



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 21 – AGOSTO DE 2009

## “TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN EL AULA: ANOREXIA Y BULIMIA” I PARTE.

AUTORÍA <b>ANTONIA M<sup>a</sup> JARIT WALS</b>
TEMÁTICA <b>ALIMENTACIÓN Y EDUCACIÓN.</b>
ETAPA <b>PRIMARIA, ESO Y BACHILLERATO.</b>

### Resumen

Los problemas de anorexia y bulimia han aumentado en esta década, afectando mucho más a mujeres que a hombres, siendo sus repercusiones muy graves. Se trata de enfermedades que tienen un tratamiento largo y complicado, que conllevan a un gran desgaste, sufrimiento personal y familiar y que pueden provocar la muerte.

### Palabras clave

Trastorno alimenticio, anorexia, bulimia, síntoma, tratamiento, terapia, educación e información.

### 1. INTRODUCCIÓN.

Aunque los trastornos de alimentación, y en particular, la anorexia y la bulimia han estado presentes a lo largo de la historia, es, en nuestros días, cuando están aumentando considerablemente. Para entender las causas de estos problemas, hay que tener en cuenta la historia personal y familiar, las características individuales y las presiones socioculturales de la persona afectada.

Las mujeres son quienes principalmente están sufriendo la imposición de modelos estéticos; la comparación con ellos, puede que les lleve a sentirse insatisfechas con sus cuerpos y las impulse a someterse a dietas peligrosas para su salud física y mental. El ideal de belleza vigente impone un tipo de cuerpo cada vez más delgado y la industria basada en la delgadez es cada vez más fuerte: publicaciones dedicadas a dietas, productos para adelgazar, para no engordar, para moldear la figura...Industria que genera una gran cantidad de dinero a costa de hacer a muchas mujeres esclavas de sus cuerpos.

La adolescencia y la juventud son momentos de mayor vulnerabilidad, ya que estamos construyendo nuestra propia identidad. Para una adolescente es más difícil tener un criterio y unos valores propios, entre otras cosas, porque el grupo es muy importante en esta etapa. Es por ello, que como docentes y responsables de la educación de nuestros alumnos, les demos información acerca de



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 – AGOSTO DE 2009

los trastornos alimenticios tales como la anorexia y la bulimia. Incluso podríamos ayudar a nuestro alumnado observando sus comportamientos alimenticios y, apoyados en el departamento de orientación del centro, combatir este tipo de enfermedad.

Sin embargo, los educadores deberían adquirir consciencia de que los trastornos alimentarios ya no sólo afectan a jóvenes y adolescentes, sino también a los alumnos de enseñanza primaria. Los estudios demuestran que la odisea para adelgazar está comenzando a edades cada vez más tempranas. Y no sólo entre las niñas.

Los trastornos alimentarios están basados en una compleja interacción de sentimientos, actitudes y comportamientos. Pueden ser una respuesta a los problemas de la adolescencia y preadolescencia, una consecuencia de la baja autoestima, de la depresión o del estrés... El hecho es que ayudar a los chavales a aceptarse a si mismos por lo que son y no por lo que parecen es un primer paso, importantísimo, para prevenir los trastornos alimentarios. Está demostrado que dar información a los estudiantes sobre los peligros de estas enfermedades, y lugares donde acudir cuando puedan aparecer, ayuda a prevenir los trastornos alimentarios.

