



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

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

AUTORÍA ANTONIA MARÍA JARIT WALS.
TEMÁTICA ALIMENTACIÓN Y EDUCACIÓN.
ETAPA EI, EP, ESO, BACHILLERATO...

Resumen

Los trastornos alimenticios van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultados de los trastornos relacionados con los hábitos digestivos. De ahí la importancia de conocer cuáles son los síntomas que presentan las personas que sufren algún trastorno alimenticio.

Palabras clave

Anorexia, bulimia, síntoma, trastorno, tratamiento y terapia.

1. INTRODUCCIÓN.

En un artículo anterior definíamos los dos conceptos básicos en los que se basa nuestro tema de investigación: anorexia y bulimia, aunque para comodidad del lector, a continuación realizaremos un breve resumen de cada uno de estos trastornos alimenticios, antes de adentrarnos en analizar sus síntomas y tratamientos.

Llamamos bulimia al desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. 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 las mujeres que en los hombres, y que normalmente lo hacen en la adolescencia y dura muchos más años. Las personas que padecen de Bulimia, poseen una baja autoestima y sienten culpa por comer demasiado, suelen provocarse vómitos, ingieren laxantes y realizan ayunos, debido a esto, presentan oscilaciones bruscas del peso corporal. El comportamiento bulímico se observa en los enfermos de anorexia nerviosa o en personas que llevan a cabo dietas exageradas, pero la bulimia no produce pérdidas de peso exagerada.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

Por su parte la anorexia supone la pérdida del apetito, para perder peso de manera rápida, mediante la restricción de la ingesta de alimentos, sobre todo los de alto valor calórico, asociada o no al consumo de laxantes o diuréticos. Debe distinguirse del trastorno psicológico específico conocido como anorexia nerviosa, y también de la ingestión relativamente baja de alimentos; ésta última no resulta peligrosa para la salud mientras la dieta sea variada y el peso corporal se mantenga, y no debe contemplarse como un trastorno que requiera tratamiento médico. Las personas que padecen de anorexia tienen una imagen distorsionada de su cuerpo (se ven gordos, aun cuando presentan un estado de extrema delgadez.). La anorexia nerviosa 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, miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción del cuerpo. 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, acompañado muchas veces por ejercicio físico excesivo. En la anorexia nerviosa se pueden distinguir algunos subtipos: Restrictivo, que describe cuadros clónicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso, donde los pacientes con anorexia nerviosa no recurren a atracones ni purgas, mientras que otro tipo es el Compulsivo purgatorio que utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a atracones o purgas, algunos no presentan atracones pero si recurren a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

2.- SÍNTOMAS.

2.2.- Anorexia.

Entre otros síntomas, quizás menos apreciables físicamente, podemos encontrar:

- Percepción distorsionada (*dismorfofobia*) del peso, tamaño o figura de su cuerpo. El sujeto que padece esta enfermedad evita mantener el peso corporal a un nivel medio o por encima del peso normal equivalente a su edad y altura, miedo intenso a engordar o volverse obeso. Este miedo no disminuye a medida que disminuye de peso.
- Autoevaluación constante con la presencia excesiva de pensamientos referentes al peso o la forma corporal o negar que se tiene un peso corporal bajo. Incluso, aparente complacencia con la pérdida de peso, manifestando abiertamente que el rechazo a los alimentos es agradable.
- En mujeres con períodos menstruales que no han pasado a la etapa de la menopausia, la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea).
- Bradicardia (pulso en reposo de 60 o menos).
- Caída del pelo.
- Baja temperatura corporal.
- Bajo rendimiento intelectual y físico.

