

La educación como génesis de la formación de familias con hijos e hijas que padecen trastornos en la conducta de la alimentación

Valentín Carozo Martín

© Valentín Carozo Martín, 2014
C/ Zaida, 4 4B
18004 Granada (España)
vcarozom@gmail.com

ISBN: 84-616-9056-7
Depósito Legal:

Impreso por Bubok Publishing S.L.
Printed in Spain – Impreso en España

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionada puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y s. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Pienso en qué se puede conseguir con las palabras,
y por lo general no soy muy optimista. Otras veces sí,
otras veces reúno la fuerza necesaria para pensar que
es posible alterar las costumbres y las creencias, y que por la
salud y la felicidad de tantas niñas desconcertadas,
de tantos chicos perdidos, merece la pena cualquier esfuerzo.

Todos nuestros esfuerzos.

Laura Espido Freire
en *Cuando comer es un infierno*

ÍNDICE

1.- PRIMERA PARTE – MARCO TEÓRICO	. . . . .	. 006
1.1.- Introducción	. . . . .	. 007
1.2.- Hagamos un poco de historia	. . . . .	. 013
1.3.- Causas – predisposición - ¿qué favorece la aparición de los trastornos en la conducta de la alimentación?	. . . . .	. 019
1.4.- Desencadenantes, ¿cómo se inician los trastornos en la conducta de la alimentación? .	. . . . .	. 028
1.5.- Concepto y definición de Anorexia Nerviosa	. . . . .	. 031
1.6.- Concepto y definición de Bulimia Nerviosa	. . . . .	. 036
1.7.- Concepto y definición de Ortorexia	. . . . .	. 041
1.8.- Concepto y definición de Vigorexia	. . . . .	. 045
1.9.- Mantenimiento, ¿qué perpetúa un trastorno en la conducta de la alimentación	. . . . .	. 047
1.10.- Un último apunte	. . . . .	. 049
1.11.- Los trastornos en la conducta de la alimentación en cifras	. . . . .	. 050
1.12.- Aspectos legales entorno a los trastornos en la conducta de la alimentación	. . . . .	. 058
1.13.- El papel de la familia ante los trastornos de la conducta en la alimentación	. . . . .	. 060
1.14.- El papel de la educación ante los trastornos de la conducta en la alimentación	. . . . .	. 064
SEGUNDA PARTE – MARCO METODOLÓGICO	. . . . .	. 067
2.1.- Objetivos de la investigación.	. . . . .	. 068
2.2.- Problemática a investigar	. . . . .	. 069
2.3.- Estado actual de la cuestión	. . . . .	. 071
2.4.- Hipótesis.	. . . . .	. 072
2.5.- Delimitación del ámbito de la investigación	. . . . .	. 072
2.6.- Técnicas e instrumentos de recogida de datos.	. . . . .	. 074
2.7.- Aplicación de los instrumentos y análisis de los resultados	. . . . .	. 075
2.8.- Conclusiones	. . . . .	. 096
2.9.- Intervención – propuesta educativa	. . . . .	. 100

3.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	. . . . .	. 102
4.- ANEXOS	. . . . .	. 107
4.1.- Cuestionario familias	. . . . .	. 108
4.2.- Páginas web consultadas y de interés sobre el tema	. . . . .	. 111

1.- PRIMERA PARTE - MARCO TEÓRICO

1.1.- Introducción.

Nos encontramos hoy, más que nunca, ante un desarrollo de la imagen y del culto al cuerpo y la belleza que sobrepasan los cánones medios y naturales.

No es de extrañar, que en los últimos años, el interés por los trastornos de la conducta en la alimentación hayan alcanzado cuotas muy elevadas. No es para menos, cada día son más las personas afectadas, sobre todo por la anorexia nerviosa, de ahí que el número de publicaciones sobre el tema haya aumentado considerablemente... pero queda mucho por hacer.

El drama de los trastornos en la conducta de la alimentación acarrea consecuencias nefastas a nivel integral, pues afectan a facetas tan dispares como el plano físico, psíquico, familiar e interpersonal.

Una revisión de la literatura vislumbra que el incremento exponencial de los trastornos en la conducta de la alimentación se debe al impacto que desde la moda (y sus derivados) tienen sobre los jóvenes adolescentes, pues como se indica, se propone un cuerpo anormalmente delgado para alcanzar lo que la sociedad del momento llama belleza, éxito y control.

Y es que, en la era de las telecomunicaciones, en el momento histórico en que el hombre y la mujer de hoy conviven en una aldea cada día más global, los medios de comunicación de masas ejercen un poder que por mediático, alcanza cuotas cuanto menos peligrosas. La emisión indiscriminada de una creciente y abultada publicidad insidiosa y al alcance de ella, todo tipo de público, consigue que los jóvenes y no tan jóvenes deseen, anhelan, quieran a toda costa un cuerpo real que les sirva de pasaporte hacia el éxito.

Si a todo esto sumamos que vivimos en una sociedad del consumo, donde las empresas pugnan por dar ese éxito con el único fin de obtener más ganancias, es de entender que la situación sea cada vez más delicada.

Los trastornos de la conducta alimentaria, no son una enfermedad exclusiva de nuestro tiempo. En 1694 Marton describe lo que él llama “consunción nerviosa”; en 1868 Gull, en Inglaterra, utiliza el nombre de “apepsia histérica”, y en 1874 ese autor utiliza por primera vez la expresión “anorexia nerviosa”. En 1873, el francés Lasègue la calificó de “inanición histérica”, y más tarde de “anorexia mental”. Las descripciones

hechas por ellos coinciden casi exactamente con las descripciones actuales y los adjetivos que utilizan¹ aluden claramente a las características del cuadro clínico.

Cuando en medicina se habla de enfermedades se ha referencia a fenómenos que suponen para quien los padecen dolor, incapacidad o riesgo de perder la vida. Las enfermedades tienen unas causas, unos síntomas y unos signos, una evolución y un tratamiento. El que se disponga o no de respuesta desde la terapéutica, es decir, el que se pueda ofrecer alivio o devolución de la salud al enfermo depende de hasta qué punto la patología ha sido estudiada en sus diferentes aspectos, así como del nivel de conocimiento existente sobre el proceso. El hallazgo de tratamientos eficaces tiene relación con: a) el tiempo transcurrido desde que se define el fenómeno como enfermedad, b) la mayor o menor complejidad del trastorno, y c) con los esfuerzos que realizan clínicos y demás investigadores para observarlo en su conjunto y vislumbrar los elementos esenciales que lo componen. El que los enfermos puedan beneficiarse de tratamientos efectivos dependerá sobre todo de lo adecuado de la comunicación entre población afectada y profesionales.

A pocas enfermedades se ha dedicado tanta atención por parte de los diferentes estamentos sociales como a los trastornos en la conducta de la alimentación, en la última década sólo el SIDA ha superado a estas patologías en cuanto a número de menciones en los medios de comunicación de masas, con la consiguiente alarma social.

El ser humano, en su condición de animal racional, ha visto determinadas sus acciones y sus decisiones a lo largo de la historia por múltiples factores externos e internos. Entre estos últimos deben reseñarse los instintos o impulsos primarios, entre los que merecen mencionarse el hambre² y la sexualidad³. Por otra parte, desde antiguo el hecho de comer ha tenido una connotación social, resultando la comida el momento del encuentro de los individuos para compartir conocimientos y experiencias, propiciándose la relación y la empatía. Son otras las necesidades básicas del hombre, pero las dos mencionadas tienen una estrecha relación con la cuestión de los trastornos en la conducta de la alimentación y su evolución a lo largo de la historia. El ajuste de estas necesidades básicas a los requerimientos que suponen la existencia de una sociedad marcada por normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos o

¹ “mental”, “nervioso”, “histérico”.

² Necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis y también obtener placer.

³ Promovida por la perpetuación de la especie, fuente de placer y condicionante e requisitos estéticos para la autoestima y la atracción.

éticos supone en muchas ocasiones la génesis de conflictos, como ya expuso el psicoanálisis en su momento, y como es lógico suponer por otras partes.

El individuo alcanza la felicidad de las maneras más dispares, y ello supone el control, por diversos mecanismos, de las pulsiones básicas, sustituyéndolas por valores más espirituales o intelectuales que aportan también felicidad. A lo largo de la historia, como veremos más adelante, las distintas disciplinas de estudio han abordado desde puntos de vista muy dispares este aspecto fundamental de la condición humana, dando respuestas que van desde la implantación de códigos éticos y religiosos hasta la descripción de enfermedades en las que el hambre y sus alteraciones (desnutrición), la sexualidad (en términos de atractivo-imagen-aspecto) y otros fenómenos psíquicos estaban en primer plano enfatizándose según las escuelas en aspectos más psicológicos, físicos, sociales o educativos.

En el contexto de esta disparidad de respuestas, aún hoy día diversos autores dudan de la condición de enfermas que pueden tener las anoréxicas (aún cuando su proceso lleve a la muerte), presentándose su situación como una forma de entender la existencia, tan respetable como otras. Si se revisan las características personales y existenciales de los grandes ascetas y místicos de religiones cristianas y orientales, se podría concluir que existe una estrecha frontera entre lo que puede considerarse patología o normalidad en lo que concierne a la alimentación, considerando además que en psiquiatría dicho límite siempre es difícil de trazar. Gandhi, artífice nada menos que de la independencia de la India, mantuvo durante su vida una alimentación probablemente más hipocalórica e hipoprotéica que la de muchas anoréxicas restrictivas, y nadie pone en duda su condición de personaje admirable, tan pacifista y profundo en sus convicciones como enérgico y resuelto en su manera de ejecutarlas. Desde la óptica psicoanalítica, Gandhi habría sublimado sus pulsiones primarias, dando lugar a su “espiritualización” y transformación en ideales, acompañado todo ello de pragmatismo y coherencia a la hora de llevarlos a la práctica ¿fue Gandhi un anoréxico? No es fácil responder a esta pregunta desde planteamientos fenomenológicos e historicistas de lo que suponen estas patologías, si bien, manejando los manuales de diagnóstico de consenso actuales, la respuesta es que no. La misma pregunta cabe hacerse de tantos otros personajes históricos en campos como la religión, el arte, la literatura... así como de otros tantos personajes anónimos.

Que los trastornos de la conducta alimentaria están actualmente de moda, es algo que todos ya sabemos, basta con mirar a los medios de comunicación para ver como se

informa de algún detalle relacionado con el tema. Se enfatiza en la actualidad de estas enfermedades, en su alta causalidad social, en la influencia de las modas, en lo alarmante de su frecuencia... Sin embargo, hace veinte años, en los servicios de psiquiatría se presentaban en sesiones clínicas casos de anorexia nerviosa como rarezas clínicas; lo cierto es que en la última década la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria se ha disparado hasta el punto de constituir una auténtica epidemia, si bien dicho fenómeno, además de no presentarse cronológicamente en la etapa en la que los medios de comunicación lo han puesto de moda (últimos cinco años), no se corresponde tampoco con las cifras que desde algunos ámbitos se dan por ciertas. Puede afirmarse que, en la actualidad, la prevalencia de anorexia nerviosa no supera el 4% en grupos de riesgo, y de la bulimia nerviosa en un 8%, observándose una creciente prevalencia de trastorno en la conducta alimentaria en varones.

De los múltiples factores que contribuyen a la aparición de los trastornos en la conducta de la alimentación⁴, se sospecha que en la epidemia actual, los más determinantes son los socioculturales, lo cual explicaría precisamente el cambio producido en los trastornos en la conducta de la alimentación en su forma de presentación. No solamente la sobrevaloración que del aspecto físico hace nuestra sociedad actual, con paralela pérdida de relevancia de otros valores, sino también la modificación de hábitos alimentarios, la pérdida de entidad de la familia como elemento contenedor y favorecedor de comunicación, la acción nociva de los medios de comunicación y más recientemente la excesiva y casi siempre mal hecha divulgación de esta problemática, ha favorecido una situación social de “moda de la anorexia”, utilizándose el trastorno alimentario por muchas adolescentes como forma de autoafirmación y rebeldía frente a figuras de autoridad, sobre todo parentales. A ello hay que añadir otro fenómeno social como el “contagio” basado en la rivalidad en cuanto al aspecto y la capacidad para adelgazar, que se lleva a cabo sobre todo en los colegios y grupos de adolescentes, que disponen de una gran información acerca de dietas, formas de purgar... Por ejemplo, en lo concerniente al vómito, actualmente los jóvenes lo utilizan sistemáticamente para eliminar el alcohol ingerido abusivamente y en poco tiempo, en los fines de semana, y entrar así en una segunda embriaguez. Es alarmante constatar el elevado número de mujeres adolescentes que comienzan su trastorno vomitando, al comprobar que resulta más fácil y menos penoso que soportar el

⁴ Genéticos, de vulnerabilidad biológica, de la personalidad, familiares, socioculturales...

sacrificio del hambre por la restricción, y que entran en un patrón adictivo en relación con dicho comportamiento, desconociendo los efectos nocivos del mismo.

Concretamente, la mayoría de anoréxicas que se diagnostican hoy día son, desde el punto de vista fenomenológico, radicalmente distintas a las clásicas intelectuales-místicas: chicas adolescentes, muy influidas por una sociedad que prima en exceso la belleza y la imagen, partícipes de una civilización consumista, despilfarradora y superficial, en la que los referentes espirituales y las inquietudes trascendentales se han perdido en detrimento de otros valores que transmiten machaconamente medios de comunicación con un enorme poder, como la televisión. En nuestra sociedad occidental, la estructura familiar y sus tradiciones tienen un escaso poder contenedor frente a la insistencia subliminal y abierta de mensajes que identifican “cuerpo diez” con felicidad. En este contexto de abundancia fácil, no tiene demasiado sentido el sacrificio, y por ello los jóvenes comienzan tan pronto a vomitar, complicando con ello sus procesos, es como si en una mayoría de casos el espíritu ascético, la capacidad de soportar el hambre de la restricción, se hubiera perdido, en línea, insisto, con la filosofía del “todo vale” y “todo es fácil”.

Evidentemente, se siguen viendo y diagnosticando trastornos en la conducta de la alimentación según el esquema clásico, pero actualmente son minoría. Probablemente la tasa de prevalencia de éstas no haya variado de forma tan sustancial como la de las otras anorexias “modernas” que he descrito: mujeres cuya máxima aspiración es el cuerpo diez, a costa de lo que sea, incluyendo la destrucción de sí mismas a más corto plazo con tal de conseguirlo. Cabría preguntarse si se trata de la misma enfermedad, aun con tanto trasfondo, y la respuesta es que sí, ya que el proceso biológico que rápidamente se pone en marcha es el mismo en ambos procesos, y la resultante psicológica de dicho proceso también. Pero ante la epidemia de trastornos alimentarios que padecemos, deberíamos ser muy críticos con el modelo de sociedad que hemos creado y padecen nuestros adolescentes.

Vivimos en una sociedad que tiende a considerar “dieta sana” a una alimentación baja en calorías y “cuerpo sano” al carente de grasa. Ciertos fenómenos socioeconómicos se encuentran en la base de los cambios del comportamiento alimentario y de la actitud hacia el cuerpo en occidente: de un lado el crecimiento y diversificación de la industria alimentaria, de otro el auge del comercio del adelgazamiento. La convergencia de ambos con los cambios hacia regímenes de vida y formas de trabajo más sedentarios y menos respetuosos con los ritmos biológicos,

exigen al individuo una serie de esfuerzos adaptativos que en ocasiones conducen al deterioro de los hábitos alimentarios y abren nuevas vías para la inadaptación.

Una de estas vías, acaso la más relevante para las patologías que aquí estamos tratando, es la divulgación de la idea de que estar “a régimen” es una manera de mejorar el estado de salud. Efectivamente, la restricción de alimentos es necesaria para el control de ciertas patologías, como la hipertensión o la diabetes... pero es inútil y nociva para aquellos que no presentan esas enfermedades, del mismo modo que el tomar antibióticos empeora la salud de cualquier individuo libre de infecciones.

La creencia de que la grasa es una sustancia superflua cuya acumulación está directamente relacionada con el riesgo de padecer enfermedades procede de la generalización de ciertos hallazgos procedentes del campo de la prevención de la enfermedad coronaria y merece ser contestada desde diversas perspectivas, no sólo sanitarias, sino desde la educativa y la psicológica.

Se hace necesaria por lo tanto, la intervención de la sociedad en un tema tan delicado como este, y como no podría ser menos, la educación puede y debe jugar un papel protagonista, no sólo en el tratamiento y desarrollo del problema, sino con más incidencia en la prevención, una prevención que se hará más efectiva, directa y real desde la enseñanza y la educación en la materia.

No podemos obviar que padres y educadores tienen la posibilidad e incluso la responsabilidad de detectar el problema a tiempo y dar pasos que el o la paciente no está en condiciones de dar por sí solo o sola.

1.2.- Hagamos un poco de historia – De la “anorexia santa” a la anorexia nerviosa.

Es Rudolph M. Bell, quien con su obra “*Holy Anorexia*”⁵, publicada en 1985, sienta las bases del estudio histórico de las enfermedades derivadas de los trastornos de la alimentación. Este autor hace un estudio detallado de las vidas de ciertas mujeres desde la Edad Media, presentando a las mismas como las primeras anoréxicas de la historia. Partiremos de ciertos casos de anoréxicas para hacer un recorrido en la historia hasta nuestros días.

