

**UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA DE
CIENCIAS EMPRESARIALES.**



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

FARMACIA.

TRATAMIENTO DE LOS DESORDENES ALIMENTICIOS.

ELABORADO POR:
Br. MAURICIO ANTONIO AGUILAR GUEVARA

CATEDRATICO:
ALVARO BANCHS

Managua Nicaragua 2008

Dedicatoria

Agradezco a los mejores padres que un hijo pudiera desear, Dr. Marvin Aguilar Garcia y Dra. Auxiliadora Guevara, quienes me han apoyado de manera incondicional en todos los aspectos, por su dedicación y afán en guiarme hacer un hombre de bien dado que han estado a mi lado en los momentos más importantes y trascendentales de mi vida.

A mis queridos hermanos Marvin Aguilar G y Benicio Aguilar G, por que al igual que mis padres, creyeron en mí y me han apoyado a alcanzar muchos de mis logros.

A mi querida novia por estar siempre a mi lado y apoyarme.

No tengo palabras para expresar la gratitud que siento por mis profesores, por su generosidad, su fe y su inestimable ayuda, en especial al Dr. Alvaro Banch.

Por su desinteresada ayuda en la investigación necesaria para la preparación de éste documento me gustaría expresar mi gratitud a la Lic. Renata Castaña.

INDICE

CAPITULO I

INTRODUCCION.....	1
A. Planteamiento del problema.....	3
B. Justificación.....	4
C. Objetivos.....	5
Objetivo General	
Objetivos Específicos	

CAPITULO II

DESARROLLO METODOLOGICO.....	6
A) Antecedentes.....	6
B) Información General.....	8
B.1 Clasificación de los desordenes.....	10
B.1.1 Anorexia.....	10
B.1.2 Bulimia.....	12
B.1.3 Comer compulsivo.....	14
B.1.4 Vigorexia.....	15
B.1.5 Ortorexia.....	16
B.1.6 Bulimarexia.....	17
B.1.7 Diferencia entre anorexia y bulimia.....	18
B.1.8 Presión social y estereotipo social.....	19
B.1.9 Edades promedios que se pueden ver afectadas por los trastornos alimenticios.....	20
C) Información sustantiva.....	21
C.1. Mantener un Peso e Imagen Corporal Saludables.....	23
C.2. Adoptar un enfoque racional para con su dieta, alimentos y ejercicios.....	23
C.3. Conocer y evitar los agentes desencadenantes.....	23
C.4. Recibir tratamiento, como sea necesario.....	24
C.5. Trabajar para construir una vida significativa y reconfortable.....	24
C.6. Desarrollar habilidades efectivas para salir adelante.....	25
C.7. Tomar los medicamentos como fueron recetados.....	25
D) Prevención o Detección Precoz de estos trastornos.....	26
D.1.1 Ayuda hacia el enfermo.....	26

CAPITULO III

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.....	29
---------------------------------------	-----------

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

A) Tipo de estudio.....	31
B) Recopilación de la información.....	31
C) Procesamiento de la información.....	31
Narrativa Metodológica.....	32
Conclusión.....	33
Bibliografía.....	34

CAPITULO I

A. INTRODUCCION

En los últimos años se han incrementado la cantidad enfermedades con desordenes alimenticios, principalmente en la población de adolescentes en Nicaragua, por tal razón, es de nuestro interés y motivación dar a conocer este relevante tema, para demostrar las causas y consecuencias que tienen las enfermedades con desordenes alimenticios, ya que en Nicaragua estas enfermedades no se les da la importancia necesaria generando costos culturales y económicos incalculables a causa de estas enfermedades y es por ello que nos hemos enfocado en un sector, el cual se refiere a nuestro tema.

En este documento se estará dando a conocer algunas recomendaciones, alternativas para no caer en estas enfermedades, ya que la mayoría provienen de un efecto psicológico provocadas por la misma sociedad.

Las enfermedades con desordenes alimenticios son un problema para la salud en general, dado que existen más de doscientos millones de personas afectadas en todo el mundo, en todo los grupos de edades, cada día aumentando en la población joven. En Nicaragua, lastimosamente, la población juvenil es la que más frecuentemente cae en la trampa publicitaria de los medios de comunicación de mantener una apariencia vistosa, por así decirlo.

Un Trastorno en la alimentación es una enfermedad causada por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios comunes.

Estas conductas alimenticias pueden o no alterarse voluntariamente, esto está sujeto a factores internos y externos como el nivel de autoestima, presiones familiares, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar u amigo, etc.

Generalmente estos tipos de trastornos en la alimentación, más allá de los síntomas que encierra cada uno en especial, son acompañados por un marcado aislamiento de la persona, excesivo cansancio, sueño, irritabilidad, agresión (sobre todo hacia personas conocidas y miembros de la familia), vergüenza, culpa y depresión, registrándose un trastorno en la identidad a partir de la nominación de la enfermedad.

