el año 2007, de las Psicomotricistas María Natividad Castellani y Andrea Cecilia Baigorria, con el asesoramiento de la Psicomotricista y Prof. en Psm. Claudia Marcela Carta.¹

Dentro de este encuadre, el presente trabajo se desarrolla como una investigación cualitativa-cuantitativa: centrada en la comprensión de la fenomenología, en la observación y posterior análisis de los datos obtenidos, haciendo inferencias, buscando la comprensión de la realidad dinámica, determinada por multiplicidad de condiciones; apuntando a una mirada holista que ayude a entender la complejidad del fenómeno. Lo cual permite hacer una aproximación diagnóstica de la problemática, formular estrategias de acción para comprobar las hipótesis, y retomar la reflexión, para reinterpretar los resultados.

Así en el marco teórico y referencial se realiza una revisión bibliográfica de los TCA y de los contenidos de la Psicomotricidad, atendiendo a los antecedentes sobre la experiencia práctica en el ámbito de los trastornos alimentarios, a través del análisis cualitativo de entrevistas abiertas a profesionales de diferentes disciplinas, con sus distintos modos de abordaje: médico clínico, psiquiatra, psicóloga, nutricionista, psicope-

1 También fue objeto de investigación para el trabajo final en la Licenciatura de Psicomotricidad en la Universidad de Morón (Buenos Aires), en 2011, de las Licenciadas Carta y Castellani. Al año siguiente, las mismas presentaron trabajos sobre la temática en la Organización Internacional de Psicomotricidad y Relajación (OIPR) y el Instituto Superior de Relajación y Psicomotricidad (ISRP) en la Universidad de París, frente a un tribunal internacional, para obtener la "Certificación Internacional en Ciencias y Técnicas del Cuerpo". Y en el año 2014, se publicó un artículo de las mismas autoras en la revista francesa de psicomotricidad, *Évolutions Psychomotrices*, volumen 26, N° 104.

dagoga, psicomotricista. El método descriptivo desde un enfoque cuali-cuantitativo, proporciona una mirada objetiva desde el registro de la entrevista a profesionales que trabajan con TCA; y una mirada subjetiva desde el análisis del discurso de los mismos en los aspectos consultados.

Esta investigación propone un diseño de corte transversal, con una profundidad explicativa que proporciona motivos para fundamentar la vivencia corporal de quien padece un trastorno alimentario y el posible aporte de la Psicomotricidad.

Se selecciona como estrategia para la recolección de datos, la entrevista, estableciendo una lista de tópicos en los que se focaliza la misma, quedando librada, a discreción de los investigadores, la interpretación de los datos obtenidos para poder inferir razones y motivos que lleven a fundamentar la importancia de la Intervención Psicomotriz en dichos trastornos.

Para procurar la confiabilidad de los datos se realizan las entrevistas a profesionales que demuestran idoneidad con respecto a la intervención en este trastorno a través de la formación y larga experiencia. En ellas se contrasta el eje: contenidos de la Psicomotricidad (cuerpo, espacio, tiempo y relación) afectadas, con la semiología de los TAC (Trastorno de la conducta alimentaria).

También se realiza una observación y análisis cualitativo de documentación y producciones (grafoplásticas) de un grupo de pacientes pertenecientes al Servicio de Psicopatología, Equipo Interdisciplinario de Trastornos Alimentarios, del Hospital Nacional de Clínicas dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

La triangulación teórica permite buscar diversas nociones que expliquen el mismo fenómeno. Los datos obtenidos de este análisis se enriquecen con los obtenidos en el marco teórico y el referencial, como así también con los resultados de las entrevistas. Así, se combinan varias observaciones, perspectivas teóricas y fuentes de datos. Esto permite alcanzar un carácter dinámico en la investigación, contrastar los datos, obtener mayor riqueza y evitar sesgos reduccionistas de una determinada metodología, enriqueciendo la comparación y mejorando la comprensión de los factores que influyen en la realidad. A la vez, facilita poder pensar otras formas posibles de intervención.

CAPÍTULO I

Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa

Michael Bernard (citado en: Sassano, 2013b: 53-54) sostiene que “el cuerpo es el lugar en que la sociedad se mira, se experimenta y obra sobre ella misma”. La persona lo construye a través de la interacción con los otros y con el medio que lo rodea. Es por eso que este cuerpo se encuentra influenciado por valores, creencias, historias, factores económicos, desarrollos tecnológico y científico, dejando todos ellos huellas en él.

A lo largo de la historia de la humanidad ha ido cambiando la concepción y el valor que se le fue asignando al cuerpo. En la época de la antigua Grecia comienza el dualismo cuerpo-mente, donde el cuerpo era concebido como algo a estudiar para poder entender de dónde provenían las sensaciones; se intentaba separar al cuerpo de los mitos.

Más tarde, con la llegada del cristianismo, el cuerpo era concebido como una carga, un sufrimiento, el cual debía ser disciplinado desde los valores de la iglesia. Esto cambia con la llegada del Renacimiento, momento en el que se empieza a pensar en una corporeidad despojada de lo teológico y entendiendo el valor productivo del cuerpo.

Con el advenimiento de la Revolución Francesa y la revolución industrial, el cuerpo se empieza a alinear con los mecanismos de producción y se lo consideraba una máquina para el trabajo, cuanto más producía un hombre mejor consideración de él se tenía.

Es en la actualidad cuando aparece la preocupación por lo corporal, el aspecto físico. Aparece el auge por la actividad física, el máximo ejercicio y las dietas alimentarias, medios para alcanzar el bienestar y el éxito. En el siglo XX y XXI la idealización por la belleza se fundamenta en ocultar o retrasar la adultez o la vejez; y para conseguirlo se accede a cirugías estéticas, recetas de entrenamiento físico y alimentario mágico, buscando así alcanzar el “bienestar”, la imagen ideal, perfecta que se refleja en la moda y los medios de comunicación.

En las últimas décadas, dado el auge de estos cuadros, los TCA han llegado a tomar entidad propia, pasando de síntomas a síndromes y para algunos autores a la categoría de enfermedad.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) concitan un sostenido interés por parte de las diferentes disciplinas clínicas y no clínicas, así como de la prensa y de la opinión pública en general. Los TCA se manifiestan como una importante alteración de la ingesta como consecuencia del intento de control del peso y la silueta. Esto es observable en el aumento de la frecuencia de la demanda de atención en Servicios de Psiquiatría, Psicología, Endocrinología, Clínica Médica y Pediatría, fundamentalmente por mujeres jóvenes. Datos epidemiológicos muestran mayor vulnerabilidad de las mujeres jóvenes de padecerlos, particularmente en la adolescencia o adultez temprana, siendo la incidencia máxima entre los 15 y 25 años.

El tratamiento implica la integración de equipos inter o multidisciplinarios, con formación especializada, generando un costo económico alto.

En el siglo XXI los TCA se transforman en una epidemia. Entendiendo a ésta desde la salud comunitaria, al hecho de que la enfermedad llega a un número de personas mayor al esperado, y se va extendiendo entre las sociedades industrializadas, afectando fundamentalmente a adolescentes en los inicios de la enfermedad, pero también a los niños y adultos. Este peligroso incremento comienza a alarmar a epidemiólogos en medicina, salud mental y sociólogos.

Se trata de personas obsesionadas por alcanzar un cuerpo ideal e inalcanzable, eje a partir del cual gira su vida y su mundo. Esto genera un importante monto de angustia, insatisfacción, odio a sí mismo, inseguridad, miedo y vergüenza por el cuerpo que les permite ser y estar en el mundo. Padecen una imagen corporal distorsionada, con alteración de la autopercepción y con una valoración negativa de la apariencia física.

Se entiende por Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) a disfunciones emocionales y/o relacionales, en los que la ingesta y el aspecto corporal son manipulados, buscando inútilmente camuflar o resolver conflictos internos, intentando así ajustarse y adaptarse a los cambios del ambiente. Las patologías más frecuentes dentro de los TCA son la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de la Alimentación No Especificado (TANE).

Estos trastornos están multi-determinados por factores biológicos, familiares y socioculturales siendo comunes a todas las edades, afectan en general, pero no exclusivamente a mujeres; no exime a niños, adultos ni al sexo masculino.

La clasificación internacional de las enfermedades en su última revisión CIE-10, dentro del capítulo V, Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99), incluye en el apartado de Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-F59) a los Trastornos de la Ingestión de alimentos (F50). Dentro de estos últimos incluye:

- F50.0 Anorexia Nerviosa.
- F50.1 Anorexia Nerviosa atípica.
- F50.2 Bulimia Nerviosa.
- F50.3 Bulimia Nerviosa atípica.
- F50.4 Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas.
- F50.5 Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas.
- F50.8 Otros trastornos de la ingestión de alimentos.
- F50.9 Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado.