Hacia 1373, Catalina Benincasa, de familia acomodada, nacida en Siena, pierde a sus dos hermanas. Un notable complejo de culpa por dicha pérdida sume a esa adolescente en una vida sumamente religiosa. Estos deseos de entrega exclusiva a Dios y a Jesucristo, chocan con los planes que su familia tenían para ella (el contraer matrimonio), sumiéndola en un profundo aislamiento, y terminando por no comer y ayunar, dormir exclusivamente treinta minutos cada dos días. Este comportamiento le llevó a perder la mitad de su peso, hacia 1380, y ya dedicada a la vida ascética por completo, decide no beber más agua, y dejar de comer definitivamente. En tres meses, Santa Catalina de Siena muere tras un período de convulsiones y probablemente en estado comatoso. Tras su muerte, la difusión de su vida determinó una notable cantidad de seguidoras en todo el ámbito católico.

Según Bell (1985) de las más de 261 mujeres italianas estudiadas desde el siglo XIII hasta el actual, el 39% cumplirían criterios de lo que se ha dado en llamar “anorexia santa”. Las religiosas dominicas y agustinas parecen haber sido las más afectadas, con un 56 y un 52% respectivamente de probables anoréxicas. En el siglo XIII, el 50% de las 42 santas estudiadas parecen cumplir criterios de anorexia; en el siglo XVII los cumplen el 61% de las 13 tomadas en consideración; en el siglo XX tales criterios ya sólo son satisfechos por el 12% de las 16 religiosas investigadas. Estamos pues ante unos hechos iniciados durante la Edad Media, especialmente entre 1200 y 1500 coincidiendo con la aparición de las órdenes mendicantes. Un número creciente de mujeres religiosas se entregan a prácticas ascéticas de todo orden, siendo el ayuno una de las más difundidas, Catalina de Siena, Verónica Giuliani (Santa Verónica), María de

⁵ *Anorexia Santa*

Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti, e Ida de Lovaina.

Son varias las culturas en que el ayuno ha sido considerado como un medio para protegerse contra las fuerzas del mal y como garantía de cierta pureza. Los antiguos egipcios ayunaban antes de entrar en un templo sagrado. Purificación y penitencia han ido asociadas a ayuno en la mayor parte de las religiones. La institucionalización y socialización de la Iglesia Católica supuso, según Bell (1985), el establecimiento oficial del ayuno obligatorio. Mantenerse sin comer era considerado como un signo de santidad. Este mismo autor sugiere que una gran parte de esas mujeres eran auténticas anoréxicas nerviosas. Otros expertos han criticado esta posición, señalando que el ayuno religioso debiera ser considerado en su contexto histórico y no a partir de los prejuicios de hoy.

Es evidente, tal y como indica Toro (1996), que cualquier comportamiento hay que procurar entenderlo en su contexto histórico y cultural, y que la peculiar conducta alimentaria de esas santas mujeres contaba con indudables raíces religiosas. Aun así sus drásticas restricciones alimentarias, sus pérdidas de peso y malnutrición, su obsesividad en la consecución y mantenimiento de sus objetivos generales y alimentarios, sus vómitos, laxantes, sus sorprendentes vitalidad e hiperactividad, sus crisis emocionales, períodos de aislamiento social, comportamientos compulsivos... dibujan un cuadro sin duda compatible con la anorexia nerviosa tal y como hoy la concebimos.

Pero sigamos con la historia, la Reforma protestante cambió significativamente las cosas en los países donde triunfó, las mujeres ayunadoras pasaron a ser perseguidas. Es en el siglo XVII cuando el asunto empieza cambiar a partir de las normas dictadas por el papa Benedicto XIV, pasando los ayunos a un segundo plano. Es en este siglo XVII cuando los médicos empiezan a estudiar estos casos, publicándose tratados sobre los mismos y otros trastornos e intercambiando información entre sí. Uno de estos tratados es el escrito por Morton (1678) y titulado *Phthisiología*, donde hace una descripción de una chica y un chico aquejados de *ptisis nerviosa* (rechazo a comer) y *caquexia corporal* (pérdida de ciclos menstruales), siendo la primera publicación que asume la existencia de componentes psicológicos asociados al trastorno, aún a su precisión, la repercusión del escrito fue mínima, describiéndose estas patologías, con posterioridad, asociadas a la tuberculosis.

Hacia 1764, R. Whytt publica un tratado en el que refleja el caso de un muchacho que tras un período de restricción alimentaria y adelgazamiento pasa a otro período de ingestión voraz e impulsiva.

En 1790, R. William publica el caso de una chica que tras un ayuno prolongado incurre en una crisis de voracidad que finalizará en vómitos y en la muerte.

Pero 1798 es un año importante, el francés Pinel, publica un tratado donde incluye como neurosis de digestión la bulimia, la pica y la anorexia.

Pero es en el siglo XIX cuando el interés por el tema toma un fuerte impulso. Se establece durante este siglo que las personas que se abstenían de comer se consideraban enfermas y necesitadas de tratamiento (se debe tener en consideración que la época victoriana y la moda por la delgadez se imponen entre los jóvenes). Los expertos de la época advierten que todas las afectadas son jóvenes, y terminan por preguntarse qué importancia tiene en todo ella la familia (la comida en la mesa la forma de encuentro familiar, el rechazo a comer era un modo de rebelión). Aparece en este momento la figura de Louis-Victor Marcé, el cual publica un artículo donde se describen el trastorno y en el que se hace referencia a los componentes familiares, destacando que el rechazo a comer se producía fundamentalmente en chicas adolescentes; atribuyendo sus causas a motivos psicológicos y no físicos.

Es a finales del siglo XIX cuando aparecen las dos figuras más importantes, hasta ese momento, en el estudio de los trastornos de la alimentación, hablamos del inglés Gull y del francés Lasègue, estos médicos son los reconocidos iniciadores del estudio científico de la anorexia nerviosa; la coincidencia en el tiempo de éstos, la difusión de sus publicaciones, la relativa rivalidad que establecieron, y la consagración definitiva del término “anorexia nerviosa”, les ha situado en el primer plano de la literatura histórica referida a este tema. Lo importante es que los dos dan un papel más que evidente a la familia en todo el proceso de recuperación.

El siglo XX trae de la mano de Huchard, el cambio de del término “anorexia histórica” por el de “anorexia mental”, argumentándose que en el trastorno no aparecían los síntomas propios de la histeria. Junto con la anorexia se diagnostican en esta época dos trastornos que de algún modo se superponen, hablamos de la dispepsia⁶ y la clorosis⁷.

⁶ Dispepsia: trastorno digestivo con cuadro de molestias intestinales justo después de las comidas.

⁷ Clorosis: enfermedad típica de la era victoriana, caracterizada por la presencia de palidez, rechazo de alimentación, dispepsia y cefalea.

Pero no es hasta el final de la Segunda Guerra Mundial cuando se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario. Es en 1939 cuando el médico inglés J. A. Ryle, predice el incremento de la anorexia nerviosa, justificado en la interacción entre la notable “emotividad” de los jóvenes y la popularización de la moda de la delgadez. Autores como Bruch proponen hipótesis y formulaciones que, en gran parte, han ido verificándose. Este autor es el que asienta las características básicas de lo que hoy conocemos como anorexia y bulimia nerviosas.

A mediados del siglo XX, la italiana M. Selvini Palazzoli, asienta la idea de la interacción e influencia notable de los agentes socioculturales en la aparición y desarrollo de los trastornos, esta autora atribuye el desarrollo de estos trastornos a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo. Sugiere que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los varones porque, pese a la retórica de su independencia, aquéllas continúan estando sujetas a mucho más control familiar que los chicos, siendo el alimento y las comidas elementos susceptibles de simbolizar estas luchas y conflictos concretados en el medio familiar.

Esta postura abre dos líneas de abordaje del problema, una de ellas pretende profundizar en la dinámica familiar como origen o germen de los trastornos; la otra se centra en los factores sociales y culturales más allá de lo familiar, estamos en la década de los 80.

En la actualidad los enfoques son algo más pragmáticos, pues se plantea que tales enfoques deben trascender las relaciones causa-efecto y se deben centrar en la realidad. Se desechan ahora los planteamientos que puedan culpabilizar tanto al paciente como a la familia pues se estima que esto es inoperante.

Superadas ya las etapas de definición de los síndromes, y tras varios siglos de tratamientos dispares, parece ser que este siglo XXI es esperanzador en cuanto al hallazgo de tratamientos efectivos. Hoy más que nunca la familia es un baluarte de tremenda eficacia en el tratamiento de los trastornos de la conducta de la alimentación, pero no podemos olvidar otras plataformas como la educación, que pueden, deben y están haciendo mucho por superar este problema.

En definitiva y como indica Toro (1996), parece verosímil que una parte de los criterios diagnósticos son perfectamente válidos, pero con seguridad solo para el siglo XX. Lo esencial y permanente del trastorno alimenticio sería la restricción voluntaria, la existencia de presiones sociales a poner en práctica, las consecuencias psicológicas y somáticas de la malnutrición, y la presencia de predisposiciones biológicas al trastorno.

En consecuencia, el temor desmesurado a engordar y la distorsión de la imagen corporal serían síntomas no esenciales, no universales, posiblemente específicos del ahora del mundo occidental. Posiblemente los vómitos y las conductas “compensatorias” complementarias a la restricción alimentaria sean adquisiciones recientes. Así puede defenderse que, sino todos, la mayor parte de los casos descritos con anterioridad al siglo XX era auténticos casos de anorexia nerviosa, trastornos en la conducta de la alimentación al menos.

Hemos visto como desde que se detecta el síndrome, allá por el siglo XIII, y hasta prácticamente el día de hoy, los estudios han intentado paliar un duro trastorno que afecta a la integridad de la persona. Se han propuesto a lo largo de la historia muchas formas de superar el problema, afortunadamente hoy tenemos un frente común que lucha por ello, la familia, la educación y el tratamiento terapéutico deben ir unidos de la mano en la consecución de su fin, solamente con el apoyo mutuo se puede avanzar con seguridad y paso firme.

Hagamos ahora un pequeño recorrido por las vidas de algunos personajes de reconocido prestigio, que han padecido o padecen algún trastorno en la conducta alimentaria.

Historiadores como el mencionado Bell, o como Bynum centraron sus estudios en algunas santas que hemos mencionado antes, tales como Santa Catalina de Siena, Santa Margarita de Hungría, o Santa Juana de Arco. Pueden encontrarse también estudios biográficos de determinados artistas y personajes relevantes, aspectos que llevan a descubrir un trastorno en la conducta alimentaria de los mismos. Se puede citar a la reina María de Escocia, Emily Brontë, Lord Byron o Franz Kafka. Lord Byron fue un niño gordo que sufrió burlas por su aspecto y realizó innumerables dietas y ejercicio en exceso, para adelgazar, no olvidemos que la delgadez era un requisito de seducción dentro del romanticismo (es quizá el ejemplo más cercano a los anoréxicos actuales). En cambio a Franz Kafka no le gustaba su cuerpo, del cual estaba insatisfecho, y aunque era delgado, practicaba mucho ejercicio físico y eliminó de su dieta la carne y el alcohol como medio para obtener una mayor pureza física, lo que encaja notablemente con el carácter ascético de la vida del notable escritor. Al igual que con las santas citadas, la interpretación de estos comportamientos en la alimentación está lógicamente

influenciada por las ideologías y pensamientos de los historiadores, pero queda patente la obsesión por el control de la comida vinculado al control personal y estético. Un dato a tener en cuenta, y que resulta curioso, es el referido a las reconocidas dificultades que muchos de ellos tuvieron con las figuras paternas y maternas y con su proceso de autonomía personal.

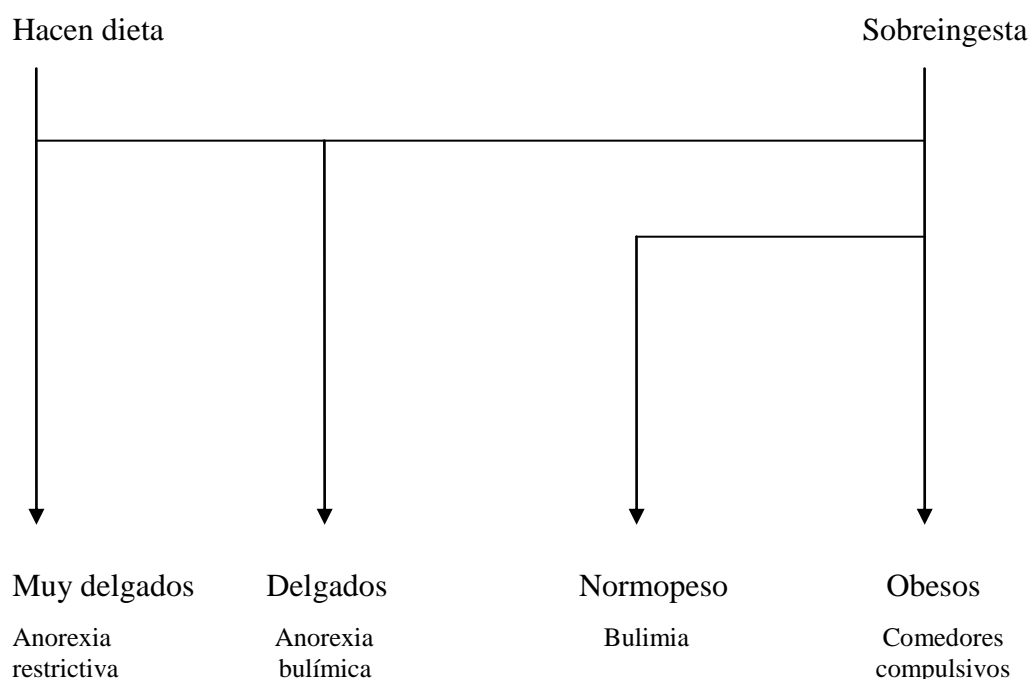
Se sabe que Enrique VIII de Inglaterra, el papa Borgia, el rey Eduardo de Inglaterra, el presidente norteamericano Taft, practicaban los atracones seguidos de los vómitos.

Más actuales, la presentadora de televisión americana Oprah Winfrey, el cantante Elton John (bulímico durante años), Alfred Hitchcock (comedor compulsivo), Lady Diana de Gales y Muriel Hemingway (bulímicas), las gimnastas Christy Hienrich y Nadia Comanenci (anoréxicas), la escritora Sylvia Plath, Anna Freud (hija de Sigmund Freud).

Y de hoy en día, tales como las actrices Tracey Gold, Calista Flockhart, Porcia de Rossi, Joddie Kid, Sally Field, Jane Fonda, el actor Billy Bob Horton, la princesa Victoria de Suecia, Sarah Ferguson, la cantantes Victoria Addams, Dolores O'Biordan, Whitney Houston, Alanis Morrissette, Paula Abdul, Heri Galiwell. La que fuera primera dama americana Nancy Reagan...

1.3.- Causas – Predisposición - ¿Qué favorece la aparición de los trastornos en la conducta de la alimentación?

Las causas de la aparición de los trastornos en la conducta de la alimentación, pueden ser muchas y variadas, y dependerán de la situación personal de cada paciente. A modo de introducción se presenta una gráfica donde de manera simple podemos ver los principales trastornos en la conducta de la alimentación que más comúnmente nos encontramos.



fuelle: Raich i Escursell (1996)

Los rasgos comunes que caracterizan la aparición de los trastornos en la conducta de la alimentación nos hacen poder agrupar estas causas en cuatro grandes grupos dependiendo del origen de las mismas, así nos encontraremos con causas de origen social, causas de origen familiar, causas de origen genético, y causas de origen personal.

a) El origen social de los trastornos en la conducta de la alimentación.

Una frase puede resumir todo este apartado, “la delgadez al poder”, desafortunadamente el contexto social es hoy por hoy el principal factor de

vulnerabilidad para que se desarrolle un trastorno de la conducta alimentaria. Y es que pertenecer a esta sociedad occidental va a generar en sus ciudadanos la inseguridad ante la posibilidad de no obtener un cuerpo acorde con los cánones impuestos. Ya no solo las mujeres jóvenes tienen como objetivo adelgazar, sino que las mujeres de mediana edad se obsesionan con las dietas y siluetas perfectas, y por su puesto, los hombres maduros, que hablan cada vez más de perder sus barrigas.

Esta cultura que ha igualado la delgadez con el éxito tanto profesional como sentimental, con la belleza, la juventud, la salud y la fuerza de voluntad. Basta con mirar las revistas de belleza tanto las masculinas como las femeninas, las revistas de moda, para darse cuenta de cuáles son los cánones que se imponen. Los datos así lo indican, según Calvo Sagardoy (2002), los estándares de una “miss” o modelo de revista han pasado de un peso medio de entre 65 a 70 kg., hacia 1960, a los 50 a 55 kg. de los actuales. Estos aspectos no pasan desapercibidos para los ojos que miran tales revistas y que no terminan por aceptar como normal y lógico tal modelo, de ahí que se sueñe e intente alcanzar esos tipos, esas medidas que nos darán el éxito anhelado. Esto produce una insatisfacción constante con la imagen corporal muy difícil de superar y eliminar. Ni que decir tiene que estos cánones se están aplicando también a los ideales físicos masculinos tal y como indica la misma autora, los estándares de los hombres desde 1973 a 1997 han evolucionado de manera agresiva, pasando a cuerpos que han ido aumentando su masa muscular, fácilmente conseguidos con la ingesta de esteroides anabolizantes. Eso provoca en los chicos “normales”, baja autoestima e inseguridad, asumiendo una imagen de debilidad e insignificancia que intentarán paliar con el ejercicio abusivo, el empleo de dietas sin control alguno, y el consumo de esteroides.