En la universidad centroamericana de ciencias empresariales (UCEM) no existen estudios realizados sobre tratamiento de desordenes alimenticios que existen en esta universidad así como las causas y consecuencias de esta enfermedades por lo tanto este documento es pionero en abordar este tema.

B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se han incrementado las enfermedades con desórdenes alimenticios y Nicaragua no es la excepción, por esta razón nos hemos centrado en mencionar algunas alternativas de cómo podemos ayudar a los jóvenes a conocer algunos tratamientos y demostrarles las consecuencias que conllevan estos tipos de enfermedades, entre ellas tenemos: Anorexia, Bulimia, ortorexia, bulimarexia y vigorexia, esto que es un problema de salud pasa a convertirse en un problema socioeconómico que afecta a la población en general.

Así se pretende dar a contestar la siguiente interrogante, que son:

- ¿Cual es la clasificación de los diferentes tipos de desórdenes alimenticios?
- ¿Describir las consecuencias de los desórdenes alimenticios?
- ¿Determinar el tratamiento en cada uno de los trastornos alimenticios?

C. JUSTIFICACION

Hemos decidido abordar este tema como futuros promotores de la salud, por que podemos ayudar a la comunidad y en especial a la juventud, brindándole información acerca de las causas y consecuencias que conlleva las enfermedades con desordenes alimeticios, además, por que se ha venido incrementado en estos últimos años los adolescente con estas enfermedades.

El primer paso a la recuperación es la aceptación. Mientras más pronto te abras a reconocer que tienes un problema, más pronto podrás salir.

D. OBJETIVOS

D.1 General

Establecer las principales causas en los desordenes alimenticios.

D.2 Especificos

- Clasificar los diferentes tipos de desordenes alimenticios.
- Describir las consecuencias de los desordenes alimenticios.
- Determinar el tratamiento en cada uno de los trastornos alimenticios.

CAPITULO II

DESARROLLO METODOLOGICO

A. Antecedentes

Cabe señalar que, este mal, data desde la edad media, inicialmente se presento a evidenciar en Catalina de Siena, sus ideas de dedicar su vida a Dios chocaron con sus planes de sus padres de casarla lo que la llevo a encerrarse en su habitación a maltratarse no comiendo consiguiendo ingresar al final en la orden dominicana pero con la mitad de su peso el prestigio de Catalina de Siena se extendió rápidamente y tras su muerte, a los 28 años contaba con muchas seguidoras religiosas.

(Véase en el nuevo diario domingo 6 de enero 2008) Como se expreso en líneas anteriores, el ayuno era un medio para que el espíritu triunfara y no la carne permanecer sin ingerir alimentos era considerado como un signo de santidad a lo que más tarde se le conoció como Anorexia Santa.

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.

El primer caso mas cercano a un trastorno alimenticio se conoce desde el siglo XIV, en el cual una princesa llamada Wilgenfortis, se niega a ingerir cualquier tipo de alimento, con el propósito de ser tan delgada que ningún hombre la desee. Hacia el siglo XVIII se origina una orden de monjas llamadas "Las Santas Ayunadoras", estas rendían culto a la virgen María mediante el ayuno, no se tiene mayor información sobre estas monjas, pero se sabe que pasaban grandes cantidades de tiempo sin comer; semanas o días, se sabe que algunas podían morir de inanición o deficiencias cardiacas.

En el siglo XIX se establece la delgadez como modelo corporal con éxito social, lo que origino el aumento de la enfermedad, incluso ya desde entonces podemos ver que la mujeres que no eran lo suficientemente delgadas usaban

corsé para adaptarse a los vestidos de la época que exigían un cuerpo muy rígido y una pequeña cintura, lo que nos lleva a la conclusión que desde hace siglos se requiere ser delgado para estar dentro de los estándares de la moda.

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

Ambos trastornos se originan en la Antigüedad, pero es ahora cuando se les ha estudiado, tipificado y definido.

Se sabe que son producto de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como presiones por parte de la familia, es posible la predisposición genética o biológica y el vivir en una sociedad en la cual hay una oferta excesiva de comida y obsesión por la delgadez.

Esta idea de estética transmite a los jóvenes sistemas de valores que se basan en el "buen look", y el problema es que puedan derivar en una adicción u obsesión por ser delgado.

Es verdad que esta estética de moda, pero es sólo un disparador que afecta negativamente a algunos jóvenes con problemas familiares y con desajustes de personalidad.

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

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

B. INFORMACION GENERAL

Los Desórdenes Alimenticios no son debidos a faltas de voluntad o de carácter; más bien son enfermedades reales y controlables en las cuales ciertos patrones de comida mal adaptados toman vida propia. Las principales clases de Desórdenes Alimenticios son la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa, vigorexia, bulimarexia, ortorexia y la Enfermedad de la Gula (Glotonería), ha sido sugerida pero no ha sido aprobada aún como un diagnóstico psiquiátrico oficial.

