

Tema 3. Desarrollo Social

Lectura 1. Trastornos Alimenticios

Anorexia Nerviosa, Enfermedad de las adolescentes

La anorexia nerviosa es una enfermedad psicológica que afecta principalmente a las mujeres jóvenes en proporción de 10 a 1, en relación con los varones de la misma edad. Las pacientes se niegan a comer y adelgazan al punto de arriesgar su vida. Algunas veces el padecimiento puede resultar fatal. Esta enfermedad antes era poco frecuente; probablemente debido a la moda actual de las dietas, se ha vuelto más común. Sin embargo, la anorexia nerviosa no es producto de una dieta exagerada, sino una manera de buscar solución a problemas emocionales.

En muchos casos se ha visto que negarse a comer es, además de una enfermedad una protesta, la protesta de los adolescentes que se niegan a crecer en el ambiente social que se les presenta. En Suecia se calcula que alrededor de una de cada trescientas adolescentes padecen este mal.

La enfermedad comienza con una dieta rígida. Mientras las muchachas van bajando kilos aumenta la irracionalidad de las expresiones que adopta la anorexia nerviosa. La adolescente, a pesar de estar delgadísima, se siente siempre demasiado gorda. Muchas pierden hasta 25% de su peso, no sólo de tejido adiposo, sino también del muscular. Aparecen entonces los síntomas de inanición crónica: la menstruación se inhibe, aparece sobre la piel una cubierta de vello; disminuye la frecuencia del ritmo cardiaco y la persona tiene frío aun en lugares calurosos. En general, se pueden notar algunas características comunes en estas adolescentes. Son ambiciosas, aplicadas en el colegio, buenas y obedientes, hacen lo que los padres les dicen. Son del tipo "intelectual", perfeccionistas e idealistas. Nunca se rebelan, sino que, por el contrario, se esfuerzan por cumplir con las expectativas y exigencias de sus padres y amigos. Tienen una voluntad muy firme y logran concretar las cosas que se proponen.

Sin embargo, bajo la apariencia del éxito y la habilidad, estas adolescentes ocultan la sensación de no ser lo suficientemente buenas, de no poder corresponder a las expectativas de los demás en relación con ellas. Reprimen su agresividad, no se animan a exteriorizarla, justamente por ese temor a defraudar aún más a los otros. Por más que se esfuerzan por hacer las cosas correctamente, sienten que no merecen ser tratadas con afecto y ternura. Por su parte, los padres generalmente son sobreprotectores, tratan de no enfrentar los conflictos por miedo a los cambios, incluso los cambios que produce el crecimiento de sus hijos. Las madres suelen ser muy dominantes, tanto que subyugan la personalidad de sus hijas.

De toda esta situación individual, familiar y social, se deriva esta enfermedad, que resulta así ser un intento de llamar la atención sobre problemas que las

muchachas no pueden resolver; al tiempo que protestan, hacen de esa protesta una acción autodestructiva frente a una situación que no pueden dominar ni, por lo tanto, superar. El cuerpo magro es justamente una prueba: una prueba de que una es algo -piensan las adolescentes-, de que una se propone algo y lo puede cumplir. Aquí se mezclan también las sensaciones de dolor con la satisfacción del triunfo y cierto orgullo de "haber logrado algo". Su comportamiento para ser "buenas" -haciendo lo que se les indica- ya no les sirve y, por otra parte, no están preparadas para asumir su independencia. Cuando los conflictos hacen crisis, se hacen cargo de las cosas e inician un programa para bajar de peso. Por un lado, la dieta es una forma de control personal y, por el otro, lleva a tener una figura socialmente aceptada. Desde luego que esta situación retarda el progreso de la pubertad y somete a la muchacha a una vigilancia constante.

Otra causa importante de la "autoinanición" es el miedo de la niña a crecer y, consecuentemente, el miedo a la sexualidad.