Estos adolescentes tienen, por su edad, una imagen corporal poco definida aún y se podría decir que hasta inestable, por lo tanto son tremendamente manipulables y fáciles de convencer, pues son muy proclives a comparar su apariencia física con la de otros chicos o chicas o modelos publicitarios. A esto se suma la despiadada publicidad que es consumida por un público incapaz aun de discernir entre las artimañas publicitarias. Desgraciadamente todo esto influye negativamente en su autoimagen, en su ánimo y, empezamos con el problema, en la percepción de su volumen corporal. Para Calvo Sagardoy (2002) el impacto de la publicidad y la televisión es tal que se han detectado obsesiones en niños y niñas de edades hasta hace poco impensables, pues existen niños y niñas de seis años que dicen estar gordos y se niegan a comer.

La gente joven (sobre todo) llega a la conclusión de que estar delgados va a proporcionales todo en esta vida, desde un buen trabajo, hasta la felicidad, pasando por el éxito, las amistades... y este es un tema serio, por que en realidad en muchas de las entrevistas de trabajo y selección de personal, las cualidades corporales puramente entendidas son condición *sine cuanon*, para optar a un puesto de trabajo, llegándose a asociar laboralmente el éxito y el buen hacer con la delgadez y el sobre peso con la lentitud y la torpeza.

Los medios de comunicación, tal y como se indica, juegan un papel muy importante, un papel desafortunadamente negativo. Los mensajes que se transmiten anulan los aspectos sustanciales de la persona resaltándose solo la apariencia externa.

El refuerzo social que obtienen en los primeros momentos las personas que adelgazan es muy elevado debido a la asociación entre delgadez y éxito, de ahí que a la mayoría de las pacientes anoréxicas se les tomara en un primer momento con cualidades de inteligencia elevada, autodisciplina... este apego social hace que sea muy difícil el poder desarrollar tanto acciones preventivas como curativas.

Por lo tanto, y como indica Calvo Sagardoy (2002), si los familiares, educadores, profesionales y las administraciones públicas quieren contribuir a que descienda la frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria y se mejore su pronóstico y evolución, es deber colectivo el tomar conciencia de que la apariencia se ha convertido en el valor principal de nuestra sociedad, el instrumento a través del cual ejercer el poder. Debemos reconocer por lo tanto que hay que encontrar otros valores más profundos y humanos para regir las relaciones sociales, o la epidemia de trastornos de la conducta alimentaria seguirá incrementándose exponencialmente.

b) El origen familiar de los trastornos en la conducta de la alimentación.

Debemos tener muy presente que no todos los jóvenes sucumben a las influencias anteriormente descritas con resultados nefastos, y es lógico pues aceptar que esta vulnerabilidad está influenciada por otros aspectos como el entorno familiar. Este grupo social llamado familia, donde se nace y crece, donde se recibe educación, determina que muchas chicas y chicos interioricen más o menos los mensajes de la sociedad y se comporten de una forma u otra ante ellas. Y es que en condiciones normales, se puede decir que cuando un sujeto presenta grandes tendencias al consentimiento, la sumisión... a las opiniones del otro, y cuando la diferenciación entre el yo y el de los otros es borrosa, se incrementan las posibilidades de ser más

vulnerables a las influencias sociales que incitan a comportarse de cierta manera, en nuestro caso, estos comportamientos imitativos se componen la de realización de dietas y ejercicio con fines estéticos.

Esto que se dice, da sentido a que sean los niños y jóvenes las víctimas más fáciles de caer en los trastornos de la alimentación. Pero no todo está perdido, se confía en que la persona madure y tome conciencia de tales influencias. Por lo tanto debemos luchar por instaurar un contexto familiar y un sistema educativo que protejan a sus miembros sin anular su individualidad, respetando el afecto y el cariño, proporcionando al adolescente la capacidad de defender su forma de ser, necesidades y derechos. Estos mismos entornos positivos de familia y escuela ayudan en la recuperación cuando el trastorno está ya establecido.

Veamos ahora qué papel juega la familia en la gestación y desarrollo del problema y cuáles son los aspectos más significativos de todo ello.

La familia tiene mucho que ver en la gestación del problema (deficiencias en la formación de la identidad personal), y es que parte de la predisposición a los trastornos alimentarios se genera y adquiere en la infancia. Esto puede ser debido a varios factores como:

- a) *Posición extremadamente protectora de los padres*: la persona que no desenvuelve una conciencia personal propia no crea dentro de sí una identidad ni criterio propio que guíen sus pensamientos y acciones.
- b) *Posición extremadamente tolerante o emocionalmente distante de los padres*: error que puede deberse al querer favorecer la autonomía de sus hijos demasiado pronto, desatendiendo las necesidades emocionales y físicas.
- c) *La “glorificación” de la imagen corporal en la familia*: factor este muy decisivo en la creación de actitudes corporales erróneas en adolescentes.
- d) *Importancia excesiva de la apariencia*: en muchas familias la apariencia ocupa un lugar privilegiado y el buen aspecto externo es entendido como sinónimo de superioridad.
- e) *Dificultades de aceptación del cuerpo*: hay padres que enfatizan la importancia de la apariencia lo que hace que el adolescente no acepte su cuerpo.

La familia tiene mucho que ver en cuanto a los problemas alimentarios de los padres o de familiares cercanos, así muchos padres tienen problemas alimentarios

encubiertos y que transmiten a sus hijos sin darse cuenta. Estos factores que se mencionan pueden ser:

- a) *Actitudes hacia la comida*: las actitudes y comportamientos ante la comida que se aprenden en familia influyen en la edad adulta, así se puede entender la comida como un momento de relación y unión familiar, como gesto de amor del que hace la comida hacia los demás...una mala o errónea actitud, hace que se pierda conciencia de la importancia de la comida.
- b) *La realización de dietas*: que los padres y madres hagan dieta es uno de los factores más relevantes que pueden propiciar y aumentar el riesgo para predisponer a un trastorno en la alimentación. Por regla general la madre hace dieta, el padre es comedor excesivo, y se suele dar cierta ortorexia⁸ materna-paterna en cuanto a la obsesión de dar siempre lo más sano a los hijos e hijas.
- c) *Aculturación alimentaria*: algunos padres, deseando lo mejor, han perdido formas tradicionales de comida, incorporando una forma moderna, acultural e imitada.
- d) *La competición entre allegadas para “ser la más delgada”*: existen ciertos mitos acerca del cuerpo y la forma de comer para comparar a la hija con las otras mujeres de la familia.

Las relaciones familiares son un capítulo importante, pues de ellas se pueden derivar muchos de los trastornos de la alimentación, así, hay algunas formas de relación familiar que pueden facilitar la predisposición a los trastornos, tales como:

- a) *La evitación del conflicto*: las familias con mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario se presentan ante sus ojos y los de los demás como familias armoniosas.
- b) *Coaliciones encubiertas*: estas coaliciones entre miembros de la familia en contra de otros miembros pueden llegar a ser muy dañinas y fuente de todo tipo de patologías.
- c) *Indiferencia en el proceso de autonomía*: los problemas de individualización de los hijos debido a la falta de respeto en los límites y la intimidad hacen

⁸ Ortorexia: vocablo proveniente del griego que significa “apetito correcto”, fue definido por primera vez por el médico norteamericano S. Bratman como desorden alimentario caracterizado por la obsesión de ingerir alimentos sanos, evitando cualquier producto que sea impuro.

que se luche por ello, respondiendo con actuaciones que se consideran propias y personales, sin saber que pueden ser dañinas. Así se dan casos de sobreprotección, infantilismo (en las pacientes anoréxicas), y chantajes emocionales.

- d) *Negligencia física o afectiva*: pero la permisividad excesiva tampoco es buena y la ausencia de límites es otro factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos. Dentro de este sector podemos encontrar ausencia de límites en el ámbito familiar, irresponsabilidad parental: caos familiar, negligencia afectiva, y abusos (tanto sexuales como psicológicos).

c) La predisposición genética y mecanismos biológicos.

Debemos tener presente también la existencia de ciertos factores genéticos, así como los mecanismos biológicos asociados al acto de comer, los cuales al ser manipulados pueden reforzar el proceso patológico de los trastornos. Si bien es cierto que, tal y como indica Calvo Sagardoy (2002), aferrarse demasiado a la idea de que pueda existir un gen responsable de todo lo que le pasa a la paciente, permite, liberar a los familiares de unos sentimientos de culpa que a nada conducen pero, también, favorecer una posición irresponsable o pesimista que impida abordar los cambios necesarios para la recuperación.

Así, nos podemos encontrar con ciertos factores achacables a la predisposición genética y los mecanismos biológicos tales como:

Factores hereditarios, y es que en los últimos años se ha llegado a la conclusión de que los familiares de las pacientes presentan con mayor frecuencia la patología y ésta es aún mayor en el caso de gemelos monocigóticos.

Los mecanismos biológicos, y es que sea cual sea la influencia que tengan otros factores, la dieta predispone a padecer un trastorno, debido al impacto que tiene en los procesos de regulación biológica en nuestro organismo. Nos podemos encontrar aquí con:

- a) *Desequilibrios de la sincronía en el funcionamiento de las estructuras cerebrales implicadas*: el cerebro recibe y analiza las señales provenientes de sistemas corporales, concretamente se sabe que en el caso de la percepción de hambre y saciedad, intervienen numerosas estructuras, coordinadas por el hipotálamo. Un desequilibrio en tales estructuras puede propiciar el trastorno.

- b) *Eliminación de la percepción del hambre y la saciedad*: producida por la asunción de una dieta duradera que llega a trastornar la capacidad del organismo para discriminar las señales de hambre y de saciedad.

La dieta como factor de desorganización general del individuo, se asume que la restricción de la comida afecta a todos los ámbitos de la persona y la hace vulnerable a los trastornos alimentarios. Se producen a la larga alteraciones físicas, cognitivas y emocionales, se resienten las relaciones sociales y sexuales, se produce aislamiento social.

- d) Predisposición personal.

Se ha hecho referencia a la educación, la inhibición emocional de la familia y los factores genéticos, queda claro pues que son muchas las chicas y chicos que movidos por el culto al cuerpo y la belleza, deciden hacer dieta con fines estéticos. Normalmente estas chicas presentan menos recursos psíquicos que sus iguales para defenderse de la influencia social y familiar. A dichas diferencias personales debemos sumar otras predisposiciones personales que ayudarán a potenciar el desarrollo del trastorno, tales como:

El temperamento, que determinado genéticamente, influye en la sensibilidad de las personas a la estimulación ambiental, condicionando su nivel de actividad, la interacción con el medio y la manera de regular las emociones. Se puede ir desde la evitación total al medio como las anoréxicas, hasta la necesidad continua de estímulos de las bulímicas.

El estilo cognitivo, es otro factor que predispone al desarrollo de trastornos psíquicos, pues es la forma en la que las personas piensan y construyen sus conceptos sobre sí mismas y el mundo que las rodea. El estilo cognitivo que comúnmente se presenta en las personas con trastornos de conducta alimentaria es el perfeccionamiento, que origina razonamientos en términos absolutos, y que evalúa los sucesos o experiencias con categorías opuestas (blanco/negro, positivo/negativo...).

La negligencia de las emociones, es un factor a tener muy en cuenta, pues las emociones proporcionan la información necesaria para sobrevivir, y están notablemente influenciadas por el proceso cognitivo, así la comprensión intuitiva se ve influenciada

negativamente, dando lugar a reacciones emocionales extremas ante situaciones que no presentan amenaza real.

La forma de afrontar la vida, puede predisponer a desarrollar un trastorno alimentario. Como norma general las personas tienen un estilo de actuar compuesto por lo que se percibe, el significado de lo que percibido, las emociones experimentadas, y las reacciones ante lo ocurrido. Cuando se desarrolla un trastorno la forma de actuar se modifica, por lo tanto afecta inevitablemente a la forma de afrontar la vida, en aspectos como:

- a) *El sentimiento de falta de valía personal*: su persona no es válida, no está a la altura de lo esperado por ellos mismos, se afanan en obtener seguridad mediante la consecución de logros que suelen estar vedados a los demás. El conseguir el peso ideal y el cuerpo perfecto es un logro satisfactorio que da seguridad... el no poder conseguirlo (en la inmensa mayoría de los casos) lleva al trastorno.
- b) *La excesiva necesidad de aprobación externa*: la dependencia de los demás no hace más que aumentar el sentimiento de inferioridad e indefensión... cuando se persigue la independencia absoluta del otro, puede llevar a trastornos en la conducta alimentaria, controlar lo que se come es paradigma de autonomía y control personal de su situación.
- c) *Hipersensibilidad a la crítica*: muchas de las pacientes con anorexia han sido y son personas muy tímidas; su miedo al rechazo, al ridículo, a la crítica, las mantiene alejadas de las relaciones sociales, esto no hace más que acrecentar el trastorno.
- d) *La existencia "reflejada"*: necesitan de la presencia y atención continua de los demás, pues el trastorno, ha mermado la capacidad de percibir su mundo interior, por lo tanto, la dependencia de la información exterior para sentirse alguien, les es necesaria.
- e) *Inestabilidad y caos en la forma de afrontar la vida*: el síntoma más claro es la falta de capacidad para afrontar la frustración, esto les hace ser inestables

en todas las relaciones que mantengan de tal manera que si las cosas salen como ellas desean estas personas y la vida es maravillosa, de lo contrario, la vida y los demás no son más que un estorbo. El estado de ánimo por lo tanto es muy, muy cambiante. En las conductas bulímicas, los métodos purgativos sirven para eliminar lo malo que puedan tener, a modo de autocastigo.

1.4.- Desencadenantes: ¿cómo se inician los trastornos en la conducta de la alimentación?

Se puede afirmar que la gran cantidad de caracteres que predisponen los trastornos en la alimentación se gestan durante años, pero ¿por qué aparece el trastorno en un determinado momento, qué situaciones desencadenan los trastornos? Para Calvo Sagardoy (2002) un trastorno alimentario comienza en el contexto de un cambio que demanda un mayor nivel de responsabilidad y madurez. Se busca en el trastorno alimentario el refugio o solución al conflicto planteado; son decisiones basadas en pensamientos tan sutiles que parecen no existir. Es común, que la paciente anoréxica o bulímica tome la decisión de restringir o aumentar la comida sin una razón muy clara, pero la sensación de control que experimenta le marca un camino hacia la delgadez y la seguridad anheladas. El trastorno alimentario se hace pleno en el momento en que se sistematizan tales conductas.

Varios son los factores que dan inicio a la **anorexia nerviosa** y que marcan el desarrollo del trastorno. El comienzo de la pubertad y los comentarios y presiones para adelgazar son los principales factores, veámoslos con más profundidad:

El comienzo de la pubertad. En la gran mayoría de las chicas el origen de la anorexia se produce al inicio de la pubertad. Es en esta época cuando surgen nuevos sentimientos y sensaciones para con el cuerpo, produciendo esto en la persona una gran confusión que la llena de ansiedad y miedo, pues se encuentra con un cuerpo que no reconoce como propio e interpreta los cambios como signo de gordura. A la vez que se producen tales transformaciones corporales la mente se llena de dudas acerca de portarse y estar en el mundo. Las contradicciones le hacen vacilar, por un lado se quiere obedecer y dejar llevar por los mayores, por otro lado se sienten ganas de independencia, ser uno mismo, rebelarse contra la autoridad... Se empiezan a arreglar y a pintarse para salir y conocer a chicos. No dar la talla preferida, no poder vestir ciertas ropas de moda, el temor a no sentirse dentro del grupo de amigos y amigas, hace encontrar en el trastorno anoréxico un refugio seguro donde alcanzar los éxitos esperados.

Comentarios y presiones para adelgazar. Para Calvo Sagardoy (2002), el impacto de la pubertad es mayor como situación desencadenante si inicia su desarrollo

precozmente y resulta la primera de sus amigas o compañeras en transformar su cuerpo, quedando así expuesta a comentarios, burlas o piropos de sus iguales o de los adultos. Igualmente, tiene una influencia negativa otros comentarios más indirectos como los efectuados por la familia al respecto de los hábitos alimentarios (“cómo te vas a poner”), críticas a su gordura por parte de la madre, comentarios de la madre, hermana o familiar cercano cuando se ojean revistas de moda, comentarios sobre el cuerpo y la ropa que deberían tener en la próxima temporada, comentarios positivos relacionados con la pérdida de peso, comentarios de entrenadores o entrenadoras sobre lo delgadas que están las deportistas que vencen en las pruebas de competición, comentarios de los profesores de gimnasia del colegio acerca de las habilidades deportivas de alumnas delgadas, comentarios de tutores, profesores, profesoras y educadores y educadoras en general acerca de la apariencia gorda o delgada de alguien...

Existen otros cambios y dificultades que pueden precipitar un trastorno anoréxico en mujeres de más edad, tales como:

- a) *Matrimonio*, el estrés producido por el cambio radical de vida y las nuevas responsabilidades de la joven pueden desencadenar trastornos, sobre todo en aquellas que tuvieron ciertas dificultades con la comida durante la adolescencia.
- b) *Embarazo*, la mujer embarazada pasa por unas transformaciones corporales a veces muy difíciles de aceptar. Como medida de seguridad y de alcanzar el peso deseado, la ingesta se disminuye, pudiendo caer en obsesión por alcanzar el peso ideal...
- c) *Separación o divorcios*, se suele buscar en la delgadez la seguridad perdida en la ruptura matrimonial.
- d) *Pérdida inevitable de la juventud*, muchas mujeres entre los 35 – 60 años inician dietas para perder peso pensando en que así adquieren un aspecto más joven.

Varios son los factores que dan inicio a la **bulimia nerviosa** y que marcan el desarrollo del trastorno.