Según el DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), Asociación de Psiquiatría Americana, los trastornos alimentarios se dividen en:

Anorexia Nerviosa:

- Tipo restrictivo: pérdida de peso a través de dietas, ayuno o realizando ejercicio intenso.
- Tipo compulsivo purgativo: excesos de atracones.

307.51 Bulimia Nerviosa:

- Tipo purgativo: se induce el vómito y usa laxantes, diuréticos y enemas.
- Tipo no purgativo: mecanismos compensatorios como ayunos y ejercicios excesivos.

307.50 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado.

Actualmente con el advenimiento del DSM-V, la Asociación de Psiquiatría Americana, realizó una nueva organización de estos trastornos, modificando la nominación. Hoy figuran como Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos y dentro de este apartado incluye:

- Pica.
- Trastorno de Rumiación (307.53).
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (307.59).
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa (307.51).
- Trastorno de atracones (307.51).

- Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (307.59).
- Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (307.50).

1. Anorexia Nerviosa

Es un trastorno caracterizado por el rechazo persistente a los alimentos, consecuencia de un temor irracional ante la posibilidad de aumentar de peso en el momento actual o en el futuro, juntamente con una alteración en la percepción en la imagen corporal, que da lugar a una intensa pérdida de peso y que conduce a un estado de desnutrición progresiva. (Moreno, 1995: 34)

Las personas que presentan este trastorno se caracterizan, en un primer momento, por estar constantemente pensando en la comida o bien en temas relacionados a ella, provocándoles alteraciones en el comportamiento alimenticio. Pero a la hora de ingerir dichos alimentos tienden a elegir aquellos que cuentan con un bajo porcentaje calórico. Con el correr del tiempo esta conducta va cambiando hasta llegar a la restricción total de alimento, produciéndoles una alteración de la percepción del hambre-saciedad y un descenso de peso muy por debajo al esperado para la edad y talla.

Son personas que se niegan a mantener un peso corporal dentro los parámetros normales y manifiestan un miedo extremo por ganar peso, lo cual guarda relación con el pobre registro de su cuerpo, su forma, sus sensaciones.

Para evitar la ganancia de peso ponen en práctica, de modo voluntario e intencionado, diferentes medidas para conseguir el objetivo. Utilizan dietas restrictivas muy estrictas y conductas purgativas (vómitos, abuso de laxantes, diuréticos) como medios compensatorios. Estas medidas se vuelven descontroladas como consecuencia de la distorsión que este grupo de personas presenta en relación a su imagen corporal, sin tener consideración de las fallas nutricionales que esto les trae aparejado y el riesgo de vida que corren.

El DSM-IV-TR menciona dos subtipos de AN:

- Compulsiva/purga: durante este episodio los afectados recurren regularmente a atracones o purgas.
- Restrictiva: durante el episodio no recurren a atracones (pérdida de control frente a la comida, ingiriendo grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo) o purgas como vómitos inducidos, abusos de laxantes, diuréticos, enemas.

Considerando los cambios que realizó la Asociación de Psiquiatría Americana, en el DSM-V, con respecto a este grupo de trastornos, nos parece oportuno mencionar que se definen tres criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa:

- a) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- c) Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

La presente enfermedad ha ido cambiando con el tiempo, adquiriendo hoy un papel preponderante en la sociedad moderna, aunque este trastorno es una patología histórica que se ha visto reflejada principalmente en mujeres.

Otro de los criterios operacionales útiles para el diagnóstico de este trastorno es el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, la cual determina que para lograr tal objetivo deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- Pérdida significativa de peso, originada por la propia persona: evitación de consumo de alimentos que engordan, y por uno o más de otros síntomas tales como vómitos autoprovocados, purgas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Trastorno endocrino generalizado (amenorrea o pérdida del interés y potencia sexual en el hombre).
- Retraso de la aparición de las manifestaciones de la pubertad, en aquellos casos cuya aparición es anterior a ésta.

1.1. Manifestaciones clínicas

En ocasiones, a raíz de un ligero sobrepeso los pacientes comienzan con dietas estrictas y luego no se detienen al llegar al peso buscado. El objetivo es la pérdida de peso sin conciencia del daño que esto provoca, y cursa con una alteración de la imagen corporal, lo cual favorece la

conducta dietante. Hay una falta de conciencia de enfermedad, lo que obstaculiza y genera resistencia al tratamiento. Generalmente la familia lleva al paciente a consulta y tratamiento cuando la pérdida de peso es visible.