Dado que la prevención es siempre la mejor cura, los centros escolares deberían hacer de ésta uno de sus objetivos principales. Por eso los centros escolares cualquiera que sea su nivel educativo, deberían consultar con especialistas para programar la alimentación de los alumnos, y dejar tiempo suficiente para realizar todas las comidas; enseñar a los estudiantes que existen distintos tipos de cuerpos y pesos. En particular, las características mediterráneas suelen estar alejadas de ciertos modelos que se les proponen. Deben conocer el papel que la genética juega en el desarrollo del cuerpo; enseñar a los estudiantes el papel de la grasa en sus cuerpos, además del peligro de las dietas incontroladas. Sin asustar, informando; mostrarles, preferiblemente mediante actividades, cómo la cultura socialmente aceptada promueve modelos anoréxicos: la pérdida de salud a cambio de belleza, el ridículo de la obesidad... haciendo de esta información parte del programa educativo; hacer hincapié en la comunicación, la autoestima y la confianza en si mismos. Esto le dará fuerza a resistir la presión de sus compañeros y la sociedad que les invita a cambiar para ser "perfectos" o para tener cierto aspecto; desarrollar un programa que permita a los educadores ayudar a los alumnos cuando presenten inquietudes o problemas con respecto a la comida.

## 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

A lo largo de la historia el sobrepeso ha sido considerado signo de salud, belleza y poder. Quizá porque sólo las clases altas se podían permitir comer suficientemente. En la antigüedad los banquetes donde se comía bebía con exageración tenían un carácter sagrado y el vómito era un remedio usual para reiniciar la comida (El *vomitorium* de los romanos).

El término anorexia significa literalmente falta de apetito. La restricción alimentaría se ha asociado a lo religioso. Los cristianos y los místicos han practicado el ayuno con frecuencia como penitencia y forma para lograr un estado espiritual más elevado. En este punto es difícil separar lo patológico de lo místico. Desde la Edad Media existen antecedentes sobre la anorexia.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 21 – AGOSTO DE 2009

Sin embargo, las primeras referencias descritas en términos médicos aparecen en el SXVI. En esta época comienzan a aparecer datos sobre personas que presentan inanición, sus conductas restrictivas con la alimentación son vistas como anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa.

En 1686 aparece el libro de Richard Morton “Phthisiología, seu Exercitaciones de Phthisis”. Donde se describe por primera vez el cuadro de la anorexia nerviosa. Morton narra el caso de una paciente que afirma no tener apetito y sin mucha energía. A los dos años de iniciarse el trastorno la paciente presenta un alto grado de caquexia, la actividad física e intelectual es intensa, carece de conciencia de enfermedad y no padece enfermedad física que justifique el cuadro. Abandona el tratamiento y muere a los tres meses. En los doscientos años siguientes aparecen frecuentes referencias a cuadros anoréxicos que se catalogan como atrofia nerviosa o delirio hipocondríaco.

En 1873 Gull en Londres y Lasségue en París hacen descripciones de cuadros anoréxicos y hablan de la histeria como causa del trastorno y la denominan anorexia histérica. Gull ya en esta época descartó la presencia de enfermedad orgánica que justificase la anorexia.

Algo más tarde, en 1914, Simmonds describe la caquexia hipofisiaria y aparecen las teorías del origen panhipopituario de la anorexia. Esta teoría se mantuvo hasta 1938 cuando Sheeham demostró que la AN es distinta de la caquexia hipofisiaria que es de origen isquémico. Sin embargo hasta los años 50 se mantienen las hipótesis endocrinológicas para explicar el origen de la anorexia.

El siguiente periodo corresponde a las hipótesis psicológicas encabezadas por el psicoanálisis. Según este marco teórico el trastorno se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido que se manifiesta a través de una conversación histérica.

Desde los años 60 se han incrementado los trabajos sobre la anorexia con una visión más pragmática y heterodoxa del problema. La anorexia, que afecta a personas cada vez más jóvenes, empieza a tomar en diversos países tintes de epidemia.