Los Desórdenes Alimenticios se desarrollan en su gran mayoría en el adolescente o en el adulto joven, pero algunos reportes indican que sus inicios pueden ocurrir tanto en el infante como en el adulto mayor.

Los Desórdenes Alimenticios frecuentemente coexisten con otras condiciones psiquiátricas como la Depresión, el abuso de sustancias, y los Trastornos de Ansiedad. Además, las personas que sufren de Desórdenes Alimenticios pueden experimentar una larga lista de complicaciones físicas, incluyendo enfermedades cardiacas y fallas renales que pueden conducir a la muerte.

Reconocer los Desórdenes Alimenticios como enfermedades reales y tratables es entonces vitalmente importante. Las mujeres son más proclives a desarrollar Desórdenes Alimenticios que los hombres. Se estima que solo del 5 al 15 por ciento de las personas con anorexia o bulimia, y aproximadamente el 35 por ciento de los que sufren de La Enfermedad de la Gula son hombres.

Es difícil que en una sociedad donde actualmente se crean mitos, especulaciones y complicaciones alrededor de las cosas mas sencillas se evite que las personas caigan en enfermedades y trastornos relacionados con la autoestima, la imagen y la moda.

(Véase en Fisiología de Gayton Hill Quinta edición Pág. 112) Los trastornos alimenticios como su nombre lo dicen giran al rededor de la alimentación, por

esto es difícil combatirlos ya que comer es el eje de nuestra cultura, comer es necesario para el organismo, pero desafortunadamente se han creado muchos mitos alrededor de la comida.

En cada cultura existe un concepto de belleza, por ejemplo en algunas tribus indígenas africanas las mujeres con cuello largo o labios gruesos son las más atractivas, antiguamente en China las mujeres con pies pequeños y corto caminar eran consideradas como sex symb.

En Occidente el concepto que hemos desarrollado de belleza es la delgadez. Actualmente más de la tercera parte de la juventud quiere adelgazar, debido a la presión que el medio ejerce sobre esta.

La Anorexia causa que la vida de quien la padezca gire alrededor de la comida pero no la pueda consumir, esto hace que sea insostenible vivir con ella. Los trastornos alimenticios se propagan con la efectividad de un virus aunque no lo son.

B.1. Clasificación de los desordenes alimenticios

B.1.1. Anorexia.

El término anorexia proviene del griego *a-/an-* (negación) + *orégo* (tender, apetecer). Consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición.

Anorexia nerviosa

(Véase desordenes alimenticios" Lunes, 03 de marzo de 2003. Buenos Aires, Argentina. Host News) .La anorexia nerviosa (en nomenclatura médica latina, *anorexia nervosa*) se caracteriza por el temor a aumentar de peso y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea obeso aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado.

En consecuencia, se inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos. También puede ser que la persona se vea afectada por atracones y después se recurra a la purga de los alimentos por el vómito o el uso de laxantes, pero esta enfermedad esta catalogada como bulimia.

Afecta sobre todo a las mujeres de 12 a 25 años (esta cifra ha ido variando con el tiempo). Este tipo de anorexia precisa no sólo una realimentación, sino también un tratamiento psicológico.

El tema es ampliamente discutido últimamente, pues determinadas actitudes modernas como la ropa cada vez más estrecha, o la aparición de modelos de pasarela cada vez más delgadas puede influir negativamente en el ánimo de muchas jóvenes que tratan de conseguir el supuesto cuerpo perfecto que la sociedad parece pedir. Según muchos psicólogos, la solución a este problema pasa por formar a la juventud, escapar de esa moda de la delgadez extrema y enseñar a la gente a ser feliz con su propio cuerpo. En general, la persona afectada de anorexia tiende a negar el problema y se opone a la rehabilitación por miedo a subir de peso.

Consecuencias

Quizás, la más peligrosa de ellas sea la primera dado que el deseo de la persona por adelgazar puede llevar a extremos tales que el organismo se vea gravemente afectado. Determinados casos de mujeres han llegado a puntos en que el periodo menstrual se interrumpe, el deterioro mental se hace irrecuperable y se puede llegar a la muerte.

Aunque la anorexia usualmente recae en mujeres, en los hombres también puede aparecer. Uno de los motivos para la aparición de la anorexia en hombres puede ser debido a la exigencia de peso en algunos deportes, tales como en el boxeo, donde se categorizan las modalidades dependiendo del peso. Otros deportes pueden ser la lucha libre o el atletismo, lo que es llamado vigorexia.

