

GUÍA PARA LA SENSIBILIZACIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA



Universitat de Lleida
Centre d'Igualtat
d'Oportunitats i Promoció
de les Dones Dolors Piera



INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nerviosa no es sólo un trastorno de la alimentación, es también una enfermedad mental de género, y, según la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, es la enfermedad mental que presenta la más alta tasa de mortalidad: una de cada 10 casos fallece por desnutrición, insuficiencia cardíaca o suicidio.

En los últimos años, en nuestro país se está hablando mucho de la Anorexia Nerviosa y de los graves problemas que comporta. Afecta principalmente a las mujeres y niñas, más del 90% de los casos, mientras que apenas llega al 9% en los varones. Según el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos, una de cada 100 niñas adolescentes sufre Anorexia Nerviosa y 4% de Bulimia, además un 15% padece trastornos alimentarios significativos.

En Cataluña los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan la tercera enfermedad crónica en mujeres adolescentes, tras la obesidad y el asma. Los TCA afectan al 5% de la población adolescente y joven, y un 11% realiza conductas de riesgo. El grupo más vulnerable son las chicas de entre 12 y 14 años, ya que 9 de cada 10 casos se dan en esta franja de edad.

Una de las causas más significativas de la expansión de esta enfermedad es la potenciación de la socialización patriarcal de género, mediante el aumento de las presiones socioculturales sobre el cuerpo femenino, y el crecimiento de los intereses económicos de la poderosa industria de la belleza.

Aunque las mujeres siempre han tenido una socialización de género en contra de sus cuer-

pos, actualmente se ha adelantado la edad de la insatisfacción corporal y se han agudizado las creencias, valores y actitudes negativas sobre el cuerpo femenino. Aumentan los sentimientos de rechazo del propio cuerpo desde muy niñas y se están propiciando un mayor número de conductas de "arreglar" su cuerpo para los otros, a costa de su bienestar.

En esta "super-socialización" temprana para la insatisfacción corporal, el mandato obsesivo principal es "ser superdelgada".

Resulta curioso que en los países africanos se impulsan los valores opuestos hacia el cuerpo de las mujeres. No deja de sorprendernos, el hecho de que en ese lugar del mundo, los varones más ricos y poderosos, antes de casarse, envíen a sus prometidas a "Centros de Engordamiento", donde en varias semanas de "tratamiento", las "empapuzan", con el objetivo de engordarlas al máximo. Cuanto más gordas, más prestigio y señal de riqueza y admiración para sus próximos poderosos maridos... Sin embargo, no son cosas tan diferentes, en ambos casos, los cuerpos de las mujeres están al servicio y los valores de los hombres de su entorno. O muy gordas o muy delgadas..., pero en el fondo subyace la misma estrategia de control y la misma pérdida de salud.¹

¹ Muruaga, S. (2019) *Una perspectiva feminista sobre la anorexia nerviosa*. <https://www.mujeresparalasalud.org/una-perspectiva-feminista-sobre-la-anorexia-nerviosa/>

ANOREXIA NERVIOSA

Los criterios internacionales de diagnóstico de Anorexia Nerviosa² 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).



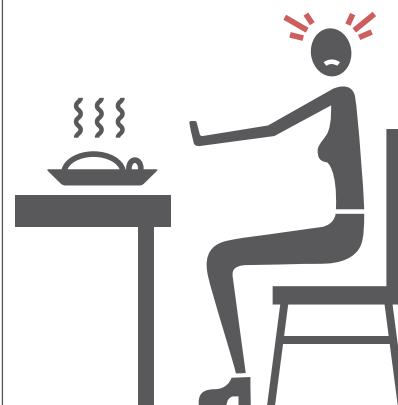
Subtipos:

1- Tipo Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, la mujer 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).

2- Tipo Purgativo-compulsivo: durante el episodio de anorexia nerviosa la mujer recurre regularmente a atracones o a conductas de tipo purgativas

² Según el DSM-IV TR (última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana).

