

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA PREVENCIÓN Y CONTROL

GLORIA CUEVA VERGARA

PSIQUIATRA

AGOSTO 2011

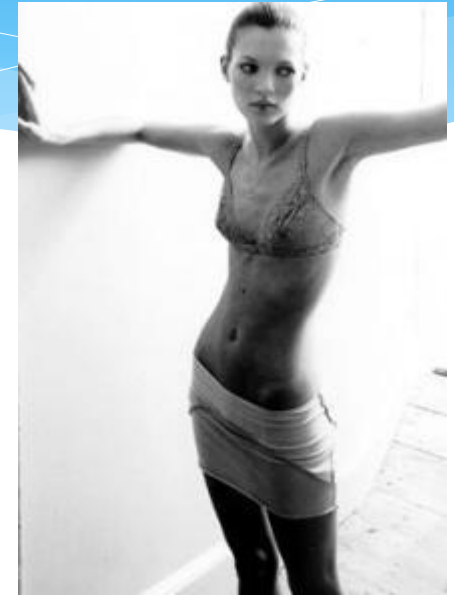
¿qué pasó?



"Bañista sentada", 1914
Pierre Auguste Renoir
(1841 - 1919)



Marilyn Monroe
(1926 - 1962)



Kate Moss
(1974 -)

La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria

- * El modelo de belleza occidental contemporáneo promueve una silueta corporal delgada, sinónimo de éxito, atractivo e inteligencia, observada principalmente en la clase social alta, enfatizada por el modelaje, los medios de comunicación, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo, predisponiendo al desarrollo de los TCA. También contribuyen a la construcción cultural del cuerpo, factores individuales, tales como las diferencias genéricas (95% de los casos de TCA afectan a mujeres), la identificación predominante con el estereotipo de rol de género femenino, la mayor prevalencia en la raza blanca, la relevante influencia de la familia y las amistades sobre el peso, silueta y alimentos, las críticas y/o burlas de los otros significativos, el reforzamiento social respecto a los cambios biológicos y emocionales de la adolescencia, los rasgos perfeccionistas y la filiación a los sitios web "pro-ana" y "pro-mia".

La internalización de las presiones socioculturales genera consecuencias negativas y distorsionadas en los cuerpos femeninos, especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes en riesgo para desarrollar TCA. Son necesarias las estrategias de prevención primaria y psicoeducación para manejar en un estilo más sano los mensajes mediáticos enfocados en la perfección corporal.

¿Porqué últimamente hemos oído hablar tanto de estos trastornos?

- En los últimos 30 años los TCA han surgido como enfermedades cada vez más frecuentes, sobretodo en los adolescentes.
- Prevalencia:
 - * Anorexia Nerviosa: 1 a 2% (mujeres jóvenes)
 - * Bulimia Nerviosa: 1 a 3% (mujeres jóvenes)
 - * Mujeres:varones 10:1
- Posibilidad de recuperación: <50%
- Riesgo de morir: 6.6 a 15%

Trastornos de la conducta alimentaria en Internet: Un estudio exploratorio de los blogs «pro-Ana/Mia» en español.