Muchos autores refieren que los pacientes que padecen esta enfermedad son personas con dificultades significativas en la autonomía e independencia, lo cual les genera serias dificultades en la vida adulta, problemas interpersonales, inseguridad, ansiedad social, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral y/o relacional. Manifiestan fuertes tendencia al perfeccionismo y el autocontrol, presentando comportamientos rígidos.

Al ser la alimentación una instancia social, los pacientes se rehúsan a comer en familia y en lugares públicos. Reducen drásticamente la ingesta de alimentos con alto valor en grasas e hidratos de carbono, aumentan considerablemente la actividad física, dejan de usar medios de transportes y caminan, agregan tareas en el hogar para consumir calorías extras y se muestran hiperactivas como intento de mostrar sus energías y ocultar o negar la enfermedad.

Generalmente son pacientes que estudian o trabajan largas horas, tienen un alto nivel de exigencia, generalmente excelente rendimiento, pese a lo cual nunca se conforman, aumentan la autoexigencia y no disfrutan ni valoran sus logros.

Conforme las pacientes pierden peso “aparecen signos físicos como hipotermia, edemas, bradicardia, hipotensión, lanugo y una variedad de cambios metabólicos. Algunas mujeres buscan atención médica debido a la amenorrea, que suele comenzar antes de que la pérdida de peso sea evidente” (Sassi, 2008).

A continuación, se enunciarán los síntomas y signos principales que se manifiestan en los TCA. Entendemos por síntomas a un “...fenómeno que refleja los estados mórbidos y que va ligado a trastornos funcionales o lesionales que lo determinan...” (Defontaine, 1978: 133). Son todos aquellos signos percibidos por la persona sin necesidad de un procedimiento técnico. Mientras que al signo se lo define como un: “...fenómeno sensible destinado a manifestar otro fenómeno, que actualmente no es visible o que incluso puede no llegar a serlo nunca...” (Defontaine, 1978: 134). Para ello son necesarios procedimientos que lo decodifiquen, es decir que establezcan la relación entre un hecho perceptible y otro que no lo sea.

Las manifestaciones orgánicas oscilan entre los siguientes síntomas:

- Escasa ingesta de alimentos o dietas severas: Hipercarotinemia.
- No presentan otra enfermedad física que justifique los síntomas.

- Prevalen comportamientos del tipo ayuno, abstención o restricción de tipo bulímico.
- Presencia de perturbación de la imagen corporal: siguen viéndose gordas pese a la pérdida de peso.
- Manifiestan placer con el adelgazamiento, generando una intensa ansiedad frente a la mínima recuperación ponderal.
- Sentimiento de culpa al comer.
- Hiperactividad y excesivo ejercicio físico.
- Cambios de carácter, irritabilidad, tristeza, insomnio.
- Alteraciones psiquiátricas: depresión, suicidio, temores obsesivos.
- Alteraciones endócrinas originadas por la inanición (amenorrea).
- Alteraciones inmunológicas: linfopenia.
- Alteraciones respiratorias: disminución del volumen respiratorio.
- Alteraciones neurológicas: miopatía, neuropatía, y si es grave desmielinización y síndrome cerebral orgánico.
- Alteraciones dermatológicas: pérdida del cabello; lanugo (bello fino) sobre cara, tronco y extremidades; la piel se vuelve áspera y escamosa y aparecen Petequias.
- Pérdida de masa muscular, incluidos los órganos (corazón).
- Complicaciones cardiovasculares: bradicardia, hipotensión, arritmias, bajo voltaje en el electrocardiograma.
- Consecuencias gastrointestinales: estreñimiento, elevación de las enzimas hepáticas, retraso del vaciamiento gástrico.
- Alteraciones endocrinológicas: alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, idénticos a los niños con marasmo. Aumento de la producción del cortisol. Amenorrea. Aumento de la hormona del crecimiento, osteoporosis.