ANOREXIA NERVIOSA		
SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES	SÍNTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Bradicardia: hay un enlentecimiento del ritmo cardíaco. • Hipotensión: la tensión arterial en estas personas enfermas 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción voluntaria de comida. • Preparación de los alimentos a la plancha. • Disminución ingesta de líquidos. • Conducta alimentaria extraña. • Aislamiento social. • Ejercicio compulsivo. • Aumento de las horas de estudio. • Disminución de las horas de sueño. • Pesarse compulsivamente. • Laxantes, diuréticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno severo de la imagen corporal. • Terror a subir de peso. • Negación total o parcial de la enfermedad. • Negación de sensaciones de hambre, sed o sueño. • Temor a perder el control. • Dificultad de concentración. • Desinterés sexual. • Desinterés por actividades lúdicas o recreativas. • Dificultad en reconocer sus emociones. • Síntomas depresivos y/o obsesivos. • Irritabilidad.



BULIMIA NERVIOSA

Los criterios internacionales de diagnóstico de Bulimia Nerviosa³, 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.



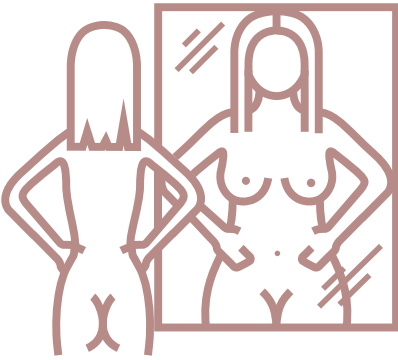
Subtipos:

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

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

³ +Según el DSM-IV TR (última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana).

BULIMIA NERVIOSA

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES	SÍNTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • 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). 	<ul style="list-style-type: none"> • Almacenamiento de comida. • Evitación de comidas sociales. • Disminución del rendimiento escolar y laboral. • Inasistencia a clase o al trabajo. • Salidas frecuentes de casa. Evita la familia. • Mentiras innecesarias. • Robos. • Consumo de alcohol y a veces de drogas. • Promiscuidad sexual. • Disminución horas de sueño. <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>The illustration shows a person from behind, looking into a mirror. In the mirror, they see a very thin, idealized female figure. This visualizes the body image distortion and self-comparison characteristic of bulimia nerviosa.</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Terror a subir de peso o deseo compulsivo de perderlo. • Trastorno severo de la imagen corporal. • Ocultamiento de la enfermedad. • Baja autoestima. • Ánimo depresivo con ideas suicidas. • Egocentrismo. • Dificultad de concentración. • Irritabilidad y cambios bruscos de humor. • Vómitos autoprovocados.

FACTORES DE APARICIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

FACTORES PREDISONENTES

Son aquellos que favorecen que la persona desarrolle una determinada enfermedad, en este caso anorexia y/o bulimia nerviosas:

Genéticos

Los estudios de genética familiar han mostrado la participación de factores hereditarios. La heredabilidad (grado de variación de un rasgo que es genéticamente transmisible) de la vulnerabilidad estaría entre un 41 y un 72%.

Las investigaciones realizadas con gemelas han demostrado una mayor concordancia de patología anoréxica o bulímica entre gemelas monocigóticas (que comparten la misma dotación genética) (50%) que entre gemelas dicigóticas (mellizas) (7%).⁴

Biológicos⁵

La dieta predispone por si misma a padecer un trastorno, tanto más cuanto mayor sea su duración y su intensidad, debido al impacto que tiene en los procesos de regulación biológica de nuestro organismo:

Desequilibrio en la sincronía en el funcionamiento de las estructuras cerebrales.

Eliminación de la percepción del hambre y la saciedad.

4 Calvo, R. (2002) *Anorexia y bulimia: Guía de padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

5 Calvo, R. (2002) *Anorexia y bulimia: Guía de padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.



Individuales⁶

Ser mujer y adolescente

El ser mujer es, casi por excelencia, el factor de riesgo principal para padecer estos trastornos, junto a otro, también muy importante, tener una edad que oscila entre los 13 y los 23 años.

Hay más mujeres que hombres que se sienten insatisfechas con su físico, muchas se sienten gordas (sin estarlo) y quieren perder peso. Ante esta situación son más las mujeres que se exponen a hacer una dieta y con ello más las que sufren sus consecuencias.