### 3. ¿QUÉ ES UN TRASTORNO ALIMENTICIO?

Los trastornos en el comportamiento alimentario se presentan como uno de los problemas más complejos de entender en cuanto a su manifestación y origen. De hecho, no existe consenso sobre los factores o causas responsables de los trastornos alimentarios, aunque la investigación clínica parece apuntar hacia aspectos culturales y psicológicos. Si bien ya se han iniciado movimientos en contra, es obvio que la cultura occidental promueve modelos que condicionan la autoestima a la forma y el peso del cuerpo. Según el profesor Josep Toro (2001: 334-335), *la expansión de los trastornos del comportamiento alimentario en las últimas décadas ha supuesto un notable incremento de las preocupaciones asistenciales, no siempre acompañado de un incremento de los recursos*. Todo ello ha dado lugar a la proliferación de diversos grupos de investigación, en general multidisciplinares, que han permitido progresos muy significativos en el conocimiento de estos trastornos.

El término *trastornos alimentarios* se refiere en general a desórdenes psicológicos que conllevan a graves anomalías en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 21 – AGOSTO DE 2009

trastornos se halla en una alteración psicológica. Entre los trastornos más frecuentes encontramos la *anorexia* y la *bulimia* nerviosas, aunque también existen otro tipo de trastornos menos conocidos como el *trastorno por atracón*. Todos estos trastornos, son mucho más frecuentes en sociedades desarrolladas donde hay sobreabundancia de comida, en las que la cultura que predomina resalta la delgadez, y aún parece que en la medida que aumenta el nivel de vida, crece el número de personas que presentan dichos trastornos.

### 3.1. Anorexia:

La *anorexia nerviosa* consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y que lleva a un estado de inanición. Se trata de una enfermedad en la que, por un lado, hay un rechazo a mantener un peso en lo que sería llamado normal para la talla del paciente y, por otro lado, hay también un miedo muy importante a engordar, a coger peso, y a que eso se pueda convertir en una obesidad. Estos dos síntomas centrales generan una conducta para bajar de peso, que puede llevar al paciente a un estado de desnutrición severo. Otro síntoma central de la *anorexia nerviosa* es la alteración de la propia imagen corporal, es decir, los pacientes, sobre todo a partir de un determinado momento de la enfermedad, tienen una percepción de su corporalidad que no se corresponde con la realidad, dicha percepción distorsionada del propio cuerpo es denominada clínicamente: *Dismorfofobia*. Por último, también encontramos las alteraciones endocrinas y metabólicas, provocadas por ese descenso tan importante de peso.

Debido a ese temor a aumentar de peso el paciente inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos. Normalmente comienza con la eliminación de los hidratos de carbono, ya que existe la falsa creencia de que engordan. Seguidamente, rechaza las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema. A estas medidas drásticas se le pueden sumar otras conductas asociadas como la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico. Las personas afectadas pueden perder desde un 15% a un 50%, en los casos más críticos, de su peso corporal. Esta enfermedad suele asociarse con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento, de la conducta emocional y una estigmatización del cuerpo.

Entre los tipos de *anorexia* podemos citar:

- *Anorexia Nerviosa primaria*: en este tipo de trastorno no existe otra enfermedad más que el miedo a subir de peso.
- *Anorexia Nerviosa restrictiva*: el paciente utiliza el ayuno y la dieta sin recurrir al vómito o a los laxantes.
- *Anorexia Nerviosa secundaria*: este tipo de *anorexia* es consecuencia de una enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la depresión.
- *Bulimarexia*: el paciente presenta periodos de ayuno alternados con periodos de comer en forma compulsiva. Se provoca el vómito y se laxa con purgas o enemas.

Aunque todos estos tipos se pueden enmarcar, fundamentalmente, en dos:

C/ Recogidas N° 45 - 6ªA 18005 Granada [csifrevistad@gmail.com](mailto:csifrevistad@gmail.com)



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 21 – AGOSTO DE 2009

- De carácter restrictivo: limita severamente la ingestión de alimentos, especialmente de alimentos que contienen carbohidratos y grasa.

- De carácter compulsivo/purgativo: come en exceso y luego se induce el vómito y, o toma grandes cantidades de laxantes u otros purgantes (medicamentos que, a través de sus efectos químicos, sirven para aumentar la eliminación del contenido intestinal).

