



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 39 – FEBRERO DE 2011

“TRASTORNOS ALIMENTICIOS”

AUTORÍA ÁLVARO DÍAZ ORTIZ
TEMÁTICA TRASTORNOS ALIMENTICIOS
ETAPA PRIMARIA

Resumen

Incluyo en esta publicación aquellos trastornos de aparición más frecuente en la adolescencia y que tienen una gran incidencia en nuestra población académica.

Palabras clave

- Trastorno alimenticio.
- Trastorno en conducta.
- Bulimia
- Anorexia
- Bulimia y anorexia nerviosa.
- Atracón.

1. INTRODUCCIÓN.

Los desórdenes alimenticios son actos compulsivos en relación a la alimentación que perjudican el estado saludable físico y psicológico del individuo. Este tipo de trastorno ha existido siempre, de hecho hay referencias históricas del mismo, relatos medievales de una dieta autoimpuesta. Sin embargo durante las últimas décadas su incidencia ha aumentado de forma preocupante, hasta el punto que algunas autoridades la consideran una de las epidemias de nuestro siglo.

El aumento en la prevalencia de la enfermedad puede deberse a muchos factores uno de ellos puede ser la tendencia social a la realización de dietas, las crisis existenciales de la adolescencia de



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 39 – FEBRERO DE 2011

nuestra época, la publicitación de la enfermedad, los valores sociales vigentes de la imagen corporal, etc. Por lo que se constata que probablemente el origen de este trastorno es multifactorial.

Los estudios acerca de los trastornos de la conducta alimenticia se orientan a dar explicaciones del tipo:

- Causas sociales: culto a la delgadez, distorsiones del concepto de salud, mantenerse en forma, identificación de ciertos valores asociados a la femineidad, etc.
- Causas psicológicas: autoestima deficiente, ansiedad en algunos casos, historial conflictivos con las figuras parentales o de relaciones familiares, etc.
- Causas biológicas: predisposiciones a las enfermedades.
- Etc.

El tratamiento de esta grave enfermedad debe ser abordado desde los diferentes ámbitos de la psicología, psiquiatría, endocrinología, medicina clínica, trabajo social, etc. Y así mismo debe realizarse en los ámbitos individual, familiar y psicosocial.

Dentro del tratamiento del trastorno de conducta alimentario es fundamental un diagnóstico precoz, pues cuanto menos están cronificados los hábitos alimentarios mayor probabilidad de éxito en el tratamiento. Y sin embargo una de las características comunes de esta enfermedad es que se trata de enfermos que no piden ayuda y es frecuente que lleguen a las consultas en un estado avanzado de la enfermedad, donde ciertas conductas se han convertido en un verdadero hábito y donde existen ya consecuencias o daños considerables.

Por tanto la detección precoz y la prevención son un factor fundamental en la forma de acotar la enfermedad. En relación a todo ello, el contexto escolar constituye un lugar donde es posible detectar ciertas conductas que pueden indicar la aparición de una conducta anormal y realizar intervenciones de tipo preventivo. Por ello, el personal de la comunidad educativa debe estar informado para detectar este tipo de conductas y establecer las medidas pertinentes según el caso.

2. DIFERENTES TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS.

Aunque puede ser más amplia la clasificación, a continuación describiremos aquellas cuya incidencia es mayor donde es clave la repercusión de las tareas preventivas dentro del ámbito escolar:

- Anorexia nerviosa.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 39 – FEBRERO DE 2011

- Bulimia nerviosa.
- Trastorno por atracón.

- Anorexia nerviosa.

El término anorexia significa pérdida de apetito, término que no debemos confundir con anorexia nerviosa. Por anorexia se entiende el síntoma, mientras que anorexia nerviosa es la enfermedad en sí, caracterizada por dietas muy restrictivas que llevan al paciente a mantener durante días o meses una ingesta mínima e incluso a ayunar.

Este síndrome afecta fundamentalmente a mujeres y en un índice muy inferior a hombres. Suele manifestarse la enfermedad entre la adolescencia y la juventud, aunque cada vez parece que la banda de edad se amplía pues aparece con prevalencia en aumento en mujeres más mayores. El índice de prevalencia en el género masculino es muy pequeño en relación al género femenino.

Sus rasgos prioritarios son la pérdida de peso y el deseo recurrente de lograr un peso menor. Según la forma de conseguir esto, se clasifican dos tipos de anorexia:

- Restrictiva: La baja en el peso se consigue por medio de dietas muy restrictivas, el ayuno o el ejercicio físico intenso.
- Purgativa: La baja en el peso se consigue por medio del uso de diuréticos, laxantes, etc.

Se trata de un trastorno grave que lleva a la muerte aproximadamente a un 5% de las personas que lo padecen. Por otra parte algunos de los casos se cronifican, y el resto puede conseguir la curación. En la actualidad los resultados de los diferentes tratamientos no resultan todavía como para estar muy confiados y hay mucho camino por recorrer desde todos los ámbitos de intervención. Eso sí, parece evidente que cuanto antes es tratado el trastorno más posibilidades de curación hay.

El diagnóstico de anorexia es realizado en los ámbitos de atención a la salud. Sin embargo los que formamos parte del contexto que rodea al enfermo podemos ser de gran ayuda en su detección inmediata.

El diagnóstico de la anorexia se basa no sólo en una reducción de peso alarmante con ausencia de un origen orgánico definido para la reducción del mismo, sino en la presencia de ciertas características. En este sentido conviene recordar los criterios considerados por la Asociación Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de la anorexia nerviosa DSM IV TR:

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo (por debajo del 85% del normal), llegando a situaciones de delgadez extrema.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 39 – FEBRERO DE 2011

- Miedo intenso a engordar.
- Distorsión en la forma de ver el peso corporal. Sensación de estar gordo o la sensación de que alguna parte del cuerpo es muy gorda.
- Aparición de problemas físicos que acompañan la desnutrición, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria).

Algunos síntomas actitudinales y emocionales asociados:

- Ejercicio físico excesivo.
- Hiperactividad.
- Incremento de actividad de estudio, por ejemplo, disminución de horas de sueño.
- Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta alimentos en pequeños trozos, etc. Preocupación excesiva por el consumo de calorías.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Aislamiento social.
- Abundancia de mentiras y autoengaños.

A menudo los efectos de la desnutrición traen consigo problemas digestivos, dentarios, de masa ósea, etc., la familia acude al especialista pertinente y éste, a menudo el que finalmente puede detectar la causa primera de los mismos. Muchas de estas consecuencias son:

- Pérdida de cabello.
- Descalcificación. Osteoporosis.
- Desnutrición. Anemia.
- Hipotermia.
- Deshidratación.
- Aparición de vello corporal en zonas donde no debe existir.
- Hipotensión.
- Problemas cardíacos.
- Estreñimiento.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 39 – FEBRERO DE 2011

- Trastornos hormonales.
- Muerte por fallos orgánicos o por suicidio.

En cuanto a las causas de la enfermedad no se ha constatado ninguna razón única y fundamental, sin embargo se encuentran factores que son comunes a las personas que padecen la enfermedad. Actualmente se considera un origen multifactorial a la misma, por la cual podría haber factores de una cierta predisposición genética o biológica, factores psicológicos como conflictos psíquicos, vivencias familiares, etc., factores sociales como las ideas de delgadez y éxito en la mujer, etc.

Uno de los elementos comunes en las personas que padecen esta enfermedad lo constituye una autoestima devaluada donde la imagen corporal es una parte importante en la construcción de la identidad.

En diversos estudios se señalan también índices comunes de: perfeccionismo, obsesión (pensamientos recurrentes acerca de la comida), personalidad restrictiva, alta capacidad para resistirse a lo que más le apatece, a lo instintivo.

- Bulimia nerviosa.

Enfermedad conocida vulgarmente como bulimia, palabra de origen latino (boulimia) que significa hambre extrema. Consiste en atracones de cantidades considerables de comida que se acompañan inmediatamente de actividades de tipo purgativo: vómitos, enemas, laxantes, otros medicamentos.

El objetivo de la purga es compensar la enorme ingesta para no ganar peso.

Según el DSM-IV-TR los criterios para diagnosticar la bulimia han de ser:

- Atracones:
 - o Comer en un período de tiempo determinado una cantidad que sería considerada muy grande por la mayoría de las personas.
 - o Sensación de pérdida de control sobre lo que se está comiendo.
- Comportamiento inadecuado para no ganar peso: vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo.
- Los atracones y comportamientos inadecuados deben ocurrir al menos dos veces por semana durante tres meses.
- Autoevaluación muy influida por la figura y el peso.
- La perturbación no ocurre durante los períodos de anorexia nerviosa.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 39 – FEBRERO DE 2011

Subtipos:

- Tipo purgante: utiliza métodos como: vómitos autoinducidos, enemas, laxantes, etc., con el fin de no ganar peso. Puede combinar varios métodos.
- Tipo no purgante: realiza un ejercicio físico excesivo, o ayuna después de un atracón para compensar la ganancia de calorías. Aunque este método puede darse en las bulimias nerviosas de tipo purgativo, en aquellas no es el método principal.

Para ser diagnosticada la bulimia nerviosa, la personas que la padece debe tener un peso normal o incluso superior al normal. Los síntomas por tanto son menores detectables para la gente que le rodea habiendo sin embargo un deterioro interno importante.

Los síntomas de tipo purgativo causan mucha vergüenza y culpabilidad, por ello las personas que lo padecen tratan de ocultarlo a la familia y a los amigos por todos los medios, esto constituye otra de las dificultades para la detección rápida de la enfermedad.

Como consecuencia de la bulimia nerviosa aparecen con frecuencia alguno de estos efectos o daños:

- Malnutrición, deficiencias en vitaminas, minerales.
- Deshidratación.
- Alteraciones electrolíticas.
- Daños en garganta, voz.
- Problemas dentales.
- Problemas de estómago.
- Actividad intestinal irregular.
- Desequilibrios hormonales.
- Infertilidad.
- Osteoporosis.
- Debilidad. Fatigas.
- Fallo cardíaco. Arritmias, angina de pecho.
- Depresión. Suicidio.
- Amenorrea.
- Fallo hepático, renal.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 39 – FEBRERO DE 2011

- Etc.
- Trastorno por atracón.

Se caracteriza por frecuentes atracones que realizan con una velocidad mayor de lo normal donde el individuo se siente fuera de control para dejar de comer. Después puede sentirse mal físicamente y psicológicamente, es frecuente sentirse deprimido y con culpa después de un atracón, pero sin embargo no realiza ningún tipo de conducta para compensar la ganancia de peso. Or lo que las personas que padecen este tipo de trastorno tienden a tener sobrepeso y los daños que se derivan del mismo.

Sin embargo conviene señalar que no todas las personas con sobrepeso padecen este tipo de desorden compulsivo.

El índice de prevalencia en España se encuentra entre un 2 o 3% de la población adulta.

El DSM IV lo incluye dentro de los trastornos de conducta alimentaria sin especificar.

Este tipo de desorden conlleva una autoestima muy baja ya que los individuos que la padecen sienten que no actúan bien y sin embargo se trata de una actividad fuera de su control.

El origen de este trastorno, así como de todos los relacionados con la alimentación parecen tener una relación importante con el desarrollo emocional del individuo. El tratamiento psicológico da resultados aceptables considerando que es una enfermedad que presenta como todos los trastornos alimentarios una dimensión multifuncional, también es importante señalar que el tratamiento farmacológico ofrece buenos resultados.

Finalmente señalar que existen dificultades o controversias en el diagnóstico de los trastornos alimentarios: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, desorden alimenticio no especificado. De hecho ocurre con relativa frecuencia que un paciente que haya tenido en diferentes épocas diagnósticos de los tres tipos, además se puede constatar que en ciertos casos se dan cambios en la conducta de las pacientes que obligan a cambiar la especificidad del tipo de diagnóstico.

3. CONTEXTO EDUCATIVO Y TRASTORNO ALIMENTARIO

Pautas de actuación:

- Detección.

Para el profesorado el rasgo que más se evidencia es la pérdida de peso, sin embargo existen otros datos que pueden ser importantes como: aumento de horas de estudio, hiperactividad, preocupación excesiva por ejercicio físico, cambios de carácter, irritabilidad, falta de juego, etc. Una vez detectada la posibilidad de que un alumno sufra algún tipo de trastorno alimentario o esté en sus inicios es pertinente



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 39 – FEBRERO DE 2011

interesarse por él para recabar más información, sin embargo la forma de abordar el tema es importante: debemos incluso negarlo. El alumno debe sentir que intentamos comprenderlo sin criticarlo, que queremos ponernos en su lugar para ayudarlo, que nos preocupa, sin necesidad de grandes alarmismos. Es necesaria una actitud abierta y clara donde será importante ponerse en contacto con la familia, en muchos casos es interesante hablar abiertamente del tema con el alumno y familia.

- Tareas de prevención.

Tal y como hemos visto los trastornos de conducta alimentaria son problemas de salud graves, que en general presentan un tratamiento lento y largo, que a veces se cronifica y desgraciadamente en algunos casos llega a la muerte.

Por otra parte como hemos visto en nuestra sociedad su número es incrementado día a día. Su comprensión como hemos visto ha de ser multidisciplinar: aspectos familiares, sociales y biológicos de individuo entran en juego. Desde el ámbito educativo podemos colaborar de una forma transversal y directa, es decir por una parte colaboramos en la detección del problema cuanto antes y por otra podemos hacer una labor de prevención en la educación de hábitos alimenticios, valores sociales y emocionales de vital importancia para nuestra población educativa.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Fernández, Lecina. (2009): Anorexia y bulimia ¿qué puede hacer la familia? Cuadernos de educación para la salud 12. Ediciones Eneida
- López Madrid, Josep. (2008): Prevención de la anorexia y la bulimia: educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Ed. Nau libres.

Autoría

- Nombre y Apellidos: ÁLVARO DÍAZ ORTIZ
- Centro, localidad, provincia: SIN CENTRO
- E-mail: aludior@gmail.com