- Alteraciones en sangre: Al principio el organismo compensa y los análisis son normales. Pero conforme avanza la enfermedad se producen disminución de los glóbulos rojos (anemia), de los leucocitos (tendencia a las infecciones).
- Dificultades para relacionarse sexualmente.
- Episodios de bulimia.
- Vómitos (que pueden ser auto-inducidos). Lo que traería una serie de complicaciones añadidas a la anorexia, pues los vómitos provocan engrosamiento glandular, caries, desgaste de la raíz dental, pérdida de piezas dentales, desgarramiento del esófago, inflamación de la garganta haciendo que se dificulte cada vez más tragar, espasmos estomacales, problemas digestivos, anemia, problemas gastrointestinales, etc.
- Por otro lado, encontramos las complicaciones que se manifiestan cuando se produce un abuso de diuréticos: descenso del nivel de potasio, disminución de los reflejos, manifestación de sed, daño hepático y arritmia cardíaca.
- Trastornos emocionales, Carácter hostil e irritable, la persona tiende a tener actitudes depresivas, actividad física intensa, hiperactividad en algunos casos. Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con trastornos alimenticio experimentan depresión, y la depresión es común en las familias de los pacientes con trastornos alimenticios. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos de este tipo rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. La gravedad de estos trastornos tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiecen a aumentar de peso.
- Entre los síntomas psicológicos, podemos citar los cambios de estado de ánimo, el sentimiento de inadecuación sobre sus habilidades. Las personas que padecen este tipo de enfermedad se sienten constantemente solas, el sentimiento de soledad en ellas es muy frecuente, y al sentirse así, se aíslan y no se relacionan con nadie. Padecen una gran depresión. Y su autoestima varía en función de lo que comen o no comen.

En general, podemos estar absolutamente seguros de que una persona tiene anorexia si observamos los siguientes tres síntomas de alarma constantes y esenciales:

- Peso corporal anormalmente bajo.
- Mantenimiento deliberado de ese peso corporal mediante dieta, ejercicio, abuso de laxantes o diuréticos, o una combinación de los tres.
- Síntomas de inanición.

2.2.- Bulimia.

Síntomas conductuales: Entre los síntomas conductuales de las personas que padecen bulimia, podemos citar los atracones de comida, normalmente a escondidas, así como sus viajes al baño justo después de las comidas. Debemos mencionar el abuso de los laxantes, así como de los diuréticos o las anfetaminas. Estas personas evitan participar en eventos sociales, así como realizar periódicamente visitas a algún restaurante.

Síntomas psicológicos: Entre los síntomas psicológicos debemos citar los cambios de estados de ánimo de las personas que padecen esta enfermedad, al igual que las personas que padecen anorexia. Se irritan con facilidad debido a la fuerte depresión que padecen. Poseen un gran miedo a perder el control. Su autoestima está determinada por el peso y por lo que se ha comido. Las personas con esta enfermedad poseen gran necesidad de la aprobación de los demás.

Síntomas físicos: glándulas parótidas. Así mismo, también son síntomas evidentes en estas personas el agrietamiento de los labios o que su esmalte dental se encuentra dañado. También, su latido cardiaco es irregular.

Por lo general, los bulímicos se atracan y vomitan desde una vez por semana a cinco veces por día. Hay otros síntomas observables:

- Se comienza con dietas para mejorar el aspecto físico.
- El deseo de comer alimentos dulces y ricos en grasas es muy fuerte.
- Los sentimientos de ira, cansancio, ansiedad, soledad o aburrimiento provocan la aparición de ingesta compulsivas.
- Constante preocupación por la comida.
- Miedo extremo a aumentar de peso.
- Piel seca y pelo quebradizo.
- Después de un acceso se siente una gran culpa o se ensayan diferentes métodos para eliminar lo ingerido (vómitos provocados, laxantes, etc.).
- Distorsión de la imagen corporal (*Dismorfofobia*); se ven gordas frente al espejo y se sienten gordas.
- Seguimiento de dietas diversas.
- Deshidratación.
- Alteraciones menstruales.
- Aumento y descensos de peso bruscos.
- Aumento de caries dentales.
- Glándulas inflamadas debajo de la mandíbula como consecuencia de los vómitos, que hace aparecer la cara como más gorda.
- Fatiga y sudoración fría debido al rápido cambio de nivel de azúcar en la sangre.
- Acuden al baño enseguida después de ingerir alimentos.
- Depresión y cambios de ánimo.
- Vómitos auto provocados, uso de laxantes y diuréticos.
- Rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos, pérdida de piezas dentales, irritación general del aparato digestivo.

3.- ANOREXIA MASCULINA.

La anorexia ha sido considerada hasta hace poco tiempo una enfermedad femenina, sin embargo, el género masculino también se ve afectado por esta patología. La anorexia masculina en



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

adolescentes representa el diez por ciento del total de pacientes tratados por esta afección. Se trata de un grupo poco estudiado y poco conocido. Por ello, el servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, el servicio de Medicina Nuclear y el servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de Barcelona han aunado sus esfuerzos para determinar qué factores provocan la pérdida de masa ósea en los pacientes varones adolescentes que sufren anorexia.