### 3.2. Bulimia:

La palabra bulimia procede del griego *boulimos* (bous: buey; limos: hambre: hambre de buey). Para las personas con bulimia, la comida es una adicción placentera y autodestructiva. Como trastorno alimenticio, esta enfermedad se caracteriza por episodios secretos de excesiva ingesta de alimentos, seguidos por métodos inapropiados para controlar el peso como el vómito auto-inducido, el abuso de laxantes o diuréticos y la realización de ejercicio físico excesivo. En la mayoría de los casos la bulimia va acompañada la anorexia (bulimarexia), siendo menos frecuente la bulimia como una enfermedad aislada.

En la bulimarexia hay un rechazo directo a los alimentos, intercalado con atracones esporádicos. El atracón comienza con una sensación de hambre incontenible, con preferencia por los dulces y alimentos de alto valor calórico. La frecuencia de los atracones es muy variada e irregular. Con las comilonas los enfermos suelen sobrepasar las 5.000 calorías diarias. Hay casos en los que se han sobrepasado las 25.000 calorías en un día generando esto muertes por dilatación aguda del estómago. La bulimia se considerada una enfermedad invisible porque es difícil que sea detectada por el entorno del paciente.

El trastorno se caracteriza por la pérdida de control sobre la cantidad de alimento que se toma. Algunos de sus síntomas son los atracones frecuentes con posteriores sentimientos de culpa, vómitos, comidas a escondidas, fluctuaciones importantes en el peso y preocupación extrema por la figura y el peso. Es una enfermedad tan difícil de detectar, que hay personas que no se ajustan a estos criterios pero pueden tener pautas alimentarias bulímicas.

Al igual que en la anorexia, en la bulimia podemos detectar dos tipos específicos, ambos igual de peligrosos.

- Bulimia purgativa: El enfermo realiza el vómito auto-inducido, y/o el mal uso de diuréticos y laxantes.
- Bulimia no purgativa: El individuo usa otros métodos compensatorios inadecuados, como el ayuno o el ejercicio excesivo, y no emplea de manera regular el vómito auto-inducido y/o el mal uso de diuréticos y laxantes.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 21 – AGOSTO DE 2009

#### 4. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

En el origen de esta enfermedad intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que desvirtúan la visión que el enfermo tiene de sí mismo y responden a un gran temor a engordar. El enfermo de bulimia siempre se ve gordo, aun cuando su peso es normal, pero no puede reprimir sus ansias de comer. Generalmente la bulimia se manifiesta tras haber realizado numerosas dietas dañinas sin control médico. La limitación de los alimentos impuesta por el propio enfermo le lleva a un fuerte estado de ansiedad y a la necesidad patológica de ingerir grandes cantidades de alimentos. Hasta el momento se desconoce la vulnerabilidad biológica implicada en el desarrollo de la enfermedad y son más conocidos algunos factores desencadenantes relacionados con el entorno social, las dietas y el temor a las burlas sobre el físico. Muchos de los factores coinciden con los de la anorexia, como los trastornos afectivos surgidos en el seno familiar, el abuso de drogas, la obesidad, la diabetes mellitus, determinados rasgos de la personalidad y las ideas distorsionadas del propio cuerpo.

Al no existir una sola causa que provoque los trastornos alimenticios un conjunto de factores, incluyendo presiones culturales y familiares, desajustes químicos y trastornos emocionales y de la personalidad colaboran para producir la anorexia y la bulimia en una determinada persona, aunque cada trastorno es determinado por diferentes combinaciones de éstas influencias. Debido a ello las causas exactas de la bulimia y la anorexia se desconocen.

La moda es una de las posibles causas, ya que desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida. Esta especie de dictadura de la moda exige la máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos.

Otra causa puede ser la influencia de los medios de comunicación que a menudo anuncian que se puede adelgazar sin esfuerzo. También contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud). Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: "fast food", gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor calórico. En los últimos años, Internet ha permitido a las anoréxicas y bulímicas contactar y comunicarse entre ellas fuera del entorno del tratamiento, con un menor riesgo de rechazo por parte de la sociedad.

Existen muchos sitios web sobre el tema, algunos creados por las propias afectadas y otros por profesionales. La mayoría de los sitios apoyan el punto de vista médico, que considera la anorexia como un desorden que debe ser curado, pero algunas afectadas crean comunidades online conocidas como "pro-ana" que rechazan la visión de los médicos y argumentan que la anorexia es un modo de vida libremente elegido. En esas comunidades "pro-ana", las anoréxicas se apoyan mutuamente en su objetivo de adelgazar, aconsejándose entre ellas sobre dietas, formas de engañar a los parientes para





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 21 – AGOSTO DE 2009

que no noten los vómitos, farmacias online donde conseguir medicamentos diuréticos o laxantes, etc. Tales sitios web han sido un centro de interés significativo para los medios de comunicación, recibiendo fuertes críticas e incluso siendo prohibidos en varios países.

Además los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general. Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.

Recientemente se ha descrito la participación de factores genéticos en la vulnerabilidad a desarrollar anorexia nerviosa. Asimismo, también pueden ser importantes en la aparición de la anorexia nerviosa alteraciones en las endorfinas cerebrales, en la serotonina y en diversas hormonas.

No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener auto exigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidosos en las relaciones sociales... perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero)... aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

Los trastornos alimenticios, con frecuencia, van acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultados de los trastornos del comer. La estación a menudo afecta la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de los pacientes bulímicos sufren de una forma específica de bulimia la cual empeora en el invierno y el otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia de haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer excesivamente con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año. El inicio de la anorexia parece llegar al máximo en mayo, el mes con mayores índices de suicidio.

La actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer. A los estadounidenses se les anima a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 21 – AGOSTO DE 2009

espectadoras. En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia (y, a un grado menor, en bulimia). El término "tríada de atletas mujeres" ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos del comer y osteoporosis, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas. La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular añorada sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podría mitigar su estímulo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan en frente de los miembros del equipo o precisan castigos. En las personas con trastornos de la personalidad que los hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos.

En la aparición de estos trastornos alimenticios, tales como la anorexia intervienen *factores socioculturales*, es decir, la presión por parte de la sociedad, de los medios de comunicación, los cánones establecidos por el mundo de la moda, todo ello unido genera en el individuo el anhelo de delgadez, ya que como explican Assumpta Rigol y Anna Bastidas en su artículo "Actualización sobre la anorexia nerviosa: estudio de un caso" (2003: 51-57), *Los cánones estéticos cada vez son más esclavizantes, y la sumisión a estos estereotipos han hecho de los trastornos de la alimentación una alarma en la población adolescente*. En esta sociedad de consumo donde vivimos, el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito. Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguirlas de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación. Sin embargo, en opinión de Rosa López Garnica<sup>1</sup>, no es solamente la influencia de la moda la causa del aumento de los trastornos de la conducta alimentaria, sino que también tiene una gran importancia el profundo cambio que ha sufrido el papel de la mujer en la sociedad, ya que ente el hombre y la mujer, es ésta última la más afectada por esta enfermedad. La mujer ha pasado a tener un papel muy activo en la vida social. Por otro lado, debemos tener en cuenta las exigencias que la sociedad impone a la mujer, que en muchas ocasiones pueden conllevar a problemas de inseguridad, baja autoestima, necesidad de afirmación, etc.

Pero además, intervienen *factores individuales*, como son los cambios corporales que obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo. Es este el momento en que el adolescente compara su imagen corporal con el modelo estético corporal presente en su medio social. Dentro de este apartado podrían incluirse también los factores de vulnerabilidad personal: no aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener auto-exigencias desmedidas,

---

<sup>1</sup> Rosa López Garnica es Licenciada en Medicina y Cirugía, por la Universidad de Navarra, entre 1976 – 1982, y Licenciada en Derecho, también por la Universidad de Navarra entre 2000 - 2007. Participó en el III Congreso de Moda: "Moda y Salud", celebrado en Pamplona, en mayo del 2000.





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 21 – AGOSTO DE 2009

preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco sociable, todo ello sería un perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

En cuanto a los *factores temporales*: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero)... aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

Por otro lado, se habla también de *la familia* como factor importante en la aparición de la anorexia, aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobre-protector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos. Aunque, estos elementos no pueden considerarse factores importantes de esta enfermedad, es decir, se asocian a otras enfermedades que no tienen nada que ver con el alimento. De todas formas una vez que la anorexia está en marcha, los conflictos familiares cobran gran importancia.

Otra de las posibles causas de aparición de trastornos alimenticios serían los problemas alrededor del nacimiento. En algunas personas con anorexia, se mostró una incidencia alta de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento lo cual pudo haber desempeñado un papel en el desarrollo posterior de trastornos en la alimentación. Estos problemas incluyen infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer y mayor edad materna. Las personas con anorexia a menudo tuvieron problemas del estómago e intestinales en edades muy tempranas.

Otro tipo de factores sería tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y, en definitiva, convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física. Tampoco debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle las graves consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, tanto en televisión, radio, internet, podemos encontrar anuncios de publicidad que proponen dietas de adelgazamiento, productos "light", etc., fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

Con todo, y aunque hay muchos factores que pueden desencadenar la anorexia, es probable que una parte de la población tenga una mayor predisposición física a sufrir este trastorno, independientemente de la presión que pueda ejercer el entorno. Por ello existen de factores generales que se asocian a un factor desencadenante o cierta vulnerabilidad biológica, que es lo que precipita el desarrollo de la enfermedad: la propia obesidad del enfermo, la obesidad materna, muerte o enfermedad de un ser querido, separación de los padres, alejamiento del hogar, fracasos escolares, accidentes o sucesos traumáticos.



ISSN 1988-6047    DEP. LEGAL: GR 2922/2007    Nº 21 – AGOSTO DE 2009

Según la mayoría de los estudios médicos, el perfil de una persona que padece anorexia es idéntico al de aquellas personas que padecen bulimia aunque ambos trastornos sean diferentes. El comportamiento de un paciente con bulimia o anorexia se basa en ser muy inmaduro y dependientes del núcleo familiar, con un gran miedo a la maduración sexual y a asumir responsabilidades.

En conclusión, los medios de comunicación social han desarrollado un aspecto físico *ideal*, que explotan bombardeando al consumidor con mensajes que asocian esta imagen al autocontrol, el atractivo, la inteligencia, la riqueza y el éxito. Como resultado, no es extraño que los adolescentes, que están desarrollando profundos cambios físicos, emocionales y sexuales, los tomen como modelo y apliquen técnicas de adelgazamiento incontroladas para parecerse a esta imagen ideal. Esperan así incrementar su autoconfianza y la aceptación por parte de los demás. La detección precoz y la intervención son factores clave para que se recupere. Los consejeros y psicólogos escolares pueden ayudar a implementar la intervención temprana estando atentos a ciertas características y comportamientos propios de los trastornos alimentarios. Entre los síntomas más frecuentes (apartado que completaremos en la II Parte de este artículo) que suelen padecer las personas que sufren algún trastorno alimenticio, podemos encontrar:

- Pérdida de peso llamativa o delgadez extrema.
- Encontrar excusas para saltarse comidas.
- Comportamientos alimenticios inusuales; aplicación de ritualismo al proceso de comer.
- Preocupación inhabitual para su edad en los resultados escolares; cree que los resultados nunca son lo bastante buenos.
- Extrema sensibilidad a las críticas.
- Preocupación inhabitual por los cambios en la rutina; poca flexibilidad y adaptabilidad.
- Tendencia a ser perfeccionista.
- Comunicación cerrada. Puede estar tenso o muy animado.
- Preocupación inhabitual por su aspecto físico, excesivo aseo.
- Abandono de amigos y actividades; inmersión inhabitual en una actividad específica, excluyendo otras.
- Amenorrea. Puede confundirse fácilmente con irregularidades del ciclo normales en esa edad.
- Comportamientos inusuales o compulsivos, especialmente los relacionados con la comida.
- Cambios de temperamento.
- Comportamiento muy controlado, capaz de ocultar sus sentimientos.
- Conversa demasiado sobre el peso o el aspecto físico, suyo o de otros.
- Tolera mal a los demás. Especialmente, desprecia la obesidad.
- Baja autoestima.

En este sentido, tendrán un papel muy importante los profesores de educación física en el ámbito escolar, ya que las personas que padecen, por ejemplo, anorexia suelen realizar ejercicios físicos muy duros, para conseguir su "peso ideal". Es por ello que los profesores de educación física o entrenadores deportivos conviene que estén alerta a este tipo de enfermedades y actuar ante cualquier indicio de la misma, siendo sus consecuencias mucho menores. Profesor y entrenador, así



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 21 – AGOSTO DE 2009

como familia, amigos y el resto de la comunidad educativa, deben ser conscientes de los signos y síntomas de los trastornos alimentarios, y comprende su papel en la prevención de los trastornos alimentarios. Deben dar a los alumnos información precisa sobre el peso, la pérdida de peso, la composición del cuerpo, la nutrición y los estándares deportivos para eliminar la información incorrecta y evitar las prácticas insanas y contraproductivas; hacer hincapié en los riesgos del peso demasiado bajo, especialmente a las deportistas con amenorrea o irregularidades en el ciclo menstrual. Reducir la importancia del peso. No pesar continuamente a los deportistas eliminando los comentarios sobre el peso, especialmente los divertidos o ridiculizantes. Haciendo hincapié en otras áreas, como la fuerza, la habilidad o la preparación mental; hacer un esfuerzo para entender por qué el peso y el aspecto físico es un asunto tan sensible y personal para muchas mujeres. No apartar automáticamente a un deportista con problemas alimentarios, a menos que lo diga el médico; estudiar nuestros propios sentimientos con respecto al peso, la dieta y el aspecto físico, para valorar cómo pueden afectar esos sentimientos a los deportistas que nos rodean.

## 5. BIBLIOGRAFÍA:

### Monografías:

- Cervera Enguix, S., et Quintanilla Madero, B. (1995): *Anorexia nerviosa*. Pamplona: EUNSA.
- Raich. R. (1999): *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Toro, J., et Vilardell, E. (1987): *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Toro, J. (1996): *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.

### Revistas electrónicas:

- Toro, J. (2001): Anorexia nerviosa. *Medicina Clínica*, Núm. 117, pp. 334-335. Extraído el 5 de mayo de 2009, desde <http://www.elsevier.es>
- Muñoz, M. T., et, Argente, J. (2003): Anorexia nerviosa: avances. *Anales de Pediatría*, Núm. 58, pp. 97-103. Extraído el 24 de abril de 2009, desde <http://www.elsevier.es>
- Rigol, A., et, Bastidas, A. (2003) Actualización sobre la anorexia nerviosa: estudio de un caso. *Nursing*, Núm. 21, pp. 51-57. Extraído el 20 de abril de 2009, desde <http://www.elsevier.es>



ISSN 1988-6047    DEP. LEGAL: GR 2922/2007    Nº 21 – AGOSTO DE 2009

Recursos en la Web:

- <http://profesional.medicinatv.com>
- <http://www.dmedicina.com>

Autoría

---

- Nombre y Apellidos: Antonia M<sup>a</sup> Jarit Wals.
- Centro, localidad, provincia: Córdoba.
- E-mail: [Tonijw20@yahoo.es](mailto:Tonijw20@yahoo.es).