Exigencia de una mayor autonomía e independencia. Comúnmente la bulimia nerviosa aparece cuando una chica joven se enfrenta a una etapa de transición distinta de la pubertad, que le exige un mayor grado de autonomía e independencia. Las situaciones críticas más frecuentes que se dan en la etapa posterior a la adolescencia son

(según Calvo Sagardoy (2002)), pasar a un grado escolar superior, ir a la universidad, emprender estudios de postgrado, iniciar una relación sentimental que puede acabar en compromiso o ruptura, empezar a trabajar o irse a vivir fuera de casa de los padres.

Soledad y autoexigencia de perfección en la apariencia. Estas situaciones de trastorno tienen un mayor impacto en aquellas jóvenes que no han sido preparadas para tolerar las frustraciones y dificultades de la vida, sobre todo si han utilizado la comida como método de compensación.

Otros factores que pueden o ayudan a desencadenar el trastorno en la conducta de la alimentación, pueden ser: los exámenes, estudios en el extranjero, dificultades escolares, situaciones estresantes, abusos físicos y/o psíquicos, pertenencia a ambientes competitivos...

1.5.- Concepto y definición de Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa es quizá el trastorno de la conducta alimentaria más común y conocido, y quizá el que más confusión ha dado a la hora de ser reconocido, pues se cae con frecuencia en considerar como anoréxica a todas aquellas personas que presentan una delgadez extrema, sin tener en cuenta cuál ha podido ser la causa de la misma. Otro error que se da con frecuencia es el de considerar a todas las jóvenes que hacen dieta como futuras candidatas a padecer anorexia.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua (2001), el vocablo anorexia proviene del griego (inapetencia), y lo define como “falta anormal de ganas de comer, dentro de un cuadro depresivo, por lo general en mujeres adolescentes y que puede ser muy grave”.

Las personas que padecen anorexia nerviosa, tiene unas características comunes en las que concurren fielmente, pero debemos tener presente que el factor individual y personal lleva en todas las ocasiones a que cada sujeto desarrolle unas más que otras. Así, y siguiendo a Calvo Sagardoy (2002), nos encontramos que en una persona que padece una anorexia nerviosa concurren las siguientes características:

La restricción de la ingesta de alimentos y/o su eliminación mediante purgaciones y ejercicio excesivo, autoimpuesta por el paciente, como modo de mantener su peso por debajo del rango normal.

Pérdida de peso, que conduce a la desnutrición, medido por dos parámetros, el mantenimiento de un peso por debajo del 85% del peso esperado para su edad y altura, y por el índice de masa corporal.

Alteraciones en el ciclo menstrual, con presencia de amenorrea en las mujeres y descenso del nivel de hormona sexual (testosterona) en hombres.

Alteraciones de la imagen corporal, la imagen corporal es la imagen íntima que una persona tiene de su propio cuerpo, resultante de la integración de las experiencias físicas que proporcionan la postura, tamaño, peso, volumen y situación del cuerpo en el espacio. Se desvirtúa por lo tanto la realidad espacial de todo el cuerpo. Tanto al principio como durante el desarrollo de la enfermedad, las pacientes muestran una gran insatisfacción hacia su propio cuerpo, no llegando la mayoría de ellas a admitir que su

cuerpo es como es; incluso las que sí se ven delgadas, rechazarán que ésta comporte riesgo alguno para su salud.

Negación y control del hambre, este síntoma llega a afectar a las pacientes hasta tal punto que se puede perder la sensación de tener o no hambre.

Hiperactividad, el ejercicio excesivo o la actividad extrema, son otra sintomatología que lleva a la actividad física exagerada y extenuante. Se estima que el 75% de las anoréxicas son hiperactivas, siendo la característica más destacada de los pacientes anoréxicos varones.

Obsesiones y control, si bien la delgadez que se consigue es biológicamente inestable, el cuerpo lucha para conseguir su aporte nutricional incrementando el deseo de comer, por lo que las pacientes se aterrorizan, entrando en una posición de vigilancia que no tiene fin; esto genera que los pensamientos sobre comida lleguen a ocupar todo el espacio psíquico de los pacientes hasta llegar a la obsesión.

Miedo a la madurez, y es que cuando se consigue mantener la restricción alimentaria, se detiene el crecimiento. El paso de la adolescencia a la madurez se ve soslayado, los órganos se reducen y se ajustan al tamaño de la persona, la etapa infantil se hace perpetua... tanto que este trastorno recibió el nombre de *síndrome de Peter Pan* como expresión del deseo de no crecer.

Exaltación y sensación de “fuerza”, la “parálisis existencial” que se logra no hace más que dar seguridad a la afectada. El sentimiento de triunfo y dominio de la delgadez, control de la comida y juventud duradera... no hacen más que alejar cualquier infravaloración, crece por lo tanto la autoestima, se sienten mejor que nunca y capaces de hacer todo lo que se propongan.

Irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo, pero esa alegría mencionada con anterioridad, no dura mucho, y se ve amenazada por la posibilidad de perder el control y comer más de lo propuesto. Esta sensación le producirá a la paciente rápidos cambios de humor y ánimo, dando lugar a explosiones de irritabilidad.

Desequilibrio en el estilo de vida, y es que la paciente no sólo desea conseguir ser la más delgada, sino ser la mejor en sus estudios y en su profesión. No importa el número de horas que se dedique a ello, la cuestión es “mantener el tipo”, conseguir ser las mejores en todo. Esto llevará a tomar todo como tragedia cuando no se pueda ser lo operativa que se quiere o no se alcancen los altos objetivos propuestos.

Perfeccionismo, todas tienden al perfeccionismo y sus metas son elevadas y a veces difíciles de conseguir. Son minuciosas en la ejecución de sus acciones, y como en

ocasiones no se alcanzan los máximos deseados, siempre mantienen dentro de sí una sensación de fracaso permanente.

Las pacientes anoréxicas se diferencian clínicamente en función de los métodos que utilizan para perder peso. Tres son los grandes grupos que podemos encontrar: Anoréxica restrictiva, Anoréxica purgativa, y Anoréxica “atlética”.

La anoréxica restrictiva se caracteriza por perder peso restringiendo su dieta, sin episodios de descontrol, pero se complementa con la práctica de ejercicio excesivo e hiperactividad.

La anoréxica purgativa además de hacer dieta utilizan métodos purgativos para deshacerse de la comida ingerida. En estos casos sí se dan episodios de descontrol en incluso trastornos de personalidad. Se caracterizan por que suelen mantener su peso por debajo del 15% de su peso ideal y no tienen menstruación.

La anoréxica “atlética”, es una variante del trastorno anoréxico en el que el método primordial para mantenerse por debajo del peso normal es el ejercicio físico excesivo. En casos extremos pueden dedicar más de diez horas diarias al ejercicio, el cual va absorbiendo tiempo y espacio a la vida, trabajo, estudios, familia, amigos...

Los criterios diagnósticos más empleados para la determinación de la existencia o no de anorexia nerviosa son los propuestos por la *Asociación de Psiquiatría Americana* (APA), más conocido como DSM-IV. La siguiente tabla recoge dichos criterios diagnósticos.

ANOREXIA NERVIOSA	
<i>Características</i>	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante un período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
	Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
	En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.
<i>Tipos</i>	<i>Restrictivo</i> Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgar.
	<i>Atracón/Purgativo</i> Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), (1994)

Hay autores como Calvo Sagardoy (1988), que consideran que en la actualidad los modelos de la anorexia conceptualizan a este trastorno como una solución biológica al conflicto de maduración de la pubertad; además una serie de factores personales producirían una cierta vulnerabilidad a este trastorno (rasgos obsesivos, baja autoestima, déficit en habilidades sociales con malestar en las relaciones interpersonales, dificultad para desarrollar una conciencia de las sensaciones). Además, señala la autora, se pueden distinguir dos grupos de anoréxicas:

- a) Aquellas que *realizan una restricción de la dieta* (dietistas), que suelen tener rasgos obsesivos, baja autoestima, aislamiento social y escasa experiencia social (introvertidas).
- b) Aquellas que tienen *episodios de comida compulsiva* (bulímicas), que se caracterizan por inestabilidad emocional, impulsividad, mayor incidencia de uso de alcohol y drogas y mayor intensidad de enfermedad mental y problemas sociofamiliares (extraversión, neuroticismo y sociopatía).

La autora propone conjugar los paradigmas cognitivo y conductual del aprendizaje para explicar el inicio y mantenimiento del trastorno. El aprendizaje social facilitaría que mediante los modelos sociales las chicas observarían el refuerzo dado a un modelo de mujer delgada que ese asocia con la competencia y el éxito social, y que además dicha exposición social interactuaría con factores predisponentes adquiridos en las etapas infantiles (significados o creencias perfeccionistas, baja tolerancia a la frustración e incompetencia social), de modo que al llegar los cambios de la pubertad, la chica se encontraría con pocos recursos de afrontamiento, recurriendo al hipercontrol corporal como forma de afrontamiento que le proporciona refuerzo cognitivo y sentimientos de control, competencia e identidad, mediante la evitación del peso (refuerzo negativo). A su vez, la presión familiar para que recupere peso aumentaría su tendencia opuesta a controlar el peso, al percibir esto como una amenaza a su estilo de afrontamiento y refuerzos consiguientes.

Se incluye a continuación un cuadro donde se incluyen las variables dimensionales epidemiológicas y las características más comunes de este trastorno.

ANOREXIA NERVIOSA
variables dimensionales epidemiológicas

- Aparición más precoz del trastorno en la conducta de la alimentación.
- Más incidencia de trastornos depresivos.
- 80 – 100 % tienen conductas bulímicas en algún momento de su evolución.
- Frecuente alternancia sintomática entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Alto grado de antecedentes personales de obesidad.
- Mayor obesidad, actuando con gran autocontrol, meticulosidad, orden, perfeccionismo y rigidez.
- Mayores prevalencias de trastorno obsesivo – compulsivo en familiares de primer grado de pacientes anoréxicas.
- Importantes antecedentes vitales de tipo purgativo.

Fuente: *Chinchilla Moreno, A. (1995)*

1.6.- Concepto y definición de Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa es otro de los trastornos alimentarios más frecuente y no por ello repleto de errores en su comprensión. El término bulimia viene a significar hambre muy grande, y se emplea para expresar la característica más relevante del trastorno, que no es otra que la ingesta de grandes cantidades de alimento. Este consumo se muestra también en trastornos como la pica, el atracón y la comida compulsiva. Las pacientes que padecen la bulimia nerviosa presentarán un cuadro en el que se aprecian atracones y purgas que eliminen lo ingerido. Hay que destacar que el hambre en estas pacientes es tanto material como emocional y espiritual, por lo que la comida tiene un papel principal en la posible resolución de problemas existenciales y emocionales. Así, comer le reconforta y calma.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua (2001), el vocablo bulimia proviene del griego (muy hambriento), y lo define como “gana desmesurada de comer, que difícilmente se satisface”.

Las personas que padecen bulimia nerviosa, tienen unas características comunes en las que concurren fielmente, pero debemos tener presente que el factor individual y personal lleva en todas las ocasiones a que cada sujeto desarrolle unas más que otras. Así, y siguiendo a Calvo Sagardoy (2002), nos encontramos que en una persona que padece bulimia nerviosa concurren las siguientes características:

Presencia de atracones, definiéndose atracón como la ingesta excesiva y rápida de alimentos, asociado todo ello a una falta de control por la que la paciente es incapaz de parar de ingerir alimentos o de resistirse a ello. Se suele comer en cualquier momento y cualquier cosa. Tales atracones son en sí un ciclo de varias fases compuesto por: restricción, tensión, atracón, purgación, alivio, restricción. Los atracones se clasifican según a) la cantidad de comida ingerida, y b) la necesidad que cubren o la función que cumplen respecto a la paciente.

- a) Según la cantidad ingerida, podemos encontrarnos con atracones *objetivos* producidos cuando la paciente consume alimentos sin poder parar y sin tener control sobre ello. Y con atracones *subjetivos*, cuando la cantidad de

alimentos son moderados pero con la sensación de no poder parar y sin control sobre la sensación alguno.

- b) Según la necesidad o función, podemos encontrarnos con atracones motivados por la *ausencia de una ingesta suficiente de alimento* (la reducción de la ingesta sumada con ejercicio excesivo da sensación de falta de hambre, esta saciedad es temporal, potenciando la aparición del hambre más tarde y de una forma mucho más dura que en condiciones normales), por *carencias afectivas* (algunas pacientes no han recibido el suficiente afecto por parte de sus familias, ello hace que la comida se impregne de los valores del calor humano y la compañía), por el *aprendizaje de asociaciones inadecuadas* (en algunos casos se considera que el no comer es síntoma de enfermedad, en ocasiones el tomar la comida como “fuente de curación” puede inducir a comer de forma impulsiva), por *sufrimiento psíquico* (el sufrimiento psíquico se purga con la comida), *como forma de reducir la autoconciencia* (mientras se come, se evaden los problemas, las situaciones difíciles pasan aun segundo plano, el atracón ayuda a escapar de los sentimientos dolorosos), por la *ocasión* (el estar solas en casa, ir de vacaciones, los *buffet* libres, las celebraciones familiares..., son ocasiones justificadas de comidas abundantes), por la *intolerancia a la frustración y el sometimiento* (comer y vomitar pueden ser formas de agresión propia y ajena que la paciente utiliza ante el más mínimo fallo), por la *búsqueda de placer* (generalmente a todas las pacientes con este síndrome les gusta comer, la comida es un placer, un entretenimiento), por la *costumbre* (es el atracón que se realiza mecánicamente, sin conciencia de ello).

Presencia de conductas purgativas, y es que son varias las causas de estas purgas, ante todo el miedo a la gordura y la preocupación por la imagen, llegando en ocasiones a la purgación como autopunición o autocastigo, pues el malestar que se produce con el vómito, los laxantes o diuréticos, las diarreas, son tomados como castigos que se merecen y como forma de pagar la culpa.

Alteración del régimen de comidas, puesto que la privación de tales comidas hace que se genere una necesidad compulsiva que surge en cualquier momento, alterando así los ritmos y los horarios habituales de comida, con el consiguiente caos y desorden, que acentúa mucho más si cabe el desequilibrio de sus vidas.

Alteraciones de la imagen corporal, se suele sentir una gran insatisfacción por su imagen corporal y al igual que las afectadas por la anorexia nerviosa, suelen distorsionar su peso y su volumen corporal. En estos casos de bulimia, las pacientes suelen sufrir los mayores sentimientos de insatisfacción por su imagen corporal que se puedan encontrar en esta sociedad.

Insatisfacción muy profunda con ella misma y con todo, insatisfacción interior que es permanente, suelen exigir a la vida y a todo lo que le rodea que los acontecimientos se desarrollen como ellas desean.

Independencia contrafóbica, pues tienden a ser muy dependientes del medio y necesitan del apoyo de los demás para sentirse válidas, esto es debido a su vulnerabilidad ante la opinión de los demás. Este nivel de dependencia les produce fobia comportándose de forma reactiva y aparentando una excesiva independencia.

Impulsividad, las pacientes bulímicas suelen ser personas impulsivas, y en casos más graves, las conductas bulímicas suelen asociarse a cuadros de comportamiento de alto riesgo como el alcohol, drogas, sexo indiscriminado y sin preocupación...

Soledad, este sentimiento le acompaña siempre, aunque las pacientes tienden a negárselo a sí mismas. Esta soledad se ve reforzada por el carácter competitivo que se posee para con el resto, lo que hace que no se suela buscar la amistad, sino el ser mejor que el otro. En ocasiones se llegan a convencer de que sí tienen amigas, cuando éstas no son más que compañeras o compañeros de estudio o trabajo.

Los criterios diagnósticos más empleados para la determinación de la existencia o no de bulimia nerviosa son los empleados por la *Asociación de Psiquiatría Americana* (APA), más conocido como DSM-IV. La siguiente tabla recoge dichos criterios diagnósticos.

BULIMIA NERVIOSA		
<i>Características</i>	Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: a) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.	
	Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos, ayuno, y ejercicio excesivo.	
	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.	
	La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.	
	La alteración no aparece excesivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.	
<i>Tipos</i>	<i>Purgativo</i>	Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
	<i>No purgativo</i>	Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), (1994)

Hay autores como McPherson (1988) que consideran la bulimia como consecuencia de determinadas distorsiones cognitivas derivadas de creencias y valores acerca de la imagen corporal y el peso. La falta de autocontrol de la dieta que aparece en la paciente bulímica (y en las anoréxicas con problemas bulímicos) se relacionaría con una necesidad extrema de autocontrol de estas personas en determinadas áreas (académica, corporal...). La creencia o supuesto básico sería del tipo: “el peso y la imagen corporal son fundamentales para la autovaloración y la aceptación social”. Con estas creencias se interrelacionan ciertas distorsiones cognitivas como el *pensamiento dicotómico* (gordo frente a flaco), la *personalización* (se me rechaza por mi aspecto), la *sobreestimación de la imagen corporal*, y la *autovaloración global y generalizada* (sino tengo el cuerpo de una modelo no valgo nada). El descontrol de la ingesta y la restricción de la dieta que se producen en forma de ciclos se relacionarían con las distorsiones mencionadas. Por lo tanto se deja entrever que es importante el modelado

social de la imagen corporal, que debemos trabajar sobre la vulnerabilidad de estas personas con estrategias personales muy limitadas.

Se incluye a continuación un cuadro donde se incluyen las variables dimensionales epidemiológicas y las características más comunes de este trastorno.