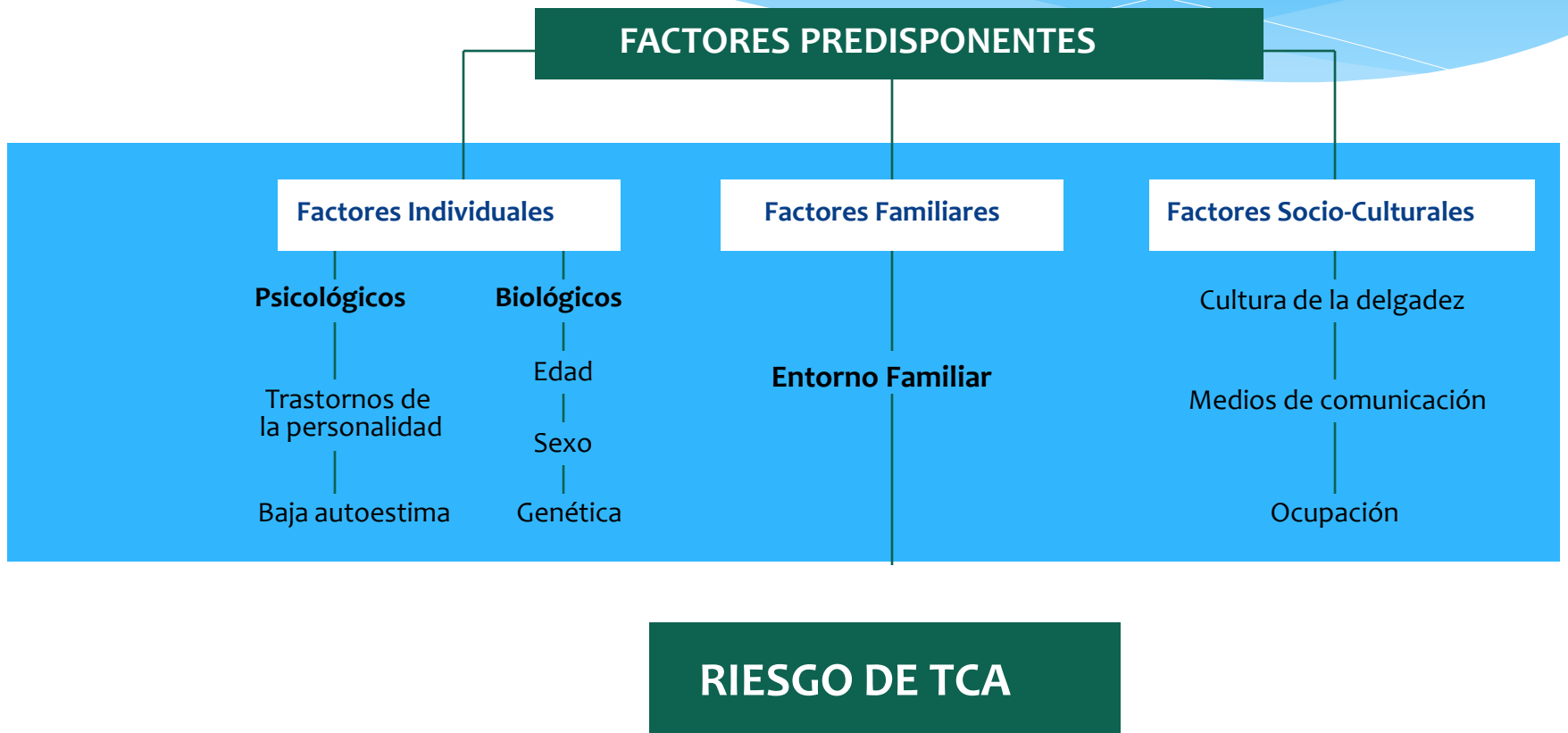
- * Se realizó una revisión de 15 Blogs Pro-Ana/Mia en español, analizando y comparando su estructura y contenido con lo descrito en artículos internacionales. Se describió y se analizó cómo el hecho de frecuentar estos sitios puede ser un reforzador en el mantenimiento del trastorno; principalmente por los «trucos y tips» publicados, Thinspiration, la interacción a través de chats y las «Carreras de Kilos». Éste último fue el único dato adicional encontrado con respecto a los papers anglosajones, lo que sugeriría grandes similitudes culturales en lo que a TCA se refiere.

Este análisis posee grandes implicancias terapéuticas, dado que permite pensar en estrategias eficaces y adecuadas para su tratamiento.

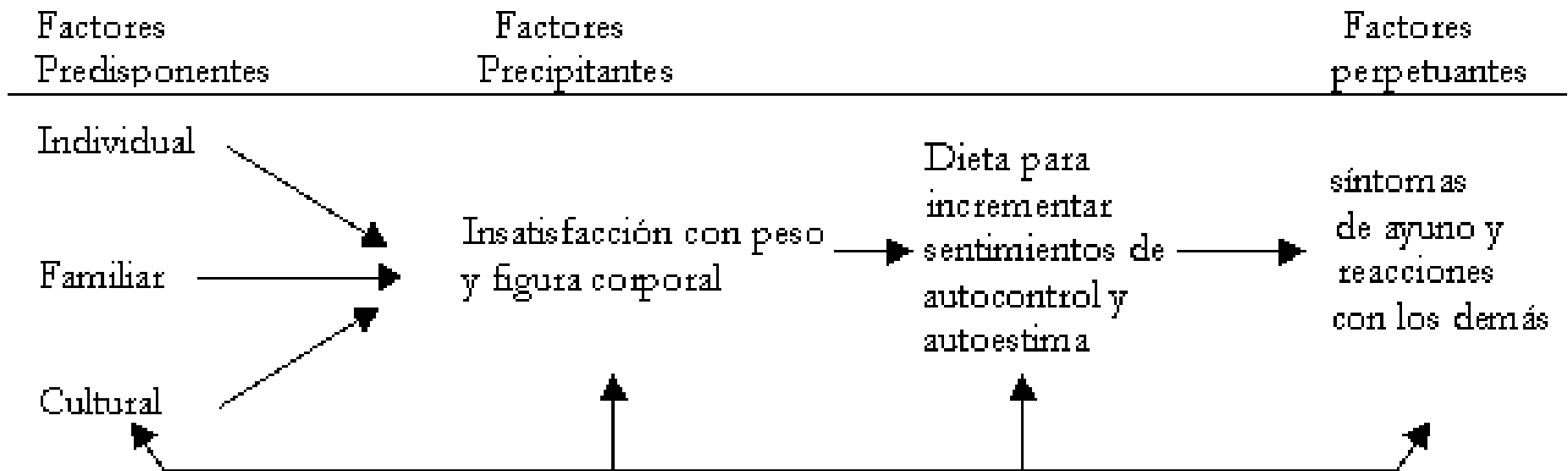
Sansalone, P; Borda, T.