Debido a que son pocos los varones que padecen esta enfermedad, se ha llegado a considerar diferente de la anorexia femenina, además, la proporción de afectados no parece aumentar y podría situarse en torno a diez mujeres por cada varón. Aunque ambos sexos comparten algunas de las causas de la enfermedad, existen varios aspectos, algunos biológicos, que hacen que este trastorno del comportamiento alimentario sea más frecuente entre las mujeres. Por ello, durante años la anorexia ha sido considerada una enfermedad de género femenino.

Los expertos aseguran que chicos y chicas muy perfeccionistas, con altas aspiraciones frente a una baja autoestima, tienen más riesgo de caer en la anorexia, un síndrome grave y complejo. Sin embargo, según un estudio que se llevó a cabo en el St. George Hospital de Londres en 1986 donde se compararon 36 varones anoréxicos con 102 mujeres anoréxicas, se llegó a las siguientes conclusiones:

La anorexia en hombres y mujeres tiene, por un lado, semejanzas como: fobia ante el peso, ideal de delgadez, edad media de inicio del trastorno, clase socioeconómica de procedencia, características del peso previo, duración de la enfermedad en el momento de la consulta, seguimiento de dietas de adelgazamiento, orden en la familia, número de hermanos, tipo de relaciones infantiles con compañeros/as, actividad sexual pre-mórbida, rendimiento académico, enfermedades mentales en los padres o trastornos de peso en la familia. Por otro, se aprecian ciertas diferencias: las mujeres utilizan más laxantes, los varones practican más deportes que las mujeres, además, los varones son menos vulnerables que las mujeres a los trastornos del comportamiento alimentario. En cuanto a los controles de seguimiento entre los 2 y los 20 años después de la consulta parecen señalar unos resultados más optimistas en los varones, pero sin alcanzar diferencias significativas.

En definitiva, mientras que las chicas adolescentes, a la vez de perseguir la delgadez, se preocupan por la forma de vestir, la cosmética, la peluquería, el uso de la bisutería/joyería... los chicos adolescentes se dedican, preferentemente a la construcción y moldeamiento de su cuerpo, a alcanzar una musculatura determinada.

Cabe destacar en el tema de los varones anoréxicos el uso de esteroides anabolizantes. Estos productos, derivados de la testosterona, fueron administrados a soldados alemanes durante la segunda Guerra Mundial. Así se pretendía incrementar su agresividad y su "espíritu de lucha". A raíz de esto fueron los deportistas los que comenzaron a ingerir esteroides para desarrollar el tejido no graso y aumentar la potencia muscular. Pero los anabolizantes además de producir estos cambios en la persona tienen muchas consecuencias negativas, como producir quistes hepáticos, reducir la variedad de colesterol protectora, disminuir la producción de espermatozoides y el tamaño de los testículos, reducir la producción de hormonas sexuales (en ambos sexos), etc. Es ésta una de las



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

diferencias más claras entre la anorexia en mujeres y hombres, llamada en éstos últimos *vigorexia*. Las personas con *vigorexia* pasan muchas horas en el gimnasio y, como hemos dicho anteriormente, toman anabolizantes. El problema es que nunca se ven lo suficientemente musculosos. Además de a la propia imagen corporal, la *vigorexia* también afecta a la alimentación. Es mucho más frecuente entre los varones, ya que hay más hombres culturistas que mujeres.

4.- TRATAMIENTOS PARA COMBATIR LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

En opinión de Josep Toro y Enric Vilardell (1987: 191-192), existen muchos tipos de tratamientos para combatir los trastornos alimenticios basados en distintos marcos conceptuales, sin embargo, parece existir un acuerdo creciente entre los especialistas de la anorexia, acerca de que el tratamiento sólo puede llevarse a cabo con garantías de eficacia a partir del momento en que se haya conseguido reducir el desequilibrio biológico que caracteriza la mayor parte de los casos. Se trata, no sólo de solucionar unas alteraciones somáticas, sino de posibilitar la intervención psicoterápica y/o socioterápica. Sin embargo, y en contra de lo que se puede pensar, estos tratamientos pueden traer consecuencias negativas para las personas que padecen este tipo de enfermedades relacionadas con los trastornos alimentarios.