BULIMIA NERVIOSA variables dimensionales epidemiológicas
<ul style="list-style-type: none">• Aparición más precoz de trastornos afectivos.• Más frecuente fobia social.• Más frecuente el abuso de alcohol y tóxicos.• Mayor prevalencia de trastornos de personalidad.• Trastorno de control de los impulsos grave hasta en un 25%.• Temperamento impulsivo y caótico.• Mayor grado de extroversión.• Más conductas sociopáticas.• Mayor labilidad emocional.• Mayor búsqueda de novedades.• Más existencia de una continua impulsividad – compulsividad.

Fuente: *Chinchilla Moreno, A. (1995)*

1.7.- Concepto y definición de ortorexia.

En los últimos dos años se está hablando mucho de lo que podría ser un nuevo trastorno relacionado con la alimentación, la ortorexia. La diferencia principal y novedosa respecto a los otros trastornos mencionados está en que, mientras que en la anorexia y bulimia nerviosas el problema gira en torno a la cantidad de comida, en la ortorexia gira en torno a la calidad.

El término ortorexia proviene del vocablo griego *orthos* que significa justo, en este caso, significaría “apetito correcto”. Fue definido por primera vez por el médico norteamericano Steve Bratman en un libro publicado en 2000 en Estados Unidos y que llevo por título *Health Food Junkies*, o lo que es lo mismo, *Yonkies de Comida Sana*. Éste libro ha sido allí todo un éxito y no es de extrañar si tenemos en cuenta que durante el pasado año más de cinco mil personas habían sufrido ingresos relacionados con éste trastorno.

Se entiende por ortorexia la obsesión patológica por la comida biológicamente pura. Las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por la comida sana, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida. Podría decirse que es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de comer, lo cual hace que los afectados tengan “un menú en vez de una vida”.

A través de este tipo de comida las víctimas de ésta enfermedad esperan obtener todo tipo de beneficios, psíquicos y morales, lo cual les puede llevar a una dependencia similar a la de cualquier adicto a las drogas. Por ello, entre las razones que podrían llevar a una persona a padecer la ortorexia está la obsesión por lograr una mejor salud, el encontrar una razón espiritual al comer un determinado alimento, o bien por el temor a ser lentamente envenenado por los colorantes y conservantes de las industrias alimenticias.

En este trastorno, la preocupación por la comida sana les lleva a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica, es decir, que estén libres de componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas o herbicidas, además de aquellas sustancias que hayan sufrido alguna clase de mutación. Esta práctica conduce a que se supriman las carnes, las grasas y algunos grupos de alimentos que, en ocasiones, no se reemplazan correctamente por otros que puedan aportarle los mismos

complementos nutricionales. La supresión de grasas, por ejemplo, puede comprometer la ingesta de vitaminas liposolubles y ácidos grasos, ambos imprescindibles para el organismo. Sin carne, los niveles de hierro se desploman y, aunque los vegetales también aportan proteínas, son de inferior calidad. Además, al haber crecido sin pesticidas, la agricultura ecológica encierra riesgo de albergar larvas o parásitos nocivos para la salud.

Algunos síntomas fisiológicos que la ortorexia puede provocar son: anemias, hipervitaminosis o en su defecto hipovitaminosis, carencias de oligoelementos... que pueden derivar en dolencias más graves como hipotensión y osteoporosis así como, en fases avanzadas trastornos obsesivo-compulsivos relacionados con la alimentación o enfermedades psiquiátricas tales como depresión, ansiedad e hipocondriasis; además, tal y como estiman algunos autores los ortoréxicos prefieren pasar hambre a comer alimentos “impuros” y eso les lleva a dejar de acudir a reuniones familiares y sociales por miedo a los alimentos que servirán, lo cual acabará por aislarles socialmente.

La ortorexia parece no afectar a los sectores marginales o ignorantes sino más bien al contrario, ya que éste tipo de comida es mucho más cara que la normal y más difícil de conseguir. De hecho, es en los países desarrollados donde las personas tienen mayores posibilidades de preocuparse por los ingredientes de los alimentos que compran.

Parece ser que suele manifestarse en personas con comportamientos obsesivo-compulsivos y predisuestas genéticamente a ello. Se trata, en su mayoría, de individuos con una preocupación exagerada y tiránica por la perfección y con una fe ciega en las normas y reglas. También se ha observado que, pacientes que sufren ortorexia nerviosa, al recuperarse, optan por introducir en su dieta sólo alimentos de origen natural, probiótico, cultivados ecológicamente, sin grasa que puedan causarles algún daño. Nuevamente las mujeres más jóvenes son las más afectadas, siguiendo a famosas actrices o modelos.

Según los expertos, entre las razones que pueden conducir a la ortorexia están la obsesión por buscar una mejor salud, el miedo a ser envenenado por la industria alimenticia y sus aditivos o, curiosamente, haber encontrado una razón espiritual en comer un determinado tipo de alimento.

Los escasos estudios en torno a la ortorexia sí parecen confirmar que, detrás de la obsesión por un menú escrupulosamente limpio, subyace con frecuencia un trastorno psíquico. Se han diagnosticado esquizofrénicos que no comen por que piensan que los

alimentos esconden conservantes que les envenenarán, melancólicos convencidos de que la comida les puede matar o hipocondríacos que indultan un bistec porque un extremo apunta chamuscado. La propia carencia de vitaminas con la B-12 provocan alteraciones del comportamiento que profundizan todavía más en su obsesión.

Dada la reciente aparición de este trastorno, la ortorexia no tiene aún entrada en los diccionarios médicos, ni en el DSM-IV, aún así se han descrito ya algunos criterios diagnósticos que definen al trastorno, y que describimos en la siguiente tabla.

ORTOREXIA NERVIOSA	
<i>Características</i>	Dedicar más de tres horas al día a pensar en su dieta sana.
	Preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos.
	Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación.
	Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
	Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
	Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación.

Algunas personas consideran que interesarse en consumir unos alimentos de mayor calidad puede ahora contemplarse como una enfermedad, al mismo nivel que la bulimia y la anorexia nerviosas. De ello podría deducirse que el vegetarianismo también podría ser una obsesión y no únicamente una elección. Por otro lado, también hay personas que se sorprenden de que la preocupación por ser intoxicado por los componentes artificiales que comemos sea patológico en lugar de normal, lo cual debería llevarnos a aceptar comer cualquier cosa sin exigir información de su componente o fabricación. Pero esto no es así, no significa que no debamos dudar de su calidad y no se deba investigar y exigir la procedencia de los animales que comemos así como su control sanitario. Todos nos preocupamos en mayor o menor medida por comer alimentos sanos, pero cuando ese comportamiento normal pasa a convertirse en una obsesión que entraña peligros para la salud ya pasa a calificarse ortorexia.

Actualmente la oferta alimentaria es más amplia que nunca, pero también estamos en una época de exceso de información, que no siempre es del todo veraz o contrastada. La influencia de los medios de comunicación, que cada vez dedican más tiempo y espacio a temas dietéticos y a escándalos en víveres de consumo, ha podido incidir en la emergente proyección de los problemas mentales en trastornos endocrinos.

Esto provoca que muchas personas decidan optar por un tipo de alimentación que, en ocasiones, puede ser más perjudicial que beneficiosa.

No hay que confundir nunca la preocupación por una vida sana con la obsesión. Por supuesto que una persona vegetariana o macrobiótica no necesariamente sufre esta enfermedad, la clave en cualquier trastorno alimentario como en cualquier trastorno obsesivo radica en si la actitud de la persona con respecto a la comida, al peso y a los ejercicios es lo suficientemente significativa como para cambiar su estilo de vida.

En España actualmente se desconoce la prevalencia de éste trastorno ya que es un fenómeno muy novedoso, aunque algunos especialistas ya apuntan que entre sus visitas han tenido entre un 0,5 y un 1% de pacientes ortoréxicos. Los especialistas auguran que estas cifras sufrirán un aumento espectacular en poco tiempo y se verán aun más incrementadas cuando se conozcan más cosas sobre los alimentos funcionales. Puede que se trate de un trastorno alimentario más común que la anorexia y la bulimia nerviosas, pero de lo que no cabe duda es de que se ha convertido en un área de interés cada vez más creciente.

1.8.- Concepto y definición de vigorexia.

La adicción al ejercicio y a un fuerte control (que más bien podría denominarse descontrol) de la alimentación, es un trastorno en el cual las personas realizan prácticas deportivas de forma continua, con un fanatismo prácticamente religioso, a punto tal de poner a prueba constantemente su cuerpo sin importar las consecuencias.

El término vigorexia, fue acuñado en los Estados Unidos, por el psiquiatra G. Pope en 1993, tras estudiar una muestra significativa de los nueve millones de norteamericanos que frecuentan los gimnasios. Según sus datos, en torno a un millón podrían estar afectados por un desorden emocional que le impide verse como en realidad son. Según estos estudios, este desorden emocional puede evolucionar a un cuadro obsesivo-compulsivo que hace que los afectados se sientan fracasados, abandonen sus actividades sociales e incluso laborales para dedicarse a entrenar. Fácilmente empiezan a consumir dietas desequilibradas, ricas en proteínas para, en teoría, favorecer la hipermusculación. Poco a poco empiezan a interesarse por los “beneficios” de anabolizantes, hormonas del crecimiento...

A los problemas de aislamiento social y laboral, se le suman los derivados de este ritmo de vida. Alteraciones nutricionales, metabólicas, androgenización por los anabolizantes, deformaciones óseas y problemas articulares.

Este trastorno ha sido denominado “anorexia masculina” o “anorexia reversa”. Desde luego, aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres. Por otro lado, aunque comparte ciertos aspectos con la anorexia, bulimia, dismorfia corporal, y otros trastornos de la alimentación, la vigorexia tiene algunas características propias que se detallan a continuación:

- Preocupación por la figura.
- Autoimagen distorsionada.
- Baja autoestima.
- Introversos.
- Factores socioculturales.
- Tendencia a la automedicación.
- Edad de aparición en la pubertad.
- Modificaciones de la dieta.

La práctica habitual de algún deporte tiene numerosas ventajas y no debe ser confundida, ni se considera factor de riesgo para padecer la vigorexia. Los estudios realizados hablan de una incidencia relativamente baja entre los asiduos a los gimnasios y deportistas aficionados. Aunque no hay datos concluyentes en España, algunos cálculos situarían en torno a 20.000 los pacientes afectados por la vigorexia, frente a más de 700.000 afectados por la anorexia.

Dada la reciente aparición de este trastorno, la vigorexia no tiene aún entrada en los diccionarios médicos, ni en el DSM-IV, aún así se han descrito ya algunos criterios diagnósticos que definen al trastorno, y que describimos en la siguiente tabla.

VIGOREXIA	
<i>Características</i>	Completa obsesión por la imagen.
	Su vida transcurre completamente vinculada a la actividad física, gimnasio y a la musculación.
	Incluyen en su dieta exclusivamente alimentos que ayudan a desarrollar masa muscular.
	Consumen hormonas, anabolizantes, esteroides...
	Mantienen una absoluta relación de dependencia con el peso.
	Sus relaciones personales son escasas.
	Rechazan las relaciones sexuales e, incluso, el más mínimo contacto físico.
	Suelen ser personas solitarias e introvertidas.

Las consecuencias que este trastorno llega a imponer son varias, apareciendo numerosos problemas orgánicos y lesiones, desproporciones entre las partes del cuerpo (cuerpo voluminoso – cabeza pequeña), repercusión en los huesos, tendones, músculos, articulaciones... trastornos metabólicos, problemas cardíacos, atrofia testicular e irregularidades en la menstruación.

No olvidemos que en la sociedad actual, belleza y éxito son dos conceptos estrechamente vinculados y explotados hasta la saciedad. El afán por conseguir ambas cosas ha desarrollado estas conductas basadas en el culto al cuerpo y a la imagen externa. El espejo se ha convertido en el principal aliado, y a la vez en el más acérrimo enemigo, de aquellas personas preocupadas únicamente por exhibirse públicamente.

1.9.- Mantenimiento: ¿Qué perpetúa un Trastorno en la Conducta de la Alimentación?

Una vez instaurado el trastorno, como ya hemos visto, hay que tener en cuenta que cualquier factor que haya predisposto su aparición y siga sin modificarse, va a contribuir a mantenerlo. Así nos podemos encontrar con situaciones como las que se describen a continuación, que no harán más que perpetuar y alargar el problema.

Mantenimiento de las dietas. Este es sin lugar a dudas el factor más importante para que un trastorno en la conducta de la alimentación se mantenga, pues afectará al buen funcionamiento mental y corporal. Así para Calvo Sagardoy (2002), los principales impactos del mantenimiento de la dieta sobre el estado psicológico de la paciente serán:

- a) La *negación*: la paciente niega lo que le pasa, siendo esta una consecuencia psíquica más nefasta de la pérdida de peso. Se es capaz de arriesgar la vida antes que admitir que se han equivocado.
- b) La *polarización del pensamiento*: la precariedad del estado de salud alerta al organismo, el cual reacciona dedicando todos sus recursos psíquicos a informar a la persona de su necesidad de nutrirse, entonces la mente se centra exclusivamente en la comida, y rápidamente aparece una preocupación obsesiva.
- c) La *simplificación de su capacidad de abstracción*: la reducción de la dieta y la pérdida de peso producen una atrofia cerebral que se traduce en un pensamiento simplista, incapaz de relacionar conceptos e ideas.
- d) El *descontrol en la comida*: estos episodios de descontrol contribuyen a mantener los trastornos ya que acrecientan el miedo a la gordura, y refuerzan la sensación de incapacidad.

El proceso de refuerzo. Son varios los procesos de refuerzo que las personas que sufren los trastornos en la conducta de la alimentación pueden utilizar para perpetuar el problema:

- a) La delgadez proporciona éxito.
- b) La atención y alabanzas que se reciben por esa identidad.
- c) La supresión de los sentimientos de inseguridad ante los demás.

- d) Alivio de las sensaciones de incompetencia y falta de control.
- e) Tranquilidad de no sentir emociones ni pensar en lo que les angustia.
- f) Sensación de “limpieza” y ligereza.
- g) Triunfo conseguido por unos logros académicos o laborales brillantes consecuencia de una rutina agotadora que anula la comida.
- h) Pérdida de las “buenas maneras” a la hora de comer, el atracón.
- i) Atención que prestan padres o personajes relevantes a los comportamientos alimentarios patológicos.
- j) Tener un cuerpo emaciado, “frío” e infantil.
- k) La enfermedad.
- l) Continuar con el trastorno permite evitar la culpa y los sentimientos depresivos.
- m) El atracón proporciona nutrición “afectiva”, consuelo y sensación de ser confortada en un mundo hostil, indiferente...
- n) El atracón calma, alivia la tensión y proporciona distracción instantánea.
- o) Las purgas ayudan a conseguir la apariencia sexual deseada.
- p) Los vómitos proporcionan sensación de pureza.

Las relaciones familiares. Hay trastornos que los padres ayudan a perpetuar, sin darse cuenta, estos pueden ser:

- a) Falta de consenso, en el seno familiar y ante cualquier problema o duda en la vida de la familia.
- b) Inconsistencia, de los padres en mantener sus decisiones.
- c) Negación, del problema y de lo que este acarrea.
- d) Minimización, sería un grado menor de la negación.

Rigidez de la estructura familiar, es otro factor que influye notablemente en el mantenimiento de los trastornos en la conducta de la alimentación. Esta rigidez se caracteriza por factores como:

- a) La *sobreprotección*, sobre todo se aumenta la protección cuando se detecta el problema.
- b) La *interferencia al proceso de autonomía*, y es que la excesiva protección puede llevar a ver la comida como una vía de libertad.

- c) *Mantenimiento del infantilismo*, el miedo a crecer puede desencadenar en trastorno. El mantenimiento de conductas infantiles hace pensar en la protección familiar de por vida.
- d) *Ausencia de límites familiares*, la violación del espacio psíquico y físico del afectado puede mantener el trastorno.
- e) *Protección a los progenitores*, si la madre ha adoptado un papel sumiso en la causa y ha convertido el cuidar a su hija en la misión de su vida, ésta puede mantenerse en el trastorno para evitar que su madre se quede sin objetivo final.

1.10.- Un último apunte.

Más allá de la pura descripción de los comportamientos que caracterizan los trastornos en la conducta en la alimentación, que se han de entender como parte necesaria e imprescindible para su comprensión y conocimiento, hay que hacer hincapié en la distorsión que pueden presentar, y que presentan, los sujetos en su desarrollo personal. Y es que, tal y como indica Raich i Escursell (1996), estos sujetos obsesionados en dedicar todos sus esfuerzos a perder peso, terminan por aislarse, por crear en sus vidas dificultades que entorpecen la adquisición de aprendizajes necesarios para un correcto y beneficioso desarrollo de sus vidas.

1.11.- Los trastornos en la conducta de la alimentación en cifras.

En los últimos años se está dando una enorme importancia social a los trastornos de la alimentación y especialmente a la anorexia nerviosa. A veces, la realidad epidemiológica no se corresponde con esa voz de alarma. Al igual que la histeria a finales del XIX, la anorexia ha podido tener un factor de fascinación (frente a ese cuerpo que se niega a comer, oponiéndose a los instintos de conservación) en el discurso científico y social de final del siglo XX; en las últimas décadas se está dando una importancia mayor a los trastornos de la conducta de la alimentación.

Hay estudios que hablan de un aumento de la incidencia y prevalencia del cuadro en las últimas décadas; según estudios en diferentes países desarrollados (Canadá, EE.UU., Suecia e Inglaterra) se habla de un incremento que va desde el 0,24 – 0,45 por 100.000 habitantes antes de los años 60, hasta un 1 – 1,6 por 100.000 habitantes en los últimos 30 años, siendo mucha menor la incidencia en culturas orientales y en países subdesarrollados. Para la población de riesgo (mujeres de 12 a 24 años) se habla de entre un 0,4% y un 1%. Otros estudios señalan que últimamente ese crecimiento no se ha observado en adolescentes jóvenes y sí en mujeres adultas, en las que se ha incrementado significativamente y que aun así, sigue siendo un trastorno poco común por lo que no deberíamos hablar de epidemia social.