Dentro de las manifestaciones psicológicas encontramos:

- Miedo intenso a ganar peso, manteniéndolo por debajo del valor normal.
- Síntomas de inanición con largos ayunos y estricto control de la cantidad de alimentos ingeridos, del valor calórico y aumento de actividad física para gastar calorías.
- Los estudios clínicos coinciden en la personalidad premórbida de la AN, el deseo por agradar a los demás, a costas de su propia felicidad.
- Tienen baja autoestima, son inseguros, dependientes, inhibidos socialmente, y son poco hábiles para las relaciones interpersonales.
- Tienen dificultades para asumir responsabilidades, baja tolerancia a la frustración, miedo a equivocarse, les cuesta separarse del núcleo familiar. Poseen en general una personalidad rígida, perfeccionistas,

obsesivas, con un nivel altísimo de autoexigencia, en muchos casos son niñas, niños o jóvenes modelo.

- Generalmente son pacientes con problemas en los procesos de separación-individuación, particularmente en la AN.

1.2. Factores familiares que coinciden en los TCA

Pichón Riviere refiere a la familia como:

...una estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), y enunciado los niveles o dimensiones comprometidos en su análisis, podemos afirmar que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal... (1982: 59)

Desde el paradigma de la complejidad, y pensando el concepto de globalidad al que refiere la Psicomotricidad (Bottini y Sassano, 2000), decimos que el sistema persona se encuentra en interrelación con el sistema familiar, el sistema institucional, y a nivel macro el sistema social, cultural... La familia es esa unidad básica donde la persona se desarrolla, por lo tanto, las modalidades vinculares, se aprenden en ella. Es por esto importante mirar a la familia como núcleo donde se constituyen las personas y donde se encuentran modelos de interacción, que se establecerán como *pattern*, como molde, una matriz relacional y vincular.

Minuchin y Fishman definen a la familia como "...un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción..." (1985: 25), y sostienen que estos modelos conforman la estructura familiar, es decir, "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1979: 86). Esto se instaura en cada integrante de la familia posibilitando o no, a través de la flexibilidad, la adaptación a los cambios que se dan durante las crisis vitales y evolutivas. Hay familias un tanto rígidas, que observan los cambios como potenciales amenazas y presentan dificultades para asimilarlos. Mantienen la misma estructura de funcionamiento y roles, sin poder adecuarse con flexibilidad a las nuevas situaciones. Esto favorece la aparición de síntomas en alguno de sus miembros, dejándolos detenidos en otra etapa evolutiva.

Dentro de la familia existen distintos niveles de autoridad y de jerarquía de poder necesarias entre padres e hijos, llamadas "pautas transaccionales". Las funciones parentales deben complementarse, aceptando la interdependencia de cada uno, pero trabajando en equipo cuando sea necesario (Minuchin, 1979).

En general las familias de pacientes con TCA presentan dificultades para adaptarse a los cambios de las diferentes etapas evolutivas. En general se observan aglutinamiento, sobreprotección, falta de resolución de conflictos, rigidez y alto nivel de aspiraciones. Los padres consideran al hijo enfermo como único problema familiar, asumiendo conductas de sobreprotección, o bien responsabilizando al enfermo de todos los conflictos familiares.

No obstante, las investigaciones no han permitido demostrar que exista una estructura familiar pre-mórbida específica, siendo probable que la mayoría de las alteraciones en la dinámica familiar sean el resultado de la aparición y el desarrollo de la enfermedad, aunque una vez establecidas se constituyan en un factor perpetuante de enfermedad.

1.3. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es complicado dada la falta de conciencia de enfermedad. Aun así, es fundamental descartar otras enfermedades médicas o psicológicas, como por ejemplo un tumor cerebral, cáncer, esquizofrenia.

Encontramos enfermedades gastrointestinales como síndrome de mala absorción; enfermedad inflamatoria, colitis ulcerosa, parasitosis, neoplasias. Enfermedades endócrinas: hiper o hipo tiroidismo, diabetes mellitus, enfermedad de Addison, hipopituitarismo. Enfermedades neurológicas como tumores en el sistema nerviosos central.

Dentro de los trastornos mentales, podemos mencionar la depresión, esquizofrenia y los trastornos obsesivos compulsivos.

2. Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por la presencia de grandes atracones de comida (ingesta incontrolada de grandes cantidades de alimentos en un corto lapso), precedidos de un deseo irresistible de comer (ansiedad por la comida), acompañados de la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria, lo que conlleva fuertes sentimientos de culpabilidad y falta de control.

