

SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICOS

Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia

Documento de apoyo a las actividades
de Educación para la Salud

Documento 2



JUNTA DE EXTREMADURA

**Trastornos del
comportamiento alimentario:**

Anorexia y Bulimia

**Documento de apoyo
a las actividades de Educación para la Salud 2.**

**Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia.
Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2.**

Mérida, abril 2006.

Autores: Laura Rodríguez Santos, Manuel Antolín Gutiérrez, Francisco José Vaz Leal, M^a Angustias García Herráiz.

Coordinadores: Eulalio Ruiz Muñoz, Ana Belén Cantero Regalado, José María Villa Andrada.

Edita: Junta de Extremadura
Consejería de Sanidad y Consumo
D. Gral. de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias
C/ Adriano, 4
06800 Mérida

ISBN: 84-95872-65-X

Depósito Legal: BA-241-06

Imprime: PRINTEX, ARTES GRÁFICAS - Badajoz

PRÓLOGO

La promoción de la salud constituye una estrategia fundamental que trata de capacitar al individuo para alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actuaciones que mejoren los determinantes de la salud, como son los estilos de vida, y entornos saludables. Informando, formando e implicando a la población sobre los distintos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, contribuiremos a que ésta conserve o mejore su salud y prevenga la enfermedad.

La educación para la salud se presenta como la herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud. Puede y debe practicarse sobre distintos ámbitos, siendo fundamentales los ámbitos sanitario, educativo y comunitario, incluyendo en este último el ámbito laboral.

Teniendo en cuenta la importancia de la promoción de la salud en general y la de la educación para la salud en particular, se viene impulsando la educación para la salud a su máximo nivel en nuestra Comunidad Autónoma.

Con mi agradecimiento a todos los profesionales que han participado en la elaboración de este documento de la Colección “Documentos de Apoyo a las actividades de Educación para la Salud”, espero que sea una herramienta útil para promover la salud entre los profesionales y los ciudadanos interesados y deseo que facilite y anime a la ejecución de actividades de educación para la salud.

Guillermo Fernández Vara
Consejero de Sanidad y Consumo

CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| I. HISTORIA | 9 |
| II. ANOREXIA NERVIOSA..... | 10 |
| III. BULIMIA NERVIOSA..... | 13 |
| IV. FACTORES DE APARICION Y MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMETARIO | 15 |
| V. PREVALENCIA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO | 21 |
| VI. ¿QUÉ PUEDEN HACER? | 22 |
| VII. DETECCIÓN PRECOZ | 23 |
| VIII. PREVENCIÓN..... | 25 |
| IX. ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA..... | 28 |
| X. AUTOESTIMA. IMAGEN CORPORAL. SOCIEDAD..... | 32 |
| XI. RECURSOS | 37 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 40 |

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están incrementándose en los últimos años, siendo motivo de gran preocupación para los profesionales que trabajamos en esta área, y por supuesto también para las familias.

El hecho de que hayan aumentado los casos de personas que sufren esta enfermedad provoca el que aumente el número de investigaciones al respecto, al igual que aparezca un mayor número de noticias relacionadas con los trastornos de alimentación.

La presión social por la imagen en los países más desarrollados es una de las causas del aumento de estos trastornos, ya que se ha observado que en los países menos desarrollados esta patología es casi inexistente.

Rosa Calvo (ver bibliografía) considera que este aumento se debe sobre todo a dos factores socioculturales: “la ambigüedad en la identidad de los sexos, cuyo cambio está generando una gran confusión de roles, y la competitividad social que fomentaría una imagen física y psíquica perfecta”.

El comer de una forma rápida y “cualquier cosa” unido a que cada miembro de la familia lo haga a distintas horas es otra de las razones del aumento de estas patologías.

También influye la importancia del valor de la imagen corporal junto con la pérdida de otros valores como el esfuerzo, el trabajo duro...

Estamos asistiendo a un auténtico bombardeo, desde los medios de comunicación y la publicidad, de la importancia de adelgazar y de estar continuamente a dieta, convirtiéndose en todo un negocio.

Las charlas sobre trastornos alimentarios que se imparten a niños y adolescentes tienen como principal objetivo la prevención de estos trastornos. La prevención que se realiza hoy en día es una prevención inespecífica. A esta población no se les ofrece información explícita sobre los trastornos alimentarios, ya que puede provocar el efecto contrario, es decir, que personas que estén predispuestas a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario lo desarrollen, o que personas que estén sufriendo esta patología aprendan conductas que aún no sabían y las pongan en práctica (ejemplo, una persona que restringe las comidas pero que no toma laxantes, si se le da información sobre que otras personas con esta patología los toman, empiecen ellas también a tomarlos). Así, la forma de prevención que creemos más adecuada, siguiendo a otros profesionales y nuestra experiencia propia en materia de prevención, es la que fomenta los factores de protección como pueden ser: tener una buena autoestima, llevar una alimentación

saludable, eliminar falsos mitos que existen sobre la alimentación o enseñarles a ser críticos con la información que les llega desde los diferentes medios de comunicación.

Otro tipo de prevención diferente es la que vaya dirigida a padres o profesores, ya que el fin de ésta es la detección de posibles problemas alimentarios en sus familias o centros educativos, por lo que deben tener una información más completa de los trastornos alimentarios.

Tenga en cuenta que quizás se pueda encontrar en alguna de sus actividades de Educación para la Salud (EpS) con alguna persona que sufra esta enfermedad por lo que le pedimos que sea sensible con esta problemática (ejemplo, evitar hablar de anoréxicas y bulímicas y utilizar en cambio el término “personas que sufren un trastorno alimentario”).

I. HISTORIA

1. Historia de la Anorexia Nerviosa

En la actualidad se está hablando mucho de los trastornos de la conducta alimentaria, quizá debido a la excesiva importancia que damos a la imagen, el culto al cuerpo, la influencia de la moda y que hoy en día el canon de belleza femenina es la delgadez (algo por otra parte totalmente injustificado), y de alguna manera todo esto parece explicar este incremento.

Podemos encontrar en la historia casos semejantes a la anorexia nerviosa (AN), sobre todo en mujeres religiosas que ayunaban con frecuencia entre los siglos XIII-XV. Es lo que se denomina Época de Anorexia “Santa” (Holly Anorexia).

Hay una segunda época en que el término va evolucionando y se habla de Consunción Nerviosa, siendo Richard Morton quien introdujo este término en 1689. En un tercer período se habla de Anorexia Histórica (S.XVIII y S.XIX) y en el S.XIX, Lasegue y Gull describen por primera vez la AN.

2. Historia de la Bulimia Nerviosa

Por otra parte la bulimia nerviosa (BN) es descrita por Russell en 1979, definiéndola “más por comer y purgar que por querer ayunar, con momentos de gran ingesta”.

Se habló primero de hiperfagia (comer hasta el punto de concentrarse nada más que en comer, gula, o comer en exceso antes de lograr sentirse satisfecho) con vómitos, posteriormente de bulimarexia, y por fin de BN.