Acta psiquiátrica y psicológica de América latina.. 2011 Mar;57(1)

Factores de riesgo: *Factores predisponentes*



Factores de Vulnerabilidad



Problemas Clínicos

Médicos

Psicopatológicos

Relacionales

Prevención

- * Las medidas de prevención deben incidir en todos y cada uno de los factores que se considera pueden ejercer una acción etiológica en la anorexia, sobre todo en aquellos que son comunes a un gran porcentaje de la población, como los factores socioculturales.
- * La prevención primaria que está encaminada a modificar los aspectos del desarrollo de la enfermedad
- * La prevención secundaria que facilita las intervenciones encaminadas a reducir el tiempo entre la aparición de la enfermedad, el diagnóstico y el inicio del tratamiento.
- * La prevención terciaria, que intenta eliminar o reducir alguno de los síntomas o complicaciones graves de la enfermedad.

Prevención Primaria

- * Con la prevención primaria pretendemos reducir la incidencia del trastorno. la sumisión a los estereotipos culturales, los cambios en los hábitos alimentarios, tales como: reducción de la dieta, el deseo de estar delgadas con miedo a la obesidad y la desinformación dietética.



Prevención Primaria



INFORMACIÓN

- Factores desencadenantes y tratamiento
- Sujetos en riesgo y población general: Hogar, colegio, universidad.



DISMINUIR CONDUCTAS DE RIESGO

- Vigilar las dietas restrictivas
- Educación dietética: Cultura y tipo de vida



IDENTIFICAR GRUPOS DE RIESGO

- Detección precoz, información a familiares y consejo dietético.
- Poblaciones en riesgo: Futuras modelos, azafatas, gimnastas.

Estereotipos Culturales

**BODY
BUSINESS**

Todas las
Dietas
que
existen
para
adelgazar



EDUCACIÓN ALIMENTARIA



Talleres de cocina y educación alimentaria en barrios.- El objetivo de dichas actividades es concientizar y promocionar a través del juego y obras de títeres, hábitos nutricionales y mejorar la actividad física de los menores.

Prevención Primaria

- * Se deben transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre las pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable y realizar al menos una comida en casa al día con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen y evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes.

Prevención Secundaria



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES

- Baja ponderal, amenorrea, preocupación excesiva por el peso.
- Médico general, pediatra, odontólogo, ginecólogo.



TRATAMIENTOS CORRECTOS

- Involucran dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.
- Enfoque multidisciplinario, en unidades específicas



DISPOSITIVO ASISTENCIAL EFICAZ

- Escasa oferta frente a creciente demanda
- Equipos multidisciplinarios, atención hospitalaria y hospitales de día.

Detección de los TCA

- * Es recomendable que los diferentes colectivos de profesionales (maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, nutricionistas y dietistas, trabajadores sociales, etc.) que pueden estar en contacto con la población de riesgo posean la formación adecuada y puedan actuar como agentes de detección de los TCA.