Los síntomas de la anorexia nerviosa pueden incluir:

- Pérdida excesiva de peso
- Obsesión con las calorías y los contenidos grasos
- Hacer dietas incluso cuando se está delgado
- Un intenso miedo subir de peso, incluso cuando se tiene un peso bajo
- Imagen personal distorsionada de peso en exceso, a pesar de la evidencia contraria
- Excesiva influencia del peso corporal o la forma en las autoevaluaciones
- Pérdida de los periodos menstruales (amenorrea secundaria) o retraso en la aparición del periodo menstrual (menarquia)
- Ejercicio en exceso
- Tener frío, especialmente en las manos y pies
- Ser sigiloso con respecto a la comida
- Pérdida de cabello y/o crecimiento de pelo fino en el cuerpo
- Desmayos o aturdimiento severo
- Depresión y/o ansiedad
- Palpitaciones del corazón

El trayecto y las consecuencias de la anorexia nerviosa varían entre las diferentes personas. Algunos se recuperan después de un sólo episodio, algunos tienen un comportamiento oscilante de aumento de peso y luego recaídas, y otras personas experimentan un trayecto de deterioro crónico de la enfermedad con el paso de los años.

B.1.2 Bulimia.

La bulimia nerviosa (*hambre en exceso*) es un trastorno mental relacionado con la comida. La palabra "bulimia" proviene del latín *bŭlĭmia*, que a su vez proviene del griego βουλιμία (*boulĭmia*).

Su característica esencial consiste en que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida de control. Suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a sufrir episodios de ingestas compulsivas.

Un atracón consiste en consumir en un tiempo inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados, pasteles o chocolate).

Los individuos con este trastorno se sienten muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios suelen planearse con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta de alimento.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diferentes medios para intentar compensar los atracones.

El más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga (patrones cíclicos de ingestión excesiva de alimentos y purgas) lo emplean el 80-90 por

ciento de los sujetos que acuden a centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición inmediata del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son: el uso excesivo de laxantes y de diuréticos, enemas, realización de ejercicio físico muy intenso y ayuno.

Los síntomas físicos incluyen:

- Dolor abdominal
- Problemas menstruales
- Inflamación de mejillas y quijada
- Dolor de garganta
- Inflamación de las glándulas salivales
- Dientes manchados o astillados debido al contacto con los ácidos estomacales
- Heridas o cicatrices en el dorso de la mano por rasparse la piel con los dientes al momento de inducir el vómito

La bulimia puede llevar a otros problemas incluyendo:

- Problemas dentales y de garganta debido a los ácidos estomacales que suben durante el vómito
- Cambios en la química corporal y de los fluidos debidos al vómito y al abuso de laxantes o píldoras evacuadoras.

Los síntomas de estas complicaciones incluyen:

- Mareos
- Sentimiento de desmayo
- Calambres musculares
- Debilidad
- Enfermedades del corazón

B.1.5 Ortorexia.

Ortorexia nerviosa es un término acuñado por Steven Bratman, para denotar un trastorno alimenticio caracterizado por la obsesión de comer comida considerada saludable por la persona, lo que incluso puede llevar a la muerte.

Bratman acuñó el término en 1997 del Griego *orthos*, "correcto", y *orexis*, "apetito" . Literalmente "apetito correcto", la palabra es un símil de *anorexia*, "sin apetito". Bratman describe la *ortorexia* como una obsesión perjudicial para la salud como el trastorno obsesivo-compulsivo) con lo que el paciente considera alimentación saludable.

Los síntomas y consecuencias de la *orthorexia* nerviosa pueden incluir obsesión con la alimentación saludable, desnutrición, y la muerte por inanición.

Las personas que padecen esta enfermedad suelen tener distintas concepciones de diferentes tipos de alimento. Los productos que contienen preservantes suelen ser considerados "peligrosos", los alimentos producidos industrialmente "artificiales", y los producidos biológicamente "saludables". Los pacientes suelen tener deseos fuertes y hasta incontrolables de comer cuando están nerviosos, emocionados, felices, ansiosos o con remordimiento.

La *ortorexia* nerviosa es más común en hombres y en personas con una alta educación.

B.1.6 Bulimarexia.

Es una psicopatología alimentaria que combina manifestaciones anoréxicas con fenómenos bulímicos.

Este trastorno de la alimentación, que a veces es considerado como un subtipo de la anorexia o de la bulimia, es en realidad una psicopatología que combina síntomas presentados por las personas anoréxicas, tales como hiperactividad y restricción extrema a ingerir alimentos, con manifestaciones bulímicas como atracones y empleo de purgas para contrarrestarlos.

Así, aunque la bulimarexia presenta muchos de los síntomas de la anorexia, se diferencia de esta psicopatología debido a que los anoréxicos no realizan una alimentación compulsiva, y a pesar de que también comparte síntomas con la bulimia, se diferencia de ésta debido a que en el bulimaréxico puede producirse una pérdida importante de peso.

Esta combinación de rasgos bulímicos y anoréxicos en un mismo cuadro clínico suele ser el trastorno alimenticio más común, pues con frecuencia ninguna de las dos enfermedades aparece en un estado puro. Al igual que en la mayoría de los trastornos alimenticios, las mujeres jóvenes son el grupo más afectado por esta enfermedad.