La pubertad es una etapa de muchos cambios corporales. En el caso de las chicas, su cuerpo necesita una cierta cantidad de grasa para poder iniciar la menstruación. Hay un período de transición en muchas adolescentes en que el cuerpo, más de mujer que de niña, no está muy definido y se puede interpretar erróneamente como gorda, siendo realmente un cambio corporal que lo único que necesita es tiempo para estabilizar-

6 Rodríguez, L., Santos, M., Guitiérrez, A., Vaz, Fj. y García, A. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia*. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo.

se. Por ello, éste sería un factor de riesgo, ya que las jóvenes en esta etapa son muy propensas a iniciar este tipo de conducta alimentaria.

Desde el punto de vista psicológico

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.

Baja autoestima. 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 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 autónomas, junto a la dificultad para asumir responsabilidades.

Familiares

Malos hábitos alimenticios, 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).

Preocupación excesiva de los progenitores por la estética.

Antecedentes familiares de trastornos alimentarios.

Sobreprotección. Se sabe que una excesiva protección hacia las hijas hace que aumenten

las dificultades en éstas para resolver problemas o tomar decisiones por sí solas, por lo que cuando llega la etapa adolescente, esto les hace tener una mayor vulnerabilidad.

Distanciamiento entre los progenitores-hijas.

Socioculturales

En la actualidad, a través de los medios de comunicación y de nuestra propia cultura, se nos vende que para ser aceptadas y aceptados socialmente debemos estar delgadas y delgados, convirtiéndose así la delgadez en sinónimo de autocontrol y éxito social. La delgadez convertida en mito significa belleza, juventud, estar en forma. Esto tiene como primera consecuencia que multitud de jóvenes lleven a cabo dietas alimentarias, que en muchos casos pueden desencadenar en el desarrollo de un trastorno de la alimentación.

La existencia y prevalencia de un modelo estético o ideal de belleza también es consecuencia de las presiones del grupo en las que habitualmente se encuentran los y las jóvenes. Así, la persona que sigue el "modelo ideal" parece autovalorarse positivamente y quien no lo sigue sufre y padece las consecuencias de la baja autoestima.

Deportes y profesiones de riesgo

Practicar activamente un deporte que exija estar muy delgadas, como la gimnasia, el ballet, etc., aumenta las posibilidades de aparición de un trastorno alimentario. El ejemplo más claro son las chicas y chicos que pretenden ser modelos.

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.



FACTORES DESENCADENANTES

Son aquellos factores que desencadenan la aparición de este tipo de trastornos:

Acontecimientos vitales estresantes (exámenes, estudios en el extranjero, cambio de ciudad o amistades).

- **Pérdida o separación familiar, "amistad"** con o sin conflicto afectivo añadido.

- **Contactos o experiencias sexuales traumáticas** o vividas como un fracaso.

- **Inicio de una dieta restrictiva** que la hacen los amigos o amigas o en casa.

- **Estar en un grupo de riesgo**, como deportistas de élite, bailarinas, profesionales que tienen relación con la imagen (peluqueras, esteticistas, vendedoras de ropa o moda joven).

- **Estancias en el extranjero** con cambios alimentarios.



FACTORES MANTENEDORES

Son aquellos factores que mantiene el trastorno una vez que éste ya ha sido desarrollado, es decir que una vez instaurado el trastorno cualquier factor que haya predisposto su aparición y siga sin modificarse contribuye a mantenerlo.

Mantenimiento de las dietas

La dieta restrictiva produce una serie de cambios físicos y psicológicos que interfieren con el buen funcionamiento mental y corporal. Las principales consecuencias del mantenimiento de la dieta sobre el estado psicológico de la paciente son:

La negación. La paciente niega lo que le pasa como forma de reducir la discrepancia entre los riesgos que para la salud tiene su delgadez extrema con la valoración positiva que atribuye al hecho de estar delgada. Es capaz de arriesgar su vida antes de admitir que se ha equivocado.

Descontrol en la comida. 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.

La culpa y la vergüenza que acompañan a los atracones contribuyen a mantener el trastorno porque refuerzan, en primera instancia, la ocultación de estos comportamientos.

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 la familia y las amistades, debido a su estado depresivo y a su insatisfacción personal.

