



Nombre de alumna: Leonela Bonilla Rodríguez

Nombre del profesor: Daniela Rodríguez Martínez

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Trastornos de la conducta alimentaria

Grado: 9no cuatrimestre

Grupo: Nutrición

Comitán de Domínguez Chiapas a 09 de Junio de 2020.

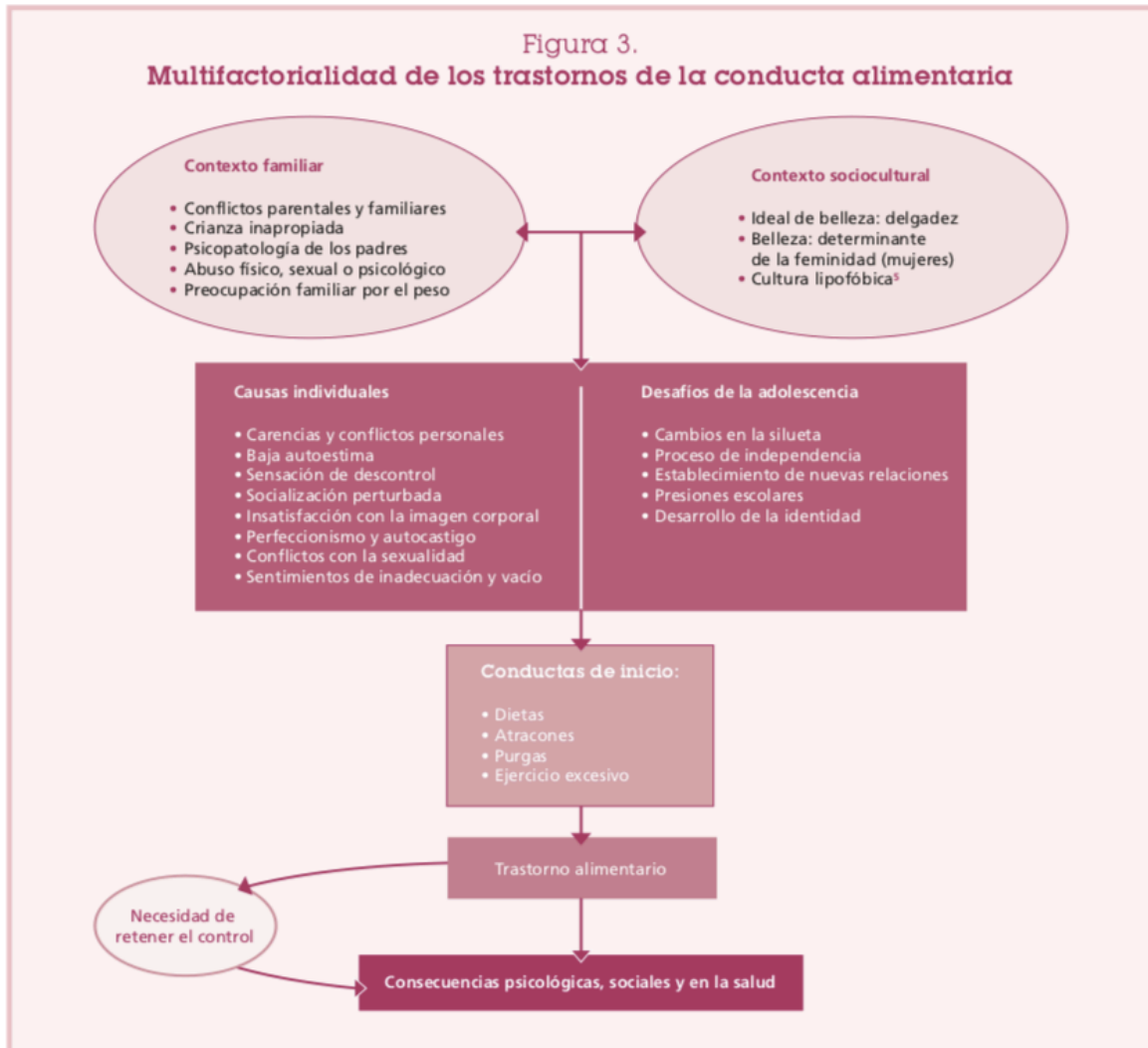
Los efectos de los trastornos alimenticios no se limitan a una sola esfera de la vida de la persona que los padece y no sólo ella se ve afectada, sino que su entorno

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En la vida ocurren diferentes experiencias particulares en cada individuo que puede conllevar a tener un hábito no siempre saludable pudiendo provocar trastornos alimentarios para poder entender y tratar diferentes aspectos involucrados, el tratamiento de los trastornos tiene que ser diverso para combatir diversos puntos; A pesar que es algo complejo de entender y aun faltan muchos estudios de cada una a continuación se explicara de manera básica y conceptual de ellos.

Puede llegar a tener una multi causalidad, al ser así lo ideal es hacer frente con prevención la cual debe realizarse en todos los ámbitos y no solo superficialmente con ella se debe enseñar a poder “modificar patrones culturales, estructuras familiares anquilosadas y demás. Por el otro, la preeminencia de estos trastornos en edades tempranas puede conducir a la implantación de algunos programas educativos en el ámbito escolar”(Secretaria de Salud, 2004) que sean efectivos; en ellos se busca fortalecer carácter y elecciones de los menores para que puedan hacer frente al gran impacto de los factores de riesgo a estos padecimientos nocivos externos; no obstante, no solo basta con el entorno social sino a enfrentar posibles conflictos internos cuyos derivan en un trastorno alimenticio.

“Un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad”(Secretaria de Salud, 2004), donde no distingue etnia, estado, genero o cualquier otro distintivo. Los trastornos alimenticios mayormente se presentan cuando una individuo no recibe la ingesta calórica mínima que su organismo solicita para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida. Una misma persona puede “presentar diversos comportamientos y en muchos casos es frecuente encontrar las conductas alternadamente por periodos de tiempo específicos” (Secretaria de Salud, 2004).



ANOREXIA

Es una enfermedad caracterizada por una enorme o notable reducción de la ingesta de alimentos normal y específica para la persona en relación con características particulares desde su edad, estatura y necesidades esenciales. Esta disminución no es por otra enfermedad o falta de hambre, sino más bien a una resistencia a comer autocontrolada por tener preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo. También por otros autores se señala: El miedo intenso a engordar, que no disminuye de peso. Alteración de la forma corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso. Igualmente se caracteriza por pérdida de por lo menos 25% del peso original o en

el peso saludable. En el caso de tener menos de 18 años se debe añadirse al peso inicial el que correspondería aumentar. Bulimia de acuerdo con el proceso de crecimiento y considerando que, una reducción de peso cercana a 15% es valorada como riesgo médico. Estas personas suelen negar el peso corporal por encima del mínimo conforme cada edad, A estos se puede agregar: Pérdida de peso auto inducida por conductas compensatorias donde eventualmente habrá un retraso en el desarrollo puberal: “falta de crecimiento de los senos, amenorrea primaria o secundaria. En los varones, los genitales no se desarrollan y hay pérdida del interés y de la potencia sexual” (Secretaría de Salud, 2004).

CLASIFICACIÓN

- Tipo restrictivo: En la cual la pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo. No se recurre a atracones ni a purgas.
- Tipo compulsivo-purgativo: se recurre regularmente a medidas purgatorias como inducción al vomito, uso de laxantes, diuréticos y enemas.

En cada una de ellas acompañado de la ausencia casi absoluta del consumo de alimentos.

DIAGNOSTICO

Actualmente los criterios que se siguen para el diagnóstico son los de la Academia Americana de Psiquiatría de 1994 y los elaborados por la OMS. La AN es una enfermedad psicosomática, caracterizada por una alteración de la imagen corporal y un trastorno de la conducta alimentaria, siendo el rasgo clínico principal la negativa a alimentarse de forma apropiada. Estos datos específicos permiten diferenciarla de otras enfermedades que de igual manera buscan restricción de la ingesta.

Verificar si tiene alguno de los siguientes puntos:

- Rechazo a mantener un peso mínimamente normal para la edad y sexo o por debajo del 85% acompañado de conductas purgativas o episodios de atracones para descargas o dar otro sub trastorno.
- Pérdida significativa de peso con un IMC inferior a 17,5.

- Miedo intenso a engordar
- Distorsión de la imagen corporal
- Negación de la situación de peligro
- Amenorrea secundaria al menos, 3 ciclos consecutivos o primaria la cual es retraso de la menarquia

COMPLICACIONES

Complicaciones cardiovasculares: Hipotensión, bradicardia, arritmias. Alteraciones en el trazo electrocardiográfico. Disminución del tamaño de las cavidades del corazón. Falla cardiaca.

Complicaciones digestivas: Constipación o diarrea. Distensión y molestias abdominales.

Alteraciones esofágicas. Retraso en el vaciado gástrico. Disminución de la motilidad gastrointestinal.