Las consecuencias de la bulimarexia son las que suscitan tanto la anorexia como la bulimia en el cuerpo del enfermo, siendo los síntomas más frecuentes sequedad en la piel, trastornos hormonales y, en casos más extremos, la presencia de cardiopatías.

B.1.7 Cual es la diferencia entre anorexia bulimia?

La gente que sufre de anorexia deja de comer evita comida con alta caloría y hace ejercicios constantemente.

La gente que sufre de bulimia toma altas cantidades de comida pero poco después de su auto provoca el vomito y toma diuréticos o laxantes para así evitar aumentar de peso.

Normalmente las personas con bulimia no pierden tanto peso como aquellos con anorexia. También hay casos de personas que sufren de ambos desordenes alimenticios como es la anorexia y bulimia al mismo tiempo.

B.1.8 Presión social y estereotipos sociales.

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en las distintas épocas en el historia del mundo occidental.

El modelo de belleza femenina de la época de Rubens es muy distinto al actual. Los cambios históricos acarrearán cambios culturales y cambios en los patrones estéticos y corporales.

La imagen de un modelo ideal de belleza compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativo en todo y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razón para valorarse positivamente. Quienes no reúnen estas características padecen baja autoestima. En el establecimiento de los modelos estéticos intervienen multitud de factores aunque en cada país tengan un prototipo de belleza específica.

Por ejemplo en la India donde escasea el alimento, la obesidad es signo de prestigio social y de potencial socioeconómico. Por el contrario el ideal de delgadez se da en sociedad donde la obtención del alimento no es problema.

Los estereotipos estéticos suelen extenderse en la sociedad compleja en sentido descendente es decir de las clases mas bajas a las más altas, en las sociedades mas desarrolladas hay una relación inversa entre clase social y obesidad.

Estas se canalizan a través de los demás y del ambiente.

Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación de masa, nos hallamos inmersos en una sociedad en donde TV, prensa y radio bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes

B.1.9 Edades promedio que se pueden ver afectadas por los trastornos alimenticios.

Las edades varían según el comportamiento y actitudes humanas en su mayoría afecta a personas cuyas edades oscilan entre los 14 y 28 años de edad sin perjuicio del espacio de edades que pueden verse afectada de forma general, existen casos aislados, en personas cuyas edades rebasan ese mínimo, padecen estos trastornos alimenticios.

El paciente anoréxico presenta un intenso miedo al aumentar de peso a pesar de que este disminuya cada vez más y de una manera alarmante se produce una distorsión de la imagen corporal lo que lo obliga a mantener la dieta.

El hecho de la pérdida de peso es negado prácticamente siempre por el enfermo y no suele tener conciencia por la enfermedad.

Las preocupaciones por el alimento se hacen auténticamente obsesivas los pensamientos actitudes relacionadas con el cuerpo, el peso y la alimentación indican que después sufren de síntomas obsesivos, síntomas depresivos o continúan siendo anoréxicas.

C. INFORMACION SUSTANTIVA

El tratamiento de la anorexia implica tres fases principales:

1. El paciente debe tener un peso saludable y estable.
2. Al paciente se le debe de dar un tratamiento psicológico, para que no sufra desequilibrios mentales, tales como: distorsión de la imagen corporal, baja autoestima y conflictos interpersonales.
3. Remitir al enfermo a rehabilitación o recuperación completa de largo plazo

El diagnóstico temprano y el tratamiento incrementan sus probabilidades de un resultado positivo. Su médico puede considerar recetarle medicamentos, pero solo después de que haya ganado una cantidad de peso apropiada. Un peso saludable está por encima de 85%, pero no necesariamente tan alto como el 100%, de su peso ideal. Para lograr este peso, se aumentará gradualmente su ingestión de calorías.

Si su pérdida de peso es aguda, el cuidado tenderá a ser provisto en un establecimiento hospitalario. En el hospital, los médicos desarrollarán planes de alimentación para atender sus necesidades nutricionales y médicas.

En algunos casos, se recomienda la alimentación intravenosa. Una vez que la malnutrición se ha corregido y se ha iniciado el aumento de peso, puede recibir psicoterapia (frecuentemente psicoterapia cognoscitiva del comportamiento o psicoterapia interpersonal) para ayudarle a superar la baja autoestima y a atender los patrones distorsionados de pensamiento y de la conducta. Algunas veces se incluyen las familias en el proceso terapéutico.

Pautas Generales de Tratamiento para el Trastorno Alimenticio de Bulimia Nerviosa y Compulsiva.

