



ANOREXIA Y BULIMIA

INTRODUCCIÓN

Aunque los trastornos de alimentación, y en particular, la anorexia y la bulimia han estado presentes a lo largo de la historia, es, en nuestros días, cuando están aumentando considerablemente.

Para entender las causas de estos problemas, hay que tener en cuenta la historia personal y familiar, las características individuales y las presiones socioculturales.

Las mujeres somos quienes estamos sufriendo principalmente la imposición de modelos estéticos; la comparación con ellos, puede que nos lleve a sentirnos insatisfechas con nuestros cuerpos y nos impulse a someternos a dietas peligrosas para nuestra salud física y mental.

El ideal de belleza vigente impone un tipo de cuerpo cada vez más delgado y la industria basada en la delgadez es cada vez más fuerte: publicaciones dedicadas a dietas, productos para adelgazar, para no engordar, para moldear la figura... Industria



que genera una gran cantidad de dinero a costa de hacer a muchas mujeres esclavas de sus cuerpos.

La adolescencia y la juventud son momentos de mayor vulnerabilidad, ya que estamos construyendo nuestra propia identidad. Para una adolescente es más difícil tener un criterio y unos valores propios, entre otras cosas, porque el grupo es muy importante en esta etapa.

Los problemas de anorexia y bulimia han aumentado en esta década, afectando mucho más a las mujeres que a los hombres, y sus repercusiones son muy graves. Estamos refiriéndonos a enfermedades que se cronifican en buena parte de los casos, que tienen un tratamiento largo y complicado, que conllevan un gran desgaste, sufrimiento personal y familiar y que pueden provocar la muerte.

En estas páginas podemos encontrar información sobre qué son la anorexia y la bulimia, sus posibles causas, qué factores influyen en su inicio y mantenimiento y sus consecuencias psicológicas y físicas. Su lectura nos puede ayudar a prevenir estos trastornos o, en su caso, a detectarlos lo antes posible.



En la guía se proponen algunas estrategias de prevención. Planteamos empezar por nosotras mismas, por cambiar el ideal estético, buscando formas más positivas y saludables de vivir, que impliquen mayor respeto hacia el propio cuerpo y propia integridad. También se plantea el cuestionar los modelos actuales, para poder mantener una actitud más crítica y asumir unos valores diferentes.



¿QUÉ SON LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA?

La anorexia y la bulimia nerviosa son trastornos de la alimentación. Cuando tenemos bulimia nerviosa nos damos atracones de forma recurrente, es decir, consumimos una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo; esto va acompañado de un fuerte temor a no poder cesar de comer; y nos autoprovoocamos vómitos o utilizamos muchos laxantes, diuréticos u otros medicamentos (purgativa) o puede que ayunemos o hagamos ejercicio en exceso y nos preocupemos de forma exagerada por nuestro peso y forma corporal, pero no nos provoquemos vómitos ni utilicemos laxantes (no purgativa).

Es importante distinguir la BN de otras situaciones emocionales, sociales y clínicas en las que comemos más de la cuenta. Por ejemplo, cuando estamos vivimos épocas de estrés, como cuando tenemos exámenes, un fin de semana con pocos planes o sufrimos un desengaño amoroso.... La diferencia fundamental con la bulimia es que una vez ha pasado la situación volvemos a comer normalmente y además no sentimos ese temor tan grande a engordar.



Cuando tenemos **anorexia nerviosa** nos provocamos una pérdida de peso; nos vemos gordas y sentimos un intenso temor a engordar, llegamos a estar tan delgadas que la regla desaparece (amenorrea).

Hay distintos tipos de anorexia: **restrictiva**, aquella en la que se restringe la alimentación y/o se realiza un exceso de ejercicio físico y **bulímica**, en la que se dan atracones y/o se provocan vómitos, usan laxantes y/o diuréticos.

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE AN Y BN

Cuando tenemos anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, nos ocurren algunas de las siguientes cosas:

Anorexia nerviosa

- Tenemos dificultades para darnos cuenta de nuestros estados internos y sentimientos como hambre, ansiedad, tristeza.
- Desarrollamos una mayor capacidad para controlar las ansias de comer.
- Normalmente hemos sido niñas ejemplares hasta la aparición de la enfermedad.



- Nos desaparece la regla, es decir tenemos amenorrea.
- Perdemos deseo sexual.
- Negamos el hambre y la enfermedad y consideramos normal nuestra conducta alimentaria que es para nosotras un motivo de orgullo.
- Nuestro peso oscila entre muy bajo y bajo, nuestra apariencia es flaca y demacrada.
- Nos volvemos más introvertidas y retraídas socialmente.
- La edad en que se inicia este problema, suele ser entre los 14 y 18 años, aunque puede comenzar en edades más tempranas.

Bulimia nerviosa

- Tenemos mayor conciencia de nuestros estados internos, sentimientos y emociones...
- Sentimos menor capacidad de controlar los impulsos.
- A veces, también podemos tener problemas con el alcohol y otras drogas.
- La menstruación suele ser irregular o no tener la regla.
- Nuestro aspecto suele ser saludable e incluso podemos tener sobrepeso, por lo que es más difícil detectar la enfermedad desde fuera.



- Somos más extrovertidas y tenemos una vida social activa.
- La edad de inicio de esta enfermedad suele ser más tardía.



NUESTRA IMAGEN CORPORAL

En la formación de nuestro esquema corporal, es decir, de la idea o percepción que tenemos de nuestro cuerpo, intervienen diversos factores, como por ejemplo, su observación visual en un espejo; nuestros sentimientos y estados de ánimo (nos encontramos más feas o gordas si estamos decaídas) nuestros pensamientos o ideas (tengo que ser la más delgada); lo que nos dicen las demás personas, especialmente si es en forma de burla, durante la infancia y la adolescencia; y factores de tipo sociocultural, como la moda.

Cuando estos factores nos influyen excesivamente o cuando consideramos que una parte de nuestro cuerpo es exageradamente ancha o voluminosa sin que así sea y tenemos un gran miedo a engordar, conviene que nos planteemos si estamos desarrollando un trastorno en la percepción de nuestra imagen corporal.



LOS CONDICIONANTES SOCIOCULTURALES

El tener problemas con la imagen corporal se da en una proporción mucho mayor en las mujeres y en aquellas sociedades que enfatizan la preocupación por la figura y la delgadez como criterio de belleza.