Complicaciones renales: Disminución del filtrado glomerular y de la capacidad de concentración. Alteraciones hidroelectrolíticas: hipopotasemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipomagnesemia, hipocalcemia

BULIMIA

“En la bulimia el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control” (Secretaría de Salud, 2004). Son momentos en que la persona consume exageradamente alimentos y que después sufren de un sentimiento de culpa, por lo que suelen recurrir a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vomito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado.

Episodios recurrentes de voracidad: Comer en corto periodo de tiempo gran cantidad de alimentos. Aun cencia de control sobre lo consumido durante el episodio. Recure a dos episodios de voracidad semanales durante más de tres

meses. Suelen estar obsesionados por la forma y el peso corporal que presentan diariamente. Las conductas pueden dividirse conforme; Purgativa: vómitos auto inducidos, laxantes, diuréticos y por No purgativa: ayuno, ejercicios físicos extenuantes.

DIAGNOSTICO

El diagnostico precoz es vital en el pronostico y depende de la búsqueda de conductas de riesgo. Una buena historia clínica es la base del diagnostico. Existen cuestionarios con preguntas dirigidas a explorar hábitos alimentarios o más específicos sobre las conductas encaminadas a perder peso, de gran utilidad en la detección de la bulimia. El diagnostico de sospecha se valorará en todos aquellos pacientes adolescentes con alguna de estas características:

- Realización de una dieta hipocalórica en ausencia de obesidad o sobrepeso.
- Periodos de semi ayuno alternados con ingesta normal.
- Miedo exagerado al sobrepeso o a la ganancia ponderal.
- Rechazo de la propia imagen corporal.
- Valoración del peso o figura como prioridad.
- Valoración de los alimentos exclusivamente en relación a la ganancia ponderal.

TABLA III. Complicaciones en la bulimia nerviosa.

<p>1. Metabólicas</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Alcalosis metabólica hipoclorémica <p>2. Cardiovasculares</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Prolapso mitral - Alteraciones en el EGC <p>3. Renales</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones hidroelectrolíticas - Fracaso renal agudo - Nefropatía hipopotasémica 	<p>4. Dermatológicas</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Callosidades en nudillos (Signo de Russell) <p>5. Del tracto digestivo</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Erosión del esmalte dental - Gingivitis - Hipertrofia de glándulas salivares - Esofagitis - Regurgitaciones - Rotura esofágica - Dilatación/ perforación gástrica - Pancreatitis aguda - Estreñimiento
---	--

VIGOREXIA

Hace más de una década, descubrieron, efectos secundarios del abuso de esteroides anabolizantes en personas que utilizaban gimnasios, que ciertos culturistas con largas historias de consumo de hormonas esteroideas, llegaban a mostrar comportamientos psicóticos. En estos trabajos se dieron cuenta de que otro trastorno, relacionado con la imagen corporal, estaba afectando a ciertos culturistas.

Este nuevo trastorno se refería a un deseo de ganar masa magra, no grasa, y una alteración de la imagen corporal, por la cual se veían pequeños y débiles cuando realmente eran grandes y musculosos. Los sujetos afectados tenían pensamientos obsesivos sobre su cuerpo y realizaban una practica de ejercicio físico compulsiva para agrandarlo. Su vida psicológica y social se veía afectada porque preferían estar todo el tiempo en el gimnasio o evitaban situaciones donde los demás pudieran ver lo poco musculosos que estaban.

DIAGNOSTICO

- Preocupación por ser débil o poco musculoso.
- Incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculado, que deriva en insatisfacción corporal.
- Pensamientos obsesivos y permanentes sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar de aspecto.
- Pobre conciencia sobre su incapacidad de verse con objetividad.
- Ansiedad o depresión por sus sentimientos negativos hacia su cuerpo. Autoestima afectada.
- Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal, evitar sitios públicos donde se vea el cuerpo, llevar ropas especiales.
- Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para incrementar el tamaño corporal.

ORTOREXIA

Aunque la ortorexia no ha sido reconocida oficialmente en los manuales terapéuticos de trastornos mentales, los escasos estudios en torno a ella sí parecen confirmar que detrás de la obsesión por un menú escrupulosamente limpio subyace con frecuencia un trastorno psíquico. La preocupación excesiva por la comida sana lleva a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica, es decir, que estén libres de componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas o herbicidas, además de aquellas sustancias que hayan sufrido alguna clase de alteración. Esta práctica puede conducir muchas veces a que se supriman la carne, la grasa y algunos grupos de alimentos que, en ocasiones, no se reemplazan correctamente por otros que puedan aportarle los mismos complementos nutricionales.