1. Este tratamiento puede incluir los siguientes pasos:

1. El enfermo debe de mantener un peso y una imagen corporal saludables
2. El paciente tiene que adoptar un enfoque racional para con su dieta, alimentos y ejercicios
3. El enfermo debe de conocer y evitar los agentes desencadenantes
4. El enfermos tiene que recibir tratamiento, como sea necesario
5. El paciente tiene que trabajar para construir una vida significativa, reconfortante y satisfactoria
6. El enfermo tiene que desarrollar habilidades efectivas para salir adelante
7. el paciente debe de tomar los medicamentos como fueron recetados

C.1. El enfermo debe de mantener un Peso e Imagen Corporal Saludables

El enfermo debe de trabajar para desarrollar y mantener una imagen corporal y peso saludable y real. Durante las veces que se sienta gordo, pregúntese si su vida sería en realidad muy diferente si estuviera por debajo de su peso. ¿Sería exitoso, popular y querido automáticamente? Dese cuenta de que las cosas que quiere lograr en la vida tienen poco que ver con el peso y más que ver con la fijación y ejecución de objetivos reales. Recuerde que ser delgado no es igual que ser feliz.

C.2. El enfermo debe de adoptar un Enfoque Racional para con su Dieta, Alimentos y Ejercicios.

El enfermo no debe de hacer dieta, incluso si necesita perder peso. En vez de ello, necesita un plan alimenticio que le dé la nutrición adecuada para su salud y crecimiento normal. Puede trabajar para alcanzar un peso saludable limitando su ingestión de alimentos altos en grasas, azúcares y carbohidratos refinados, y consumiendo granos enteros, frutas, vegetales y proteínas adecuadas. Si necesita ayuda para planear su dieta, un nutriólogo o dietista certificado es la mejor fuente de asesoría. También, asegúrese de hacer ejercicio regular, pero no excesivo. Esto puede ayudarle a mantener su peso saludable. De treinta a 60 minutos de ejercicio, de 3 a 5 días a la semana es suficiente.

C.3. El paciente tiene que conocer y Evitar los Agentes Desencadenantes.

El paciente en ciertas situaciones pueden desencadenar la conducta de un trastorno alimenticio. No se permita estar demasiado hambriento ni se prive de una comida de buen sabor. Los sentimientos de privación pueden llevar a antojos y a comer en exceso. Si se le antoja cierto alimento alto en grasa y en calorías, está bien comerlo ocasionalmente.

Probablemente hay ciertos alimentos y situaciones que lo incitan a comer de más.

Se debe de mantener los alimentos fuera de casa y alejarse de las situaciones tentadoras tanto como le sea posible. Por ejemplo si tiene la tendencia a comer de más en los bufetes, alejese de ellos. Las emociones como el miedo, la ira, la tristeza en incluso la felicidad pueden ser agentes desencadenantes poderosos para su ansia de comer. Ponga atención a sus sentimientos y cómo podría recurrir a los alimentos para abordarlos. Encuentre formas alternativas de abordar las emociones fuertes, tal como hablar con un amigo o terapeuta o escribir en un periódico.

C.4 El paciente tiene que recibir Tratamiento, como sea Necesario.

El paciente no debe sentirse derrotado si recae en sus viejos hábitos. Esto no significa que haya fracasado. Está aprendiendo a construir nuevos hábitos (algo que puede llevar algo de tiempo). Si tiene una recaída, llame a su terapeuta inmediatamente y programe una cita. Este puede ayudarle a reevaluar y a configurar su programa de recuperación.

C.5 El paciente tiene que trabajar para Construir una Vida Significativa, Reconfortante y Satisfactoria.

El enfermo tiene que enfocarse en los alimentos y peso para su satisfacción, pase el tiempo construyendo una vida significativa y satisfactoria. Esto implica

desarrollar sentimientos de competencia y autoestima descubriendo y utilizando sus talentos. Trabaje en apreciar y disfrutar sus habilidades sin tener que hacer todo perfectamente. Desarrolle pasatiempos y haga cosas que sean divertidas y agradables. Unase a algunas organizaciones o grupos con personas que compartan intereses comunes y que trabajen para desarrollar relaciones saludables.

C.6 El paciente tiene que desarrollar Habilidades Efectivas para Salir Adelante.

El paciente debe de llevar una vida sana para desencadenar trastornos alimenticios o desencadenar una recaída en los que se han recuperado. Puede controlar el stress autoinducido desarrollando una imagen propia y expectativas más reales. Esto puede llevarse a cabo mediante la asesoría y aprendiendo cómo hacerse cargo de las cosas que puede controlar, tal como su actitud y habilidad para hacer elecciones saludables.

Varias técnicas de relajación, tales como la meditación, la respiración profunda, el relajamiento progresivo, el yoga y la biorretroalimentación, también pueden ayudarle a enfrentar el estrés. Estas técnicas incrementan su estado de alerta de tensión en su cuerpo y ayudan a liberarlo a través de ejercicios que calman su mente y relajan sus músculos. Las actividades agradables y regulares también pueden ayudar a aliviar su estrés.

C.7 El paciente tiene que tomar los Medicamentos como fueron Recetados.

