



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

“MIS EXPERIENCIAS CON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN UN CENTRO CONCERTADO”

AUTORÍA M^a Dolores Moreno Segorbe
TEMÁTICA Prevención
ETAPA ESO

Resumen

El presente trabajo versa sobre mis experiencias con los trastornos de la alimentación. A final de la etapa primaria ya pueden observarse algunos/as alumnos/as que apuntan a posibles futuros problemas de esta índole; los que tiran de forma repetida los bocadillos, los que los esconden, los que los reparten o los que simplemente no los sacan de la mochila para tomárselos en el recreo. En secundaria se aprecian conductas más concretas como realizar por internet apuestas para ver quien será capaz de adelgazar más esta semana o a quien se le ocurre la idea “más novedosa” acerca de cómo engañar a los que nos rodean.

Con todo este material, aprendí a recogerlo, a mostrárselo a mis alumnos/as a convencerlos de que lo mejor era pedir ayuda e informar a los padres, a informar a estos de la manera menos traumática posible y a realizar una adecuada derivación del caso.

Palabras claves:

Trastornos de conducta alimentaria, delgadez, obsidad, anorexia, preocupación padres y maestros, problemas de comportamiento, control, impulso, prevención, habilidades de comunicación.

1.- INTRODUCCIÓN:

Antes de iniciar el artículo, desearía poder realizar una clasificación muy simple de los mismos, teniendo en cuenta las organizaciones que las realizan y observando las diferencias que existen entre unos y otros trastornos.

Partiendo del DSM – V, o también llamado manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales obtenemos en la clasificación que realiza de los trastornos de conducta alimentaria la anorexia, bulimia y los trastornos de conducta no especificados.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

El CIE – 10 que hace referencia a la clasificación internacional de las enfermedades nos habla de la obesidad y la sobre ingesta compulsiva.

A su vez y dentro también del DSM – V podemos encontrar otra clasificación denominada trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria en la infancia. En ella se nos habla de trastornos como Pica, trastorno de rumiación, y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

Cuando nos encontramos trabajando en un centro, es necesario tener una buena clasificación de estos trastornos y saber diferenciar exactamente entre uno y otro para poder prevenirlos, descubrirlos (en caso de que ya se hayan desarrollado) poder trabajar con nuestros alumnos y sus familias para desdramatizar la situación y realizar una adecuada derivación según se trate de unos y otros.

2.- UN POCO DE TEORÍA: ¿EN QUÉ CONSISTEN UNOS Y OTROS?

2.1.- La obesidad:

Consiste en la acumulación excesiva de grasas que se traduce en un aumento de peso por encima de los límites adecuados a cada persona. Estos límites vienen marcados en tablas ej “Metropolitan Life Insurance”.

2.2.- Sobre ingesta compulsiva:

Son episodios repetitivos de voracidad durante un cierto período de tiempo. Son juzgados por las personas como “anormales”.

Los comedores compulsivos suelen presentar sobrepeso moderado o grave. No suelen emplear ningún procedimiento para adelgazar, esta es la diferencia fundamental que se establece con la bulimia), no siguen ningún tipo de dieta ni manifiestan insatisfacción con su imagen corporal.

2.3.- Pica:

Es una ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un cierto período de tiempo, al menos un mes.

Esta ingesta es inapropiada para el nivel de desarrollo y edad de la persona. Por sustancias no nutritivas nos referimos ej; a papeles, plásticos, tizas... que son ingeridas sin ningún motivo aparente.

A veces, este tipo de trastornos suele estar ligado a problemas emocionales o de conducta. Es por esta razón por lo que es necesario descartar la presencia de otro tipo de trastorno psicopatológico antes de diseñar un tratamiento o realizar una derivación en la línea de los trastornos alimenticios.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

2.4.- Rumiación:

Consiste en masticar de forma repetida el alimento durante un período de tiempo largo. Este trastorno no se debe a ningún tipo de enfermedad gastrointestinal, aunque antes de realizar la derivación es necesario descartar cualquier causa física. También es necesario descartar cualquier tipo de trastorno mental y de desarrollo.

2.5.- Trastorno de la ingesta alimentaria de la infancia o la niñez:

Es una dificultad persistente y continua para comer cualquiera que sea el alimento. El niño/a que padece este trastorno puede llorar, patear, vomitar, rechazar cualquier alimento nutritivo sólido o líquido.

En estos niños/as se observa una incapacidad significativa para aumentar de peso, ya que este se suele perder de manera considerable durante al menos un mes.

Este trastorno no parece deberse a ninguna enfermedad gastrointestinal, mental, médica o a la no disponibilidad de alimento. Su inicio es anterior a los 6 años.

3.- ¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA Y QUÉ RELACIÓN TIENEN CON LA OBESIDAD?

Como orientadores de un Centro escolar debemos conocer muy bien que síntomas tienen cada uno de estos trastornos antes de dar la “voz de alarma” al propio alumno/a, padres y profesores para comenzar a trabajar con el/la mismo/a.

Para evaluar si nos encontramos ante una **anorexia nerviosa** debemos observar si existe *un rechazo a mantener el peso corporal* igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad del alumno/a y su talla.

Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, incluso estando por debajo del peso que le correspondería por su edad y talla.

Observar una *significativa alteración de la percepción del peso o la silueta corporal*, provocando una exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

En las chicas, sobre todo las pospuberales debe darse la presencia de *amenorrea* (como mínimo de al menos ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos). Ej; se considera que una mujer tiene amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales ej; administración de estrógenos...



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

También existe variabilidad entre unos tipos de anorexia y otros, es decir, algunos pueden ir acompañados regularmente de atracones o purgas como provocación de vómitos, uso de laxantes, enemas... Estaríamos hablando de una anorexia nerviosa de tipo compulsivo o purgativo.

Sin embargo, otras veces lo que se observa es simplemente una negativa a la ingesta de comida sin que ello conlleve la realización de atracones o purgas. Esta es la anorexia nerviosa restrictiva.

¿Cómo sabemos entonces si estamos ante una anorexia o una bulimia?. Esta es diferente. Se caracteriza fundamentalmente por atracones producidos de forma repetitiva; pero ¿Qué características debe tener un atracón?.

- Debe ser una ingesta de alimento producida en un corto espacio de tiempo en una cantidad muy superior a la que el resto de las personas ingerirían en ese espacio de tiempo y en unas circunstancias similares.
- Debe producirse una pérdida de control en el momento de estar ingiriendo el alimento. Ej; la persona debe sentir una sensación de no poder parar de comer o de no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que está ingiriendo.

Para compensar este atracón, las personas suelen desarrollar conductas que lo compensen de forma inapropiada este tipo de trastorno con el fin de no ganar peso. Entre estas formas podemos destacarla provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, enemas u otros fármacos o el ayuno y ejercicio excesivo.

En un momento determinado de nuestra vida, quizás hemos podido realizar algún tipo de estas conductas inadecuadas, sin embargo, cuando estas tienen lugar como promedio, al menos dos veces por semana durante unos tres meses estamos hablando ya de un trastorno alimentario.

Todo ello debe verse acompañado de una autoevaluación exagerada del peso y de la silueta corporal de nuestro/a alumnos/a.

Es importante también conocer que no todas las bulimias son del mismo tipo. Si normalmente van acompañadas de conductas purgativas (como antes mencionamos la provocación del vómito, laxantes, enemas...) hablamos de una bulimia nerviosa purgativa.

Si las conductas compensatorias que aparecen van en otra línea como ej; el ayuno o el exceso de ejercicio hablaremos de conductas no purgativas dentro de la bulimia nerviosa.

Pero después de describir más detenidamente lo que es la anorexia nerviosa y la bulimia, como profesionales en la prevención e incluso intervención en un centro ante estos trastornos necesitamos algo que nos diferencie claramente uno de otro y esto es:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

- *Anorexia*: Son las personas que presentan pérdida de peso en exceso y un deseo constante de adelgazar a pesar de encontrarse en un estado esquelético.
- *Bulimia*: Son personas que presentan un acceso de impulsos en la toma de alimentos, junto con conductas purgativas, pero su peso está dentro de los límites normales para su edad y talla.

Con respecto a la **obesidad**, destacar que estas son personas que les gusta comer, que pueden o no tener problemas físicos, pero no piensan en utilizar dietas estrictas o vomitar.

4.- ¿QUÉ PODEMOS VER, QUÉ PUEDEN SENTIR Y CUÁLES SON SUS PENSAMIENTOS MÁS REPETITIVOS EN ESTE TIPO DE TRASTORNOS?

Ante la demanda de sospecha de un tutor/a, padres o amigos/as de un alumno/a de nuestro centro de la presencia de un trastorno de la alimentación debemos comenzar una fase de observación-evaluación en la que será muy interesante que contemos con otras personas cercanas a ese alumno/a en función de donde haya venido la demanda, es decir, debemos aliarnos con la persona que ha observado algo para que nos pueda dar más datos al respecto.

Evidentemente la percepción que tiene esa persona de sí misma está distorsionada, por lo que podremos utilizar en nuestra evaluación el ABC de Albert Ellis, es decir, vamos a buscar entre todos qué comportamiento tiene, que sentimientos nos parece que expresa y qué pensamientos nos transmite al respecto. Lo ideal sería poder realizar un autorregistro con la persona en cuestión, pero quizás sea algo prematuro antes de tener más datos y poder presentárselos a ella, ya que debemos contar con la casi segura resistencia y negativa de aceptación de lo que le está ocurriendo.

No se descarta la posterior realización de un autorregistro y no podemos olvidar la observación de síntomas que pueden ayudarnos a encuadrar mejor este tipo de trastorno. No buscamos encasillar o poner un nombre a algo que le está ocurriendo a nuestro alumno/a, pretendemos conocer los apellidos de ese trastorno de conducta para poder hacer una adecuada derivación del mismo y posterior seguimiento.

Comenzamos con los síntomas físicos que podemos observar en la anorexia nerviosa, con la ayuda de personas de su entorno:

- *Pérdida de peso alarmante*
- *Amenorrea*, con las características que se han mencionado previamente.
- *Lanugo*; es la aparición de un vello específico sobre todo en las extremidades. Suele venir acompañado de un pelo quebradizo muy perceptible sobre todo en las chicas.
- *Intolerancia al frío*. Podemos encontrarnos alumnos/as que incluso haciendo calor, van excesivamente abrigados para lo que irían otras personas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

- *Tensión baja* de forma habitual.
- *Vómitos*. Existen indicadores de que estos se están produciendo como son; erosiones dentales y/o cicatrices en las manos debido a que se han provocado el vómito y al introducirse los dedos en la boca se han generado esas heridas.
- *Arritmias*.
- *Estreñimiento*
- *Dolores abdominales*. Los/as profesores de Educación Física son elementos claves en la detección de esta sintomatología.
- *Bradycardia*
- *Edemas* entendido este como un hinchazón causado por fluido atrapado en los tejidos del cuerpo. Ocurren sobre todo en los pies, los tobillos y las piernas.
- *Petequias* y estas son pequeños derrames vasculares cutáneos del tamaño de una cabeza de alfiler. Inicialmente son de color rojo, violáceo o negruzco y cambian después hacia el verde, el amarillo y el marrón a consecuencia de los sucesivos cambios químicos de la sangre. En este caso suelen ser producidas por los esfuerzos para provocar el vómito.
- *Piel amarillenta*
- *Glándulas salivales hipertrofiadas*.
- *Disminución de las reservas de grasas subcutáneas*
- *Disminución de masa muscular y ósea*.

Pero si nosotros realizáramos una observación de los comportamientos o las conductas de estos alumnos/as podríamos ver aspectos como:

- *Negación del hambre*
- *Disminución de la ingesta de líquidos*
- *Vitalidad excesiva (hiperactividad)*
- *Irritabilidad*
- Los *alimentos* suelen ser cocinados *a la plancha o cocidos* generalmente
- *Suelen comer de pie*
- *Cortan el alimento muy pequeño*
- *Estrujan o lavan los alimentos antes de prepararlos*
- *Realizan ejercicio en exceso*
- Se produce una *disminución de las horas de sueño*
- *Se pesan de forma compulsiva*
- *Comienza a darse un aislamiento social*
- *Usan laxantes, diuréticos...*
- Se produce una *pérdida de interés por el sexo*
- Al servirse la *comida*, suelen *desparramarla por el plato*, es decir, la sirven muy extendida
- Existe una *excesiva preocupación por comer en público*
- Puede observarse un control excesivo por el entorno, sobre todo por *esconder la comida* en diferentes lugares.
- *Disminuye la capacidad de iniciativa*



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

- *Beben mucha agua antes de pesarse*
- *Pueden coserse objetos pesados en los dobladillos de la ropa para pesar más o ponerse ese día mucha bisutería*
- *Llevar gran cantidad de ropa*

Estas personas tienen generalmente sentimientos del tipo siguiente:

- *Síntomas depresivos*
- *Sentimientos de incompetencia o inutilidad*
- *Desarrollan una baja expresividad emocional*
- *Aumenta el autocontrol*
- *Aumenta el sentimiento de culpabilidad*
- *Tienen una gran sensación de vacío*
- *Sienten una gran dificultad para reconocer emociones*
- *Existe un trastorno severo de la imagen corporal*
- *Sienten pánico a subir de peso*
- *Existe una sorprendente negación de la enfermedad a pesar de la sintomatología evidente que se aprecia*
- *Comienzan a darse dificultades de concentración y de aprendizaje*
- *Poseen un gran temor a perder el control*

Con respecto a la **bulimia** podemos observar los siguientes síntomas más generalizados de las personas que la sufren:

- *Lesiones en las manos provocadas por los vómitos*
- *Erosiones dentales provocadas por los vómitos*
- *Amenorreas*
- *Diarreas*
- *Aumentos y disminuciones del peso*
- *Glándulas salivales más grandes*
- *Enfermedades graves de corazón que pueden ser provocadas por la provocación del vómito al ingerir el jarabe de ipecacuana.*
- *Desgarros esofágicos que pueden incluso conllevarnos a la muerte.*

Los comportamientos o conductas observables en estas personas que podemos observar son los siguientes:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

- *Obsesión continuada por la comida* como ej; almacenar comida, conocer y poner en práctica demasiadas recetas (aunque no para esa persona)...
- *Tendencia al suicidio*
- *Aislamiento social*
- *Uso de laxantes, diuréticos...*
- *Escaso control de impulsos* que provocan atracones. Este puede ser factor predisponente para generar conductas relacionadas con el alcohol o las drogas.
- *Aumento de la actividad sexual*
- *Aumentar el ejercicio físico*
- *Comer a escondidas*
- *Llevar a acabo dietas extremas*
- *Disminución de las habilidades sociales*

Estas personas tienen generalmente sentimientos del tipo siguiente:

- Vergüenza por su comportamiento
- Poseen una alta expresividad emocional
- Disminución del autocontrol
- Aumento de la culpabilidad de las personas que la sufren
- Trastorno severo de la imagen corporal
- Tienen un conocimiento de que algo funciona de manera anormal

5.- ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE EL CENTRO PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS?

1.- Consideramos fundamental una adecuada formación de nuestros alumnos/as sobre unos adecuados hábitos alimenticios

2.- Siempre y cuando alguna persona desee realizar algún tipo de dieta (y más aún si nos referimos a un niño/a o a un/a adolescente) deberemos animarlos desde el Centro a que esta sea seguida por un especialista en nutrición.

3.- Podemos trabajar con nuestros alumnos/as habilidades sociales para que aprendan a comunicar lo que sienten. Puede ocurrir que el trastorno de alimentación sea el canal de salida a otros problemas.

4.- Enseñar a huir de las dietas de las revistas.

5.- Aprender a conocernos a nosotros mismos/as, sobre todo nuestras limitaciones físicas, emocionales y psíquicas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

Si realizáramos un seguimiento observacional de los factores predisponentes o facilitadores a la hora de generar un trastorno alimenticio, podríamos señalar algunos como:

- Inseguridad constante de la persona a la hora de tomar decisiones.
- Preocupación excesiva por los hechos que le rodean, es decir, “tomarse demasiado a pecho” los sucesos que le rodean.
- Analizar de forma excesiva la imagen corporal que tiene de sí mismo/a.
- Poseer una tendencia a la tristeza o a la melancolía, sin motivo aparente.
- Presentar un excesivo nerviosismo en las relaciones sociales.
- Mantener una sobre exigencia constante en el rendimiento de esa persona sobre cualquier conducta que realice.
- Dificultad o incapacidad para mantener relaciones afectivas estrechas.
- Miedo a no ser aceptado tal y como uno/a es, es decir, búsqueda continuada de la aprobación social. Por esta razón, estas personas comienzan a desarrollar un parapeto, careta de cara a los demás. Esta suele ser la que les genera el vacío anteriormente mencionado.
- Insatisfacción con uno mismo/a y comparaciones con los demás, es decir, dificultades de aceptación de cara a los demás.

6.- LA FAMILIA Y LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN:

Cuando trabajamos en un lugar como un Centro escolar, es necesario provocar en nuestras familias y alumnos/as un “cambio de chip” al respecto de este trastorno. A lo largo de los años se ha entendido este como un trastorno individual, sin embargo, hoy en día existen numerosos autores que puntan más la idea de una “familia anoréxica y bulímica”. ¿Qué se entiende con esta afirmación?.

Tanto Minuchin como Mara Selvini en 1970 afirmaron y demostraron mediante una serie de estudios, que los trastornos alimenticios, en concreto tanto la anorexia como la bulimia, no eran trastornos mentales individuales, sino un reflejo de una disfunción familiar de la familia como sistema en la que los mencionados trastornos cumplían un papel estabilizador. Es el síntoma el que equilibra, es decir, estas familias suelen entrar en un equilibrio patológico donde para que no se rompan deben ser mantenidas por alguien haciendo algo. En este caso hablamos del sacrificado alumno/a que desarrolla un trastorno alimenticio para que su familia no se destruya. Es muy importante conocer cual es el beneficio que la familia obtiene. Claro está que es el que no se destruya, pero ¿Qué es exactamente lo que puede provocar esa destrucción?.

Tomando como base el estudio que realizaron Mara Selvini y Minuchin consiguieron describir algunas disfunciones que ocurrían en las familias de adolescentes con trastornos de la alimentación, entre ellas podemos señalar algunas como son:

- Desarrollar relaciones interpersonales con excesiva implicación emocional.
- Sobre protección constante de la persona que desarrolla el trastorno.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

- Ausencia de resolución de conflictos que surgen en la familia. Estos suelen tratarse silenciándose, es decir, no se habla de ellos.
- Demasiada implicación de los hijos en los problemas familiares, conyugales...
- Existencia de problemas de liderazgo entre los padres con lo cual suelen surgir contradicciones en la educación que estos le dan a sus hijos provocándoles situaciones paradójicas de las cuales es difícil salir.
- Muestras de falta de respeto entre los cónyuges.
- Acuerdos encubiertos o alianzas ocultas entre los miembros de la familia como ej; un padre y su hija preferida, abusos sexuales...

7.- ¿QUÉ PODEMOS HACER SI SOSPECHAMOS QUE PUEDE EXISTIR UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN ENTRE NUESTROS ALUMNOS/AS?

Debemos comenzar realizando una evaluación previa en la que contemos con la/s persona/s que nos han informado de la situación. En ella la base es la observación, por ello, cuantos más observadores tengamos mejor porque así podremos abarcar más áreas de desarrollo de la persona en cuestión.

Observaremos aspectos como los siguientes:

- La persona evaluada no se queja
- Cuando se le pregunta directamente sobre el supuesto trastorno, lo niega.
- Su apariencia física y su comportamiento en casa no es el que acostumbraba a tener algún tiempo atrás.
- Se niega rotundamente a colaborar en la evaluación y a iniciar un posible tratamiento.
- Suelen responder con monosílabos
- Pueden mentir a los requerimientos que se le hacen
- Debemos estar atentos a trampas que pueden tendernos como simular consumo alimentario escondiendo comida o provocándose el vómito tras la ingesta de alimento, simular alguna ganancia de peso ej bebiendo agua previamente al peso, cenando abundantemente antes de pesarse...

Cuando se sospecha de algún trastorno con estas características es interesante hablar con el afectado/a e intentar conseguir que colabore con nosotros en esa evaluación, tarea bastante ardua y difícil. Ante todo debemos informales de que queremos hablar con sus padres al respecto y sobre todo el conseguir su aprobación. En estos casos suele funcionar el que ellos estén presentes en esa sesión ya que como se han vuelto tan controladores del exterior es una buena opción para que nos permitan hablar con sus padres in contar con su oposición.

Un vez que nos entrevistamos con ellos debemos plantearles el caso y proponerles que le hagan a su hijo/a una analítica para conocer cual es su es estado físico. Este es el primer paso.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

Generalmente nos encontramos con una actitud de los padres en dos sentidos divergentes:

- O bien pueden *negar la existencia del problema*, en cuyo caso nosotros debemos dramatizar la situación para intentar conectar y empalmar con esa negativa. Es útil mostrar en estos casos nuestra cara más humilde, es decir, “puede que yo me esté equivocando pero y si no, estamos hablando de su hijo/a”.
- O bien puede que la familia muestre su miedo al problema y reacciones de la siguiente manera:
 - Reconoce la existencia de un problema alimenticio.
 - Pero prefieren esperar porque el miedo les paraliza
 - Para ello aluden cualquier excusa
 - Deciden posponer la decisión de lo que se haga hasta que no exista más remedio. En este caso propongo ceder una vez que hayamos dramatizado la situación hasta la saciedad, mostrándoles los peligros de esa espera y haciéndoles siempre a ellos responsables de lo que pudiera ocurrir en ese período de tiempo.
 - Dejamos siempre las puertas abiertas para cuando ellos estén preparados para actuar.

El apoyo de la familia es un requisito indispensable para tener un buen pronóstico de la enfermedad. Es importante preparar a la familia, en caso de que accedan a realizar un tratamiento en el lugar adecuado, de los objetivos fundamentales que se van a trabajar en el mismo. Entre ellos encontramos:

- Debe conseguirse la normalización del peso
- Es necesario trabajar la reestructuración cognitiva del sujeto para que consiga verse a sí mismo/a de otra manera.
- Debe trabajarse la impulsividad para desarrollar un mínimo control en la ingesta alimentaria.
- Es importante evaluar y descubrir que habilidades sociales tan fallando y qué otras preocupaciones existen en la vida de esa persona y que aparentemente no tienen nada que ver con el trastorno pero que están afectando para que este se siga manteniendo.

Desde el Centro podemos dividir la sospecha de la existencia de un trastorno de alimentación en tres momentos:

- Antes: Desde el momento que se reconoce la existencia de un trastorno debemos dramatizar la situación para que se tomen medidas lo antes posible, acudir a un profesional y realicemos con ellos una adecuada derivación.
- Durante: Nuestra misión en este caso es animar y apoyar el proceso de tratamiento junto a la felicitación por la decisión tomada.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

- Después: Nos mantenemos al margen para respetar el tratamiento que se está llevando a cabo por el profesional especializado, poniéndonos a su disposición y a la de la familia por su pudieran necesitarnos.

8.- ¿QUÉ TRAMPAS PUEDEN EXISTIR PARA SIMULAR UN CONSUMO ALIMENTARIO?

Generalmente como profesionales conocemos algunas de ellas, pero para la evaluación previa es interesante preguntarles a la familia al respecto y sin crear alarmismos, que aprecien la necesidad de estar ojo avizor al respecto.

Entre las trampas más conocidas podemos destacar:

- Esconder la comida en la servilleta tras limpiarse la boca o en los bolsillos de la ropa.
- Dejar cortezas de pan sobre el plato para esconder el alimento.
- Desparramar el alimento por el plato al servirse para aparentar que está lleno.
- Utilizar platos pequeños al servirse
- Introducir comida en floreros, armarios, tirarla por la ventana, dársela al perro, esconderla en plástico que se guardan en lugares que se utilizan poco ej; maletas de viaje.
- Mantener la comida en la boca y tirarla cuando se van a lavar los dientes
- Esconderla bajo la mesa, los platos...

9.- ¿QUÉ TRAMPAS SUELEN EXISTIR PARA SIMULAR GANANCIAS DE PESO?

- Beber grandes cantidades de agua la noche antes de ser pesada.
- Evitar vaciar la vejiga antes de pesarse.
- Darse una comilona la noche anterior.
- Ponerse bisutería pesada, ropa gruesa o meterse dinero en los bolsillos.
- Coserse en los dobladillos (incluso en la ropa interior) objetos de peso...

10.- TRAMPAS DE LA FAMILIA:

La familia, cuando se ve inmersa en un proceso de este tipo suele reaccionar de diversas formas y debemos estar muy atentos a este tipo de trampas para no caer en ellas, ya que pueden sesgar nuestra intervención con nuestros alumnos/as.

- *Tirar del profesorado*, es decir, evitar aceptar que es su problema. Con esto lo que se pretende decir es que muchas veces la familia por miedo, no aceptación de la situación o



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 19 – JUNIO DE 2009

cualquier otra causa, se queda paralizada, no actúa ante los acontecimientos que estas pasando a su alrededor. Esto provoca la activación de personas, como pueda ser el profesorado, que comienzan a realizar acciones que están condenadas al fracaso, porque no son ellos los que deben activarse y porque se está actuando visceralmente y no de forma razonada teniendo en cuenta en cada momento que es lo más adecuado hacer para su hijo/a dejando a un lado si le hará más o menos daño. Sé que son palabras duras, pero también los trastornos de alimentación lo son.

- *Anular al enfermo*, es decir, dar información del enfermo/a estando este presente pero intentando que este no se dé cuenta. Ante estos casos, lo mejor es decirle a la persona que inconscientemente nos plantea la trampa, “¿Decía Vd. algo?”. Es importante en estos casos analizar todas y cada una de las demandas que nos llegan de los familiares y responder sólo a las que le sirvan al enfermo/a y no las que nos hagan sentir mejor a nosotros/as.

BIBLIOGRAFIA:

Coll, m., quinn, m. (1995): *Anorexia y Bulimia. Un problema actual*. Barcelona: Colimbo.

Fernández, F., Turón, V. (1998): *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.

Garcia-Pelayom y Gross Ramón,(1992) *Pequeño Larousse ilustrado*. Madrid: Larousse.

López-ibor Aliño, Juan J. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Departamento de psicología médica y psiquiátrica*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Raich, R. M. (1995): *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Raush, C., Bay, I. (1997): *Anorexia nerviosa y bulimia*. Barcelona: Paidós.

Selvini, M., Cirillo, S.(1999): *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Vandereyden, Walter Johan, Josefina. *Anorexia y bulimia*. Debigard.

Autoría

- Nombre y Apellidos: M^a Dolores Moreno Segorbe
- Centro, localidad, provincia: Algeciras, Cádiz
- E-mail: lolasegorbe@ono.com