DIAGNOSTICO

Aunque todavía no están lo suficientemente contrastados, existen algunos criterios diagnósticos para la ortorexia, que serían:

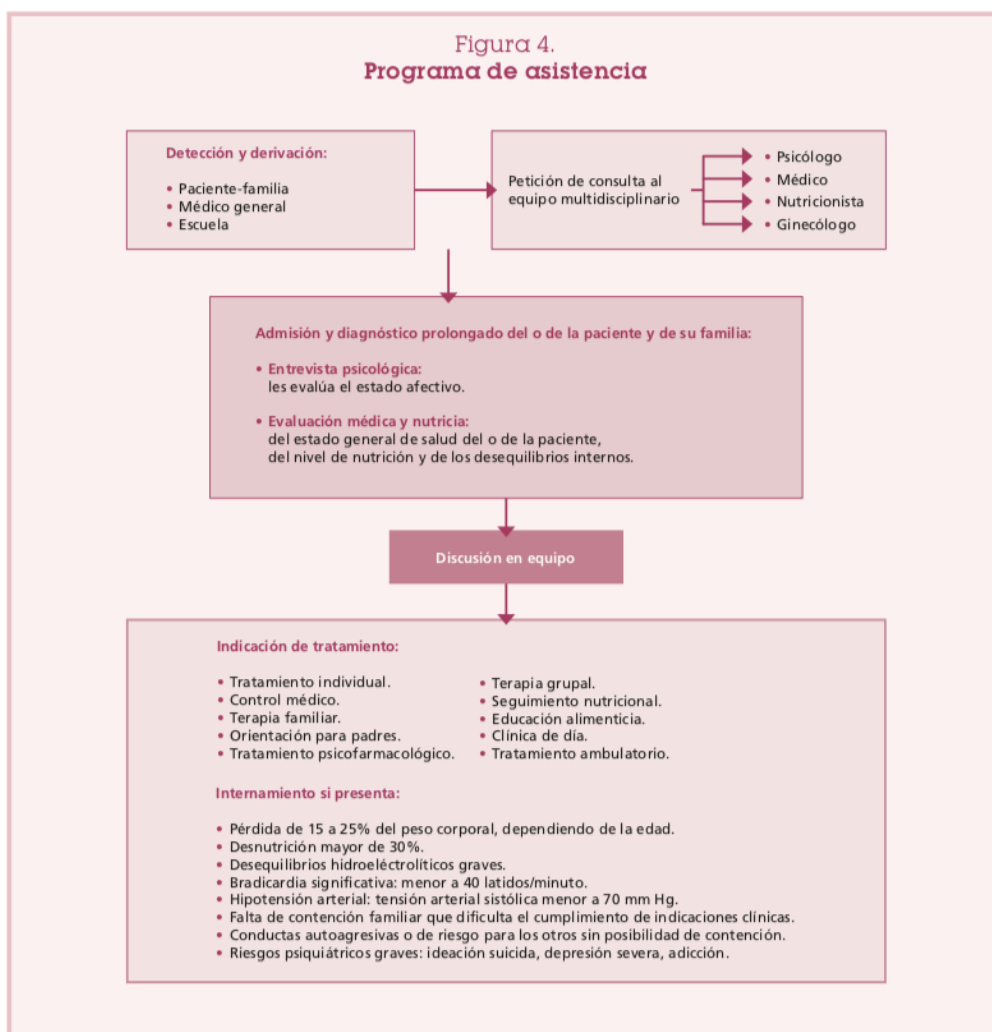
- Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- Preocuparse más por la calidad de los alimentos, que del placer de consumirlos.
- Disminución de su calidad de vida, conforme aumenta la calidad de su alimentación.
- Sentimientos de culpabilidad, cuando no cumple con sus convicciones dietéticas
- Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- Aislamiento social, provocado por su tipo de alimentación.

TRATAMIENTO DE LOS TCA

El tratamiento de los TCA requiere de un equipo multidisciplinar en el que participan médicos familiarizados con estos trastornos, especialistas en nutrición, psiquiatras

y psicólogos. Este tratamiento incluye la psicoterapia, los psicofármacos, el tratamiento nutricional y de las complicaciones de la enfermedad.

La creación de unidades específicas para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria ha supuesto un considerable avance terapéutico, mejorando el pronóstico de estos pacientes. La agilidad funcional y la aplicación de una terapia multidisciplinar representan una herramienta fundamental que incrementa las posibilidades de recuperación. La coordinación o dirección de las unidades de TCA corre habitualmente a cargo de un psiquiatra, que establece las líneas generales del tratamiento y coordina al resto del equipo. Todos los miembros del equipo deben tener experiencia en el tratamiento de los TCA, sus funciones deben estar claramente delimitadas para evitar interferencias que solo pueden repercutir negativamente en el tratamiento del paciente.