El enfermo debe de tomar sus medicamentos como se le ha indicado, en la mayoría de las personas con trastornos alimenticios se les recetarán medicamentos de prescripción. Estos medicamentos no son una cura, pero pueden ser muy importantes para ayudarlo a evitar los comportamientos alimenticios incorrectos. Muchas personas con trastornos alimenticios tienen problemas psiquiátricos asociados incluyendo depresión, ansiedad y dependencia a sustancias.

Los medicamentos también pueden ayudar a reducir los síntomas de estos trastornos eliminando de este modo a los agentes detonadores que provocan los trastornos alimenticios. Aprender a tomar sus medicamentos cada día es en sí con frecuencia un cambio mayor en su estilo de vida.

Los principales objetivos del tratamiento para la bulimia son:

1. Que el paciente deje de comer compulsivamente.
2. El enfermo no se purgarse, en el caso de bulimia.
3. La persona afectada con esta enfermedad debe enfocar su autoestima lejos de la imagen y figura corporal.

La bulimia se trata con la rehabilitación nutricional, intervención psicosocial y estrategias de control de medicamentos.

El tratamiento incluye el establecimiento de un patrón regular, comidas no compulsivas, mejorar su actitud relacionada al trastorno alimenticio y estimular el ejercicio regular, pero no excesivo.

Sin importar las condiciones co-ocurrentes tales como los desórdenes del estado de ánimo o trastornos de ansiedad también deben tratarse.

Puede beneficiarse de la terapia familiar o matrimonial.

El tratamiento para los trastornos alimenticios implica lo siguiente:

1. Cambios de estilo de vida
2. Medicamentos.
3. Terapias alternativas y complementarias.
4. Otros tratamientos

Actualmente, no hay opciones quirúrgicas para el tratamiento de los trastornos alimenticios.

D) Prevención o Detección Precoz de estos trastornos.

A fin de evitar las psicopatologías alimentarias, es conveniente realizar lo siguiente:

- Enseñar a los niños a tener conductas saludables, sobre todo en lo referido a la alimentación y el ejercicio.
- Mejorar la autoestima mediante la propia aceptación del cuerpo y el rechazo a los estereotipos poco saludables que establecen los medios.
- Evitar presionar a los niños, intentar comprenderlos y conversar con ellos sobre los eventuales problemas que puedan suscitarse. Permitir la independencia del joven, pero con la debida supervisión.
- Vigilar a las personas en población de riesgo en cuanto a sus conductas alimenticias, pero sin ejercer control excesivo.
- Educarse sobre el metabolismo humano a fin de comprender cuáles son los hábitos alimenticios correctos, y educar también a los niños.
- En caso de obesidad, acudir al nutricionista: nunca emprender una dieta sin supervisión médica.
- Comer en familia, y hacerlo en lo posible en los horarios establecidos y sin prisas. No saltar comidas, y no castigar a los niños mediante la prohibición de alimentarse.
- Educarse y educar a la familia sobre los trastornos alimentarios, y en caso de que alguien presente síntomas relacionados con un trastorno de este tipo, acudir al especialista.

D.1 Ayuda hacia el enfermo.

- Ayudar al paciente a encontrar sus propios valores, ideales y objetivos sin dejarse influenciar por el entorno.
- Fomentar la independencia y autoestima del enfermo.
- No negar la situación cuando aparecen síntomas relacionados con psicopatologías alimentarias.
- Acudir a un grupo de apoyo. Buscar consejo de psicólogos, trabajadores sociales y personas de confianza.

- Reunir información, conseguir datos sobre el tratamiento en un centro de salud o preguntando al personal educativo. Obtener ayuda voluntaria; no rechazar la ayuda de otras personas que hayan observado el comportamiento problemático.
- Comunicarle a la víctima, con claridad, la preocupación que se siente por ella, la convicción de que necesita tratamiento, y la voluntad de proporcionarle apoyo emocional, financiero o de cualquier otro tipo.
- Anotar el comportamiento que presenta el paciente.
- No esperar que la víctima acepte de primera que tiene un problema.
- Evitar concentrarse en su aspecto. Comentarios como "¡ya estás muy delgado!" o "¡come que estás muy flaco!" solo logran que la persona se obsesione más con su aspecto corporal.
- No obligar al paciente a que coma, ni criticarle sus actitudes, pues eso probablemente incrementará la depresión de la persona y hará que se obsesione en sus comportamientos. Es preciso tener paciencia.
- No establecer comparaciones entre el enfermo y sus prójimos.
- Intentar que la situación no altere la vida familiar. No dejar de lado a la propia familia.
- Evitar los sentimientos de culpa o de autocompasión.

CAPITULO III

TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS:

Siempre a cargo de un médico psiquiatra competente, generalmente miembro del equipo. Previa evaluación exhaustiva del estado orgánico general del paciente, se implementarán sólo en casos de depresión progresiva y para reducir la frecuencia e intensidad de las compulsiones bulímicas, cuando el apoyo psicoterapéutico ya no surte efecto.