La palabra bulimia viene del griego: bous = buey, y limus = hambre. Literalmente significa “comer como un buey” y también se ha traducido como “ser capaz de comerse un buey”. En los últimos 15 años la BN ha experimentado un gran auge.

II. ANOREXIA NERVIOSA

1. Concepto

A continuación, vamos a describir, según los criterios diagnósticos, qué es la AN, pero únicamente para que usted maneje esta información.

Los criterios internacionales de diagnóstico de Anorexia Nerviosa* son los siguientes:

- a) **Rechazo** a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento).
- b) **Miedo** intenso a ganar peso o a convertirse en obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) **Alteración de la percepción del peso** o la silueta corporal (alteración del esquema corporal), exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres postpuberales, presencia de **amenorrea**, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera la presencia de amenorrea cuando una mujer presenta ciclos menstruales únicamente inducidos por tratamiento hormonal).



Subtipos:

Tipo Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo NO recurre regularmente a atracones (rápida e intensa ingesta de alimentos) o a conductas purgativas (por ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos, anorexígenos o exceso de actividad física).

Tipo Purgativo-compulsivo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o a conductas de tipo purgativas.

* Según el DSM-IV TR (última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana).

2. Síntomas físicos

La desnutrición puede provocar los siguientes síntomas físicos:

- **Hipotermia:** bajada de la temperatura corporal, suelen ser personas que tienen mucho frío y que van con un exceso de ropa para la temperatura real que existe, ya que tienen un descenso en la temperatura corporal, debido a la restricción alimentaria.
- **Bradycardia:** hay un enlentecimiento del ritmo cardiaco.
- **Hipotensión:** la tensión arterial en estos enfermos es baja, y se pueden producir vértigos y desvanecimientos.
- **Anemia:** es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre; esto produce cansancio y alteraciones menstruales.
- **Osteoporosis:** es una disminución de la masa ósea ocasionando una mayor susceptibilidad para las fracturas.
- **Amenorrea:** ausencia de la menstruación durante un periodo de tiempo prolongado.
- **Caída del cabello.**
- **Lanugo:** es un vello (similar al de los recién nacidos) que sale por todo el cuerpo, (cara, brazos, piernas...).
- **Sequedad de piel.**
- **Uñas rotas.**
- **Estreñimiento:** la evacuación intestinal es muy infrecuente o existe una dificultad para la expulsión de las heces.
- **Hinchazón del vientre.**

3. Alteraciones psicológicas

A continuación se relacionan las principales alteraciones psicológicas:

- Pensamientos obsesivos sobre el cuerpo, peso, comida, gordura.
- Trastornos en la memoria, concentración y atención.
- Percepción exagerada del tamaño del propio cuerpo.
- Tendencia al perfeccionismo.
- Gran autodisciplina, rigidez.
- Baja autoestima.
- Irritabilidad. Cambios bruscos del estado de ánimo.
- Aislamiento familiar y social.
- Estado de ánimo depresivo.
- Ansiedad con la comida, ropa...

Las personas que padecen este problema están en todo momento pendientes de su cuerpo (peso, barriga, piernas, “cartucheras”...), y están continuamente pesándose para ver si han engordado. La comida siempre la tienen controlada, creen saber qué engorda más y qué lo hace menos, cuántas calorías tienen los distintos alimentos y se suelen empezar a poner nerviosas cuando llega la hora de la comida.

También suelen verse más gordas de lo que están, aunque hay excepciones, ya que hay personas que sufren este problema y se ven delgadas, pero aún quieren estarlo más o se niegan a recuperar un peso saludable.

Suelen ser personas muy perfeccionistas, quieren hacerlo todo bien y se esfuerzan en exceso para que así sea, de ahí la gran fuerza de voluntad que le ponen para seguir una dieta, porque tienen una gran autodisciplina y suelen ser muy rígidas en su vida diaria.

Al mismo tiempo, tienen una baja autoestima, no se valoran, no se quieren a sí mismas, no se aceptan. Valoran todos los aspectos de la vida en la dicotomía “todo o nada”.

Existe una gran irritabilidad y cambios bruscos de humor, bien sea por su baja autoestima o por no haber podido conseguir la meta que se había puesto con respecto a la comida, o también por no tener una buena alimentación, ya que la inanición también provoca irritabilidad.

Es frecuente el aislamiento familiar y social, muchas veces, para que la gente no se dé cuenta del problema que tienen, ya que el hecho de tener que salir con amigos quizás implique ir a cenar o comer algo. También se suelen aislar porque no se encuentran bien consigo mismas y están deprimidas.

Todo lo relacionado con la comida, la imagen, el peso, la ropa, les genera una gran ansiedad.

III. BULIMIA NERVIOSA

1. Concepto

Los criterios internacionales de diagnóstico de Bulimia Nerviosa*, son los siguientes:

a) Presencia de atracones recurrentes. Definiremos un atracón por las siguientes características:

1. Ingesta de gran cantidad de alimento en un espacio corto de tiempo, o sea, cantidades superiores a la de la mayoría de las personas en el mismo tiempo.

2. Pérdida de control sobre la ingesta del alimento, sensación de no poder parar de comer.

b) Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas, con el fin de no ganar peso, por ejemplo: provocación del vómito, uso de diuréticos, laxantes, enemas, ayuno o ejercicio excesivo.

c) Los atracones y las conductas compensatorias son producidas no menos de dos veces a la semana durante un período de tres meses.

d) La autoevaluación está sumamente influida y determinada por el peso y la silueta corporal.

e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos:

Tipo Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes y diuréticos.



* Según el DSM-IV TR (última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana).

Tipo no Purgativo: durante el episodio la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ejercicio intenso, el ayuno, etc.

2. Síntomas físicos

Los principales síntomas físicos son:

- Taquicardias: Aceleración del ritmo cardiaco.
- Dolor de garganta, éste suele ser debido a los vómitos autoprovocados.
- Alteraciones menstruales: Algún mes le viene la menstruación y otros no o están manchando durante todo el ciclo o les viene la menstruación pero sólo manchan un día.
- Caries dentales, son debidas a los vómitos autoprovocados.
- Trastornos gastrointestinales, debido a los atracones, a los vómitos, a la toma de laxantes o diuréticos. Suelen tener muchos problemas digestivos.
- Alteraciones metabólicas: deshidratación, edemas, bajadas de potasio (que causan alteraciones en el ritmo cardiaco, calambres y entumecimiento de extremidades).

3. Alteraciones psicológicas

Las personas que sufren BN suelen tener una gran impulsividad y un bajo autocontrol, lo que les lleva a no poder controlar muchas situaciones, y en especial a no poder dejar de darse atracones. Esto les lleva también a meterse en situaciones peligrosas o a entrar en discusión con gran facilidad, teniendo unos grandes cambios de humor.

Tienen una baja autoestima, no se valoran a sí mismas y no se aceptan tal como son. Estos factores contribuyen a la aparición de síntomas depresivos, muy frecuentes en personas con BN.

También la BN se asocia frecuentemente a abuso de drogas, alcohol, cleptomanía y ludopatía.

El factor psicológico fundamental en la bulimia es la ansiedad. Una ansiedad que genera el ponerse frente a la comida, el peso, las conductas purgativas.

IV. FACTORES DE APARICION Y MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

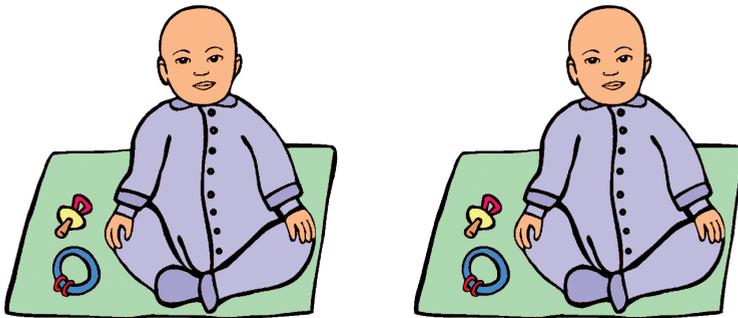
1. Factores predisponentes

¿Qué es un factor predisponente?

Es aquél que favorece que la persona desarrolle una determinada enfermedad, en este caso anorexia y/o bulimia nerviosas.

• Genéticos

- 3 Estudios de gemelos monocigóticos (50%) y dicigóticos (7%)*.
- 3 Desequilibrio en funcionamiento de áreas cerebrales por dietas*.
- 3 Problemas para discriminar sensaciones de hambre-saciedad*.



• Individuales

La obesidad o el sobrepeso es un factor facilitador de la AN. Las primeras decisiones sobre adelgazamiento quedan justificadas, claro está cuando el exceso es objetivo.

Junto al sobrepeso hay que situar lo que llamaríamos como sensibilidad excesiva para el peso, es decir la facilidad para sobrevalorar el propio peso o las propias dimensiones corporales. Cualquier cambio físico se asocia a que está engordando, cuando en muchos casos es producto del desarrollo físico y normal de adolescente.

La edad y el sexo femenino son otros de los factores individuales que facilitan la aparición del trastorno. Aunque cada día aparecen más casos en niñas, mujeres adultas y chicos, lo cierto es que la época de inicio primordial es la adolescencia, ya que, desde

* Datos recogidos del libro Anorexia y bulimia: Guía de padres, educadores y terapeutas de Rosa Calvo (ver bibliografía).

el punto de vista biológico, es una etapa de profundos cambios físicos con repercusiones en la imagen corporal; desde el punto de vista psicológico destacamos la presencia de una baja autoestima, que es otro de los factores predisponentes.

La baja autoestima es un factor bastante característico. Son personas muy necesitadas de aprobación externa, hacen lo que se espera de ellas, y al estar tan pendientes de lo que se espera de ellas, no saben muy bien lo que ellas necesitan o sienten, de ahí su dificultad en detectar sus sentimientos y sensaciones corporales.



La marcada tendencia al perfeccionismo y al autocontrol es otro de los factores individuales y personales que facilitan la aparición del trastorno, sobre todo en la anorexia nerviosa. En la bulimia suele existir una mayor impulsividad, fragilidad y búsqueda de emociones junto a una menor disciplina y autocontrol.

El miedo a la madurez y a ser autónomos junto a la dificultad para asumir responsabilidades, son otros factores que predisponen a sufrir la enfermedad.

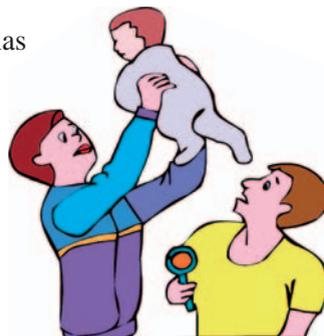
• Familiares

No hay acuerdo entre los autores en aceptar una tipología familiar determinada, pero hay una serie de características familiares que pueden contribuir a desarrollar un trastorno alimentario:

1. Malos hábitos alimentarios, tanto por exceso (comidas rápidas, comidas ricas en grasas, que puedan conducir a un sobrepeso con la posterior necesidad de perderlo lo antes posible), como por defecto (frecuentes dietas en la familia, por estética).

2. Preocupación excesiva de los padres por la figura, las dietas bajas en calorías y la imagen. Muchas veces existe por parte de los padres una preocupación excesiva por estos temas, y esto lo transmiten diariamente a sus hijos, repitiendo estos comportamientos posteriormente.

3. Antecedentes familiares de trastornos alimentarios, de trastornos afectivos, de abuso de alcohol y drogas.



Podría existir una transmisión educativa dentro de la familia y algún patrón biológico común en los familiares.

4. Sobreprotección. Se sabe que una excesiva protección hacia los hijos hace que aumenten las dificultades en éstos para resolver problemas o tomar decisiones por sí solos, por lo que cuando llega la etapa adolescente, esto les hace tener una mayor vulnerabilidad.

5. Distanciamiento entre padres-hijos. Una postura de distanciamiento de los padres repercutiría negativamente en los hijos, al sufrir una falta de afecto y seguridad. En general, se observan modelos familiares disfuncionales.

• Socioculturales

Ideales de delgadez y prejuicios contra la obesidad. Nadie duda, que en el aumento vertiginoso de estos trastornos están implicados aspectos sociales, como la presión continua y creciente por la delgadez, el culto a la imagen y la falta de comidas familiares, debido al ritmo de vida actual.

Son trastornos que se dan fundamentalmente en la cultura occidental, en la sociedad del estado de bienestar, en una sociedad consumista y competitiva, donde la comida se da en abundancia, pero paradójicamente el éxito social va asociado a una imagen de delgadez.



A todo esto se une el “bombardeo publicitario” al que estamos asistiendo, en el que las imágenes cinematográficas, las fotografías de las revistas de moda, reportajes y anuncios publicitarios, nos muestran una multitud de factores a favor de la pérdida de peso.



Ciertas profesiones y deportes también favorecen la aparición de estos trastornos: modelos, gimnastas. Son grupos de riesgo, que tienen un gran control sobre su peso.

2. Factores precipitantes

¿Qué son los factores precipitantes?

Son aquellos factores que desencadenan la aparición de este tipo de trastornos, den-

tro de un contexto vulnerable.

Los factores precipitantes principales son:

- Cambios físicos interpretados como gordura.
- Críticas físicas, burlas.
- Dieta.



En muchas adolescentes, los cambios físicos típicos de la pubertad (crecen los senos, las caderas se ensanchan...) son percibidos como un signo de haber engordado y lo rechazan. Algunos autores describen un miedo a la madurez, que les hace rechazar estos cambios evolutivos.

El que una persona reciba críticas hacia su cuerpo o que se burlen de él/ella por su aspecto físico (normalmente sujetos con un cierto sobrepeso), puede contribuir a que las personas más sensibles se obsesionen y quieran adelgazar.

En mujeres adultas, es a veces un acontecimiento vital el que precipita el trastorno (estrés por separación o divorcio, matrimonio o embarazo, pérdida de la juventud).

El llevar a cabo dietas muy estrictas, (en la mayoría de las ocasiones sin control médico), precipita en muchas de las ocasiones un trastorno alimentario.

Las dificultades para entender muchos de los cambios que les ocurren durante la pubertad y la adolescencia, les hace estar preocupados e inseguros, viéndose afectada su autoestima.

Cambios que requieren una adaptación y una mayor madurez (universidad, pareja, empezar a trabajar, vivir sin los padres), pueden precipitar el trastorno.

3. Factores mantenedores

¿Qué son los factores mantenedores?

Son aquellos factores que mantienen el trastorno una vez que éste ya ha sido desarrollado.

La **negación de la enfermedad** por parte de las personas que lo sufren mantiene este problema, ya que no suelen seguir las recomendaciones de los profesionales, si es que consienten que les atienda alguno.

La **desnutrición** en la AN provoca unos cambios biológicos (en el eje hipotalámico-hipofisario y problemas digestivos) y psicológicos (mayor obsesividad y compulsividad, déficit en la concentración, labilidad emocional) que mantienen el problema.

El hecho de hacer **dietas muy estrictas** aumenta el riesgo de que aparezcan atracones, ya que el mantener una restricción alimentaria tan estricta aumenta el deseo por consumir esos alimentos prohibidos.

Otro aspecto es el **refuerzo positivo** que obtiene la persona por las dietas, ya que normalmente los demás suelen decir lo guapa/o que está (ahora que está más delgada) y la fuerza de voluntad que tiene por poder llevar a cabo esa dieta.

Aislamiento social: especialmente se observa en la AN, la persona se aísla de familia y amigos, debido a su estado depresivo y a su insatisfacción personal.

Yatrogenia (mala práctica profesional): los profesionales podemos cometer errores que contribuyan al mantenimiento del problema (ausencia de seguimiento, tratamiento exclusivamente físico o psicológico...).

A nivel familiar, hay distintos factores que mantienen el trastorno:

Sobreprotección: la excesiva protección por parte de los padres hacia la persona enferma, mantiene los síntomas (aceptar caprichos, ocuparse de sus problemas, decidir por ella). Debemos evitarlo, e intentar fomentar la autonomía.

Falta de acuerdo: uno de los factores mantenedores que aparecen con más frecuencia es la falta de acuerdo entre los padres. Lo que se consigue con esa actitud es que la persona que sufre el trastorno utilice a uno u otro padre según quién le favorezca más en ese momento. Es mejor tomar decisiones unánimemente, consensuándolas previamente o aunque no se esté de acuerdo con la decisión del otro, hablándolo en otro momento en el que no esté presente la persona afectada.

Inconsistencia en las decisiones: si los padres o demás familiares que estén alrededor no son firmes en sus decisiones, la persona no tomará en serio lo que se le dice y muchas veces también entrará en contradicción.

Minimizar los problemas: el quitarle importancia a estos problemas y no prestarles la suficiente atención puede hacer que el problema se agrave y se mantenga durante un largo periodo de tiempo.

Negar la enfermedad: negar que nuestro familiar tiene una enfermedad, pensar que son cosas de la edad y ya se le pasará, sólo hará que se retrase la petición de ayuda profesional, y permitirá a la persona afectada reforzar su idea de no necesitar ayuda.

4. Factores de aparición

Los trastornos de alimentación no tienen una única causa de aparición. Son una serie de factores los que confluyen y que pueden hacer que aparezca un trastorno alimentario.

Dentro de los **factores individuales** se encuentra el que la persona esté muy preocupada siempre por el peso (tanto si tiene un peso elevado como si no), el que no se encuentre bien consigo misma (no sólo físicamente, sino que no se acepte tal y cómo es, no se valore) y también puede influir que en un momento de su vida, por problemas de salud, (tener que estar en reposo durante mucho tiempo...) la persona aumente rápidamente de peso y mueva a otros a realizar críticas hacia su peso.

Entre los **factores familiares**, está el que la familia tenga unos malos hábitos alimentarios, ya sea esto debido al hecho de tener diferentes horarios de trabajo los padres y no comer todos juntos, bien porque se va con prisas y se hacen comidas rápidas y no completas, etc. Estos factores actúan tanto por exceso (comidas rápidas, comidas ricas en grasas, que puedan conducir a un sobrepeso con la posterior necesidad de perderlo lo antes posible), como por defecto (frecuentes dietas en la familia, por estética).

También los padres a veces tienen una gran preocupación por su figura y también le dan excesiva importancia, con lo que se lo transmiten a los hijos. El hecho de sobreproteger a los hijos, no permitirles tomar decisiones ni defenderse por sí mismos, hace a niños inseguros de sí mismos, que cuando llegan a la adolescencia no saben decidir ni elegir.

Los factores socioculturales, como los ideales de delgadez que se nos imponen desde los medios de comunicación; las modas, hacen que tendamos a conseguirlos, y cuando no llegamos nos frustramos (proceso amplificado en la época adolescente, periodo vital en que los jóvenes son tan sensibles). Además, es que actualmente esos ideales de delgadez son patológicos.

Es importante recalcar que uno sólo de estos factores no suele llevar a padecer un trastorno de alimentación sino que es la confluencia de varios de ellos lo que puede hacer que aparezca un trastorno de alimentación.

V. PREVALENCIA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

1. Prevalencia

Según un estudio realizado por Morandé, 1999 (ver bibliografía), la edad de comienzo del trastorno del comportamiento alimentario está entre los 12 y 25 años, se da con más frecuencia entre los 14 y 18 años, y la BN suele tener un inicio más tardío. Cada vez es mayor el número de niños y de mujeres adultas que sufren un trastorno alimentario. El 95% de los casos son mujeres y el 5% hombres en la AN, mientras que en la BN el 90% son mujeres y el 10% hombres.

2. Evolución

Los trastornos de alimentación suelen evolucionar de diferentes formas. A continuación exponemos qué porcentajes suelen llegar a una normalidad tras el trastorno, cuántas mejoran pero mantienen síntomas, cuántas llegan a tener el trastorno de una forma crónica y qué porcentaje de personas con éstas enfermedades mueren debido a ella (Morandé, 1995):

30-40% Normalidad absoluta

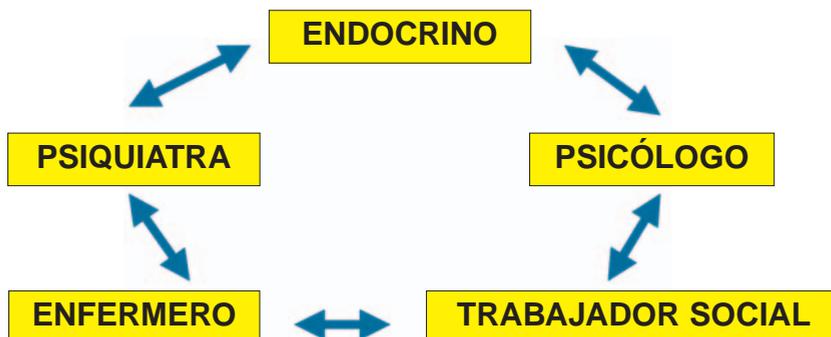
30-40% Mejoran pero mantienen sintomatología

10-20% Cronificación del trastorno

5-10% Muerte como consecuencia de la enfermedad o suicidio

3. Tratamiento

El tratamiento de estos trastornos alimentarios tiene que ser multidisciplinar. Sin embargo, cada caso requerirá un tratamiento individualizado, cada paciente es diferente. Es un equipo formado por un psiquiatra, psicólogo y endocrino lo más adecuado para abordar éstos trastornos. También hay otros profesionales que participan activamente en el tratamiento, como son el enfermero y el trabajador social.



VI. ¿QUÉ PUEDEN HACER?

Entorno social

- Tomar conciencia del problema. Informarse de los TCA.
- Ponerse en manos de profesionales.
- Evitar comentarios críticos acerca del peso, la comida...
- Evitar el control asfixiante de la persona.
- No hacer de la comida el único tema de conversación.
- Apoyo y comprensión. Evitar los “chantajes”.



El que compañeros, amigos y familia sepan cómo actuar si tienen una persona cercana que sufre un problema de alimentación es muy importante.

El que tengan conciencia de que los trastornos de alimentación son un problema grave (no son “tonterías” de la persona que lo sufre), que se informen sobre ellos y acudir lo antes posible a un profesional es fundamental. Mientras, deben evitar hacer críticas acerca del peso, evitar estar controlándoles todo el tiempo y hablar únicamente del problema, haciendo que la persona afectada se sienta apoyada y comprendida. Los “chantajes” a las personas que sufren un problema de alimentación (por ejemplo, “si comes, te compraré algo que quieres”) no sirven para nada y empeoran en muchas ocasiones la situación, haciendo que la persona enferma utilice los síntomas para obtener privilegios.

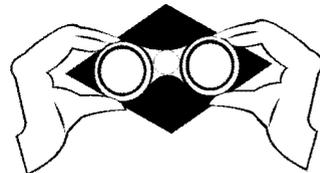
VII. DETECCIÓN PRECOZ

1. Conductas de riesgo

- Seguimiento de dietas restrictivas.
- Reducción progresiva de la cantidad de comida.
- Saltarse comidas con frecuencia.
- Evitar de forma continuada tomar ciertos alimentos (dulces, pan, carnes).
- Ejercicio desmesurado para perder peso.
- Falta de la menstruación (amenorrea) por dietas.
- Pérdida de peso continuada.
- Cambio de estado de ánimo. Depresión. Irritabilidad.
- Mayor aislamiento.
- Preocupación excesiva por el cuerpo.
- Pesarse con frecuencia.
- Excesiva preocupación por publicidad sobre productos adelgazantes.
- Evitar ir a lugares públicos a comer.
- Desaparición de comida de la cocina.
- Inquietud y nerviosismo a las horas de las comidas.

2. Síntomas de alarma

- Pérdida rápida y significativa de peso, sin que haya una causa física que la justifique.
- Detención del crecimiento y desarrollo normal.
- Amenorrea inexplicable.
- Conductas extrañas para perder peso.
- Miedo desmesurado a ganar peso.
- Ejercicio físico excesivo, sin justificación.



3. Indicadores en la escuela

- **Recreo:** momento para pasarse dietas, no comer nunca nada.
- **Alumno perfecto:** perfeccionismo. Aislamiento. Centrarse sólo en los estudios.
- **Educación física:** exceso de ejercicio para perder peso. Soledad. Termina la clase y continúa haciendo ejercicio.
- **Estado de ánimo alterado:** irritabilidad. Cambios bruscos de humor. Depresión.
- **Falta de concentración:** no se concentra por obsesiones y desnutrición.

- **Agotamiento:** síntomas de cansancio, sueño.
- **Primavera y verano:** mostrar el cuerpo y adelgazar.

Tanto padres como educadores deben conocer las conductas de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de un trastorno alimentario. Son conductas que deben preocuparnos si las observamos en nuestro familiar o alumno.

Es importante tener en cuenta que deben darse varias de estas conductas para empezar a preocuparnos.

También se exponen síntomas de alarma. Si los observan, pueden ayudar a detectar con mayor facilidad la aparición de la enfermedad, ya que la detección precoz es fundamental para atajar estos trastornos.

VIII. PREVENCIÓN

1. Social:

La implicación de los distintos sectores sociales que están relacionados de una u otra forma con la aparición y desarrollo de los TCA es fundamental para una prevención integral. La colaboración de publicistas, modelos, diseñadores, presentadoras de televisión, profesionales del tratamiento, farmacéuticos, deportistas, asociaciones de familiares, todos ellos, tiene mucho que decir en la prevención en este nivel.

A continuación exponemos las actuaciones que se están realizando o se pueden llevar a cabo a nivel social para prevenir los trastornos alimentarios.

- **Político:** Comisión para la prevención de trastornos del comportamiento alimentario.
- **Moda:** tallas.
- **Publicidad:** limitar anuncios que inciten al adelgazamiento.
- **Sanidad:** campaña “La anorexia se lo lleva todo”, “STOP a la anorexia y la bulimia”.

Existe una comisión a nivel político dedicada a buscar fórmulas que eviten que la población sufra problemas alimentarios. También, desde las asociaciones de familiares, se intenta lograr que las tallas de las prendas correspondan realmente a las medidas de la población. Otro frente en el que se lucha es intentar evitar que muchos anuncios en prensa o televisión incidan en la pérdida de peso de una forma no responsable y engañosa, así como asociar algunos alimentos a logros profesionales o personales.

También desde el Ministerio de Sanidad se hacen campañas publicitarias avisando de las consecuencias nefastas que tienen estos trastornos.



2. Familiar:

A nivel familiar se intenta hacer una prevención útil, insistiendo en que las familias lleven una alimentación equilibrada, que dentro del entorno familiar no exista una obsesión con la dieta, el peso o la imagen corporal.

Otro objetivo es evitar la excesiva protección por parte de los padres hacia los hijos, fomentando la autonomía, ya que ésta favorecerá la capacidad del adolescente para resolver problemas, tomar decisiones, tener un juicio propio, etc.

También la educación en otros valores, como el esfuerzo, la confianza en uno mismo y en general valorarse y admirar a los demás por aspectos diferentes a lo que es su aspecto físico, puede contribuir a la prevención de estos trastornos.



3. Escolar:

- Alimentación, nutrición.
- Autoestima.
- Habilidades sociales, asertividad.
- Imagen corporal. Sexualidad.
- Educar en valores.
- Condicionantes socioculturales.
- Fomentar una actitud crítica.

Es muy importante que desde la escuela se proporcionen conocimientos a los niños sobre alimentación y nutrición. También que se fomente su autoestima y que tengan unas buenas habilidades de comunicación, de relación con los otros. Hay que trabajar la imagen corporal, que aprendan cómo el cuerpo va cambiando con los años, ya que esto va a influir también en la forma de vivir su sexualidad, que tengan una buena educación en valores positivos y que desarrollen una actitud crítica ante la información que les llega desde los diferentes medios.

10 CONSEJOS PRÁCTICOS

Diez consejos prácticos para prevenir trastornos del comportamiento alimentarios son:

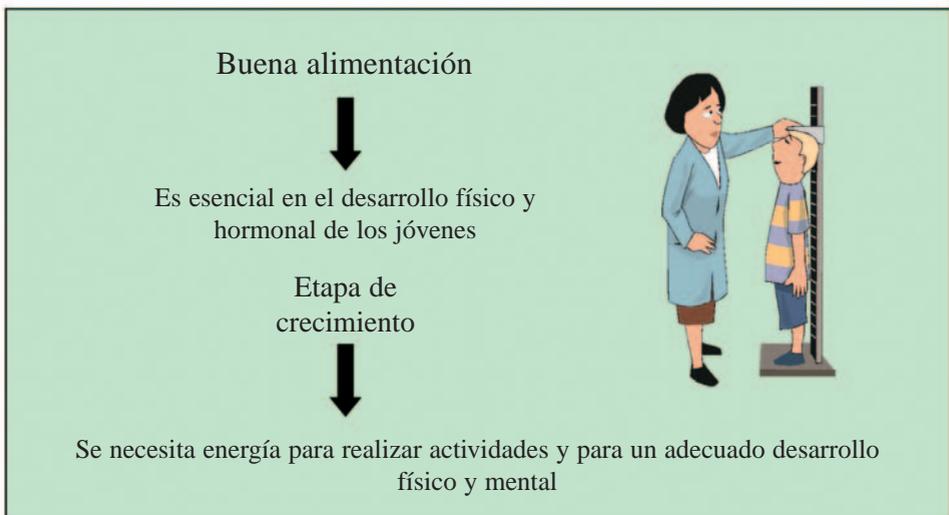
- Llevar una alimentación equilibrada.
- No hacer caso de las “dietas milagrosas” de libros y revistas.
- Comer en familia o acompañado.
- Respetar el horario de comidas.
- Consultar al médico, en el caso de requerir una dieta.
- Hacer deporte.
- Fomentar las relaciones sociales.
- Cultivar valores: amistad, esfuerzo, trabajo, amor...
- Aceptar la figura corporal.
- Mantener una actitud crítica con los medios de comunicación.



IX. ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

1. ¿Por qué es necesario una alimentación equilibrada?

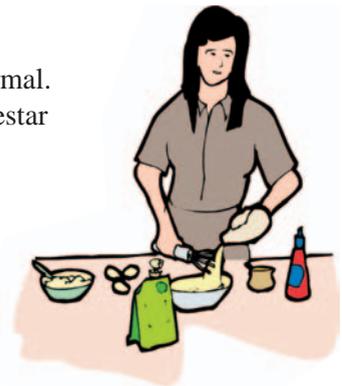
Para prevenir estos trastornos en la población adolescente, como comentamos al principio de este documento, hay que fomentar otros aspectos relacionados, sin entrar a comentar qué son los trastornos de alimentación. Uno de estos factores es la importancia de llevar una alimentación equilibrada. Con el siguiente esquema explicamos por qué se ha de llevar una buena alimentación y hacemos hincapié en que están en una etapa de crecimiento y necesitan energía para realizar muchas actividades diariamente y seguir creciendo.



2. ¿Qué es una alimentación equilibrada?

Es aquella que:

- Permite desarrollar actividades diarias de forma normal.
- Sin síntomas de cansancio, desconcentración, o de estar irritable.
- Gran variedad de alimentos en cantidad suficiente.
- Comer despacio. Masticar bien.
- Comer un primer plato, un segundo y un postre.
- No saltarse comidas.
- No abusar del azúcar, bollería, grasas saturadas, es decir, de la “comida basura”.
- No asociar la alimentación a sentimientos como pueden ser la tristeza, la ira, la ansiedad...



3. Creencias falsas sobre la alimentación

Uno de los objetivos más importantes es que desaparezcan ciertas creencias o mitos falsos que existen sobre la alimentación. A continuación, En las próximas diapositivas se presentan algunos que son habituales o están más extendidos. Hay que explicarles por qué cuando todo se lleva al exceso o al defecto da lugar a problemas.

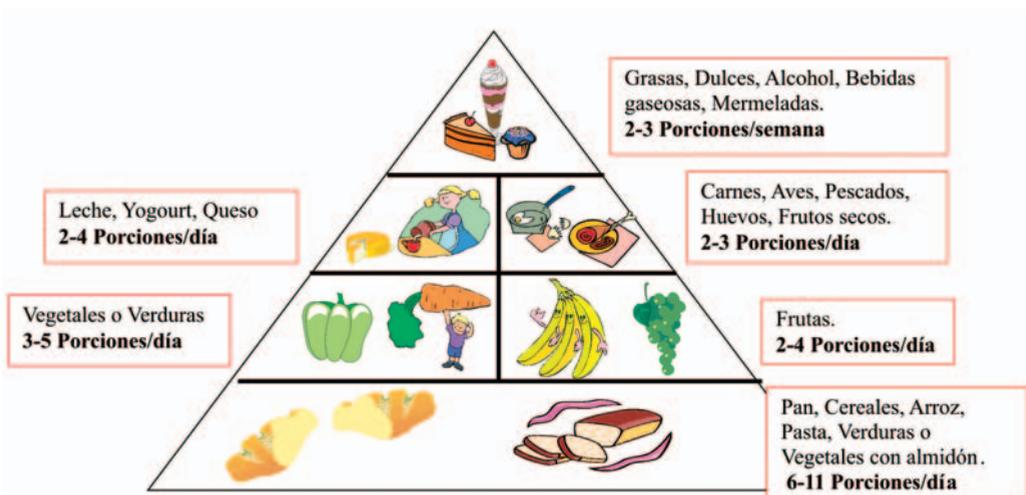
FALSO: Lo que más hay que comer son las vitaminas.

VERDADERO: “Su carencia produce enfermedades, pero el exceso puede ser perjudicial”.



FALSO: Lo que más hay que comer son las proteínas.

VERDADERO: “Deben aportar sólo 10%-15%. Luego grasas un 30%-35% e hidratos de carbono, un 50%-55%”.



Otra de las actividades que llevamos a cabo para modificar creencias falsas es explicarles la pirámide de la alimentación, con la que tendrán un modelo más claro de lo que es llevar una alimentación equilibrada. En la base de ésta pirámide están los alimentos que se deben comer más habitualmente (todos o casi todos los días) y a medida que vamos subiendo por la pirámide y ésta se va estrechando, están situados los alimentos que se deben comer sólo ocasionalmente.

FALSO: El pan engorda excesivamente.

VERDADERO: “Pertenece al grupo de los cereales, es una importante fuente de hidratos de carbono”.



FALSO: Hay alimentos que engordan y otros que adelgazan.

VERDADERO: “Hay que comer de forma equilibrada* y en las proporciones adecuadas.”



FALSO: El agua en las comidas engorda.

VERDADERO: “El agua no tiene calorías y no engorda”.



FALSO: Las dietas para adelgazar no son peligrosas

VERDADERO: “Las dietas muy estrictas causan problemas de salud”.



* Comer de forma equilibrada puede considerarse equivalente a comer de forma variada.

Uno de los mitos más extendidos, y sobre todo entre los adolescentes, es que las dietas para adelgazar no son peligrosas. Hay que insistirles en que realizar una dieta por su cuenta, o realizar dietas que han sido recomendadas para otras personas, o que no estén ajustadas a su edad, peso y estructura ósea, pueden ser muy peligrosas para la salud. La mayoría de las veces estas dietas suelen ser muy restrictivas, ya que van orientadas a lograr una gran pérdida de peso en un corto periodo de tiempo. Tienen que saber los problemas que puede conllevar la alteración de los hábitos alimentarios, únicamente por querer aproximarse al ideal de belleza imperante.

X. AUTOESTIMA. IMAGEN CORPORAL. SOCIEDAD.

1. ¿Cómo somos?



Otro de los factores en los que hay que incidir es en el auto-conocimiento de sí mismo y en la aceptación de los cambios corporales que van a ir sufriendo a lo largo de su vida hasta llegar a la vida adulta. Ello ayudará al fomento de su autoestima (en cómo se ven a ellos mismos) y a favorecer un auto-concepto y auto-imagen corporal positivos.

Los objetivos de las siguientes aportaciones serán, que conozcan y aprendan a aceptar los cambios físicos y psicológicos que van a sufrir durante la pubertad. Así, hemos de trabajar cómo reciben y actúan ante las críticas y/o comentarios positivos que los demás hacen hacia su forma de ser y su cuerpo, que aprenda a quererse a sí mismos, haciéndoles ver que todos tienen cosas positivas y negativas, también a no valorarse y valorar a los demás únicamente por su aspecto físico.

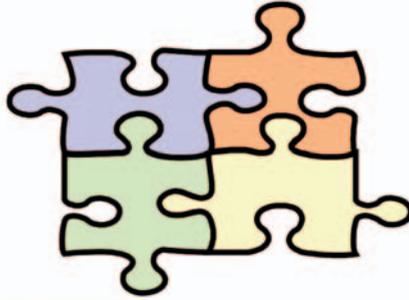
Un aspecto muy importante es enseñarles a resolver problemas por ellos mismos y a tomar decisiones, haciéndoles responsables de sus actos y que aprendan a aceptar las consecuencias.

Igualmente, el que expresen las cosas que les gustan, así como las que no les gustan de una forma asertiva, les ayuda a relacionarse con más seguridad.

2. Grupos de iguales

¿Nos dejamos llevar por nuestro grupo?

¿Hago o digo cosas que no quiero por caer bien en el grupo?



¿Hay diferencias de opiniones entre mis amigos?

¿Puedo elegir con libertad?

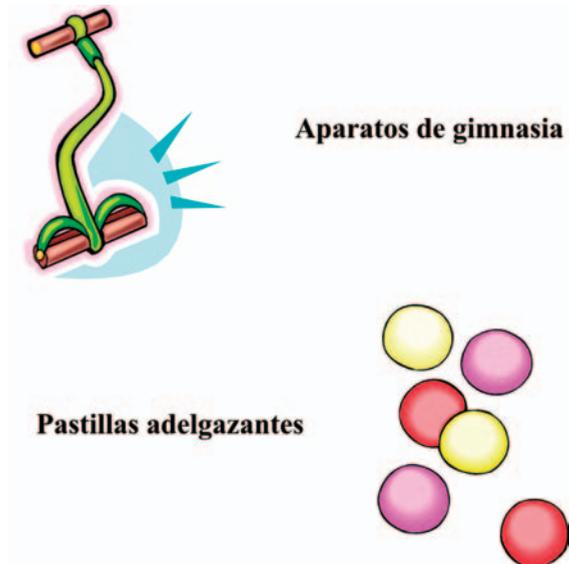
Es necesario reflexionar sobre la influencia que ejerce el grupo de iguales en la adolescencia, ya que se convierte en un pilar básico en sus vidas. Es necesario que se den cuenta de que el grupo no debe impedir al adolescente su propia identidad y diferenciación.

3. ¿Qué nos creemos?

Publicidad
Revistas
Televisión
Internet

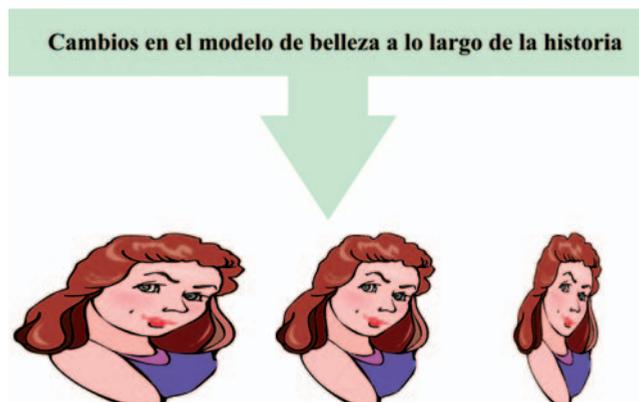


4. Ejemplos de publicidad engañosa



Es muy importante crear un pensamiento crítico en los niños y adolescentes, ya que podrán poner en cuestión toda la información que les llega, tanto lo que les dicen los demás como lo que les transmiten los medios de comunicación. Para ello, podemos plantearles la pregunta ¿nos creemos todo lo que nos cuentan?, ¿lo ponemos en duda?, ¿qué intereses tiene la publicidad? **Ponerles algunos ejemplos relacionados con las dietas y la imagen corporal les podrá hacer ver cómo muchas veces son engañados.**

5. Belleza – Kilos



Un aspecto básico a tratar sería los prejuicios contra la gordura y el respeto a la diferencia corporal.

Otro objetivo en la prevención con adolescentes es hacerles ver cómo ha cambiado el modelo de belleza a lo largo de la historia. En el cuadro de Las Tres Gracias, de Rubens, las mujeres eran admiradas por sus caderas y por tener más masa grasa. La mujer con caderas anchas era valorada ya que les permitía dar a luz con una mayor facilidad, siendo el dar descendencia un aspecto muy importante del papel de la mujer en ese momento de la historia. Por el contrario, hace unos años se valoraba la mujer con una estética muy masculina (sin pecho, excesivamente delgada, sin caderas...), que es cuando proliferaron los problemas alimentarios (sobre todo la AN). En este momento lo que se valora es una persona más bien delgada, pero que tengan grandes pechos y un gran trasero ¿Tenemos que estar cambiando continuamente nuestro cuerpo para adaptarnos al modelo de belleza imperante?

6. Imagen corporal



¿Me gusta mi cuerpo?
¿No me gusta nada de mi cuerpo?
¿Hay cosas que me gustan de mi cuerpo y otras no?

¿Acepto mi cuerpo?
¿Un cuerpo bonito puede tener defectos?
¿Mi cuerpo puede cambiar de forma, volumen, peso?



Hay que hacerles el planteamiento, de que busquen algo que les guste de su cuerpo. “Todos tenemos aspectos corporales atractivos y también nuestros defectos o partes del cuerpo que no nos gustan. Hay que aprender a aceptarse con nuestras virtudes y defectos corporales y con nuestras cualidades personales”. Podemos poner ejemplos de modelos y enseñarles cómo retocan las fotografías, etc.

Otro aspecto a trabajar sería, que aprendan que el cuerpo cambia de forma por muchas razones (cambios puberales, embarazos, enfermedad...).

XI. RECURSOS

1. ¿Dónde acudir?

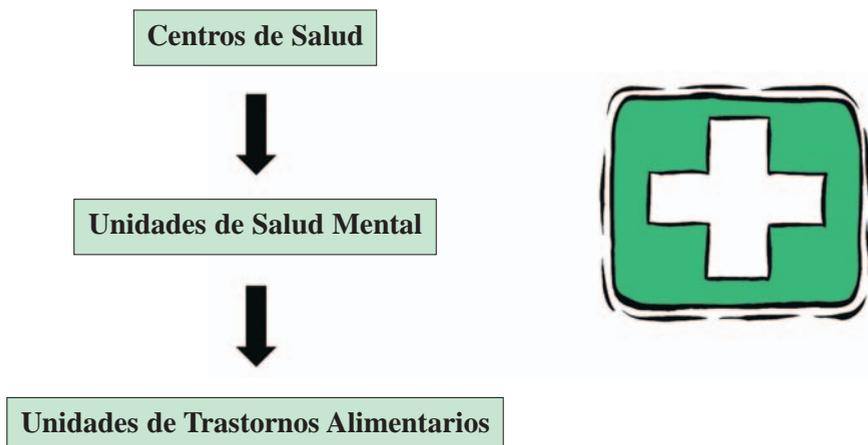
- Padres.
- Profesor/tutor.
- Orientador del centro.
- Asociaciones de familiares.
- Médico de familia. Centros de salud.
- Unidades de Salud Mental.
- Unidades de Trastornos Alimentarios.



Es muy importante saber, una vez detectado un trastorno del comportamiento alimentario, dónde o a quién acudir. Aquí exponemos personas y lugares a los que podemos recurrir en el caso que fuese necesario.

2. Recursos asistenciales

En el esquema contiguo aparece el itinerario a seguir en el ámbito asistencial.



- Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario
Unidad de Salud Mental II “Los Pinos”
Servicio Extremeño de Salud
Ronda del Pilar, 22.
Teléfono: 924 010 220
- Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil
Servicio Extremeño de Salud.
C/ Reyes Huertas, 9. 10002 Cáceres.
Teléfono: 927 260 247

3. Asociaciones

- Asociación de Defensa del Tratamiento de los Trastornos Alimentarios en Extremadura (ADETAEX)

Cáceres:

C/ Tienda, 3. 10003. Cáceres

Teléfonos: 924 226 765 // 619 683 927

Badajoz:

C/ Godofredo Ortega Muñoz, 1, local 9. 09011. Badajoz.

Teléfonos: 924 233 950 // 679 322 593

Correo electrónico: adetaex@teleline.es

Mérida:

C/ Concordia, 1. 06800. Mérida. Badajoz.

Teléfonos: 620 248 877



- Asociación Extremeña contra la Anorexia y la Bulimia (AEXCAB)
C/ Plaza de los Conquistadores, 51. 06700. Villanueva de la Serena. Badajoz.
Teléfono: 924 847 287
Dirección web: <http://www.villanuevadelaserena.com/aexcab.htm>

4. Enlaces y recursos de Internet

- Instituto de Trastornos Alimentarios. ITA.
<http://www.itacat.com/home1/>
Español.
En ésta página puede encontrar información relevante sobre los trastornos de alimentación y su tratamiento.

- Ministerio de Educación y Ciencia.
<http://www.mec.es/cide/espanol/publicaciones/innovacion/colaboraciones/inn1999ns/inn1999ns00a.pdf>
Español.
Esta página contiene una guía sobre nutrición saludable, muy válida para utilizarla en el ámbito escolar.
- Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=1383352662>
Español
En ésta enlace puede encontrar direcciones y teléfonos de interés de las Unidades de Trastornos de Alimentación y de las Asociaciones de Familiares que existen en España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo
<http://www.msc.es/campannas/home.htm>
Español
En ésta página se encuentra un vídeo de la campaña de prevención “La anorexia se lo lleva todo”.
- Asociación “Protégeles”
<http://www.protegelos.com/>
Español
Es una página que es una Línea de Denuncia para proteger a los menores.

BIBLIOGRAFÍA:

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual o mental disorders (4th Ed. Rev). Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1994.
2. Bruch H. La Jaula Dorada. Barcelona: Paidós; 1978.
3. Calvo, R. Anorexia y bulimia, guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta prácticos; 2002.
4. Chinchilla Moreno A. Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Masson; 1995.
5. López Nomdedeu C (coord). Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2000.
6. Martínez Benlloch I (coord.) Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal. Instituto de la mujer. 1999.
7. Mitchell JE, Pyle RL. The bulimia syndrome in normal weigh in dividuals: a review. Internat J Eat Disord 1987; 107: 71-77.
8. Morandé G. La anorexia. Cómo combatir el miedo a engordar de las adolescentes. Madrid: Temas de Hoy; 1999.
9. Morande, G. Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar. Madrid: Temas de Hoy; 1995.
10. Rausch Herscovici C, Bay L. Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Barcelona: Paidós; 1993.
11. Ruiz-Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbada; 2001.
12. Toro J. El Cuerpo como delito. Barcelona: Ariel Ciencia; 1996.
13. Torres MD, Campillo JE. La alimentación saludable en la infancia y la adolescencia. Badajoz: Ayuntamiento de Badajoz. OMIC. Junta de Extremadura; 2004.
14. Turón V, Fernández, F, Vallejo J. Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. Rev Psiquiatr Fac Med (Barc) 1992; 19: 9-15.
15. Turón V. Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson; 1997.
16. Vaz Leal FJ. (coord.). Bulimia nerviosa: perspectivas clínicas actuales. Madrid: Ergon; 2006.