El tratamiento de esta enfermedad depende de la visión que tengan de la anorexia nerviosa el médico o el hospital. A veces la tratan equivocadamente como una enfermedad fisiológica, pero se entiende cada vez más que se trata de un trastorno emocional. El aumento moderado pero constante de peso es la meta de la fase temprana del tratamiento, pero de ninguna manera puede decirse que el simple aumento de peso es una prueba de la curación. Con la terapia adecuada, hasta dos terceras partes de los anoréxicos pueden recobrar su peso normal o casi normal, pero muchos continúan batallando con los problemas emocionales causantes de la enfermedad. Dado lo esencial de la nutrición, la inanición severa no sólo pone en peligro la vida, sino que impide el tratamiento psicológico. Esto consiste en tratar de cambiar el modelo familiar y, en parte, ayudar a la joven hacerse cargo de la realidad de su propio cuerpo y reconquistarlo. La decisión de la paciente de no comer nada debe respetarse, tanto por parte de los terapeutas como de la familia. Es importante para la adolescente saber que los terapeutas entienden que "algo anda mal" y que ese algo les es insoportable. En conversaciones regulares con la familia se explica a los padres que a través del ayuno su hija está tratando de forzar un cambio, y lo que se busca es tratar de comprender el significado de esa "protesta". Se ha visto que ese método da buenos resultados, mejores que cuando los terapeutas fuerzan a los pacientes a comer y no trabajan con la familia. Así pues, ahora existen más esperanzas para la cura de las adolescentes anoréxicas.

Bibliografía
PSICOLOGÍA, Publicación Bimestral. UNAM
Editorial Gedisa Mexicana, S. A. 1997.

Trastornos en la alimentación

Durante mis años de estudiante graduado en clínica psicológica, allá en los lejanos sesenta, conocí a dos mujeres que padecían trastornos de la alimentación, aunque sólo me di cuenta de esto después de varios años. Una de ellas era una brillante graduada en Matemática de Universidad de Harvard, una amiga de mis años de posgraduado; la otra pertenecía al equipo MIT (Massachusetts Institute of Technology). La matemática, a pesar de ser casi esquelética, simplemente no podía comer; la comida, decía, le repugnaba. La otra, bibliotecaria, tenía una figura voluminosa, y era afecta a darse atracones de helado, torta de zanahoria de Sara Lee, y otros postres. Después de atiborrarse de ellos, me confesó una vez con cierto embarazo, solía esconderse en el baño y provocarse el vómito. Hoy en día la matemática sería diagnosticada como enferma de anorexia nerviosa, y la bibliotecaria, de bulimia.

En aquéllos años no existían tales rótulos. Los clínicos recién están comenzando a hablar sobre el problema. Hilda Bruch, pionera de este movimiento, publicó su famoso artículo sobre desórdenes de la alimentación en 1969. Bruch, perpleja ante la cantidad de mujeres que se estaban literalmente matando de hambre, postuló que una de las varias causas subyacentes de este fenómeno radicaba en la incapacidad de identificar y responder adecuadamente a las demandas del cuerpo, especialmente, por supuesto, el hambre. Desde entonces, la literatura clínica sobre trastornos de la alimentación ha proliferado, proponiendo una enorme cantidad de causas posibles, que van desde las jovencitas presionadas a competir con inalcanzables parámetros de belleza femenina, hasta madres invasoras que atrapan a sus hijas en una red de culpa y censura.

Muchas de las hipótesis tropezaban con un serio inconveniente: eran extrapolaciones surgidas de observaciones realizadas durante la terapia. Son preferibles, desde un punto de vista científico, los estudios de grandes grupos de personas a lo largo de un período de varios años, en los que se pueda ver quiénes, entre todos ellos, eventualmente logran vencer la dificultad. Esa clase de estudios permite una clara comparación que puede indicar, por ejemplo, si tener padres represivos predispone a una joven a tener trastornos en la alimentación. Más allá de esto, se puede identificar el conjunto de condiciones que conducen al problema, y distinguirlas de otras que pueden parecer la causa, pero que en realidad tanto pueden encontrarse en personas que no sufren este problema como en quienes concurren al tratamiento.