En los casos de pacientes anoréxicos que necesiten la hospitalización, ésta suele prolongarse en el tiempo unos meses, afectando a personas que se encuentran, por lo general jóvenes, en épocas trascendentales de sus vidas: la adolescencia. La pérdida de contacto con el mundo que le rodea: amigos, centros de estudios, actividades deportivas o culturales, puede ser muy negativo, es por ello que, en la medida de lo posible, el tratamiento de la anorexia nerviosa debe realizarse manteniendo al paciente en su medio natural, junto a su familia y amigos, llegando a ser muy importante el apoyo que ellos le pueden proporcionar. Por todo esto, la hospitalización de un paciente anoréxico debe llevarse a cabo tras evaluar una serie de criterios. Según la profesora de Terapia y Modificación de Conducta de la Universidad Autónoma de Barcelona, Rosa M^a Raich (1999: 118-119), estos criterios pueden ser de tres tipos; de tipo biomédico: cuando la vida del paciente corre un gran peligro debido a su grado de desnutrición; de tipo psicosociales o familiares: en caso de que las relaciones familiares sean muy conflictivas y generen en el paciente un estado constante y creciente de ansiedad; y, por último, de tipo psicoterapéuticos: cuando el estado psicológico-emocional del paciente lo requiera (depresión, ansiedad, desadaptación social, ideas de suicidio, etc.).

A la hora de estudiar los tratamientos o terapias para combatir la anorexia y la bulimia, debemos tener en cuenta que, el éxito de estos tratamientos depende de muchos factores, entre ellos: la propia personalidad del paciente, el deseo de cambio, la duración de su trastorno, la edad a que comenzó la enfermedad, su historial familiar, su nivel de habilidades sociales y vocacionales, y la concurrencia de otros trastornos como la depresión. Un programa de tratamiento de anorexia nerviosa tiene como objetivo prioritario la recuperación ponderal, muchos de los pensamientos alterados con respecto a comida, peso o figura están sustentados por la malnutrición. La normalización de la dieta y los hábitos alimentarios son un paso fundamental en el proceso terapéutico. En segundo lugar está resolver los problemas psicológicos, familiares o sociales concurrentes en la anorexia nerviosa. La



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

rehabilitación nutricional y la normalización dietética corrigen las secuelas físicas y psicológicas que la malnutrición perpetúa, aunque estas secuelas psicológicas tardan bastante tiempo en normalizarse después de haber conseguido la recuperación de los hábitos alimentarios.

Antes de iniciar un tratamiento en un paciente que sufre un trastorno en la alimentación, el especialista en cuestión debe realizar una evaluación inicial del paciente: su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes, o su voluntad para cambiar.

Para que la terapia de resultado, los médicos y terapeutas necesitan la mayor información acerca de la persona a quien intentan ayudar, puesto que un trastorno de la ingesta implica todas las facetas de la vida de alguien: su imagen de sí misma, su relación con la familia y amigos, su habilidad para hacer valer sus derechos y dar a conocer sus necesidades. Es por ello que la evaluación ha de ser lo más detallada posible, de manera que el terapeuta pueda adaptar la terapia a cada paciente. En los últimos años se han diseñado una serie de métodos para llevar a cabo esta evaluación: cuestionarios (TAIC, ELITIC, etc.), entrevistas con el paciente, entre otros.

A continuación, nos centraremos en analizar algunos de los múltiples tratamientos de anorexia que se practican como son: el tratamiento de trastornos biológicos o el tratamiento psiquiátrico, en el que tienen cabida las terapias de conducta del paciente y terapias familiares.

4.1.- Tratamiento de los trastornos biológicos.

En el caso de los pacientes anoréxicos: *Realimentación*. El objetivo de este tratamiento será recuperar el peso corporal ideal, o al menos que represente un 90% del peso ideal. Por ello, en los casos de hospitalización, el médico puede pactar con el paciente obtener un “peso objetivo”, que de ser alcanzado, finalizaría el tiempo de hospitalización. La rehabilitación nutricional debería estar basada en la administración de una dieta equilibrada que contenga proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y oligoelementos. A pesar de que la dieta que en un principio se prescribe, tendrá que ser modificada en ciertas ocasiones. La recuperación de, al menos, el 90% del peso ideal provocaría una normalización del estado de salud del paciente. En el caso de la mujer, se ha demostrado que cuando recuperan el 90 % de peso adecuado a su talla recuperan, también, la menstruación dentro de los 6 meses siguientes. Se puede deducir entonces, que uno de los factores decisivos para la normalización de la función gonadal es la recuperación del estado nutricional, datos según M. T. Muñoz y J. Argente (2003: 97-103).