Los últimos estudios parecen indicar que el número de bulímicas va en aumento. En efecto, contra lo que habitualmente se cree, la anorexia parece mantener una incidencia estable, mientras que parecen darse más casos de bulimia. Esta teoría es defendida por numerosos expertos. Los últimos estudios que llegan de Estados Unidos barajan cifras que rondan un 1% de la población mundial en el caso de la anorexia y un 2 – 3% en el de la bulimia.

Pero debemos tener en cuenta, tal y como especifica Espido (2002), que estos datos son probablemente inexactos e inferiores a la realidad, porque apenas existen datos en amplias zonas del mundo, y porque resulta difícil diagnosticar estas enfermedades.

Aún así, la anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrirá en un 0,5% a un 3% de todos los adolescentes. Generalmente ocurre en la adolescencia, aunque todos los grupos de edades están afectados, incluyendo los ancianos y niños tan pequeños como de seis

años. Entre 1950 y 1970 la incidencia de la anorexia se incrementó en un 300%, entre 1970 y 1990 bajó el nivel, a día de hoy los indicadores muestran que los niveles están estableciéndose.

Más pormenorizadamente, tan sólo en EE.UU. cerca de ocho millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos alimentarios, de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes. Los trastornos en la conducta de la alimentación afectan a 1,2 millones de mujeres. Los estudios revelaron que el 50% seguía una dieta (aun teniendo un peso adecuado), un 45% de amas de casa realizó dieta en algún momento durante un año, un 56% de mujeres entre 25 – 54 años hacía al menos 1 dieta al año y un 76% de los sujetos realizaban dieta por motivos de estética y no de salud.

Pero la situación existente en la sociedad norteamericana no es un dato aislado. El aumento en la práctica de conductas dietéticas y el aparente aumento en la incidencia de los trastornos en la conducta de la alimentación en los países desarrollados, hace que numerosos investigadores se cuestionen si estamos asistiendo realmente a un verdadero incremento en las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos en la conducta de la alimentación. Mientras para unos autores no existe un incremento real de estas patologías o, si lo hay, se trata de entidades poco comunes, para otros se está produciendo un incremento de estos trastornos, llegando algunos a considerar que se están alcanzando proporciones epidémicas. Otros autores afirman que, paradójicamente, la incidencia de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes con mayor riesgo de padecerla no se han incrementado significativamente en las últimas décadas, mientras que sí lo ha hecho entre las mujeres de 20 a 30 años.

Pero los trastornos en la conducta de la alimentación no se limitan a los EE.UU., sus tasas son comparables con otros países desarrollados, por ejemplo, las mujeres noruegas tienen un riesgo en toda su vida de entre el 1,6% para padecer bulimia y un 0,4% de padecer anorexia. Los trastornos en la conducta de la alimentación son raros en los países menos desarrollados. Un dato curioso y anecdótico, el 94% de las personas con anorexia nerviosa son blancas. Cuando aparece en las poblaciones no blancas, no existen diferencias en las características.

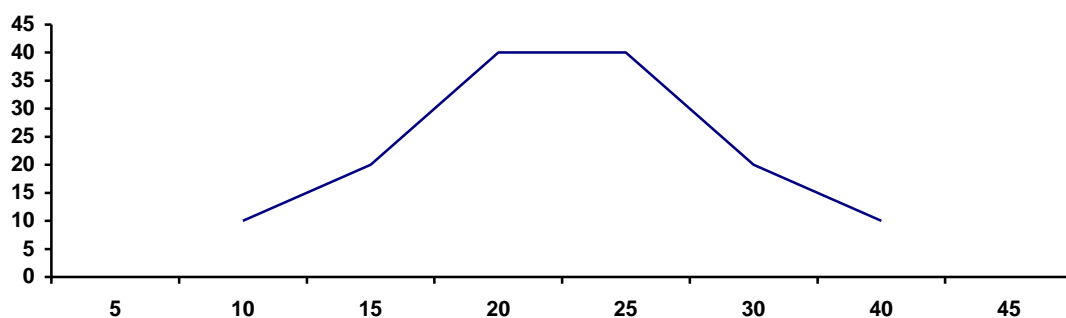
En los países europeos se acepta una prevalencia cercana al 1% para la anorexia nerviosa y del 2,5% para bulimia nerviosa, ambos porcentajes corresponden a mujeres jóvenes. La incidencia para la anorexia nerviosa es de 5 – 10 por cada 100.000 de la población mundial. No obstante, la prevalencia puede ser mayor en determinadas

profesiones como modelos, bailarinas, gimnastas de competición... también se consideran poblaciones de riesgo los homosexuales varones (anorexia nerviosa) y personas con problemas médicos crónicos que afectan a la imagen (diabetes, escoliosis...).

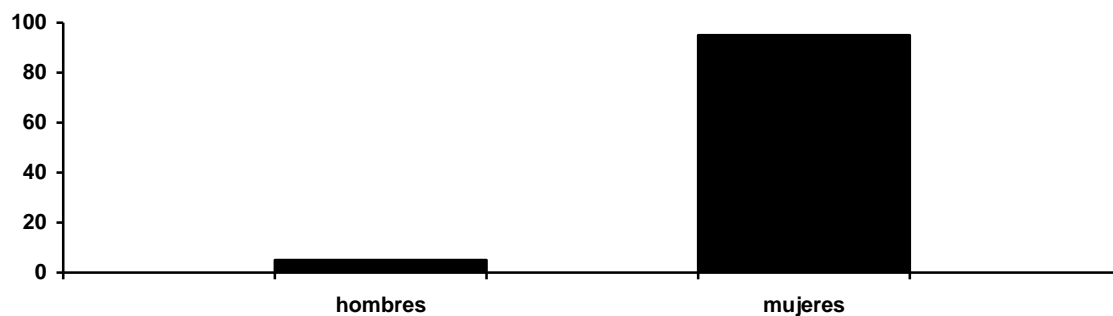
En España, los estudios indican que hasta un 10% de las mujeres menores de 30 años han padecido en alguna ocasión un trastorno de la conducta alimentaria. Así, se constata que el 4% de la población femenina padece bulimia y el 1% anorexia nerviosa.

La anorexia aparece cada vez más en chicas muy jóvenes, incluso preadolescentes de 10, 11, y 12 años. El 35% de las mujeres anoréxicas tiene menos de 20 años, el 40% entre 21 y 25 años, y el 15% oscila entre los 26 a 35 años. Los estudios más recientes señalan un nuevo grupo, que con un 10% de mujeres indica el número de mujeres que sufren el trastorno a partir de los 36 años (Gráfica I). En nuestro país, el 95% de las afectadas son mujeres y el 5% restante hombres (Gráfica II).

Gráfica I
de la distribución por edades de afectados/as de anorexia nerviosa



Gráfica II
de los afectados/as de anorexia nerviosa por sexo

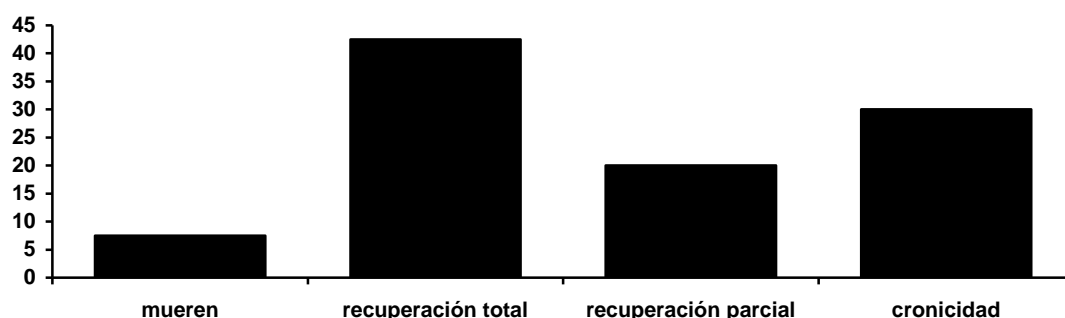


En España, según un estudio de 1999, cerca del 5% de los adolescentes, con mayor incidencia en las mujeres padece algún trastorno de la conducta alimentaria como anorexia (0,7%), bulimia (1,24%), y cuadros incompletos o parciales que precisan tratamiento para no desembocar en la enfermedad (2,66%). Pero se constata que estas cifras van en aumento. Si a ello se le añade la gravedad que revisten dichas dolencias, su complejidad y su tendencia a la cronicidad, podemos deducir que nos encontramos ante un problema de salud pública del que toda la sociedad occidental tiene su parte de culpa. No obstante, junto a condicionantes socioculturales como los patrones impuestos por la moda, los medios de comunicación y las industrias interesadas, como ya se ha hecho mención en este trabajo, intervienen múltiples factores que van desde problemas psicológicos y emocionales de la personalidad, como hemos visto, a la posible predisposición genética o biológica pasando por las relaciones familiares.

En nuestro país, entre un 5 y un 10% de las personas que padecen anorexia nerviosa mueren a consecuencia de dicho trastorno, llegando a superarse una pérdida de peso del 85% del que se tenía antes de enfermar.

El porcentaje de recuperación total se acerca a la mitad de los casos. Alrededor de un 20% supera parcialmente la enfermedad y mantiene algunos problemas residuales, y un 30% evoluciona hacia la cronicidad, que se caracteriza en continuas y frecuentes hospitalizaciones (Gráfica III).

Gráfica III
de la distribución de la incidencia final del trastorno



En el caso de la bulimia nerviosa, la evolución está marcada por las recaídas, pero los porcentajes de recuperación están entre el 40 y el 70%, probablemente porque estos pacientes se muestran más favorables a colaborar en el tratamiento. La mortalidad

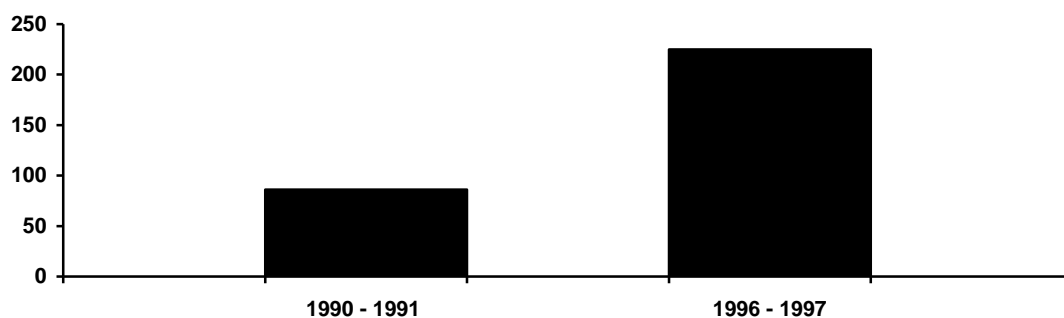
es menor que en la anorexia nerviosa, no obstante, cabe destacar que un 15% de los bulímicos presenta algunas complicaciones médicas potencialmente mortales.

Los estudios en España demuestran que no existen diferencias por clases sociales, ya que este, se ha convertido en un fenómeno universal y democratizador.

Los ingresos hospitalarios en nuestro país por trastorno de la conducta de la alimentación han pasado de 86 en el período 1990 – 1991, a 225 en 1996 (Gráfica IV), según el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (C.M.B.D.) del Insalud. De éstos, el 83,1% corresponden a anorexia nerviosa, el 14,7% a bulimia nerviosa, y el 2,2% restante corresponden a cuadros mixtos (Gráfica V). El 92% de estos episodios se produjo en jóvenes de 15 a 29 años, de los cuales el 92,8% eran mujeres (Gráfica VI).

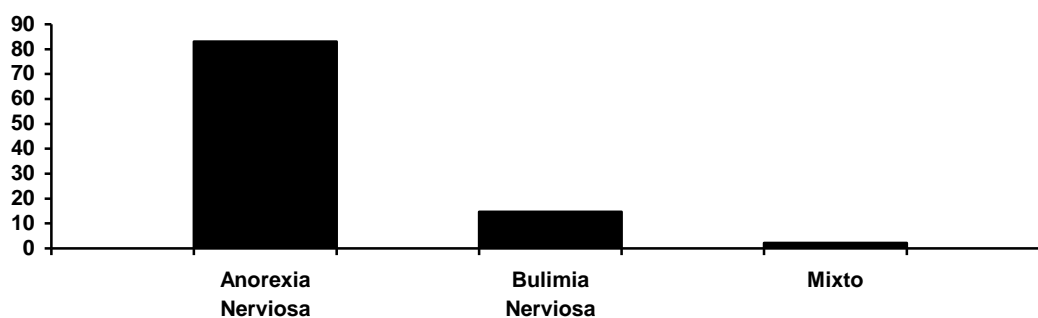
Gráfica IV

de los ingresos hospitalarios por trastorno de la conducta en la alimentación

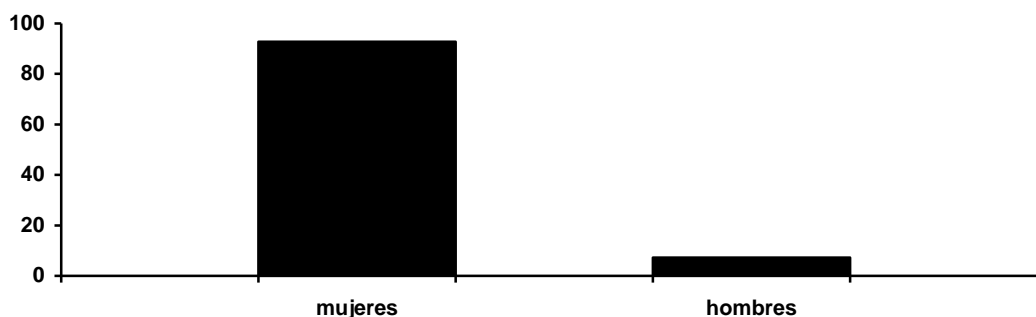


Gráfica V

De los ingresos hospitalarios específicos



Gráfica VI
de los ingresos hospitalarios por sexos



Más concretamente en Andalucía, los últimos estudios realizados en una revisión de 3849 historias clínicas (de 0 a 16 años de edad) recogidas a lo largo de nueve años en las Unidades Públicas de Salud Mental Infanto – Juvenil, muestran que el porcentaje de trastornos de la alimentación con relación al resto de patologías es muy bajo, que los casos de trastorno de la alimentación han aumentado a lo largo de los últimos cuatro y que los casos de anorexia nerviosa no se han incrementado a lo largo de la última década.

En detalle, se diagnosticaron 131 casos de trastorno de la conducta alimentaria (un 3,40% del total investigado), de los cuales 39 casos son de anorexia nerviosa (un 1,01%), cuatro fueron los casos de bulimia nerviosa (un 0,10%). El resto de casos corresponde a otros trastornos (el 98,89%) (Cuadro I).

Cuadro I
de los diagnósticos de trastornos de la alimentación (1992 – 2000)

Diagnóstico	Número de casos	Porcentaje
Anorexia nerviosa	39	1,01
Anorexia nerviosa atípica	5	0,12
Bulimia nerviosa	4	0,10
Bulimia nerviosa atípica	2	0,05
Hiperfagia asoc. a otros trastornos psicológicos	9	0,23
Vómitos asoc. a otros trastornos psicológicos	8	0,20
Otros trastornos de la conducta alimentaria	64	98,29
Totales	131	100

En este estudio se desvela que el diagnóstico de anorexia nerviosa se emitió sobre todo entre el grupo de edad 12 a 16 años, y que en estas edades la anorexia representaba casi la mitad de los trastornos de la alimentación (37 por 45 casos de otros trastornos de la alimentación); para edades inferiores se diagnosticó sobre todo trastornos de la conducta alimentaria en la infancia (Cuadro II).

Cuadro II
del diagnóstico de trastornos de la alimentación por grupos de edad

Grupos de edad	Diagnóstico trastornos alimentación (excepto anorexia)	Diagnóstico anorexia
Menor de 8 años	18	0
8 – 11 años	29	2
12 – 16 años	45	37

Por sexos, se encontraron datos parecidos a otros autores y bibliografía, (donde raramente se diagnostica anorexia a los varones), en esta muestra, sólo hubo un varón diagnosticado. En relación con otros trastornos de la alimentación se observa que también se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres que en varones (62 casos por 30 casos, respectivamente) (Cuadro III).

Cuadro III
del diagnóstico de trastornos de la alimentación por sexos

Sexo	Diagnóstico trastornos alimentación (excepto anorexia)	Diagnóstico anorexia
Hombre	62	38
Mujer	30	1

Se detectó que la evolución a lo largo de los años ha sido positiva, es decir, han aumentado los casos, sobre todo los referentes a otros trastornos de la conducta de la alimentación. En 1992, se diagnosticaron dos casos de anorexia y siete casos de otros trastornos de la conducta de la alimentación. En 1993, un caso de anorexia nerviosa y cuatro de otros. En 1994, la cifra de anorexias ascendió a cinco y los otros trastornos fueron de siete. En 1995, sólo se diagnosticaron tres casos de anorexia y dos casos de otros trastornos. En 1996, las cifras arrojaron datos similares, tres anorexias y cinco trastornos de la conducta de la alimentación. En 1997, aumenta ostensiblemente el número de casos de trastorno de la conducta alimentaria aunque el número de anorexias aumenta muy ligeramente. En 1998 y 1999, se mantiene el número de trastornos de la conducta de la alimentación y crece ligeramente el de anorexias aunque siguen siendo pocos los diagnosticados. En 2000, se mantiene el número de casos de trastornos de la conducta de la alimentación mientras el número de anorexias disminuye (Cuadro IV).