Cuando se realizó, precisamente, un estudio de estas características entre más de novecientas niñas de séptimo a décimo grado, se descubrió que el principal de todos los factores concurrentes para este problema, era el déficit emocional, especialmente el observado en la dificultad para contarse una a la otra los sentimientos que las perturbaban y poder controlarlos. Aún en el décimo grado de esta escuela secundaria de Minneapolis, correspondiente a un sector de alto poder adquisitivo, se detectaron sesenta y una niñas que ya mostraban síntomas serios de anorexia o bulimia. Cuanto más serio era el problema, peor

respuesta mostraban las niñas ante los contratiempos, las dificultades y las situaciones enojosas de menor importancia, mostrando intensos pensamientos negativos que no eran capaces de apaciguar, y menor era su conciencia de cuáles eran, exactamente sus sentimientos. Cuando estas dos tendencias emocionales se unían a un estado de completa insatisfacción respecto de sus cuerpos, el resultado era la anorexia o la bulimia. Los padres sobreprotectores o represivos no demostraron jugar un papel principal en los trastornos de la alimentación. (Como advirtiera la propia Bruch, era improbable que las teorías basadas en miradas retrospectivas fueran exactas; por ejemplo, los padres pueden fácilmente volverse sobreprotectores como respuesta a los trastornos alimentarios de sus hijas, en su desesperación por ayudarlas). También se consideran irrelevantes las explicaciones populares tales como el miedo a la sexualidad, un comienzo prematuro de la pubertad, o la baja autoestima.

En lugar de eso, la cadena causal que reveló este estudio comenzaba con los efectos que provoca sobre las jovencitas el crecer en una sociedad que considera a la delgadez antinatural como signo de belleza femenina. Aún antes de la adolescencia, las niñas adquieren conciencia de su peso. Una niña de seis años, por ejemplo, rompió a llorar cuando su madre le propuso ir a nadar, diciendo que se vería gorda en traje de baño. De hecho, dice su pediatra, que es quien relata la historia, su peso era normal para su estatura.

En un estudio realizado sobre 271 adolescentes, la mitad de ellas pensaba que eran demasiado gordas, aunque la amplia mayoría tenía un peso normal. Pero el estudio realizado en Minneapolis, mostró que la obsesión por estar excedidas de peso no es, por sí sola, causa suficiente para los trastornos alimentarios.

Algunas personas obesas son incapaces de distinguir la diferencia entre estar asustadas, enojadas o hambrientas, y entonces agrupan todos estos sentimientos en un único significado, que es el del hambre, lo que las lleva a ingerir demasiada comida toda vez que se sienten perturbadas.

Algo similar parece ocurrirles a estas chicas. Gloria León, la psicóloga de la Universidad de Minnesota que realizó el estudio sobre las jóvenes y los trastornos de la alimentación, observó que éstas jóvenes "tienen escasa conciencia de sus sentimientos y de las señales que envían sus cuerpos, lo que conforma el más claro pronóstico de que padecerán algún tipo de trastorno alimentario en los dos años subsiguientes. La mayoría de los niños aprenden a distinguir entre todas sus sensaciones, y a indicar si se sienten aburridos, enojados, deprimidos o hambrientos; esto es aspecto básico del aprendizaje emocional. Pero estas niñas tienen problemas para distinguir entre sus sentimientos básicos. Pueden tener un problemas con sus novios, y no estar seguras de si se sienten enojadas, ansiosas o deprimidas, sólo sienten una difusa conmoción emocional con la que no saben lidiar eficazmente. En lugar de eso, tratan de sentirse mejor comiendo; esto puede llegar a convertirse en un fuerte hábito emocional de defensa".

Pero cuando esta costumbre de calmarse de esta forma interactúa con las presiones que recibe la joven para mantenerse delgada, se abre el camino para el desarrollo de trastornos en la alimentación. "Al principio, puede llegar a atracarse de comida", señala León. "Pero para permanecer delgada puede apelar a vomitivos o laxantes, o a intensos esfuerzos físicos para perder el peso ganado con el exceso de comida. Otro de los posibles caminos que puede tomar esta lucha por manejar la confusión emocional es que la joven deje directamente de comer, lo que puede parecerle una forma de tener, al menos, algo de control contra estos sentimientos abrumadores".

La combinación de esta escasa conciencia de su interior y las débiles habilidades sociales implica que estas jóvenes, cada vez que se sienten trastornadas a causa de sus amigos o de sus padres, fracasan en su intento de mejorar, o bien sus relaciones, o bien su propio malestar. En lugar de eso, su malestar pone en acción mecanismos que conducen a los trastornos en su alimentación, sean estos la anorexia o la bulimia, o el simple atracón. Un tratamiento efectivo para estas jóvenes, cree León, necesitan incluir algunas instrucciones correctivas para cubrir las habilidades emocionales de las cuales carecen. "Los clínicos comprueban", me confió, "que si se apunta a los déficits, la terapia funciona mejor. Estas jóvenes necesitan aprender a identificar sus sentimientos y a aprender a calmarse o a manejar mejor sus relaciones, por otros medios que no sean la utilización de sus malos hábitos alimenticios.

Bibliografía

Goleman, Daniel La Inteligencia Emocional.
Litoarte, S. A. de C. V., México, 1997

ANOREXIA NERVIOSA

Definición y caracteres

Consiste en una alteración grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

Las principales características de la anorexia nerviosa son el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno sufren, además, amenorrea (falta de regla) aunque hayan pasado la menarquía (primera regla).

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso, como la utilización de purgas, vómitos provocados o ejercicio físico excesivo.

En la anorexia nerviosa se distinguen dos subtipos:

- ◆ el tipo restrictivo
- ◆ el compulsivo purgativo.

El primero describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso, mientras que el segundo se utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a atracones o purgas.

En el tipo restrictivo los pacientes con anorexia nerviosa no recurren a atracones ni purgas, mientras que en el compulsivo purgativo algunos no presentan atracones pero sí recurren a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Origen

Los factores causantes de la anorexia son una combinación de elementos biológicos (predisposición genética y biológica), psicológicos (influencias familiares y conflictos psíquicos) y sociales (influencias y expectativas sociales).

La vulnerabilidad biológica de la adolescencia y los problemas familiares y sociales pueden combinarse con un clima social determinado para originar la conducta alimentaria típica de los anoréxicos. La pérdida de peso conduce a la malnutrición, que a su vez contribuye a los cambios físicos y emocionales del paciente y perpetúa el círculo vicioso que se sintetiza en el modelo psicosocial de la anorexia nerviosa.

Síntomas

El diagnóstico de la anorexia se basa no sólo en la ausencia de un origen orgánico definido, sino en la presencia de ciertas características. En este sentido conviene recordar los criterios considerados por la Sociedad Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de la anorexia psíquica:

1. Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y talla.
2. Miedo intenso al aumento de peso o a ser obeso incluso con peso inferior al normal.
3. Distorsión de la apreciación del peso, el tamaño o la forma del propio cuerpo.
4. En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en el plazo previsto (amenorrea primaria o secundaria).

Con vistas al diagnóstico es muy importante efectuar una entrevista psiquiátrica y tener en cuenta que la mayoría de los anoréxicos adolescentes acude siempre a la consulta acompañada.

Habitualmente es la familia la que aporta toda la información necesaria, mientras que el paciente puede defenderse y negar el comportamiento anoréxico.

Por lo general, la familia describe algunos de los siguientes síntomas: amenorrea, estreñimiento, preocupación por las calorías de los alimentos, dolor abdominal, preocupación por el frío, vómitos, preocupación por la preparación de las comidas -propias y de los demás-, restricción progresiva de alimentos y obsesión por la báscula, preocupación por la imagen, discordancia entre la imagen y la idea, abundancia de trampas y mentiras, hiperactividad y preocupación obsesiva por los estudios, sin disfrute de ello.