En este tratamiento, el objetivo del médico es el de enseñar a comer más para aumentar de peso, haciéndolo de una manera normalizada en cuanto a composición y tiempo se refiere. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, los tratamientos para combatir este tipo de trastornos en la alimentación pueden acarrear consecuencias negativas. Las complicaciones de la realimentación suelen ocurrir en pacientes muy desnutridos y con muy bajo peso, y en las que la realimentación se hace demasiado rápido, apareciendo espasmos abdominales y distensión debido a la debilidad gástrica. Por ello, en los casos muy graves de anorexia nerviosa, el especialista no puede



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

aplicar soluciones rápidas para salvar la vida del paciente, sino que es necesario hacer una consideración de la relación riesgos/beneficios que permite cada tratamiento antes de iniciarlo. Con todo, la realimentación podrá hacerse, generalmente, por vía oral de una forma progresiva y escalonada en calidad y cantidad.

4.2.- Tratamientos psiquiátricos.

Dentro de los tratamientos psiquiátricos existen multitud de terapias para combatir la anorexia, entre ellas podemos destacar:

- *Psicoterapia individual*: El aspecto que, quizá es más importante de la terapia, es el desarrollo de una relación cálida entre la paciente y el terapeuta. A las personas afectadas frecuentemente les resulta difícil confiar en otros. Es necesario un alto grado de confianza por parte de la paciente para confiar en el terapeuta. La enferma debe abandonar sus miedos y comienza a desarrollar hábitos alimentarios normales.

- *Psicoterapia tradicional*: Los medios de esta psicoterapia animan al paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual. Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, el paciente adquirirá una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.

Esta clase de terapia viene mejor como accesorio de otros métodos. Hoy en día los psicólogos saben que el conocimiento acerca de las raíces de la conducta de una persona, no hará que se cambie esa conducta a menos que se cambie los hábitos alimentarios del paciente. Muchos de ellos pasan años en terapia tradicional sin ni siquiera revelar que tienen un trastorno. Por otra parte, a medida que el paciente consigue el control de su ingesta, la psicoterapia tradicional puede ayudarla a identificar y manejar algunos de los sentimientos que contribuyeran al trastorno.

- *Terapias conductuales*: Todas las terapias conductuales de la anorexia nerviosa han girado sobre el reforzamiento adaptado, es decir, la ingesta alimenticia. La práctica de este procedimiento implica distintas condiciones y consecuencias. En primer lugar, el paciente comienza el tratamiento en condiciones de aislamiento social, sin posibilidad de obtener gratificaciones sociales o materiales. En segundo lugar, el paciente podrá recibir visitas, ver programas de televisión, leer, etc., a cambio de la ingesta alimenticia y de que su peso vaya en aumento. En tercer lugar, la ingesta alimenticia debe provocar respuestas emocionales positivas, incompatibles con la ansiedad. En cuarto y último lugar, estos tratamientos de reforzamiento positivo, es decir, de aumento de la ingesta alimenticia, que tienen lugar en un hospital, se pone como condición que la finalización de la hospitalización tendrá lugar cuando se obtenga una ingesta o peso normal.

- *Terapia familiar*: Este tipo de terapias se suele recomendar a aquellos pacientes anoréxicos que aún vivan en la casa paterna. Esta terapia permite observar a los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta. Durante la terapia, el terapeuta puede contemplar



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

cómo se comunican los miembros de la familia entre sí. A la larga todo esto puede ayudar a que la paciente reconozca los patrones negativos de la familia, a que se vuelva más firme y a que la familia en conjunto aprenda mejores maneras de ayudar a que cada miembro logre satisfacer sus necesidades.

Tiene como característica que se trata a toda la familia que acude a la terapia como un solo paciente, y tiene tres fases. En la fase inicial, el terapeuta realiza una evaluación, conoce a todos los miembros de la familia y juntos elaboran un plan para ayudar al enfermo. En la fase media, los padres aprenderán a ayudar a crecer y a madurar por sí solo a su hijo/a. En la última fase la familia es apartada de la terapia para centrarse más en el paciente.

Por último, debemos señalar que existen una gran cantidad de terapias y tratamientos para combatir la anorexia, como son la terapia nutricional, terapia de grupos, los grupos de apoyo o la farmacoterapia (consumo de antianoréxicos para aumentar el apetito, de neurolépticos, antidepresivos, entre otros fármacos).

4.3.- Centros especializados y asociaciones:

Por último, me gustaría citar algunas de las asociaciones y centros especializados en prevenir los trastornos alimenticios hasta ahora estudiados.

Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa (ADANER) C/ Orense, 16, 4º D. 28020 Madrid. Tel. y Fax: 915 770 261
www.adaner.org

Asociación Mujeres contra la Anorexia y la Bulimia (AMCAB). Centro Municipal de la Mujer. C/ San Eugenio, 8 28902 Getafe
Tel. y fax: 916 837 070
amcabweb@mixmail.com

Asociación Norte-Madrid Anorexia y Bulimia (ANMAB)
C/ Málaga, 50
28100 Alcobendas
Tel.: 916 542 334

Asociación para la Prevención y el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ANTARES)
C/ Gran Capitán, 22-24 posterior
28933 Móstoles
Tel.: 916 141 068



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

Asociación contra la Anorexia y la Bulimia
Tel: 902 11 69 86
www.acab.org

5.- LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y LA ACCIÓN TUTORIAL.

Según la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en su Título III dedicado al profesorado, el artículo 91 establece que entre las funciones del profesorado se encuentra la tutoría y la orientación educativa, académica y profesional de los alumnos. Por ello, el profesor-tutor debe asumir la docencia y evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje de las áreas, materias o módulos que imparta, así como afrontar la tutoría y orientación de sus alumnos.

Sin embargo, cada tutor debe no sólo centrar su labor tutorial en objetivos, competencias básicas, contenidos y evaluación, sino también sobre la transmisión de valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad, la autoestima, la tolerancia, la igualdad, el respeto, la solidaridad, la justicia, la madurez del propio individuo, así como colaborar en el fomento de las relaciones fluidas con los padres o tutores legales de los alumnos, que faciliten y potencien la conexión entre el Centro y las familias. Es por todo esto, que el profesor-tutor debe conocer la situación de cada alumno en el grupo, en el Centro, en su entorno familiar y social, e intervenir para favorecer su integración en la sociedad.

Además de todo ello, el tutor tiene que potenciar en el alumno el conocimiento y aceptación de sí mismo, aún cuando ésta se vea afectada por fracasos escolares o personales-familiares, etc. Es aquí donde podemos incluir la prevención, detección de los trastornos alimenticios que a lo largo de este trabajo hemos estudiado. Teniendo en cuenta los datos aquí expuestos sobre los síntomas de la anorexia y la bulimia, el tutor en cuestión podría informar a su alumnado con el objeto de prevenir dichos trastornos o bien indagar en cada uno de sus alumnos, de los cuales se encuentra al cargo. De este modo, observaría si alguno de ellos presenta cualquiera de los síntomas anteriormente relacionados, pudiendo prevenir o intervenir, dado el caso, y evitar que la enfermedad se desarrolle en su plenitud. Es por ello, que el tutor debe recoger información sobre antecedentes escolares, situaciones personales, familiares o sociales de los alumnos, bien por informes anteriores de otros tutores o profesores de cada materia.

Por otro lado, también se debe trabajar con el alumno la aceptación de sí mismo, tanto en relación con su cuerpo, como con sus capacidades (académicas, de relación personal, etc.), fortaleciendo su autoestima para atender a una justa autovaloración, especialmente cuando ésta se vea disminuida por problemas de fracaso (escolar o personal), familiares, o bien se encuentre sobrevalorada, pues cualquier situación que perturbe alguna de estas cuestiones será muy perjudicial para el desarrollo de su personalidad en un futuro.

Como hemos mencionado a lo largo de este estudio (recordemos la primera parte de este trabajo publicada en agosto de 2009) la aparición de este tipo de enfermedades se encuentra en estrecha relación con los cánones de belleza que nos llegan a través de los medios de comunicación. Es por esta razón que el tutor puede realizar una actividad para sus alumnos, solicitando la colaboración con el



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

grupo de orientación del Centro. Esta actividad estaría dirigida a alumnos que se encuentren en plena adolescencia, más susceptibles de padecer trastornos alimenticios.

En esta actividad el tutor podría preparar una presentación de imágenes en las que se explique cómo ha de ser una buena alimentación, los beneficios de una dieta equilibrada y variada, las ventajas del ejercicio moderado (según la edad, peso, etc.). Por otra parte, en esa presentación también se expondrían los efectos negativos de una mala alimentación, la necesidad que el cuerpo humano tiene de las vitaminas que nos aportan las verduras, las frutas, los cereales, lácteos, etc. Por último, se podrían añadir unas imágenes de personas que sufren o han sufrido algún trastorno alimenticio (intentando que esas imágenes no hirieran la sensibilidad de ningún alumno, por lo que previamente se realizaría una selección de imágenes), con el objeto de que nuestros alumnos conozcan las consecuencias que esta enfermedad tiene. Además, existen multitud de libros de especialistas en los que podemos encontrar numerosos testimonios de personas que han padecido la anorexia o la bulimia. En esta actividad facilitaríamos uno de esos testimonios a nuestro alumnado, lo que le ayudaría a concienciarse con su alimentación y no dejarse llevar por la moda, las tallas o los gustos de determinadas personas a las que deseen agradar.

6.- CONCLUSIÓN.

A modo de conclusión, podemos decir que anorexia y bulimia, como trastornos de la alimentación, presentan unas características en las personas que las padecen como son, temor fóbico a engordar, alteraciones de la imagen corporal y un amplio espectro de conductas empleadas para conseguir un claro objetivo: intentar adelgazar. Sin embargo, a medida que transcurre el proceso, se consiguen propósitos inesperados, como descenso de la autoestima, aislamiento social y lejos de conseguir una utópica felicidad con la delgadez, los enfermos de anorexia se encuentran solos y con un gran sentimiento de tristeza y angustia.

Se trata de una enfermedad *multicausal* donde interaccionan aspectos biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Incide, sobre todo, en mujeres adolescentes y jóvenes que reciben gran influencia social y cultural, respecto a la moda y prototipo de belleza. Se trata de mujeres con problemas de autonomía, baja autoestima, perfeccionistas pero con miedo a madurar y rasgos familiares con poca comunicación. Sin embargo, no sólo la mujer sino también el hombre está expuesto a padecer trastornos en la alimentación, aunque los motivos sean distintos a los de la mujer.

Por último, en cuanto a la curación de esta enfermedad, generalmente pasa bastante tiempo desde que la anorexia aparece hasta que el paciente acude a un especialista, caso de la mujer anoréxica, acude antes a consultas odontológicas o ginecológicas debido a los problemas que genera la anorexia. Este hecho es muy importante, ya que estos especialistas conocen los síntomas de este tipo de trastornos en la alimentación y pueden y/o deben ayudar al enfermo lo antes posible. Por otro lado, observamos que el entorno de las relaciones interpersonales, sobre todo la familia, desempeña un papel decisivo en la aparición y mantenimiento del trastorno. Los rasgos familiares que pueden conducir a producir anorexia son poca comunicación, sobreprotección de los padres, reglas rígidas y alta expectativa hacia los hijos. Por lo que es necesaria la concienciación y orientación de la familia para que el paciente se recupere. Debido a que nos encontramos ante un trastorno *multicausado*, se



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº – MES DE 2008

hacen necesarios tratamientos pluridimensionales, muy complejos, en el que no sólo deben intervenir especialistas en medicina, sino profesores, padres, amigos, medios de comunicación, y en opinión de los profesores Josep Toro y Enric Vilardell (1987: 234), hasta *los políticos tienen su porción de responsabilidad y parcela de intervención preventiva y/o terapéutica*.

7.- BIBLIOGRAFÍA.

Monografías:

- CERVERA ENGUIX, S. Y QUINTANILLA MADERO, B. (1995). *Anorexia nerviosa*. Pamplona: EUNSA.
- RAICH, R. (1999). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Ed. Pirámide.
- TORO, J., Y 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., y 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., y 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>

Autoría

- Nombre y Apellidos: ANTONIA MARÍA JARIT WALS.
- Centro, localidad, provincia: CÓRDOBA.
- E-mail: Tonijw20@yahoo.es