Cuadro IV

de la incidencia de los trastornos de la alimentación entre los años 1992 - 2000

Año	Diagnóstico trastornos alimentación (excepto anorexia)	Diagnóstico anorexia
1992	7	2
1993	4	1
1994	7	5
1995	2	3
1996	5	3
1997	19	5
1998	14	8
1999	16	8
2000	18	4

1.12.- Aspectos legales entorno a los trastornos en la conducta de la alimentación.

Para Espido (2002), si se comienza a expandir la idea de que la bulimia y la anorexia no son enfermedades excluyentes, que afectan a un amplio sector de la población, es posible que se inicie una reacción, o al menos que uno de los tópicos más dañinos caiga. Cartas de denuncia, propuestas, actos de apoyo, negativas a admitir modelos de conducta y apariencia equívocos... todo ello es necesario, y puede ser llevado a cabo por cualquier sector de la sociedad.

Tal y como está organizada nuestra civilización, los problemas de las adolescentes no parecen contar. Tristemente, es posible que ahora que la bulimia y la anorexia se han extendido a otras capas más influyentes, esa situación mejore.

Resulta interesante anotar también que, aunque muy lentamente, se han tomado algunas disposiciones, y que las afectadas ya no se encuentran totalmente desamparadas. Ya no son invisibles para la ley. Citando a continuación la ponencia de la fiscal María Francisca Sánchez Álvarez sobre el marco jurídico de los trastornos de la conducta alimentaria, realizada durante el III Congreso Internacional de Estudios para el Desarrollo, e incluidos en Espido (2002), se pueden ver los aspectos esenciales legales que deberían ser tomados en cuenta a la hora de decidir una hospitalización urgente o imprescindible de las enfermas y enfermos.

Disposiciones legales referentes a los menores de edad con trastornos alimenticios.

Según dispone el art. 154 del Código Civil “los hijos no emancipados están bajo la patria potestad del padre y de la madre”, quienes la ejercerán siempre en beneficio de los hijos y de acuerdo con su personalidad y comprende las facultades – deberes siguientes: velar por los hijos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurar su formación integral.

¿Cuál es la vía legal que existe y utilizan los progenitores ante un trastorno alimentario de un menor de edad sometido a patria potestad? Al amparo de lo dispuesto en el art. 211 del Código Civil, en su nueva redacción dada, en cuanto al párrafo 1º por la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no está en condiciones de decirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Ésta será previa al

internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciese necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas. El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado (que no necesariamente tiene que ser médico forense...), concederá o denegará la autorización para internarlo y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a efectos de que éste promueva la declaración de incapacitación de la persona, siempre que haya un principio de prueba de que la misma padece una enfermedad o deficiencia persistente de carácter psíquico que le impida gobernarse por sí misma (art. 200 del Código Civil).

Conducida la autorización para el internamiento psiquiátrico de un menor por razón de trastorno alimentario, el Juez de oficio recabará información del Hospital o Centro Sanitario donde esté ingresado, sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando el Juez lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses, examinando de nuevo a la persona internada y oyendo el dictamen de un facultativo, acordando a continuación lo que proceda sobre la continuación o no del internamiento.

Disposiciones legales referentes a los mayores de edad con trastornos alimenticios.

Para solventar la posible negativa al internamiento, ya que al ser mayor de edad quien decide es la propia persona (...), la solución legal actual es la autorización que debe conceder el Juez, del internamiento del mayor de edad por razón de trastorno psíquico (...), ya que no hay duda de que la persona con trastorno en la conducta de la alimentación que se niega a ser tratada médicamente no está haciendo otra cosa que actuar conforme al ánimo inconsciente de autodestrucción que le lleva a no comer, y ésta no es una decisión libremente adoptada, sino el fruto de un trastorno objetivo y objetivable.

El procedimiento a seguir es igual que el caso de los menores de edad. Junto a la autorización de su internamiento médico se suele promover su declaración de incapacidad, si se constata que padece una enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico o psíquico (...). La sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado (art. 210 del Código Civil).

1.13.- El papel de la familia ante los trastornos de la conducta en la alimentación.

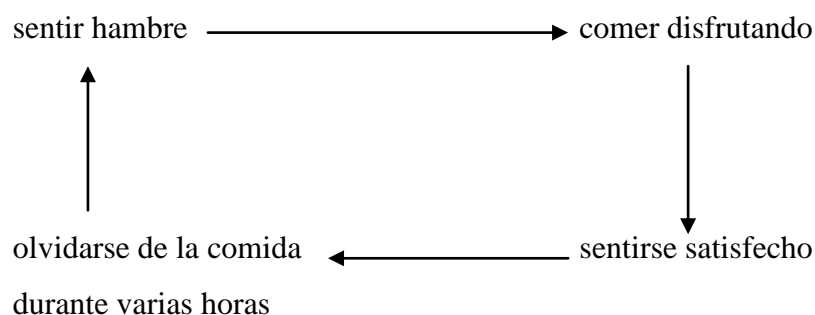
La relación con la comida, según Calvo Sagardoy (2002), comienza desde el nacimiento y la prevención de los trastornos alimentarios, también. Situar la comida en el espacio físico y psíquico adecuado es una tarea que empieza en la familia y le corresponde a ella, en primera instancia, aprehender el conocimiento necesario para hacerlo de forma correcta. Después vendrán otros agentes sociales (especialmente la escuela), que podrán completar o corregir su labor.

Su primer quehacer es escuchar las necesidades de sus hijos, respetar su hambre y ritmo de ingesta, evitar la utilización de la comida para calmar la ansiedad y no manipular su cuerpo. Actualmente se acepta que la mejor forma de alimentar al bebé sano es darle de comer cuando tiene hambre, permitiendo que establezca su comida alrededor de una franja horaria, de forma espontánea.

Los padres preparan la patología alimentaria cuando tratan de manipular el peso de sus bebés, disminuyendo su comida o sobrealimentándolos. A los niños que se les fuerza a comer más de lo que ellos quieren, se les induce aversión a la comida y tratan de comer poco, en cuanto tienen ocasión. A los que se les alimenta poco, se les inducen obsesiones de comida y tienden a darse atracones al más mínimo descuido. Las prácticas educativas que obligan a comer todo el plato, en un tiempo límite, de forma muy estricta, producen una aversión de tipo anoréxico. Las prácticas educativas que tratan de evitar todas las “chuches” y controlan la comida de aquellas hijas que con pocos años empiezan a estar “gorditas”, producen un deseo de comida de tipo bulímico y obesidad.

Esto no significa que los hijos puedan comer a todas horas, en todos los sitios, todas las comidas que les apetezca. Al igual que cualquier otro miembro de la familia, tiene que estructurar su alimentación, aprender a esperar a la hora de la comida, comer en la mesa y aceptar lo que ponen a comer.

Ciclo saludable de la comida



Los niños y niñas que adquieren estos hábitos aprenden a comer por sus necesidades internas y no desarrollan obsesiones con la comida.

Los padres previenen los trastornos si, además, ellos mismos desarrollan hábitos alimentarios sanos, hacen ejercicio de forma regular, aprenden a manejar el estrés, regulan sus emociones sin utilizar sustancias y tratan a las personas con respeto. Ciertas acciones o actitudes complementarias acrecientan la fuerza de la prevención, estas son, según Calvo Sagardoy (2002):

- Disminuir la importancia que da la familia a la apariencia de las personas.
- Limitar el tiempo dedicado a ver la televisión, porque promueve la vida sedentaria y la visión de patrones de belleza irreales.
- Hacerle saber que se quiere a los hijos e hijas, a pesar de lo que pesen.
- Ofrecer las mismas oportunidades a las chicas que a los chicos.
- Compartir actividades que no impliquen la comida y sí ejercicio al aire libre.
- Evitar la utilización de la comida como premio o castigo.
- Implicar a la familia para cocinar y compartir lo cocinado.
- No incitar a la hija a realizar deportes de alta competición o carreras que exijan la delgadez como base del triunfo profesional.
- Eliminar cualquier comentario negativo sobre el cuerpo de la hija, madre u otras mujeres.
- Valorar el desarrollo personal y no la perfección.
- Ayudar a construir la autoestima de los hijos, proporcionándoles un trato respetuoso.

Cuando los hijos crecen y, en especial, cuando la hija comienza a ser una quinceañera, inicia una etapa en la que el cuerpo le hace sentirse mal continuamente. Puesto que su autoestima está estrechamente ligada al cuerpo y es muy vulnerable a iniciar un trastorno de la conducta alimentaria, es necesario que los padres le adviertan de la presión que va a recibir para conseguir un cuerpo delgado y “perfecto”. Le tendrán que mostrar los trucos empleados por las industrias cosméticas, dietéticas y de moda, lo irreal que son los modelos de las revistas, lo necia que es la idea de asociar felicidad, éxito o amor, con delgadez, y cuáles son las mujeres que destacan en el mundo por su trabajo, inteligencia o humanidad.

Pero este trabajo no suele hacerse casi nunca, o se fracasa en innumerables ocasiones. Los ritmos de vida actuales y los nuevos estilos de familia, hacen posible que los desórdenes en la alimentación aparezcan y crezcan en desmesura, hasta el momento en que los síntomas son muy claros y la familia se percató de que algo ocurre con su hija. Es entonces cuando se acude en busca de auxilio, es entonces cuando los padres y madres se preguntan en qué han fallado, qué ha pasado, cómo ha podido ocurrir... sufriendo también en sus cuerpos y en sus vidas el azote del trastorno. Por ello, es necesario a su vez, tenerlos en cuenta.

La intervención de los padres en todo el proceso de los trastornos alimentarios, tal y como indica Raich (1996), tendrá mayor o menor participación dependiendo de la edad de la persona que lo sufre. Como se puede ver, la edad de las anoréxicas suele ser inferior, por ello es más frecuente la participación de padres y madres, por cuanto han sufrido más de cerca todas las angustias que se han producido durante el padecimiento del trastorno, sintiéndose culpabilizados a menudo, y siendo los que en muchas ocasiones deben tomar la iniciativa de buscar ayuda terapéutica y que, en general ven su vida familiar y personal muy alterada. Otros autores como Vandereycken et al. (1991), proponen que la participación y el compromiso de los padres es absolutamente necesario y que existen por lo menos cuatro niveles de intervención con los mismos. En el nivel más básico se trataría de dar información sobre el trastorno y los comportamientos a seguir con la persona afectada. El segundo nivel sería aquel en que hay alteraciones familiares que necesitan intervención terapéutica y se debería realizar terapia familiar. Cuando, además, se detectan problemas de pareja se debe tratar, y en el último nivel se haría terapia individualmente al padre o madre que lo necesitara. Evidentemente, en toda familia que haya un trastorno alimentario se presentan conflictos y problemas y se altera la vida familiar, por ello es necesario distinguir la

gravedad y ser flexibles en la aplicación de este esquema. De todas formas, muchas veces los padres se resisten a ser tratados. Piensan que ellos no tienen ningún problema o se sienten humillados. Es muy interesante la participación de otros padres, en una terapia de grupo por ejemplo, puesto que suele ser mucho más comprensible toda la situación si la plantean otras personas que han sufrido circunstancias parecidas. La participación de los padres en la terapia es esencial no sólo para la mejora de la paciente, sino para mantenerlo en el futuro.

Según se propone desde la Guía de la Campaña para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario (2001), el papel de la familia debe pasar por cooperar con el profesional y seguir en casa las pautas que señale en las sesiones. Informarse, leyendo guías, folletos, manuales... sobre trastornos de la alimentación. Informar de cualquier recaída. Respetar a la persona que padece la enfermedad, mostrarle cariño y aceptación. Hay que insistir y procurar el desarrollo de hábitos alimentarios correctos, siguiendo las orientaciones del terapeuta. Analizar otros problemas psicológicos de sus miembros o de la convivencia. Así mismo, estas familias, deberían ser informadas sobre la enfermedad y orientadas sobre el tipo de conductas que tienen que realizar con la persona que padece el trastorno alimentario. Han de ser entrenadas en su conjunto o por separado, para que definan los problemas y conflictos, establezcan pautas de enfrentamiento y resolución, las planifique, realicen y avalúen posteriormente. Proporcionarles pautas de acción y de interpelación entre los familiares para que expresen adecuadamente las emociones, evitando el silencio como un modo de respuesta a los conflictos. Se ha de intentar de reducir la ansiedad que haya desarrollado la familia tras descubrir el problema.

Vemos como la familia necesita casi tanto como las afectadas, de tratamiento y comprensión, sentirse oídos, escuchados y comprendidos, orientados. La familia necesita también tiempo para ser atendida como es debido pues se convierte, como se puede deducir de lo aportado hasta ahora, en un medio necesario para una exitosa recuperación de las hijas e hijos.

1.14.- El papel de la educación ante los trastornos de la conducta en la alimentación.

Los educadores, de cualquier área de la enseñanza, tienen un papel excepcional pues tienen la oportunidad de: observar y corregir, si conviene, el desarrollo de la imagen corporal de los alumnos y alumnas más pequeños; percibir las distorsiones de los alumnos preadolescentes y adolescentes, e incluso jóvenes; impartir una educación adecuada sobre el cuerpo, su imagen y sus capacidades; y finalmente, aconsejar un tratamiento en aquellos alumnos que ellos perciban obsesionados por su imagen corporal.

Si ellos y ellas asumen esta responsabilidad en su centro, proveen las bases de una prevención de los trastornos y favorecen la recuperación de las alumnas afectadas.

Los educadores tendrán que proporcionar, a chicos y chicas imágenes masculinas y femeninas de un rango muy amplio de tallas, asociadas a una gran variedad de situaciones e ideales, la sociedad debería hacer lo mismo con el resto de mujeres y hombres. Al mismo tiempo, tendrían que introducir una actitud de respeto en el trato al otro, exhortando a extinguir los insultos de todo tipo, especialmente por el físico, igual que ya están haciendo con las otras clases de “racismo”. A los alumnos y alumnas que han sido insultados por su aspecto, les pueden proveer de técnicas asertivas para que sepan defenderse de las burlas o desprecios recibidos.

Al igual que los padres, según Calvo Sagardoy (2002), los educadores que tienen bajo su responsabilidad la formación de alumnos y alumnas preadolescentes o adolescentes, tienen que ayudarles a tomar conciencia de la manipulación de la publicidad y proveerles de mecanismos que les permitan resistir la presión para conseguir un cuerpo perfecto, cuya promoción proviene de los intereses comerciales de las industrias que ganan su dinero propiciando y aumentando la inseguridad de las mujeres.

La primera condición que tienen que cumplir las personas que deseen prevenir los trastornos de la conducta alimentaria, es no tener ellos mismo problemas con la comida. Las conductas alimentarias de los educadores y su preocupación por el peso pueden afectar profundamente a sus alumnas. Las dietas de las profesoras en el comedor

escolar moldean una forma de comer insana y promueven la aparición de trastornos alimentarios en su centro.

La segunda condición es estar libre de cualquier forma de “racismo-pesimismo” hacia la apariencia corporal de las personas. Una forma de autoevaluar su idoneidad es cotejar su actitud con los principios elaborados por nutricionistas y dietistas, concienciados de la relevancia de suposición en estos temas:

- Los seres humanos tienen distintas tallas y medidas. Esta diversidad es una característica positiva de la raza humana.
- No existe un cuerpo ideal a cuya talla, forma o peso deba parecerse el cuerpo de ninguna persona.
- Cada cuerpo es como un cuerpo positivo, de cualquier forma o talla que tenga.
- La autoestima y la imagen corporal están muy ligadas y, por ello, conviene ayudar a la gente para que se sienta bien con su cuerpo.
- Los estereotipos sobre la apariencia tienen poca valía, pues están basados en factores superficiales sobre los que la persona tiene poco control.
- La salud no está definida por la talla corporal, sino por el estado de bienestar físico, psíquico y social conseguidos.
- Las personas de cualquier peso y talla pueden reducir sus riesgos de salud adoptando un estilo de vida saludable.

Una vez suscritos, al menos, estos principios, los docentes deberían siempre que lo vean oportuno, desarrollar prevención hacia los trastornos de la conducta en la alimentación, siempre teniendo en cuenta incluir no sólo a las chicas, sino también a los chicos. Se debería enfatizar básicamente en:

- Proporcionar conocimiento sobre los factores de riesgo.
- Promover pautas de alimentación saludables, hábitos de ejercicio físico moderado y habilidades de autorregulación emocional.
- Instruir acerca de las características de una dieta saludable y desaconsejar la realización de dietas absurdas o la toma de productos adelgazantes.
- Ayudarles a quererse como son, instruyendo acerca de cómo percibir sus cualidades internas.
- Incrementar la capacidad de afrontar dificultades y adversidades en la vida.
- Establecer foros de discusión acerca de los mitos de la delgadez.

- Proporcionar a sus alumnos y alumnas un sentido de autovalía personal única y una imagen positiva de su corporalidad.

El docente debería percatarse, pues pasa mucho tiempo con el alumnado, de si existe algún caso de trastorno en la conducta de la alimentación. Debería ser capaz de detectar cuántos estudiantes tienen problemas de imagen corporal o están enganchados a dietas u otras conductas patológicas o ejercicio compulsivo. Se deberían impartir clases de salud en nutrición, dietética, ejercicio físico... Presentando al alumnado un amplio rango de siluetas corporales, calificándolas como normales.