Según este modelo, debemos ser mujeres jóvenes, atractivas, seductoras, altas, delgadas, interesantes.

La moda que se nos impone a través de los medios de comunicación, la publicidad y muchos otros factores socioculturales, contribuyen a que la delgadez corporal se asocie a prestigio social, autoestima alta, belleza, elegancia, estar en forma, virtud y búsqueda de perfección, higiene, juventud y facilidad para conquistar. Así la delgadez se ha convertido en un fin en sí mismo.

Son muchos los factores que intervienen:

** Los medios de comunicación social hacen posible que el mensaje de la delgadez como ideal de belleza llegue a millones de*



mujeres y hombres a través del cine y de la televisión, fotografías en revistas, miles de artículos y reportajes sobre métodos y dietas de adelgazamiento, publicidad –de cada cuatro anuncios dirigidos a mujeres uno invita directa o indirectamente a perder peso o a hacer deseable un peso bajo-, datos íntimos de mujeres valoradas socialmente o famosas top models, actrices, deportistas, aristócratas que nos cuentan sus secretos para mantenerse delgadas.

* La moda se presenta por modelos de dimensiones corporales reducidas, casi esqueléticas; además influye la dificultad de encontrar tallas más grandes de la ropa que nos gusta. Es el cuerpo el que debe adaptarse a la moda.

Adquiere una importancia desmedida exhibir el cuerpo que dicta la moda. Muchas mujeres nos comparamos, sopesamos nuestras respectivas formas, pudiendo sentirnos ganadoras o perdedoras.

* Los intereses económicos y la gran presión ejercida por los laboratorios e industrias dedicadas a la fabricación de productos para adelgazar y de productos light.



* La *transmisión oral* de dietas y el gran número de horas que dedicamos a hablar de la gordura o de la delgadez en los distintos grupos a los que pertenecemos: familia, amigas, compañeras.

* La exigencia de una imagen determinada para desarrollar ciertos puestos de trabajo, hace que algunas mujeres se impongan el cumplimiento del ideal de belleza para poder promocionarse profesionalmente. Como azafatas, vendedoras de grandes almacenes...

* La difusión del estar en forma como sinónimo de delgadez, juventud, etc. asociado con frecuencia a la práctica de ejercicio físico más o menos compulsivo y a dietas restrictivas. El ejercicio, no lo hacemos para disfrutar del movimiento y/o de las sensaciones, a veces, ocurre todo lo contrario y se convierte en un sufrimiento más en la "lucha" por conseguir el cuerpo ideal.

* Rechazo social del sobrepeso asociado hoy en día a desprestigio. Incluso las y los profesionales de la medicina divulgan los peligros de la obesidad, mientras que apenas se difunden



los riesgos del infrapeso, aunque, en muchos casos, éstos puedan ser más severos. En realidad un sobrepeso moderado (algún kilo por encima del peso recomendado según edad, sexo y altura) es considerado como un factor de protección.

Práctica de la danza y de ciertas actividades deportivas como gimnasia femenina, natación, patinaje y carreras de fondo, en las que el cuerpo delgado se ha ido ligando al concepto de rendimiento. De ahí que, quienes practicamos este tipo de deportes tengamos aún mayores riesgos.

Todos estos factores se influyen y se potencian mutuamente.



LA HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

No existe un solo factor que explique el origen de estas enfermedades, sino que se han de dar un conjunto de situaciones para que alguien sea más vulnerable a desarrollar estos trastornos.

Hay factores que nos pueden hacer más vulnerables, como aquellos que tienen que ver con la autonomía, como por ejemplo, vivir pendientes de lo que se espera de nosotras o de dar satisfacción a los y las demás; una baja autoestima, es decir, una imagen pobre de nosotras mismas; tendencia al perfeccionismo, a exigirnos no fallar; miedo a madurar, a crecer y a manejar la independencia que esto implica; tener pensamientos que se muevan entre los extremos bueno-malo, todo-nada, obesa-delgada; el haber sufrido abusos sexuales y malos tratos en la infancia.

También pueden darse ciertas características comunes en las familias de quienes tenemos anorexia o bulimia. Este tema lo trataremos más adelante

El comienzo de la enfermedad puede coincidir con el inicio de una dieta adelgazante; con los cambios rápidos de nuestro



cuerpo; con un incremento rápido de peso y los consiguientes comentarios críticos de las personas de nuestro entorno; con algunos cambios importantes en nuestra vida, como cambiar de casa, escuela o colegio cuando tenemos dificultades para relacionarnos; o con la enfermedad importante o muerte de un miembro de nuestra familia, con la separación o conflicto con nuestra pareja o la separación de nuestros padres...

En la bulimia se conocen casos que han tenido su inicio después de un embarazo.



LA PUBERTAD Y LA ADOLESCENCIA

Un momento de especial riesgo es la pubertad y la adolescencia ya que estamos viviendo importantes cambios personales.

Sobre los 9 u 11 años comenzamos a crecer deprisa, aumentamos de peso, nuestros pechos se desarrollan y nuestras caderas se ensanchan. Estos y otros cambios nos resultan difíciles de entender y aceptar, ya no tenemos un cuerpo de niñas sino formas de mujer, que quizás, no esperábamos o deseábamos aún. Cambiar conlleva siempre ganar y perder algo, en este caso, perdemos nuestro cuerpo infantil y nuestro rol de niñas.

Junto a estas transformaciones corporales aparecen nuevos intereses y deseos, algunos, como los sexuales, se intensifican. Nos apetece pasar más tiempo con las amigas y los amigos que con nuestra madre y padre, quienes ahora no nos parecen tan sabios y perfectos como antes. Empezamos a cuestionar lo que nos rodea, el mundo, la muerte, los valores de las personas cercanas. Lo que nos ocurre es que estamos buscando nuestros propios valores.



En definitiva, estamos construyendo nuestra identidad: el proceso de diferenciarnos, de saber quienes somos, qué queremos hacer y esto no es nada sencillo.

La rapidez con que se producen todos estos cambios supone que tenemos que adaptarnos continuamente en relación a los demás y a nosotros mismas.

Las normas sociales y culturales y los valores que existen sobre cómo debemos pensar, sentir y actuar hombres y mujeres, en muchas ocasiones, limitan nuestra vida y nos impiden desarrollarnos, puesto que coartan nuestras capacidades, deseos y posibilidades. Para las chicas este proceso supone cumplir con ciertas exigencias sociales difíciles de conseguir.

La mayoría de las mujeres, desde niñas, hemos aprendido que lo más importante es gustar a los demás, ser guapas y atractivas para despertar el interés de los hombres, como si ése fuera el principal objetivo en nuestra vida.

También se nos transmite que las mujeres debemos cuidar siempre de quienes nos rodean, estar atentas a sus necesidades y deseos sin preguntarnos demasiado por los nuestros.



En esta etapa comenzamos a tener muchos conflictos y dudas, sobre todo, con respecto a nuestra identidad como mujeres. Puede ocurrir que nos cueste identificarnos con nuestra madre, que no queramos ser como ella ni cumplir sus mismos roles.

Nos parece que ser mujer es muy difícil y no es extraño que comencemos a sentir el cuerpo como algo ajeno a nosotras, que prefiramos no tener pechos ni menstruación, pasar desapercibidas a la mirada y la atención de los hombres.



¿CÓMO SE PRODUCEN ESTOS TRASTORNOS?

Aunque cada persona y cada caso es diferente vamos a ver una de las formas más frecuentes en la anorexia. A fin de quitarnos esos kilos que creemos que nos sobran, buscamos en una revista una dieta "ideal", o la que haga una mujer famosa, o alguna que nos diga una compañera o una hermana con la que "puedes llegar a perder 3 kilos por semana, si te lo propones".

Inicialmente perdemos unos kilos y, cómo aún pensamos que deberíamos perder alguno más, quemamos esas calorías haciendo deporte. Estamos convencidas de que con esos kilos de menos nos van a querer más, vamos a ser más atractivas y a sentirnos más integradas. Posiblemente la gente nos diga, después de perder unos primeros kilos, que "qué bien estás" y nos feliciten por la fuerza de voluntad que manifestamos.

Sin embargo, normalmente estas dietas fracasan tarde o temprano o nos resulta muy difícil mantenerlas, con lo que quizás empecemos a vomitar y/o a pensar sólo en no comer aun teniendo hambre, y, dado que no tenemos una dieta equilibrada, empecemos a notar carencias, fatiga, etc.



El miedo a engordar nos impide dormir bien y tenemos pesadillas sobre el tema de la comida; el centro de nuestros pensamientos es cómo adelgazar y estamos convencidas de que cuando perdamos X kilos seremos muy felices.

Estamos deprimidas porque creemos no estar delgadas, ya que distorsionamos la imagen de nuestro cuerpo, estamos tristes, insatisfechas y no nos sentimos comprendidas. Cada vez nos vamos aislando más y más, puede ser que pasemos muchas horas estudiando ya que nos hemos propuesto ser la mejor y tener un cuerpo perfecto.

La obsesión por el ejercicio va aumentando bien en forma de deporte o en largas e interminables caminatas, subiendo y bajando escaleras o nadando; casi nunca nos sentamos, incluso llegamos a comer de pie, dormimos poco y somos hiperactivas en la obsesión por quemar calorías.

Cada vez comemos menos, evitamos las grasas y contamos las calorías, pues creemos ver en el plato mucha cantidad, aunque la cantidad de los platos de las otras personas nos parezca normal. En la mesa empezamos revolviendo la comida, haciendo apartijos y al final apenas comemos nada, y



nos las arreglamos para hacer creer a la familia o amistades que comemos normalmente. También, puede que empecemos a tomar pastillas para adelgazar y/o laxantes y/o diuréticos.

Nos volvemos más y más taciturnas, estamos tan obsesionadas con el peso que no nos queda tiempo para otra cosa, pensamos que las amigas y amigos no quieren nada con nosotras cuando somos nosotras quienes nos apartamos. Entonces, nos refugiamos en los estudios y cada vez necesitamos más tiempo para estudiar porque nuestro poder de concentración ha disminuido.

Compramos revistas de moda y nos comparamos con las modelos que aparecen en ellas; la tristeza, la ansiedad, el deterioro orgánico nos impide dormir adecuadamente. El insomnio crece, somos las últimas en acostarnos y madrugamos al día siguiente.

La familia y amistades empiezan a preocuparse cada vez más y a decirnos que estamos muy delgadas, piensan que lo único que nos pasa es que no queremos comer, no saben que nuestros problemas van más allá y que se trata de una enfermedad que es la anorexia. La alarma sobre la gravedad de esta situa-



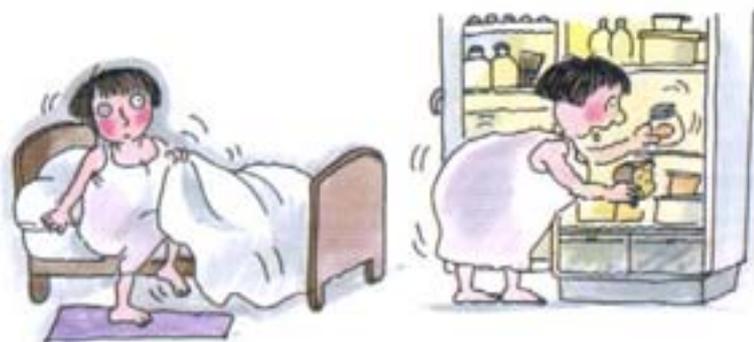
ción surge cuando la negativa a comer es muy marcada, y la delgadez se hace extrema o bien la regla desaparece.

En el caso de la bulimia nos damos atracones una y otra vez, acompañados del temor a engordar. El motivo del atracón suele ser el hambre cuando tenemos un peso inferior al que nos corresponde o nos estamos alimentando con una dieta restrictiva. Con el tiempo, el atracón lo usamos como recurso para aliviar el malestar emocional ante el aburrimiento, la depresión, la ansiedad, el enfado...

A la vez, pensamos constantemente en la comida y nos preocupa el haber traicionado la aspiración de peso ideal.

Después del atracón, sentimos culpa y nos atormentamos por la sensación de pérdida de control y aplicamos algún método de purga como el vómito, los diuréticos o los laxantes. La paradoja es que el ciclo de hacer una dieta, atracarse, purgarse, muy lejos de solucionar el problema, contribuye a perpetuarlo.

Poco a poco, vamos perdiendo cada vez más el control, hasta tal punto que debemos vomitar cada vez que comemos. En la



medida en que todo esto transcurre en forma secreta y es una práctica de la cual nos sentimos avergonzadas, se va generalizando una sensación de malestar e inquietud.

Con el tiempo, el atracón y los métodos de purga son la respuesta al desasosiego o al malestar. Al producir pérdida de peso y hambre, rompemos el circuito natural de hambre-comida-saciedad, desencadenando un nuevo atracón y así sucesivamente.

Los atracones los vivimos como ajenos y repugnantes, pero nos sentimos incapaces de controlarlos. Nuestra vida está inundada de vergüenza, culpa y tretas para poder continuar con las prácticas secretas que sentimos que no podemos evitar.

Todos estos son factores que posibilitan y contribuyen al mantenimiento de estos trastornos: la dieta; la propia purga; la reducción progresiva de las relaciones sociales; el medio social que valora la delgadez y que influye de manera más intensa al estar más receptivas a estos mensajes; la atención tanto positiva como negativa que se recibe de familiares y amistades, la propia intervención médica que en algunos casos diagnóstica con retraso, así como el seguir un tratamiento poco efectivo.



CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA Y DE LA BULIMIA NERVIOSAS.

Ahora nos interesa saber qué nos pasa a las personas que con anorexia o bulimia nerviosas, y qué consecuencias tienen estas enfermedades para nosotras.

Es importante que tengamos en cuenta que las complicaciones aumentan cuanto mayor es la gravedad o la duración de la enfermedad ya que, por ejemplo, no es lo mismo vomitar una vez cada mucho tiempo, que varias veces al día.

¿QUÉ PASA EN MI CUERPO?

En la bulimia nerviosa, se produce deshidratación, diarreas, dolores abdominales, debilidad muscular, llega un momento en que además de gastritis y vómitos de sangre hay reflujo gástrico con lo que vomitamos espontáneamente, hay pérdida del esmalte dental; daños en las encías, el paladar y la garganta; tenemos trastornos menstruales y con frecuencia



ausencia de menstruación. También disminuye la presión arterial y aumentan las pulsaciones cardíacas, aparecen arritmias que en algunos casos, pueden llegar a ocasionar la muerte por paro cardíaco. Los riñones sufren infecciones.

Algunas de las consecuencias físicas de la **anorexia nerviosa** son semejantes a las descritas en la bulimia nerviosa y otras son específicas como la sensación de frío que se produce por la disminución del gasto energético y de la temperatura del cuerpo; también disminuyen las pulsaciones cardíacas, baja la presión arterial y se producen arritmias que pueden provocar un paro cardíaco y causar la muerte; la piel se queda seca y áspera, quebradiza y fría (especialmente en manos y pies), suele aparecer un vello fino y largo, como pelusa, llamado "lanugo" donde normalmente no hay vello (como espalda, brazos y mejillas); ausencia de menstruación, y tenemos estreñimiento lo que nos provoca sensación de saciedad precoz; además los huesos se debilitan porque disminuye la masa ósea.

La tasa de mortalidad por anorexia nerviosa oscila entre un 5 y un 10 por ciento según las distintas investigaciones. En el



caso de la bulimia esta tasa no está definida, aunque se sabe que es menor que la de anorexia.

¿QUÉ PIENSO?

Tanto en la anorexia como en la bulimia se pueden tener pensamientos persistentes en relación, principalmente, a la comida, al peso o al aspecto corporal. "Estoy demasiado gorda", poco a poco se convierte en un pensamiento exclusivo que nos produce una ansiedad cada vez mayor.

Llegamos a conclusiones teniendo en cuenta, únicamente, aspectos parciales de un tema ("sólo puedo controlarme a través de la comida"), también generalizamos en exceso ("cuando comía hidratos de carbono estaba gorda, por lo tanto debo evitarlos), magnificamos las posibles consecuencias negativas ("si aumento un kilo de peso, no lo podré resistir"), pensamos en todo o nada ("si no me controlo del todo, no me podré controlar en absoluto"), tenemos pensamientos supersticiosos ("si como un dulce, se convertirá en seguida en grasa en el estómago), etc. Este tipo de pensamientos nos genera gran ansiedad y conflictos.



¿CÓMO ME VEO?

A pesar de estar delgadas, nos vemos gordas, es decir, sobreestimamos nuestro tamaño corporal o algunas partes de nuestro cuerpo como los muslos, las caderas y las nalgas y actuamos como si no sintiéramos hambre y otras sensaciones.

¿CÓMO ME SIENTO?

Seguramente tendremos ansiedad y sueño ligero. Esta ansiedad se va agudizando hasta sentir un miedo irracional al sobrepeso real o percibido y/o a ciertos alimentos. Asimismo, podemos evitar situaciones sociales para no ser observadas ni juzgadas, por lo que nos vamos aislando cada vez más.

También aparecen pensamientos circulares, repetitivos y persistentes -"que no me puedo quitar de la cabeza"- y conductas más o menos raras relacionadas con la comida y el peso.

Asimismo, nos gustaremos poco porque nuestra autoestima se basa en nuestra imagen corporal "si no me considero atractiva, es que no sirvo para nada" y podemos sentir un intenso miedo al rechazo o al abandono.



LA ANOREXIA/BULIMIA Y LAS FAMILIAS

Si la etapa de la adolescencia es difícil para las hijas, también lo es para las madres y los padres, ya que deben aprender a separarse de ellas, a permitir que la hija vaya siendo más autónoma, a ser cuestionada por ella, a aceptar que ya no son su único modelo, que tienen otros intereses, incluidos los sexuales.

Seguramente, no resulte sencillo sobrellevar las contradicciones de una chica adolescente, su necesidad de estar continuamente activa, y por otro lado, su apatía, su deseo de cercanía y su desapego, la demanda de mayor responsabilidad, cuando ellas, en ocasiones, no son responsables. Sin embargo, es importante entender su punto de vista, el momento difícil que están atravesando, y para ello nada mejor que recordar cómo vivimos nuestra propia adolescencia.

Esta etapa es un momento de especial riesgo para los trastornos de la alimentación.



El grupo familiar siempre se ve afectado cuando uno de sus miembros tiene un trastorno de anorexia o bulimia. La lógica preocupación por la delgadez o la desnutrición de su hija y la negativa de ésta a comer, provocan que familia pruebe con todo: castigos, regañinas, gritos, dejar que coman sólo determinados alimentos, etc., con lo cual no se resuelve en nada el problema sino que se complica y perpetúa.

Son muchos los comportamientos que la familia prueba para intentar solucionarlo, desde la persuasión, al estallido de violencia, pasando por no prestar atención o alarmarse y desesperarse, si bien no se tiene en cuenta que algunas actitudes, comportamientos y formas de relación pueden provocar que el problema se mantenga.

Por esto, es importante revisar si tenemos dificultades en la comunicación o para solucionar los conflictos de forma adecuada, o si lo intentamos lo hacemos a través de la angustia, la pasividad o las culpabilizaciones mutuas.



Si se facilita la expresión de sentimientos, sobre todo los negativos como la ira, la frustración, decepción, la rabia, irritación, etc., o se favorece que las hijas e hijos los expresen de manera indirecta a través de la comida.

También podemos preguntarnos si establecemos normas y límites adecuados a la edad de las hijas e hijos o bien son tan excesivos, que no permiten la autonomía necesaria para que puedan madurar.

Las actitudes que las personas cercanas tienen hacia sí mismas y hacia sus hijas van a incidir en la propia imagen corporal, es decir la representación mental del cuerpo y los sentimientos hacia una misma. La probabilidad de que en problemas con la alimentación es mayor si el padre o la madre se preocupan de forma excesiva por el cuerpo y su estética. Si somos excesivamente perfeccionistas y exigentes y esperamos que las hijas siempre tengan resultados excelentes en todo lo que hagan y emprendan: estudios, trabajos, deportes...



Es muy difícil para madres y padres no sentir impotencia y fracaso ante el trastorno de alimentación de su hija ya que ésta tiende a persistir en sus conductas, a seguir engañándoles e insistiendo en que no le ocurre nada cuando están viendo su deterioro progresivo. A menudo, se sienten atrapadas y atrapados por la culpa, lo que no facilita las cosas. Si estamos en esta situación es conveniente que busquemos alternativas. Para esto pueden contar con la ayuda de profesionales o de otros padres y madres que se encuentran en la misma situación.



EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSA

El tratamiento de la anorexia o la bulimia debe ser múltiple y atender las complicaciones médicas, psicológicas y familiares que surjan. Para ello se precisará -entre otras cosas- la intervención de profesionales de la pediatría, nutrición y la salud mental.

No hay un tratamiento único o estándar, los tratamientos deberán adaptarse a las características de cada persona.

Algunos de los objetivos serán el conseguir mantener unos hábitos de alimentación adecuados, cambiar la percepción sobre nuestra imagen corporal y comenzar a valorarnos a nosotras mismas.

Lo deseable es iniciar el tratamiento en cuanto aparecen los primeros síntomas, pero, en ocasiones, sólo lo realizamos cuando nuestro estado físico es muy grave y ha sido necesaria la hospitalización.

Incluso cuando la situación de delgadez es extrema, resulta muy difícil, admitir que se tiene un problema. En ocasiones, cuando



nuestra vida corra peligro, será necesario que nos recuperemos físicamente antes de comenzar cualquier trabajo psicológico.

Es necesario que entendamos cómo hemos llegado a esta situación. Para ello, es importante reconocer los sentimientos que teníamos al comienzo del problema, los cambios físicos y psicológicos que se han producido por la mala alimentación, así como la espiral de dietas, atracones y vómitos que cada vez nos hacen sufrir más.

Es fundamental, que las y los profesionales establezcan una buena relación con quienes siguen un tratamiento e intentar conseguir su interés e implicación para poder salir del problema. Esta no es una tarea fácil ya que, a veces, incluso se niega la enfermedad y se sienten orgullosas por haber conseguido ese estado de delgadez, que lo consideran una prueba de fuerza de voluntad.

Es necesario ponerse en el lugar de las personas con anorexia o bulimia y saber cuáles son sus miedos y sufrimientos. Es conveniente asegurarle que el objetivo en la nutrición no es engordar sino normalizar su peso, de acuerdo a su edad y su estatura.



También hay que resaltar que el tratamiento le ayudará a resolver alguno de los problemas que le resultan dolorosos o insoportables: disminuir las sensaciones de tristeza o irritabilidad, el pensamiento obsesivo sobre la comida o recuperar el sueño.

Es decir, para poder implicar a la persona en su propia recuperación hay que saber qué es lo que realmente le preocupa a ella y evitar centrarse sólo en el peso, aunque esto sea lo más urgente.

La actitud del o de la profesional debe ser flexible y respetuosa hacia la persona que está sufriendo el problema, así como de acompañamiento durante todo el proceso, procurando que se viva como una ayuda y no como una imposición.

Los cuidados médicos, van dirigidos a eliminar las complicaciones físicas que se hayan producido, restablecer un peso normal y aprender a comer nuevamente. Es fundamental recuperar los hábitos alimenticios, evitar los atracones y las purgas. Para ello se consensuará un plan de alimentación, teniendo en cuenta los gustos e incluyendo poco a poco aquellos alimentos más temidos. Se puede sugerir que se realicen autorregistros sobre lo que se come o en qué momento



se hace, para aprender, por ejemplo, a reconocer qué emociones y situaciones predisponen a un atracón.

En la medida de lo posible, el tratamiento debe hacerse ambulatoriamente, es decir, sin hospitalización. No obstante, la gravedad que pueden alcanzar estas enfermedades hace que, a veces, sea necesario ingresar en un hospital durante un tiempo. En algunos casos, la hospitalización es de urgencia, pues el peligro de muerte es inminente.

En estos casos, una vez conseguido el equilibrio físico necesario, comenzaremos a abordar los problemas psíquicos que caracterizan a esta enfermedad, si bien en otros menos graves, se trabajarán de forma integrada los aspectos psicológicos y serán profesionales de la psicología o la psiquiatría quienes se ocupen de ello.

En este proceso se ayudará a hacer frente a las situaciones que producen malestar y que se expresan a través de la comida. La relación que se llega a tener con los alimentos refleja sentimientos y relaciones con el exterior. Se ayudará a detec-



tar las creencias irracionales que existen sobre la comida, el peso y la figura y a corregir los pensamientos erróneos y las distorsiones perceptivas sobre la imagen corporal.

El desarrollo del tratamiento permitirá un mayor conocimiento de sí mismas, de sus capacidades y limitaciones, de forma que podamos establecer metas más realistas, de acuerdo a sus posibilidades y recursos, y disminuir la autoexigencia y el afán perfeccionista.