El comportamiento bulímico es un circuito que se retro alimenta. Los pacientes pierden el control frente a la comida, ingiriendo grandes cantidades de alimentos, lo cual aumenta la culpa, en tanto no pueden frenar de comer. Cuando la comida se acaba, recién ahí finaliza la compulsión, lo cual refuerza la culpa y desencadena el uso de mecanismos compensatorios (vómitos, purgas, laxantes), llevándolos a sentimientos

físicos indeseables. Esto lejos de disminuir la culpa, los mecanismos compensatorios generan más angustia y se canalizan nuevamente por la comida.

Los estados emocionales negativos y la necesidad de restricción alimentaria, para evitar la suba de peso, se relacionan con la ansiedad por la comida y la ingesta descontrolada de alimentos.

El atracón es un método utilizado por las personas con BN como un medio de distracción o alivio de sus estados de ánimo negativos (ansiedad, tristeza, aburrimiento) y, a su vez, las emociones negativas pueden reducir la capacidad para mantener el control sobre la ingesta. Estas buscan la privación alimentaria como un medio para evitar esos sentimientos negativos derivados tanto del consumo excesivo de comida como de otros aspectos de su vida cotidiana.

En la BN, la persona, frente a esta falta de control en la ingesta de alimentos, utiliza métodos compensatorios inapropiados como el vómito, uso de diuréticos, laxantes, ayuno, ejercicio excesivo con la finalidad de impedir la suba de peso.

Alfonso Moreno define a la BN como un:

...Trastorno caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de voracidad (consumo, en un periodo discreto de tiempo, de una cantidad de alimentos claramente superior a la cantidad que consumiría la mayoría de la gente en circunstancias similares, que se acompaña de un sentimiento de falta de control de qué o cuánto se está comiendo), con una preocupación excesiva o temor intenso a ser obesa, en el momento actual o en el futuro, y por la utilización de conductas compensatorias inadecuadas para prevenir la ganancia de peso... (1995: 39)

El punto en común entre la AN y la BN está dado por la preocupación por el peso y/o la imagen corporal, percibiéndolos de manera distorsionada. No obstante las personas que padecen la BN se caracterizan por presentar un peso acorde dentro de los rangos considerados normales para su edad y talla –aunque es frecuente encontrar aquellas personas que presentan sobrepeso–.

Usualmente el punto de partida considerado para introducirse en este trastorno se da luego de reiterados intentos frustrados de la realización de dietas estrictas, desencadenando episodios de consumo voraz de alimentos, atracones, aconteciéndose en un periodo corto de tiempo (inferior a dos horas). Los alimentos que se ingieren usualmente en estos períodos se caracterizan por ser ricos en hidratos de carbono y por ende de un alto contenido calórico.

Existen dos mecanismos que conllevan a la BN, la ansiedad por la comida y la práctica de atracones. Ahora bien, los pacientes que padecen este trastorno para hacer frente a estos mecanismos tienden a la restricción alimentaria (fisiológica y/o psicológica) y/o presentan estados de ánimo negativos. Determinadas teorías neurofisiológicas asumen que la restricción alimentaria provoca una serie de déficits biológicos en el organismo (por ejemplo, cambios en los niveles de serotonina cerebral) que llevan a la persona a experimentar un deseo irresistible de comer un determinado alimento (ansiedad por la comida) y a ingerir grandes cantidades de comida para contrarrestar el desequilibrio homeostático (atración).

Durante el accionar antes mencionado la persona expresa sentimientos encontrados. Por un lado experimenta sentimientos de excitación y falta de control, y simultáneamente la ingesta les provoca placer. La detención de esta conducta es producto del malestar corporal, hinchazón, plenitud a nivel abdominal que experimenta ante la ingesta. Paralelamente a estas sensaciones se vivencia un sentimiento de disgusto, culpa, repugnancia, vergüenza, siendo consciente de ello y del daño auto provocado, a los que llaman estados de ánimo negativos; no obstante tienden a repetirlo nuevamente a escondidas o lo más disimuladamente posible.

Los atracones en la BN pueden estar inducidos por situaciones afectivas, emociones o estados de ánimo, lo que se conoce como alimentación emocional. Desde esta perspectiva, la sobreingesta (atración) puede ser utilizada por algunas personas como un medio de distracción o alivio de los estados de ánimo negativos (ansiedad, tristeza, aburrimiento, etc.).

La reiteración de atracones y los vómitos genera un aumento de las glándulas salivales, esofagitis, alteración del equilibrio de electrolitos, formación de callos en nudillos al inducirse el vomito, erosión del esmalte dental. También puede ocasionar miocardiopatía, el exceso de uso de ipecacuana (planta rubiácea de América del Sur) para inducir la emesis. El paso consecuente con esta conducta es la utilización de medios diversos para evitar el aumento de peso, dentro de los cuales se encuentra el vómito autoinducido, el consumo de laxantes, diuréticos y el ejercicio excesivo.

Según la bibliografía, las pacientes con BN tienen más probabilidades de presentar trastornos de personalidad, dificultades en el control de impulsos (robos, drogadicción, promiscuidad sexual), antecedentes personales y familiares de trastornos afectivos y reacción positiva al tratamiento antidepresivo.

Dentro de la BN se encuentran dos subtipos:

- Purgativo: se da cuando se autoinducen el vómito o bien ante el consumo inadecuado de laxantes, diuréticos y/o enemas.
- No purgativo: emplea otros medios compensatorios, como es el ayuno y la realización de ejercicio en exceso, pero no vomita, ni usa laxantes ni diuréticos en exceso.

Los criterios diagnósticos mayormente utilizados para definir este trastorno, al igual que para la AN, son para el DSM IV-TR:

- 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 (por ejemplo, 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 autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

El DSM-V, no evidencia cambio alguno con respecto a este trastorno. Y el CIE-10 considera que para diagnosticarse deben estar presentes todas las siguientes alteraciones:

- a) Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de ingerir llevándolo a consumir grandes cantidades de alimentos en un periodo corto de tiempo.
- b) La persona intenta contrarrestar el aumento de peso utilizando uno o más de los siguientes métodos: vómitos, abusos de laxantes, ayuno, consumo de fármacos supresores del apetito o diuréticos.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija un peso inferior al que tenía antes de la enfermedad y el de su peso óptimo. Con frecuencia existen antecedentes previos de anorexia con intervalos entre ambos trastornos. La consecuencia más habitual es la pérdida de peso y/o una fase transitoria de amenorrea.

2.1. Factores psicológicos

En la literatura sobre la bulimia nerviosa, esta patología se ha visto generalmente asociada a otros trastornos mentales tales como trastornos afectivos, de ansiedad y obsesivo-compulsivos, abuso de sustancias y/o tóxicos, pérdida generalizada del control de los impulsos, etc.

Se observa frecuentemente que las pacientes con BN tienden a ser más impulsivas, inestables de ánimo y manifiestan más actos compulsivos, rasgos que se acentúan con la enfermedad. Manifiestan sensación de pérdida del control. Actúan de manera irreflexiva, aun sabiendo que no está bien lo que hacen, pero no pueden tampoco evitarlo. Esto se extiende a la alimentación.

Las características clínicas comunes que presentan estos pacientes van desde un estado de ánimo depresivo, ansiedad somática, irritabilidad, impulsividad, menos intereses personales, baja tolerancia a la frustración, agresividad verbal, sentimientos de culpa excesivos y, en general, un peor funcionamiento global.

Presentan ideas de auto-referencia, a la que le atribuyen un significado personal, generalmente negativo, a determinados hechos. Se sienten observadas todo el tiempo. Presentan ideas no deseadas que irrumpen de manera repetitiva, que el sujeto reconoce como propias, generalmente asociado a conductas compulsivas... (Sassi, 2008)

La depresión, amenaza de suicidio y automutilación son comunes acompañadas de aislamiento social y muy baja auto estima.

2.2. Manifestaciones clínicas

Sabemos que la BN está dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria los cuales constituyen un grupo de enfermedades psicosomáticas graves, que aumentan significativamente su incidencia, la gravedad de los síntomas y la resistencia al tratamiento por parte de la persona que los padecen.

La gran mayoría de la bibliografía identifica a la adolescencia como la etapa más vulnerable para el desarrollo de esta enfermedad. Sus inicios se asocian frecuentemente luego de intentos por perder peso, con o sin presiones externas al enfermo. Dichas personas suelen tener sobrepeso, y actualmente en España existen investigaciones de bulimia en obesidad. El 90% son mujeres. Cuando los hombres desarrollan un TCA lo más posible es que sea BN. En los hombres homosexuales se encuentra ocasionalmente AN. Las pacientes con BN tienen mayor conciencia de enfermedad y suelen solicitar ayuda.

Se sabe que las manifestaciones clínicas de esta enfermedad son multisistémicas, debido a que afectan a casi todos los aspectos de la persona, como consecuencia de la malnutrición y los estados de ánimo negativos.

A modo de una mejor comprensión consideramos que un recurso válido es clasificar la semiología de los TCA en síntomas físicos y psicológicos.

Dentro de los síntomas físicos pueden presentar:

- Epigastralgia, regurgitación, pirosis, hipertrofia paratoidea y de glándulas salivales.
- Deshidratación, hipocalcemia, astenia, ruptura de esófago, ruptura gástrica, diarreas, dolores de abdomen, cólicos, fluctuaciones de peso, irregularidades menstruales, taquicardias, arritmias, temblor, palidez.
- Cefaleas, disneas, opresión torácica, pérdida de cabello, piel seca y erosionada.
- Singo de Russell, dificultad para la concentración y memoria.
- Desesperanza, visión negativa del mundo y de sí misma, ideaciones suicidas, aislamiento de la familia y amigos, mutismo, lentitud psicomotora.

Y dentro de los síntomas psicológicos para mencionar algunos podemos citar:

- Distorsión de la imagen corporal.
- Insatisfacción con su cuerpo.
- Pensamiento dicotómico (todo o nada).
- Abstracción selectiva (se centra en aspectos negativos de una situación).
- Preocupación constante por la comida.
- Baja autoestima.
- Inestabilidad emocional.
- Ánimo deprimido.
- Irritabilidad.
- Vergüenza.
- Abuso de laxante y/o diuréticos.
- Regímenes estrictos.
- Abuso de edulcorantes.

2.3. Factores familiares

La familia toma gran relevancia en la aparición y cursos de estos trastornos, ya que es en su seno donde se desarrollan y se aprenden las normas, hábitos y costumbres que inciden en el estilo de vida y más aun en las conductas alimentarias.

Distintas bibliografías coinciden en citar que muchas veces es la familia un factor etiológico de los TCA, ya que se caracterizan por un deterioro en las relaciones al interior de las mismas, debido a una menor adaptabilidad, afinidad, expresividad e independencia, además de la falta de afectividad, manejos de reglas y pobres actividades compartidas entre los miembros.

...las familias de pacientes con BN suelen ser más desorganizadas, menos cohesionadas, críticas, conflictivas, con mayor nivel de agresividad y expresión de desajuste emocional, menor capacidad para establecer relaciones de confianza y ayuda mutua, suelen hacer mayor abuso de sustancias químicas (especialmente alcohol) y tienen más antecedentes de depresión y obesidad. Se puede sintetizar que son familias que en general tienen más conflictos y menor estabilidad... (Sassi, 2008)

La bulimia y la anorexia crean un laberinto de odio, de angustia, vergüenza, culpa, rencor al propio cuerpo. Creando mentiras, simulacros y obsesiones para cumplir su mandato primordial de estar delgadas, convirtiéndose así el cuerpo en el eje sobre el cual gira toda su vida.

3. Etiología

Los TCA son complejos, multidimensionales, de carácter biopsicosocial, por lo que se entiende que su causa es la combinación de diversos factores: biológicos (genéticos y neuroquímicos), psicológicos (expectativas personales altas, baja autoestima, falta de autocontrol), familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, rígidos y evitadores de conflictos) y sociales (sobrevaloración del cuerpo, sociedad del consumo, perfeccionismo).

Como ya fue mencionado, los TCA son multicausales, por lo tanto al igual que sus causas, los síntomas se manifiestan en la persona afectando sus aspectos sociales, biológicos y psicológicos; por lo que no existe un único síntoma capaz de diagnosticar dichos trastornos, sino que el conjunto de ellos los definen.

Para ser un poco más minuciosos en cuanto a la etiología de estos trastornos, las diferentes bibliografías toman como factores causales tres aspectos distintivos: biológicos, psicológicos y sociales.

Dentro de los primeros incluyen ciertos factores genéticos; se considera que la recurrencia de este trastornos entre diferentes miembros de un mismo grupo familiar y el predominio entre el sexo femenino sugeriría la existencia de cierta predisposición genética de la enfermedad. También reconocen ciertos aspectos bioquímicos con respecto al funcionamiento del hipotálamo, teniendo en cuenta su función en relación a la conducta

Vista parcial del contenido del libro.

Para obtener el libro completo en formato electrónico puede adquirirlo en:

www.amazon.com
www.bibliotechnia.com
www.interebook.com
www.e-libro.net

MIÑO y DÁVILA
♦ E D I T O R E S ♦