TRATAMIENTO NUTRICIONAL

No se especifica un tratamiento diferente al del resto de TCA. Por lo que se entiende, que debe ser tratado por un equipo interdisciplinario y desde una orientación, preferentemente, cognitivo conductual, no obstante “La terapia nutricional trabaja distintos aspectos como son: el restablecimiento ponderal, el logro de una ingesta que cubra los requerimientos y una adecuada educación nutricional”. (Avellán Mancha M., Comesaña del Río V., Sánchez Sánchez C., Sousa Márquez M.D,2015) Un aspecto importante en este tratamiento es involucrar a la familia, ya que mejora la evolución, sobre todo en pacientes menores de 16 años.

Según el estado nutricional del paciente, el ámbito asistencial puede ser distinto: ambulatorio, hospital de día, hospitalización, programas de post alta, tratamiento residencial, programa de prevención de recaídas, programas específicos para pacientes resistentes a tratamiento.

FASES

“1a Fase: fase educativa: Elaboración de un plan de educación nutricional para aumentar los conocimientos de nutrición. 2a Fase: fase experimental: Modificar la conducta alimentaria, poniendo en marcha el plan de educación nutricional previamente diseñado”(Avellán Mancha M. et al.,2015) ingesta calórica diaria, ganancia ponderal, peso al alta, limitación en elección de alimentos, indicar si el paciente debe ser vigilado en comidas. Las indicaciones para el ingreso son: según el IMC, aquellos pacientes con “ $IMC < o igual de 13,9$ requerirán ingreso hospitalario mientras que, $IMC > o igual de 16$, será tratado ambulatoriamente”(Avellán Mancha M. et al.,2015).

HOSPITALARIO

El tratamiento inicial de pacientes con gran pérdida de peso y que requieren hospitalización debe ser prudente para evitar el SR. Este síndrome es una de las complicaciones más graves que suele darse, debido a una realimentación

excesivamente rápida o desequilibrada con efectos adversos. En situación de ingreso hospitalario, el aporte energético “será inferior a 1000 Kcal/día, con una adecuada reposición electrolítica. En esta primera fase no suele haber una ganancia sustancial de peso, ya que, se irá incrementado en fases posteriores”(Avellán Mancha M. et al.,2015)

DIAMBULATORIO

“La ingesta calórica inicial debe ser de aproximadamente 20 kcal / kg / día. Una dieta de entre 800 a 1200Kcal/día no se debe mantener más de 2 semanas” (Avellán Mancha M. et al.,2015). Las kcal suministradas deben ser controladas para evitar el SR ya que cerca del 6% de los pacientes hospitalizados lo padecen. Una vez conseguido mejorar el estado general del paciente y la tolerancia a la ingesta, lo siguiente es “un aumento progresivo semanal de 500 Kcal. Finalmente, se recomienda un aporte calórico de 30-40 Kcal/Kg/día para una recuperación ponderal adecuada”(Avellán Mancha M. et al.,2015)

Además de la recuperación ponderal adecuada mediante alimentación normal y soporte nutricional adecuado, los pacientes deben recuperar un patrón normal de alimentación, introduciendo gradualmente los alimentos de los principales grupos en las proporciones adecuadas. El uso de suplementos se debe hacer en caso de carencias nutricionales por rechazo o escasa ingesta de los alimentos que aportan estos nutrientes. En ningún caso se debe sustituir la alimentación normal por los suplementos dietéticos.

BIBLIOGRAFÍA

Secretaría de Salud, 2004, Guía de Trastornos alimenticios, Recuperado: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

Muñoz Sánchez R. Martínez Moreno A., 2007, ORTOREXIA Y VIGOREXIA: ¿NUEVOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?, Recuperado: https://www.tcsevillla.com/archivos/ortorexia_y_vigorexia.pdf

Madruga Acerete D., Leis Trabazo R., Lambruschini Ferri N., 2020, Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP

Recuperado:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf

Avellán Mancha M., Comesaña del Río V., Sánchez Sánchez C., Sousa Márquez M.D, 2015

TRATAMIENTO: ESTABLECIMIENTO DE UNA DIETA ADECUADA EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. METODOLOGÍA

Recuperado: https://www.tcsevillla.com/archivos/establecimiento_dieta_en_tca.pdf