El proceso terapéutico es largo. Durante este tiempo se tomará conciencia de la enfermedad, se asumirá la responsabilidad del tratamiento y poco a poco de la propia vida.

Sirve como un espacio en el que se puede hablar de las dificultades que se encuentran a lo largo del proceso de recuperación. Trabajaremos cómo salir del aislamiento, cómo retomar o iniciar relaciones y también, el miedo a cambiar, al descontrol y la pérdida de identidad: "si no soy anoréxica, qué soy".

También existe la psicoterapia grupal, donde podemos compartir el mismo problema con las otras personas del grupo, o tener distintas problemáticas y edades similares.



Los y las familiares tienen derecho a que se les informe sobre lo que es un trastorno de alimentación como la anorexia o la bulimia, sus posibles causas, cómo se desarrolla, cuáles son sus síntomas, qué proceso se va a seguir en el tratamiento y qué pasos se van a dar en cada momento. Se les debe asesorar sobre la forma en que van a colaborar y enseñarles las habilidades necesarias para afrontar el problema.

Asimismo, es importante que se tome conciencia del tipo de enfermedad que padece la hija y de los riesgos que comporta. En ocasiones, son los propios familiares quienes necesitan ayuda, ya que pueden existir otros conflictos conyugales, familiares o individuales que necesitan resolver, por lo que será conveniente realizar una terapia de pareja o de familia.

Es conveniente participar en los "Grupos de padres y madres", en ellos se puede hablar de los sentimientos de agobio y de impotencia que la enfermedad de la hija ha producido, e ir liberándose poco a poco de la angustia y de los sentimientos de culpa. En el grupo pueden hablar de lo que les preocupa, comentar cómo han ido enfrentándose a las dificultades, lo que ha dado resul-



tado y lo que no. Se puede compartir opiniones acerca de cómo atender a sus otras hijas o hijos y por supuesto, de cómo seguir, a pesar del problema, con sus propias vidas, amistades e intereses.

Cada vez más familiares y ex-enfermas se organizan para intentar mejorar la atención a estos problemas. Pretenden difundir información y sensibilizar a la sociedad sobre este tipo de enfermedades. Dentro de su organización y de forma gratuita, ofrecen información y asesoramiento, conferencias y charlas informativas y la posibilidad de participar en sus grupos de autoayuda (encontrarás direcciones al final de la Guía).

Cuando hemos superado el tratamiento, aún debemos permanecer a un tiempo en un programa de seguimiento en el que se nos preparará para evitar posibles recaídas. Se nos enseñará a reconocer las situaciones que nos perturban, los sentimientos que nos provocan y la forma más adecuada de enfrentarlas. Aún queda mucho por saber sobre este tipo de enfermedades, es preciso, por tanto, seguir profundizando en el estudio y la investigación, intentar conseguir tratamientos más efectivos, así como procurar aumentar los recursos asistenciales.



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

El problema de los trastornos de alimentación, como decíamos al principio es individual, familiar y social, por ello es importante que la prevención de los mismos se dirija a estos tres niveles.

¿QUÉ SE PUEDE HACER SOCIALMENTE?

Los medios de comunicación y la publicidad ofrecen una imagen de las mujeres que generalmente no es real, ya que persisten en ofrecer modelos que no responden a la pluralidad de las mujeres. Debemos denunciar la utilización de este tipo de imágenes así como, el uso de mensajes que identifican el éxito, el prestigio y el reconocimiento social con la delgadez. Además, estos modelos de belleza también están presentes en los juguetes: muñecas esbeltas, de posición social y cuerpos envidiables, así como en los programas y películas infantiles y juveniles.

Debemos esforzarnos para frenar la masiva venta de productos adelgazantes y sensibilizar a la población.



Apoyar y promover organizaciones de autoayuda que cumplen una importante labor de sensibilización social, de información y apoyo a familiares y personas afectadas. Asimismo, realizar acciones reivindicativas para intentar conseguir una mejor asistencia médica y psicológica.

¿QUÉ PUEDEN HACER LAS Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

Realizar una detección precoz e intervenir cuanto antes es fundamental, para evitar que el trastorno se cronifique.

Disponer de información ayuda a sentir menos angustia y a tener más capacidad para afrontar el problema. No obstante, las y los profesionales de la salud, además de informar deberán apoyar y ayudar a tomar decisiones a las familias y a las pacientes.

En algunos casos, la ausencia de quejas ante una disminución importante de peso es lo que debe hacernos sospechar, y en este caso, lo mejor es investigar qué actitud tiene la persona hacia la comida, ya que las pacientes con anorexia, se sienten satisfechas de sus logros, aunque no se encuentren bien ni física ni emocionalmente.



¿QUÉ PUEDE HACER EL PROFESORADO?

Todas las personas relacionadas con la educación y formación, deberían promover tanto en niñas y niños, como en los y las jóvenes, el desarrollo de juicio crítico ante imposiciones sociales, enseñarles a valorar su propio cuerpo y todas las posibilidades que éste ofrece; ayudarles a desarrollar una idea ajustada de sí mismas/os, que reconozcan sus capacidades y también sus limitaciones como persona; animarles en la elección de modelos positivos, de acuerdo con sus posibilidades físicas y emocionales y transmitir la importancia de saber aceptar errores y aceptar las frustraciones.

Quienes se encargan de la educación de niñas y niños también tienen un papel importante en la detección precoz de estos trastornos, observando los comportamientos, cambios emocionales y de aspecto físico que puedan hacer pensar en un problema de alimentación.



¿QUÉ PUEDEN HACER LAS FAMILIAS?

Frecuentemente son las propias madres y padres quienes buscan ayuda terapéutica puesto que su hija niega la enfermedad y no es raro que este paso sea difícil de dar puesto que aparecen el miedo y la culpa. En ocasiones, la familia no reconoce la seriedad del trastorno, piensan que debe tratarse de manías, que será algo pasajero, se aferran a la supuesta sensatez de la hija, *“una niña tan responsable e inteligente, con tanta fuerza de voluntad para los estudios, reaccionará y abandonará esa actitud.”*

Otras veces, sí reconocen el problema pero mantienen una actitud de espera por miedo a que interviniendo se agrave la situación, se crean más conflictos familiares o sencillamente, porque no saben qué pueden hacer. También es posible que pretendan resolver el problema sin pedir ayuda profesional.

La familia ha de prestar atención a las preocupaciones que por el peso manifiesta su hija, su miedo a engordar y las quejas continuas sobre su aspecto físico. Debemos escuchar sin



quitar importancia a sus comentarios y sentimientos, valorar qué es lo que le hace sentir mal, descubrir qué factores están provocando estas emociones y en aquellos casos en los que no sepamos cómo actuar, pedir ayuda profesional.

Un ambiente familiar que favorezca la comunicación y la expresión de sentimientos y afectos es la mejor prevención contra este tipo de trastornos. Hablar de forma clara y sincera comporta muchas ventajas, así como aprender a negociar las cuestiones que implican a la familia. Saber que el desacuerdo casi siempre es inevitable nos ayudará a entender que lo mejor es intentar buscar soluciones consensuadas.

Es fundamental aceptar que tenemos un problema y que cuanto más tiempo tardemos en enfrentarlo, más posibilidad hay de que se cronifique y más difícil resultará salir de él.

Es importante estar dispuestas a profundizar y preguntarnos qué hay detrás del problema de la comida, aunque pueda ser doloroso.



Saber que el proceso de recuperación está lleno de avances y retrocesos, y que es largo y difícil.

Recordar que en los momentos de crisis se puede contar con la ayuda de personas queridas: familia, pareja, amigas... que, probablemente, están dispuestas a ofrecernos su apoyo.

Se puede recurrir a los grupos de autoayuda, en ellos se encontrará personas que están pasando por experiencias similares, lo que nos ayudará a salir del aislamiento y poder buscar alternativas.



PARA SENTIRNOS BIEN ES IMPORTANTE QUE:

Nos alimentemos según nuestras necesidades y no de acuerdo a un peso ideal esperado. Atendamos a las necesidades naturales de hambre y saciedad. Comamos alimentos en cantidad y variedad adecuada, es decir, incluyendo proteínas, vitaminas, grasas, carbohidratos... sin excluir los de alto valor calórico, porque también son necesarios.

No poner toda nuestra valía en el aspecto físico. Sabemos, que generalmente, somos queridas y valoradas por otros rasgos y características personales.

Vencer las fantasías de omnipotencia: *"tengo que ser la mejor"*, admitir que somos vulnerables, que cometemos errores, que tenemos defectos, algunos que pueden superarse y otros que no.

Es importante reflexionar sobre nuestra vida y nuestros deseos. Así podremos descubrir las dificultades que tenemos y las limitaciones externas e internas que nos impiden avanzar y qué necesitamos para sentirnos bien, sin estar pendientes de lo que esperan las y los demás de mí.



Compartir nuestros sentimientos, preocupaciones y deseos nos ayudará a fortalecernos y a encontrar alternativas. Es conveniente que nos relacionemos con personas que nos estimulen y ayuden a desarrollarnos y que nos hagan sentirnos queridas y valoradas.

Es necesario que revisemos los mensajes y valoraciones que recibimos desde niñas, para descubrir aquellos que nos exigen un determinado aspecto físico y poder potenciar y desarrollar los que nos ayudan a sentirnos mejor.

Aprender a resolver las dificultades, afrontándolas, reconociendo las causa, sin negarlas y sin sustituirlas por otras.

Valorar las posibilidades que el cuerpo nos ofrece: comunicarnos, expresar, sentir, pensar, imaginar, movernos, trabajar y dar y recibir placer.

Realizar deporte como posibilidad de disfrutar, divertirnos y relajarnos y no exclusivamente como un sacrificio para mantener una figura más delgada.



Participar en actividades sociales, de ocio y tiempo libre o bien culturales, artísticas, etc. nos permite relacionarnos, romper el aislamiento y tener proyectos propios.

Sobre todo debemos aprender a querernos, gustarnos, valorarnos y a cuidarnos un poco más.



ÍNDICE

Introducción	1
¿Qué son la anorexia nerviosa y la bulimia?	4
Nuestra imagen corporal	8
Los condicionantes socioculturales	9
La historia personal y familiar	13
La pubertad y la adolescencia	15
¿Cómo se producen estos trastornos?	18
Consecuencias de la anorexia y la bulimia nerviosa	23
La anorexia/bulimia y las familias	27
El tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosa	31
Prevención y detección precoz de la anorexia y la bulimia	39
Para sentirnos bien es importante que:	44

RECURSOS DE SALUD SOBRE LA ANOREXIA Y BULIMIA

ANDALUCÍA

ALMERÍA

ASACAS

C/ Padre Lique, 11 2ª planta.
04001 Almería - Apdo. Correos, 64
Tel.: 950 235 500 - e-mail: anorebul@asacas.es

CÓRDOBA

ADANER

C/ Adarme, Apdo. 927.
14001 Córdoba. Tel.: 957 480 603.

GRANADA

ADANER

Profg. San Antón, 72, entransuelo, oficina 49.
18005 Granada.
Tel.: 958 523 523. Fax: 958 081 500.
e-mail: Granadadane@efekagra.es
Apdo. Correos 3136 - Granada 18080

HUELVA

ADANER

Avda. Italia, 9 - 3.ª izda.
21001 Huelva.
Tel.: 959 246 756.
Apdo. Correos 348 - 21080 Huelva

JAÉN

ADANER

C/ Bailazar de Alcazar, 5 bajo izdo.
23008 Jaén.
Tel.: 953 264 126 - 670 791 103.

MÁLAGA

ADANER

Avda. Juan XXIII.
(Centro de Salud S. José Obispo - Barbonata)
Málaga. Tel.: 696 665 220.

SEVILLA

ADANER

C/ López Gomara, 41, 4.ª-5.ª.
41010 Sevilla.
Tel.: 954 450 341.

ARAGÓN

ZARAGOZA

ARBADA

Pº Sagasta, 51 - 5.ª izda.
50007 Zaragoza.
Tel.: 976 389 575 / 976 271 268

ASTURIAS

OVIEDO

ACBANER

C/ Policarpo Herrera, s/n.
33080 Oviedo.
Tel.: 985 277 395.

BALEARES

MEJORCA

ASAB

C/ Isabel II, 8. 07701 Menorca.
Tel.: 971 364 896.

PALMA DE MALLORCA

ACAB

C/ de la Rosa, 3, 2.º. 07199 Palma de Mallorca.
Tel.: 971 713 311.

CANARIAS

LAS PALMAS

ASOCIACIÓN OULI-GASÉ

C/ Antonio Machado Viglietti, 1. 35003 Las Palmas.
Tel.: 928 242 345.