Objetivos del Tratamiento

- 1) Recuperar un peso saludable. Lograr una menstruación y ovulación normal en las mujeres, el deseo sexual normal y los niveles hormonales en varones, y restaurar el crecimiento físico y sexual normal, y el desarrollo en niños y adolescentes.
- 2) Evitar las complicaciones físicas.
- 3) Reforzar la motivación del paciente en la cooperación y recuperación de modelos saludables en la alimentación así como la participación en el tratamiento.
- 4) Proporcionar educación para una nutrición saludable y los modelos de alimentación.
- 5) Corregir los pensamientos disfuncionales, las actitudes y los sentimientos relacionados con el trastorno de la alimentación.
- 6) Tratar los trastornos psiquiátricos asociados, incluidos la alteración del humor, y de la conducta.
- 7) Conseguir apoyo familiar y proporcionar a la familia consejo y terapia cuando sea apropiado.
- 8) Prevenir las recaídas.

Prevención de recaídas

- * Es una fase del tratamiento a tener en cuenta en estos trastornos con tendencia a la cronicidad.
- * Los ISRS se ha mostrado eficaz en la prevención de recaídas.
- * Educación nutricional, tratamiento psicosocial y seguimiento durante al menos dos años después de la desaparición de la sintomatología.

Estabilidad de la Clasificación Diagnóstica de TCA en los adolescentes

- * La presencia de síntomas de TCA en la adolescencia es un fuerte predictor de presentación de síntomas de TCA cinco años después. Los diagnósticos y clasificaciones de TCA variaron en el tiempo, lo que refuerza la idea de realizar esfuerzos en la prevención y evaluación periódica, así como en la detección temprana e intervención en los adolescentes.

*Ackard, Diann M.
Eating Disorders, Jul-Sep 2011, Vol. 19 Issue 4*

Los adolescentes que hacen dieta arrastran estos hábitos insanos hasta la juventud, lo que eleva su riesgo de sufrir anorexia, obesidad o bulimia

- * Esta es la principal conclusión a la que ha llegado un equipo de investigadores estadounidenses tras llevar a cabo un estudio con 1.030 hombres jóvenes y 1.257 mujeres jóvenes a los que realizaron un seguimiento de 10 años. Un 30% de los participantes tenía una media de edad de 12 años al inicio de la investigación, mientras que un 70% contaba con una media de 15 años.

Los datos muestran que la prevalencia de la dieta para bajar peso "se mantuvo relativamente constante desde la adolescencia hasta la edad adulta en las mujeres de ambos grupos de edad. Entre los varones, los que tenían menos años siguieron haciendo dieta o con conductas de riesgo pasados los 10 años de seguimiento, mientras que este tipo de comportamientos aumentó en los chicos que tenían más años al comienzo del estudio", destaca el estudio.

Prevención Terciaria

- * Aquellos pacientes en los que la respuesta terapéutica haya sido nula después de repetidos intentos, que tengan comprometida su salud física por sus conductas de purga, consumo de sustancias o caquexia, pueden beneficiarse de medidas encaminadas a paliar las complicaciones y evitar el riesgo vital.

Modificaciones de la imagen corporal



Adicción a la comida altamente placentera como causa de la obesidad infantil epidémica: Un estudio cualitativo por internet

- * Se abrió un website de ingreso libre en un programa de intervención para adolescentes y pre-adolescentes con sobrepeso. Se necesitaba comprender las causas de fracaso del programa en este grupo, el mismo que era exitoso entre los jóvenes. Muchos de los que respondieron , entre 8 y 21 años, cumplían con los criterios diagnósticos para adicciones cuando describían su relación con los alimentos altamente placenteros. La incorporación de métodos de abordaje en abuso de sustancias puede mejorar el porcentaje de éxito al combatir la obesidad infantil.

Pretlow, Robert A.

Eating Disorders, Jul-Sep 2011, Vol. 19 Issue 4

Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria

En relación con la estigmatización, está bien documentado que resultan frecuentes las burlas, que se reducen las oportunidades para las relaciones de pareja, que son frecuentes las consecuencias económicas negativas y que la visión de las personas obesas por parte de los demás se caracteriza por la existencia de unos estereotipos cargados de calificativos negativos.

La insatisfacción corporal ligada al sobrepeso y la obesidad está bien documentada, con una relación directa entre un mayor peso y una mayor insatisfacción. También está bien documentada la relación entre sobrepeso y obesidad y la existencia de conductas no saludables para el control del peso.

Entre las consecuencias psicopatológicas del sobrepeso y la obesidad se ha observado un mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), existiendo un especial riesgo de bulimia en niños obesos.

Jáuregui Lobera Ignacio

Medicina clínica. 2011 May;136(4):625-626

Emociones y cognición social en bulimia nerviosa

- * Las pacientes bulímicas destacan por sus grandes dificultades temperamentales y gran inestabilidad afectiva, siendo, por tanto, extrapolable su dificultad para controlar y conocer sus propias emociones a la dificultad de cognición social y empatizar con las emociones de los demás sujetos.

Herrera, M., Martínez, S., López, J.
Emociones y cognición social en bulimia nerviosa.
Revista Norte de Salud Mental. 2011 Jun;9(40):34-37

Comer en familia reduce el sobrepeso y las probabilidades de trastornos alimenticios en los niños.

- * Investigadores de la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign agruparon los datos de 17 estudios iniciales y hallaron que los niños que comían con sus familias de forma habitual eran 24 por ciento más propensos a comer alimentos saludables que los niños que rara vez comían con sus familias. También eran menos propensos a sufrir de trastornos alimenticios.

Mediante una búsqueda por Internet en 2009, los investigadores del Family Resiliency Center de la universidad encontraron estudios importantes en los que participaron cerca de 183,000 niños y adolescentes de entre 3 y 17 años. Analizaron los hábitos alimenticios y el peso de los jóvenes y si habían hecho algo perjudicial para controlarlo.

Los que comían tres o más veces a la semana con sus familias eran 12 por ciento menos propensos a tener sobrepeso que los que comían pocas veces o ninguna vez con sus familias, y 20 por ciento menos propensos a comer dulces, alimentos fritos, gaseosas y otros alimentos no saludables.

Comer juntos cinco o más veces redujo la probabilidad de una mala nutrición en 25 por ciento, según reveló un análisis de ocho de los estudios. Los niños que comían con sus familias también eran 35 por ciento menos propensos a tener un "trastorno alimentario" para bajar de peso, tales como atracones, purgas, tomar pastillas para adelgazar o laxantes, vómitos, saltarse las comidas o fumar.

Autoimagen - Autoestima

- * *"Yo me sentía tan fea por dentro que pensé que si me volvía linda por fuera, iba a poder compensarlo y me iban a querer." (Jessica, 14)*
- * *"Hasta que no me sienta bien con mi cuerpo, no puedo hacer nada, ni salir ni relacionarme. Después seguro que sí." (Luciana, 16)*
- * *"Los padres también tienen la culpa: desde que nací que sólo escucho que hay que cuidarse la silueta, ojo con engordar, siempre con productos dietéticos y nunca un permiso para comer todo el pan que tengas ganas. A mí al final eso me llevó a descontrolarme... un poco por rebeldía también, porque me tenían cansada." (Jimena, 16)*

Rasgos de personalidad y trastornos de la alimentación: Efectos mediadores de la autoestima y el perfeccionismo

- * El objetivo de este estudio ex post facto ha sido poner a prueba un modelo estructural sobre el papel mediador de la autoestima y el perfeccionismo en la relación entre los rasgos de personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La muestra estuvo compuesta por 155 mujeres (18 a 31 años): 93 cumplían criterios diagnósticos DSM-IV para alguno de los tipos de TCA, 31 formaron el grupo sintomático, con alto riesgo de padecer un TCA y 31, grupo no sintomático, no presentaban patología conocida y sin alteraciones de la conducta alimentaria.

Los resultados confirman la relación de los rasgos de personalidad esquizoide, paranoide, autodestructiva y límite con los TCA, el papel de la autoestima como principal variable mediadora en el efecto ejercido por ciertos rasgos de personalidad sobre los TCA y del perfeccionismo como variable mediadora del efecto del rasgo de personalidad límite sobre dichos trastornos y sobre la autoestima.

Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria

- * Este estudio ex post facto analizó si determinadas variables emocionales pueden considerarse factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se analizaron las siguientes variables: ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones (alexitimia), autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y estrategias de afrontamiento.

Participaron 368 mujeres: 78 con TCA, 145 en riesgo de TCA y 145 de un grupo de control normativo. La variable que mostró mayor capacidad discriminante de todos los tipos de riesgo frente al grupo de control fue la relativa a la influencia en el estado de ánimo. Asimismo, la baja autoestima mostró buena capacidad para discriminar el riesgo de purga/atracón, y el riesgo de anorexia y purga/atracón frente al grupo control; a su vez, las formas de afrontamiento acción impulsiva y expresión emocional mostraron buena capacidad para discriminar el riesgo de anorexia del grupo control.

GRACIAS