Se utilizan antidepresivos de última generación, los que parecen tener un efecto sobre el comportamiento alimentario actuando sobre los sistemas metabólicos que regulan el hambre, la sensación de saciedad y el equilibrio del peso. Uno de los antidepresivos más usados en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa es la fluoxetina, psicofármaco que se halla dentro del grupo de los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina"(ISRS).

La base del tratamiento con este medicamento radica en el hecho de haberse comprobado que los pacientes bulímicos tienen niveles inferiores de serotonina en sangre y, por ende, en el sistema nervioso central, lo que determina las características oscilaciones en el humor y el apetito exacerbado que conduce al atracón, sumados a la intensa preocupación por la imagen corporal y el temor a perder el control sobre los hábitos alimenticios. Numerosos estudios sugieren que la Bulimia está relacionada con la imposibilidad del sistema nervioso de regular la serotonina.

Los antidepresivos usualmente se administran por varios meses: deberán transcurrir al menos cuatro semanas para que comiencen a notarse los efectos (fase de impregnación).

Suspendida la terapia en forma paulatina, la fluoxetina permanece acumulada en el organismo por semanas, incluso meses. Aunque la droga es generalmente bien tolerada, algunos pacientes presentan efectos indeseables como ser: insomnio, fatiga, náuseas, diarrea, nerviosismo, etc. No está avalado su uso en niños.

También se utilizan antidepresivos de diferente naturaleza química a los ISRS, como ser: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y trazodona.

Hay otros psicofármacos que constituyen la batería de tratamiento: ansiolíticos (tranquilizantes menores) y antipsicóticos (tranquilizantes mayores); estos últimos se reservan para casos extremos de Anorexia Nerviosa, con severa distorsión en la percepción de la imagen corporal y negación absoluta de la enfermedad con trastornos conductuales graves.

La ciproheptadina, generalmente combinada con complejos vitamínicos suele utilizarse para estimular el apetito en la Anorexia Nerviosa Restrictiva, ya que estos pacientes van perdiendo progresivamente la capacidad de reconocer las señales internas de hambre. Todos los fármacos deberán ser administrados por un especialista, bajo estricta vigilancia médica, con controles periódicos de laboratorio.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

Por las características que presente este estudio, se define como tipo documental, ya que se ha recopilado la información de documentos, revistas, periódicos nacionales como es el caso del Nuevo Diario consultas en el internet , que refieren a este tema, según lo propuesto.

B. RECOPILACION DE LA INFORMACION

Como en todo estudio investigativo se recopilo información, siguiendo lo propuesto en los objetivos. El tipo de información que recopilamos fue de fuentes primaria en su mayoría y alguna información secundaria que también ayudó a concluir con el documento.

Fuentes Primarias: entrevistas a algunos médicos, conocedores del tema material recibido en clase y observaciones personal.

Fuentes Secundarias: libros y monografías que se consultaron, que contenían los conceptos planteados en este documento.

C. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

1. Cuando recopilamos la información, se seleccionó de esta, la más relevante, con el fin de cumplir con los objetivos planteados al inicio del documento, de manera a que dieran respuestas a los planteamientos realizados.
2. Luego se procedió a ordenar la información, de manera que esta tuviera un orden cronológico.
3. Después, se escribió el documento en el programa de Microsoft Word para ser presentada de manera formal y apropiada.

CONCLUSIONES

Después de conocer sobre las enfermedades que ocasionan los desordenes alimenticios, podemos concluir que son problemas de carácter social.

Uno de los motivos que influyen a que las personas con debilidades de carácter, en especial Jóvenes, caigan en estas enfermedades son las campañas publicitarias, presentadas por los medios de comunicación y promovidas por empresas que solo desean vender un producto y/o estereotipar una condición física, como la mejor.

Es por tal motivo que concluimos que nosotros podemos ayudar a combatir estos desordenes, concientizando a la población en general, sobre todo a padres de familia para que tengan cuidado con sus hijos. Dentro de esta concientización se debe de dar a conocer sobre los síntomas y daños que ocasiona a la salud los desordenes alimenticios.

Además, podemos ayudar a aquellas personas que ya se encuentran con estas enfermedades, dándoles apoyo moral y psicológico. Ya que, a pesar de que estas se pueden tratar con un orden alimenticio es insispensable que paralelo a se de un tratamiento psicológico.

BIBLIOGRAFIA

- Diccionario Oceano Mosby Decima edicion.
- Fisiologia de Gayton Hill Quinta edicion Pag 112, 320, 555 y 556.
- "desordenes alimenticios" Lunes, 03 de marzo de 2003. Buenos Aires, Argentina. Host News
- <http://www.monografias.com/trabajos29/el-cigarro/el-cigarro.shtml>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/desordenesalimenticios.com>
<http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>
- Reportaje "Trastornos Alimenticios" del Dr. Javier Martínez. El Nuevo Diario, edición 9 de diciembre 2007.
- Dra. Lidia Álvarez, Médico Pediatra.