TENERIFE

ALABENTE

Camino del Hierro.
Grupo 120 viviendas, bloque 5, local 35.
Santa Cruz de Tenerife. Tel. y fax: 922 641 206.
e-mail: alabente@alabente.com
<http://www.alabente.com>

CANTABRIA

SANTANDER

ADANER

C/Autonomía, 21. Urban. Mataleñas, chalet 27.
Grta. División, 89, 1.º.
39012 Santander. Tel.: 942 392 336.

CASTILLA - LA MANCHA

ALBACETE

ADANER

C/ Teodoro Camino, 12, portal dcho, 1.º Dcho.
02002 Albacete.
Tel.: 967 247 431 - 617 246 253.
e-mail: alabente@ono.com

CIUDAD REAL

ADANER

C/ San Gabriel, 2 - 1.º D.
13004 Ciudad Real.
Tel.: 926 255 377 - 926 255 356 - 926 250 780.

TOLEDO

ADANER

Plaza Fuerte de Cuartos, s/n.
45000 Talavera de la Reina.
Tel.: 607 185 185.

CASTILLA Y LEÓN

BURGOS

ADEFAS

C/ Irujo, 13. 09006 Burgos.
Tel.: 947 221 857.

SALAMANCA

ASTRA

C/ Plaza Nueva San Vicente, local 7.
37007 Salamanca.
Tel.: 923 265 246.

VALLADOLID

ACLAFFBA

Avda. Valle Esquivel, 6.
47011 Valladolid.
Tel.: 983 310 295 / 983 263 911
e-mail: aclaffba@centro-centro.org

CATALUÑA

BARCELONA

ACAB

Auda, Príncipe de Asturias, 5, 5º. 08012 Barcelona
Telf.: 902 116 986 - 932 385 067
Fax: 934 157 097. e-mail: ACABA@suport.org
<http://www.acab.org>

GIRONA

ACAB

C/ San Dion, 42. 17190 Salt. (Hotel d'Entitats
les Barroques). Girona. Telf.: 972 241 640.

LLEIDA

ACAB

C/ Llançote de Litera, 19-2º-2.
25008 Lleida.
Telf.: 973 237 490.

TARRAGONA

ACAB

C/ Dr. Mollatze Guash, 4, 43005 Tarragona.
(Hospital Joan XXIII, U.R.T.A.)
Telf.: 977 295 800 - 636 953 706.

EXTREMADURA

BADAJOS

ADETAEX

C/ Godofredo Ortega y Muñoz, 1, local 9.
06002 Badajoz. Telf.: 941 232 342.

CACERES

ADETAEX

C/ Tandon, 3. 10003 Cáceres. Telf.: 927 210 750.

GALICIA

A CORUÑA

ADANER

C/ Alcalá Folia Jord, 14-4º. 15002 A Coruña.
Telf.: 981 175 841 - 606 585 168.

A CORUÑA

ABAC

C/ Cantón Grande, 16-17 9º F-G.
15003 A Coruña. Telf.: 981 223 792.

PONTEVEDRA

ABAP

C/ Dr. Cedeval, 32-2º Izda.
36206 Pontevedra. Telf.: 986 436 541.

FERROL

ASPANES

C/ Alogos, 6, Izda. 15401 Ferrol. Telf.: 981 339 533.

ADANER GALICIA

Telf.: 981 264 577.

MADRID

MADRID

ADANER

C/ General Pardines, 3-1º. 28001 Madrid.
Telf.: 915 770 261. <http://www.odaner.org>

ALCALÁ DE HENARES

ADANER

Delegación de Distrito VI.V
C/ Gil de Andrade, 5. 28804 Alcalá de Henares.
Telf.: 918 806 975.

e-mail: adonemadrid@iscali.es

Apdo. Correos 1.137. 28800 Alcalá de Henares.

ALCOBENDAS

ANMAB

C/ Molago, 50. 28100 Alcobendas.
Telf.: 916 453 199.

GETAFE

ADANER

Casa de la Mujer, c/ San Eugenio, 8.
28902 Getafe. Telf.: 916 837 070.

MOSTOLES

ANTARES

C/ Gran Capitán, 22-24, posterior.
28933 Mostoles.
Telf.: 916 141 068 - 916 175 515.

MURCIA

MURCIA

ADANER

Plaza Santa Isabel, 3-1º A. 30004 Murcia.
Telf.: 968 213 233.
e-mail: adanemur@yazcfree.com

PAIS VASCO

ALAYA

ACABE

Finca Vicente Abreu, 7. 01008 Vitoria-Gasteiz.
Telfs.: 945 242 578 - 945 312 447.
Fax: 945 244 046. www.acabevitoria.org

GUIPUZKOA

ACABE

Pº Zarategui, 100 - Edif. Txara 1.
20015 Donostia San Sebastián. Telf.: 943 312 447.

VIZCAYA

ACABE

C/ Grupo Inmaculada, 2-3. 48015 San Ignacio
(Bilbao). Telf.: 944 756 642.

LA RIOJA

LA RIOJA

ACAB

C/ Villamediana, 15-1º Izda. 26003 Logroño.
Telf.: 609 727 797. e-mail: acabnet@yazcfree.com

NAVARRA

ABAN

C/ Ermitagaria, 8, 8º-A. 31008 Pamplona.
Telf.: 948 262 163.

e-mail: abanoverri@wanadoo.es
abanoverri@telefonica.net
www.telefonica.net/web/abanoverri

VALENCIA

VALENCIA

AVILCAB

C/ Lirida, 12 - Puerto 8. 46009 Valencia.
Telf.: 963 462 120.

ALICANTE

ACABA

C/ Rafael Asin, 12. 03012 Alicante.
Telf.: 965 259 460. Fax: 965 987 711.



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

MINISTERIO
ESPAÑOL
DE EDUCACIÓN
Y CIENCIA

INSTITUTO
NACIONAL
DE ESTADÍSTICA



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Coordinación: Programa de Salud y Servicios Sociales
Subdirección General de Programas
Textos: Pilar Migallón Lopezosa y Beatriz Gálvez Ochoa
Diseño: PardeDÓS
Ilustraciones Narrativas: Roser Capdevila i Valls
Impresión: GRAFO, S.A.
D. Legal: BI-571-06 NIPO: 207-06-064-1
6ª Reimpresión