En la mayoría de ocasiones son los pediatras los que suelen tener el primer contacto con el paciente, aunque las consultas iniciales pueden estar condicionadas por el síntoma que más preocupa a la familia y al paciente. Así, cuando lo que predomina es la amenorrea (falta de regla) acudirán al ginecólogo, ante el dolor abdominal al médico de digestivo, ante la disminución de peso al endocrinólogo..., no es infrecuente que acudan a todos los especialistas, efectúen una auténtica peregrinación médica y no cumplan las recomendaciones.

Evaluación

La evaluación del paciente anoréxico debe incluir una historia exhaustiva y un examen físico completo.

Las preguntas sobre el comportamiento en relación con el control del peso que pueden ser útiles son de este tipo:

- ¿cómo maneja el/la adolescente el control de su peso?
- ¿cuánto le gustaría pesar?
- ¿cada cuánto tiempo verifica su peso?
- ¿existe algún comportamiento adelgazante del tipo de vómitos, abuso de purgantes, uso de diuréticos o empleo de píldoras dietéticas?
- ¿cuál es la imagen que el adolescente tiene de sí mismo?

Los signos y síntomas de la anorexia nerviosa, tal como se ha señalado anteriormente, deben investigarse. Al mismo tiempo, también deben buscarse aquellos que puedan sugerir un proceso orgánico. De éstos, los susceptibles de confundirse con la anorexia son el hiper o hipotiroidismo, estados de malabsorción, diabetes mellitus, tumores cerebrales, obstrucciones gastroesofágicas y enfermedad de Addison.

Tratamiento

El impacto sociológico de la anorexia nerviosa es marcado y repercute en la identidad del adulto joven. El narcisismo individual y social está en juego.

El diagnóstico, como se ha visto, no es difícil. Lo realmente difícil es el tratamiento, dadas las implicaciones individuales, familiares y sociales del síndrome.

Se han ensayado muchos tratamientos en los pacientes anoréxicos: psicoterapia, terapia comportamental, medicamentosa, hiperalimentación, terapia familiar, etc...

Los objetivos más importantes del tratamiento son la corrección de la malnutrición y la resolución de las disfunciones psíquicas del paciente y su familia. El fracaso en la solución de estos problemas a corto y largo plazo puede abocar al fallo terapéutico.

Normalmente, dadas las dificultades que se plantean, se aconseja el aislamiento familiar.

Se debe consultar con una persona experta y profesional para que dirija y oriente el tratamiento.

BULIMIA

Definición

La bulimia es una enfermedad de causas diversas (psicológicas y somáticas), que produce desarreglos en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión

para comer con otros de dietas abusivas, asociado a vómitos y la ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos).

Es una enfermedad que aparece más en la mujeres que en hombres, que aparece en la adolescencia y dura muchos años.

Síntomas y signos

Los síntomas de bulimia siempre incluyen episodios recurrentes de:

1. Ansiedad o compulsión para comer
2. Vómitos
3. Abuso de medicamentos laxantes y diuréticos
4. Seguimiento de dietas diversas
5. Deshidratación
6. Alteraciones menstruales
7. Aumento y bajadas de peso bruscas
8. Aumento de caries dentales

Tratamiento

El tratamiento de bulimia generalmente consiste en:

- ◆ Psicoterapia individual, de grupo y/o familiar.
- ◆ Orientación nutricional.

Se debe establecer un plan a seguir bajo supervisión de un terapeuta, éste establecerá unas bases para el buen fin del tratamiento:

1. Voluntariedad en llevar una pauta de tratamiento
2. Disciplina en las dietas, y con las hospitalizaciones si son necesarias
3. Control de peso en los objetivos proyectados
4. Hacer una vida social normal
5. Regularidad en las consultas individuales o familiares
6. Control médico
7. Fortalecer la personalidad
8. Confianza en el entorno familiar
9. Confianza con su terapeuta

Referencia

<http://www.ecomedic.com/em/>