Las relaciones familiares

La sobreprotección. El trastorno puede agravarse cuando los progenitores, angustiados por los síntomas de la paciente, aumentan la sobreprotección y el control que ejercen sobre su hija (aceptar caprichos, ocuparse de sus problemas, decidir por ella). Se ha de intentar fomentar la autonomía

Falta de acuerdo. Uno de los factores mantenedores que aparecen con más frecuencia es la falta de acuerdo entre los progenitores. Lo que se consigue con esa actitud es que la persona que sufre el trastorno utilice a la madre o al padre según quién le favorezca más en ese momento. Es mejor tomar decisiones consensuadas previamente.

Inconsistencia en las decisiones. Si los progenitores 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.

TRATAMIENTO. ¿Qué hacer desde la Atención Primaria?

Prevención Primaria⁷

Hay que informar sobre lo que son las enfermedades derivadas de los trastornos alimenticios, principalmente a los padres y madres de los jóvenes, mediante charlas, coloquios en la consulta, etcétera.

Se deben modificar las conductas precursoras, como:

- Vigilancia ante las variaciones de la alimentación, sin motivo o por el inicio de dietas restrictivas sin control.
- Promoción de la alimentación sana en la primera infancia e insistir en todas las revisiones para la salud en relación con esta cuestión.
- Promoción de las maneras correctas de comida (sin televisión, ni ruidos, en el comedor, con la mesa bien puesta, horario regular, al menos 1 comida al día con toda la familia, etcétera).
- Apoyar a la familia y /o la paciente ante problemas de imagen, de inseguridad, con las amistades, huir de dogmatismos, ayudar con críticas constructivas, estimular la educación del saber decir "no".

⁷ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2004). *Actuacions preventives a l'adolescència guia per a l'atenció primària de salut*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.



- Identificar los grupos de riesgo (gimnastas, bailarinas, modelos).
- Educación contra los estereotipos culturales y el body business, hablar en la consulta a la más mínima ocasión.
- Educación escolar, incluso apoyando el trabajo de los y las maestras si piden la presencia de los profesionales de la atención primaria en la escuela para explicar estas enfermedades

Prevención secundaria

Detección precoz

Ante una adolescente con pérdida de peso sin causa aparente, hacer una entrevista dirigida a descartar trastorno de la conducta alimentaria (TCA); si en el examen físico se aprecia una situación clínica biológica de riesgo, realizar un ingreso urgente en el hospital de referencia.

Si no es así (la mayoría de casos) y el / la paciente reconoce que pierde peso porque hace régimen, probar a indicar una dieta adecuada con un régimen de vida sana y seguir un control semanal. Si en 2-3 visitas su peso está estancado o sigue disminuyendo, lo que confirma el diagnóstico, hay que enviarla de inmediato al



equipo de psiquiatría de referencia (CSMIJ).

Hay que evitar la cronicidad, que llevará a una mala evolución en el tiempo.

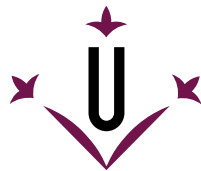
Si la persona enferma niega que pierde peso por hacer dietas inadecuadas, hay que hacer un seguimiento frecuente (semanal) controlando lo que come, el tipo de vida que hace y el peso. Si mejora y no presenta una alteración importante de su imagen, se hará un seguimiento menos frecuente, pero durante 1 o 2 años.

Durante este tiempo se aprovechara para educar en una alimentación sana y aclarar falsos tabúes.

Tratamiento

El tratamiento adecuado lo realiza un equipo multidisciplinar de psiquiatras, psicólogos/as y dietistas, con quienes se coordinaran los y las medicas de familia para ofrecer su colaboración y para conocer la evolución del o la paciente y por si necesitara el tratamiento de otras enfermedades.

La mediana de tratamiento se encuentra entre los 4 y 5 años. La tasa de recuperación se sitúa en el 70% de las afectadas, representando la mortalidad un 5%.



Universitat de Lleida
Centre d'Igualtat
d'Oportunitats i Promoció
de les Dones Dolors Piera

Campus de Cappont
C. de Jaume II, 71
Edifici Polivalent (despatx 0.20)
25001 Lleida (Catalunya)
Tel. +34 973 70 27 57 - 973 70 33 96 - 973 70 66 23

cdp@udl.cat
www.cdp.udl.cat

Segueix-nos!

 [centredolorspiera](https://www.facebook.com/centredolorspiera)

 [@centrecdp](https://twitter.com/centrecdp)

 [dolorspiera](https://www.youtube.com/dolorspiera)



MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES