



ESTE CUERPO NO ES MIO

AUTORAS: LOZANO ZORRILLA A.I., RAMOS PARRA V.M., ESPINOZA SERRANO P.C.
C.H. TORRECARDENAS. yomisma_aiz@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son una de las enfermedades crónicas, más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Enfermedades psiquiátricas, que se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial.

Los afectados tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. (1) Las nuevas tendencias en la moda y los nuevos estándares en el aspecto físico y los patrones de alimentación se señalan como los posibles disparadores del aumento en la frecuencia de dichos trastornos. (2)

Clínicamente se considera a la anorexia nerviosa como un síndrome específico, cuyas características esenciales son las descritas en el DSM-IV, o sea, rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y la aparición de la amenorrea en las mujeres. (3)

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de más de 20 artículos sobre los trastornos de la conducta alimentaria, en dos idiomas, castellano e inglés quedando excluidos aquellos que no tenían relación con el tema de estudio.

Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos: MEDLINE, PubMed, LILACS y Cuiden, además de la biblioteca virtual SciELO. Los descriptores empleados fueron Anorexia nerviosa (Anorexia nervosa), Etiopatogenia (Pathogenesis), Delgadez (Thinness), Peso Corporal (Body Weight), Adolescencia (Adolescence).



OBJETIVOS

Identificar signos y síntomas

Determinar la etiopatogenia de la enfermedad

ETIOPATOGENIA

Es un trastorno de origen multifactorial, que sólo puede ser comprendido teniendo en cuenta no sólo a la persona que padece dicha enfermedad, sino también a su entorno familiar y social. (4,5)

Factores genéticos (5,6)

Se ha hablado de un posible componente genético ligado a la presencia del gen 5HT-2A, detectado en un gran número de pacientes diagnosticados de este desorden alimentario y activado por situaciones de malnutrición. Diversos estudios de concordancia gemelar apoyan este posible componente genético siendo la tasa de concordancia del 70% para gemelos idénticos y del solo 20% para los no idénticos.

Factores biológicos (5,7)

Se han detectado anomalías en la neurotransmisión cerebral, así como disfunciones en el eje hipotálamo-hipofisario y gonadal que no son totalmente atribuibles a la pérdida de peso.

También se han observado, a través de pruebas de imagen, alteraciones anatómicas y metabólicas en los sujetos con anorexia, que podrían estar ligadas a la presencia de la enfermedad.

Factores psicológicos (5)

La anorexia nerviosa parece ser una reacción de los adolescentes frente a ciertas demandas, como por ejemplo: aumento de sus relaciones sociales y sexuales, independencia, etc. Estas pacientes suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida, aumento de peso y suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza. Presentan escasa empatía, baja autoestima y personalidad obsesiva.

Factores familiares (6)

En las familias de las pacientes con anorexia nerviosa muy frecuentemente existen las siguientes características:

- Sobreenvolvimiento, es decir, excesiva fusión entre todos los miembros con una consecuente disminución de la independencia y autonomía individual.
- Rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones y situaciones.
- Sobreprotección.
- Evitación y falta de resolución de conflictos.

Son de clase económica alta y orientada hacia el éxito. Ocurre especialmente en familias que tienen más hijas que hijos y raramente en casos de hijos únicos.

Factores socioculturales (4)

Nuestra sociedad, apoyada por la publicidad hace una sobre valoración de los cuerpos delgados y esto hace que para muchas adolescentes solo haya autoestima con delgadez. La delgadez como modelo estético corporal y valor de éxito social, el rechazo de la obesidad y la presión mediática a favor del cuerpo delgado son aspectos que tienen gran importancia.



CONCLUSIÓN

La anorexia nerviosa que se inicia con el deseo de adelgazamiento asociado a presiones sociales, situaciones familiares y alteraciones psicológicas, acaba siendo una verdadera enfermedad endocrina y de nutrición.

La persona que padece esta enfermedad se convierte en una esclava de su obsesión por adelgazar a toda costa sin valorar las consecuencias.

Este trastorno es de fácil diagnóstico si se pone especial énfasis en la signosintomatología que presentan los pacientes.

Además a medida que va pasando el tiempo con dicha enfermedad a la persona afectada le va a ser más difícil abandonarla, y si continúa sin ponerse en tratamiento puede llegar a la muerte e incluso al suicidio.

Se deben iniciar programas de prevención de forma temprana, en la edad escolar, sobre estilos de vida y hábitos dietéticos saludables, así como desarrollar la autoestima y la toma de decisiones.

SIGNOS

- Pérdida excesiva de peso en un corto espacio de tiempo. (8)
- Sentimiento constante de obesidad no fundado y deseo férreo de seguir adelgazando, con control activo. Alteración de la imagen corporal. (4)
- Retraso del crecimiento y desarrollo en niños y adolescentes. (9)
- Alteraciones de la menstruación o ausencia de esta. Los varones con anorexia nerviosa pierden la libido y son infértiles. (4)
- Realización de ejercicio físico constante y excesivo. No reconocen el cansancio y mantienen un alto nivel de actividad. (3)
- Empleo de ropa holgada, principalmente pantalones para esconder la pérdida de peso.
- Evitar comidas en compañía. (10)
- Huir de la mesa después de comer.
- Disimular la comida para no ingerirla. (5)
- Aislamiento progresivo y pérdida de vínculos sociales. Son menos activas sexualmente. (3, 11)
- Alteraciones anímicas con tendencia a la depresión, la ansiedad y a la irritabilidad. (5,12,13,14)
- Obsesión por el contenido calórico de todo lo que se consume, tomando solo alimentos bajos en calorías. (3,10)
- Empleo no controlado de diuréticos y laxantes. (15)
- Baja autoestima. Relacionada con el miedo a perder el control sobre sí, reflejándose desconfianza personal. (12,13, 16)



SÍNTOMAS

- Sequedad de la piel, con posibilidad de presencia de grietas. Piel áspera. (17)
- Aparición de vello fino (lanugo) en mejillas, espalda, muslos y antebrazos. Puede aparecer también reducción del vello axilar y pubiano. (12,18)
- Pigmentación amarillenta en la piel, principalmente en las plantas de los pies y las palmas de las manos. (15,19)
- Extremidades frías y cianóticas. Poca tolerancia al clima frío. (17)
- Uñas quebradizas y caída de cabello. (17)
- Atrofia mamaria. (12)
- Hipertrofia de las glándulas salivares, como las glándulas parótidas y las glándulas submandibulares.
- Insomnio durante la noche. (14)
- Alteraciones dentales, con tendencia a la corrosión del esmalte dental y presencia de caries. (8,15)
- Alteraciones gastrointestinales: flatulencia, hinchazón, dolor abdominal y estreñimiento (excepto si se emplean laxantes que pueden ocasionar diarreas que alteran el equilibrio electrolítico). (17)
- Alteraciones cardiovasculares: hipotensión, bradicardia, arritmias. (15,20)
- Alteraciones del riñón: indicativos de un mal funcionamiento. Hipopotasemia, niveles elevados de compuestos derivados del nitrógeno, y elevación de los niveles de creatinina sérica. (15,20)
- Hemograma: Anemia y leucopenia. (12,18)
- Niveles bioquímicos: Hipoglucemia, aumento de triglicéridos, transaminasas, del proteinograma general y del colesterol. (15,19)



BIBLIOGRAFÍA

1. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A. Eating disorders. New England Journal of Medicine. 1999; 340 (14): 1092-1098.
2. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry. 2002; 159(8): 1284-1293.
3. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Ed. Masson; 1995: 557-9.
4. Lopez Romero A. Introducción a la Psiquiatría. 2a. ed. Buenos Aires: Editorial Salerno; 2000: 273-279.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la Conducta Psiquiátrica Clínica. 8a ed. Madrid: Editorial Panamericana; 1999: 816-829.
6. Alarcon RD, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. 2a ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2005: 519-527.
7. Naruo T, Nakabeppu Y, Sagiyama K-I. Characteristic regional cerebral blood patterns in anorexia nervosa patients with binge/purge behavior. Am J Psychiatry. 2000; 157: 1520-1522.
8. Bliss EL. Anorexia nerviosa. En: Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1982; 3: p 1822-7.
9. Aquilino APL. La Anorexia nerviosa. En: Psicología patológica. 8a. ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1993; 2: p 463-79.
10. Stonar SA, Fedoroff IC, Andersen AE, Rolls BJ. Food preferences and desire to eat in anorexia and bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 1996; 19: 13.
11. Holtz V, Tena-Sulk A. Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Psicol Iberoam. 1995; 3(2): 5-13.
12. Perpiñá TC. Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión. Valencia: Promolibro; 1989: 7-24.
13. Virseda JA. Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar. Psicol Iberoam. 1995; 3(2): 35-9.
14. Hsu LKG. The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women?. Clin Psychol Rev. 1989; 19: 393-427.
15. Mora M, Raich RM. Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. Rev Análisis y modificación de conducta. 1993; 19(66): 479-509.
16. O'Mahony JF, Hollway S. Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. Clin Psychol. 1995; 5(3): 345-51.
17. Ferreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. 14a ed. Barcelona: Editorial Harcourt; 2000; 2: p 1814-1818.
18. Feldman EB. Obesidad, anorexia nerviosa y bulimia. En: Principios de nutrición clínica. México DF: El Manual Moderno; 1990: 440-3.
19. Núñez C, Moreira O, Carvajal M. Pautas para el tratamiento dietético de pacientes con anorexia nerviosa basado en la evolución de su estado nutricional. Rev Clin Esp. 1995;195(4): 226-32.
20. Kaplan HI, Sadock BJ. Anorexia nerviosa. En: Compendio de Psiquiatría. 2a. ed. La Habana: Instituto del Libro; 1987: 517-20.