Ante todo, se debería erradicar el “pesismo” en el centro y detectar, rápidamente, las burlas hacia los niños con sobrepeso. Enseñar métodos para resistir las bromas sobre el peso o el aspecto corporal. Encauzar a los alumnos hacia el desarrollo de intereses tendentes al éxito sin basarse en su imagen corporal. Entrenar a los alumnos en habilidades de resistencia frente a la influencia social.

Si se sospecha que algún alumno o alumna está desarrollando un trastorno alimentario, contactar con él y expresarle la preocupación enfocando la conversación hacia sus sentimientos o problemas y la forma en que lo está resolviendo, sin acusarle. A ser posible, instarle a que pida ayuda o al menos que se realice un chequeo médico. Posteriormente contactar con la familia.

Queda clara la idea de que profesores, tutores, padres y madres tienen que recibir la instrucción suficiente para cambiar sus actitudes y afrontar en la medida en que surjan, los posibles trastornos en la conducta de la alimentación.

2.- SEGUNDA PARTE – MARCO METODOLÓGICO

2.1.- Objetivos de nuestra investigación.

La presente investigación que se realiza, persigue una serie de objetivos que se van a dividir en un objetivo general y seis específicos, concretamente estos objetivos son:

Objetivo General:

Averiguar el grado de conocimiento que padres y madres poseen sobre los trastornos de la conducta en la alimentación para saber si se es o no necesaria la formación – educación mediante la creación de una escuela de padres y madres.

Objetivos Específicos:

- a) Averiguar qué grado de conocimiento tienen las familias sobre los trastornos de la conducta en la alimentación.
- b) Conocer qué necesidades tienen las familias en el momento en que son conscientes del problema.
- c) Conocer qué necesidades tienen las familias en el momento en que llegan al centro.
- d) Conocer si es necesaria la formación – educación de las familias afectadas en el tema de los trastornos de la conducta en la alimentación.
- e) Averiguar si es necesaria o interesante la creación de una escuela de padres y madres en el centro.
- f) Saber si los padres reciben información antes y después de aparecer el trastorno.

2.2.- Problemática a investigar.

El problema que desde esta investigación se plantea, viene determinado por el transcurso que los trastornos de la conducta de la alimentación cursan sobre segundas personas; estamos hablando de las familias de las afectadas por los trastornos. Una vez realizada la revisión bibliográfica e historiográfica del tema que tratamos, se detectó que con las familias se estaba realizando muy poco trabajo, por no decir que nulo.

Bien es cierto que en los últimos años se están empezando a realizar trabajos con estas personas que en definitiva son también afectados y afectadas del trastorno, en cuanto viven en sus propios hogares el drama de esta enfermedad. A esto se suma que se han mantenido, por parte del investigador, una estrecha relación con una asociación que ayuda a personas que padecen trastornos en la conducta de la alimentación, y en el transcurso de los días, se detectó una posible vía de investigación como la que aquí se presenta, pues se constataba que los familiares llegaban al centro algo, o más bien, muy desorientados y con poca información.

Surge entonces la inquietud por ver qué necesidades son las que estas familias tienen con respecto al nuevo y triste acontecimiento que en sus vidas aparece.

Desde una posición pedagógico-social, pues es ahí donde el investigador puede aportar su grano de arena, se pretende investigar qué grado de conocimiento poseen tales familiar cuando llegan por primera vez a un centro de ayuda o a una asociación que lucha contra los trastornos en la conducta de la alimentación. Se pretende averiguar qué tipo de formación es la que desearían recibir, qué se echa en falta en su conocimiento sobre lo que les está ocurriendo, cuáles son la necesidades más urgentes...

Dentro de los trastornos en la conducta de la alimentación, nos vamos a centrar en las familias que han padecido en su seno la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Se han descartado el resto de conductas por tener una representación nula o casi nula en el centro donde se va a realizar la investigación. Si bien hemos indicado que se pretende trabajar con las familias de las afectadas, cuando mencionamos familia, hemos de señalar que estamos hablando de padre y madre en un primer momento. En un segundo momento se pasará a trabajar con el resto de la unidad familiar como los hermanos y hermanas. No se descarta la idea de trabajar con parientes cercanos que pueden incluirse dentro del hábitat familiar y que pueden necesitar dicha ayuda o simplemente desean

colaborar, estamos hablando en este tercer nivel de parientes como los abuelos y abuelas, primos y primas, tíos, tías, sobrinos y sobrinas, y sin olvidarnos de las parejas (en el caso en que se tengan), los amigos y amigas...

Trabajar con este sector se hace interesante y, ante todo, necesario. Son varios los autores que como Calvo Sagardoy (2002) o Raich (1996), hacen hincapié en la necesidad de la familia para con el buen desarrollo de la curación. No olvidemos que la familia es quizá el núcleo social primero y básico donde todo ser humano se mueve.

¿Para qué realizar esta investigación? Sencillamente, se pretende saber si es o no necesaria la formación de los padres y madres en el tema y en qué medida, en un primer momento, y del resto de la familia en un segundo momento. Se pretende averiguar si sería efectiva la creación de una “escuela de padres y madres” en la asociación, de manera que se formase a tales padres en la materia y en cómo actuar con sus hijos y ante el problema. Se persigue que las familias afectadas capten el sentido y el significado correcto, preciso y acertado de todo lo que está pasando a sus hijas, y de que con una buena formación se puede ayudar a que los afectados salgan y superen, se recuperen del trastorno de una manera menos traumática y más efectiva, tanto para ellos como para su familia. Se pretende involucrar a la familia en el proceso de mejora o curación, devolviendo esa fuerza que desde la unidad puede ayudar a la enferma en todo su tratamiento, pues tal y como lo han mencionado muchos autores como Vandereycken (1991), se ha de proponer que la participación y el compromiso de los padres sea absolutamente necesario pues existen por lo menos cuatro niveles de intervención con ellos. En el nivel más básico se trataría de dar información sobre el trastorno y los comportamientos a seguir con la persona afectada. El segundo nivel sería aquel en que hay alteraciones familiares que necesitan intervención terapéutica y se debería realizar terapia familiar. Cuando, además, se detectan problemas de pareja se deben tratar, y en el último nivel se haría terapia individualmente al padre o madre que lo necesitara. La participación de los padres en la terapia es esencial no sólo para mejorar el estado del paciente, sino para mantenerlo en el futuro.

2.3.- Estado actual de la cuestión.

Durante décadas se ha considerado a los padres, o más concretamente a las madres, como origen de los trastornos de la conducta en la alimentación, y han sido culpados, sin pruebas objetivas que avalaran tales ideas, por médicos y familiares. Sin necesidad de que nadie les acuse directamente, muchos padres están convencidos de que, a pesar de haber tratado siempre lo mejor que han sabido a sus hijos, lo han hecho mal, y su fracaso es lo que les ha llevado a la situación actual, por lo que no pueden evitar sentirse culpables. La mayoría de padres y madres necesitan en un primer momento comprensión y seguridad.

Todos los padres y madres anhelan recibir asesoramiento educativo y de orientación, además de una necesaria terapia familiar y en algunos casos terapia de pareja, e individual. Esto pudiera ayudar a construir una alianza de trabajo (que no existe) entre los padres, los pacientes y el equipo terapéutico.

Los padres y madres necesitan pues crear o mejorar sus habilidades educativas, de esta manera se podrá reformar la nula o escasa presencia del papel de educador, mediador o coterapeuta de las familias.

Las familias además suelen sentirse en estos casos aisladas y solas, y muchos padres están convencidos de que su problema es único y se sienten además avergonzados ya que han sufrido la incomprensión de la sociedad.

Así, cuando una familia llega por primera vez a enfrentarse con un trastorno de la conducta en la alimentación, no tienen conciencia sobre el tipo de enfermedad a la que se enfrentan, las relaciones familiares se quiebran, y se cae en un camino sin final y sin orientación que puede acabar en la más absoluta desolación y destrucción.

En el caso de esta asociación se está trabajando con padres y madres, pero desde una perspectiva psicológica, las terapias son las indicadas y establecidas por la psicología. La tarea principal se realiza con las afectadas.

2.4.- Hipótesis.

Los padres y madres con hijos que padecen trastornos de la conducta en la alimentación, poseen una escasa o nula formación o información sobre el trastorno que les afecta.

2.5.- Delimitación del ámbito de nuestra investigación.

Los trastornos de la conducta de la alimentación son un fenómeno que a día de hoy están muy difundidos. Las sociedades occidentales ante todo, están siendo castigadas con estas enfermedades, si bien como resultado de sus propios estilos de vida.

Más concretamente en Europa, la anorexia y la bulimia nerviosas son una enfermedad en auge que destroza las vidas de miles y miles de jóvenes, desestructurando a demás a sus familias.

Los datos referidos a España demuestran que, como una sociedad occidentalizada, el número de trastornos por una conducta errónea en la alimentación están en aumento, y Andalucía no se queda atrás, nuestra comunidad soporta como el resto, este incremento en el número de personas (sobre todo chicas adolescentes) afectadas por este mal.

En la provincia de Granada son muchas las chicas que padecen trastornos en la conducta de su alimentación, y el número de chicos está aumentando poco a poco. Los porcentajes son equiparables a los nacionales e internacionales, con lo que se constata que el problema está asentado tanto como en el resto del mundo afectado por el mismo.

En la provincia de Granada, existen dos asociaciones especializadas en trastornos en la conducta de la alimentación, éstas trabajan en la defensa y tratamiento de las afectadas, acogiendo a chicas de toda la provincia y de otras del resto de la comunidad. Concretamente nos encontramos con *ADANER* (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia) y *ACABA* (Asociación Contra la Anorexia y Bulimia en Andalucía).

Nuestro ámbito geográfico de investigación por lo tanto se sitúa en la provincia de Granada, más concretamente en la capital, dentro de una de las asociaciones anteriormente citadas. Esta asociación en cuestión es una asociación no lucrativa nacida en Granada en 2001 y para toda Andalucía, donde se pretende ayudar, informar, detectar y desdramatizar estas enfermedades. Sus fines pasan por prestar apoyo a las personas afectadas, trabajar en la prevención de dichos trastornos, proporcionar instrumentos y vías de apoyo a la información necesaria para su detección precoz, colaborar en la erradicación de determinados patrones sociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad, establecer redes de apoyo entre familiares, amigos e interesados en este tipo de trastornos, el estudio y asesoramiento de la problemática laboral, social, escolar, familiar... relacionada con los trastornos en la conducta alimentaria...

La población con la que se va a trabajar son las familias de las afectadas que acuden a la asociación. Si bien, hay que especificar que en un primer momento se va a realizar la investigación sobre padres y madres, exclusivamente, y que en lo sucesivo se pasará a investigar sobre el resto de la unidad familiar: hermanos y hermanas, abuelos, abuelas...

2.6.- Técnicas e instrumentos de recogida de datos.

A lo largo de toda esta investigación se han ido utilizando diferentes técnicas e instrumentos de recogida de datos. Estas técnicas o instrumentos se utilizaron para elaborar tanto la parte teórica como la metodológica, así se utilizó:

- *Recopilación documental*: consistente según Herrera (1998) por una búsqueda selectiva de documentos que nos puedan aportar datos sobre el tema que tratamos, procediéndose a la búsqueda de los mismos, su lectura, selección de los que interesaba a la investigación e incorporación posterior a la misma.
- *Cuestionario*: el cuestionario es un instrumento que nos ayuda a recoger datos de notable interés para la investigación, así, este listado de preguntas por escrito que fue pasado a un número determinado de sujetos de ambos sexos, fue realizado por la asociación, incorporando posteriormente preguntas creadas por este investigador, permitiéndonos extraer conclusiones generalizables para todo el grupo⁹.
- *Contactos informales*: tal y como indica Herrera (1998), esta técnica, que es muy útil aunque no pueda ser considerada como tal en el más estricto sentido del término, fue desarrollada mediante charlas y encuentros con personas relacionadas con el tema, nos proporcionó datos y opiniones interesantes para el desarrollo de la investigación. Así, estos encuentros nos proporcionaron situaciones para conocer opiniones que, debidamente contrastadas nos abrieron pistas para el análisis y obviamente nos aportaron aspectos en los que no se había pensado.

⁹ Este cuestionario que aquí se utiliza fue elaborado por el personal de la asociación, siendo cedido por la misma y con su previo consentimiento para ser incluido en la presente investigación, así como las respuestas realizadas a los mismos, eliminando en todo momento (para esta investigación) referencia alguna de nombres o identidades, conservándose así, el más íntimo y estricto anonimato de los mismos.

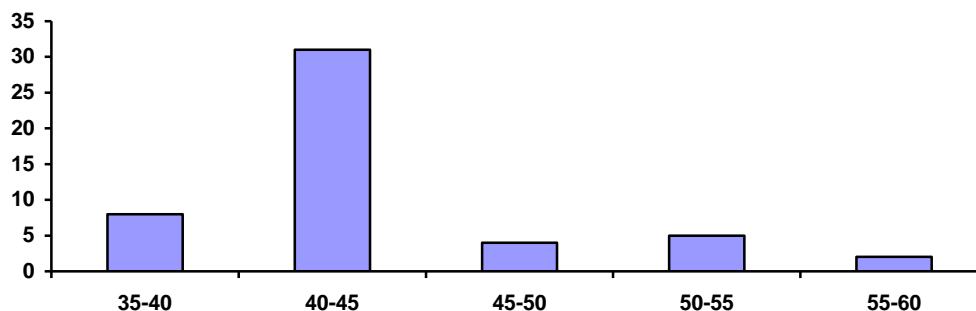
2.7.- Aplicación de los instrumentos y análisis de resultados.

Una vez determinados los instrumentos a utilizar y delimitados sus acciones, se pasó a aplicarlos. Los resultados fueron los siguientes:

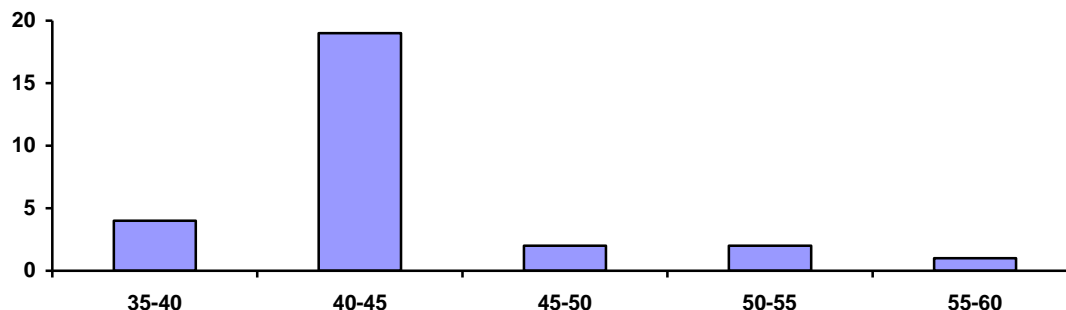
En cuanto a la edad de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

EDADES	TOTALES		MUJERES		HOMBRES	
35-40	8	16%	4	14,28%	4	18,18%
40-45	31	62%	19	67,85%	12	54,54%
45-50	4	8%	2	7,14%	2	9,09%
50-55	5	10%	2	7,14%	3	13,63%
55-60	2	4%	1	3,57%	1	4,54%
	50		28		22	

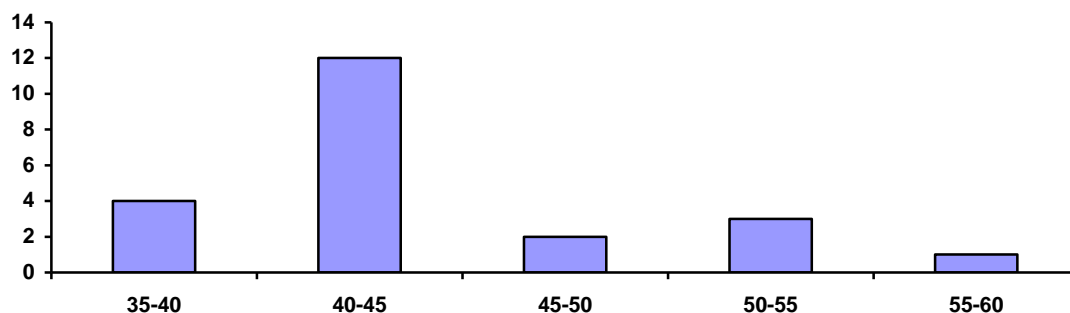
TOTALES



MUJERES



HOMBRES

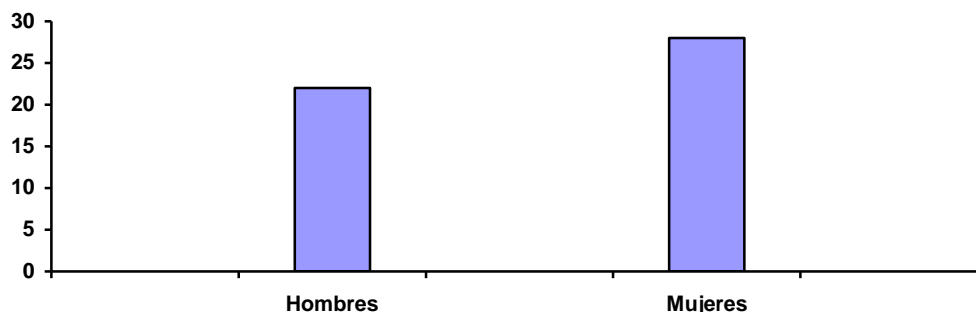


Como podemos comprobar, la franja de edad oscila entre los 35 a 60 años, donde el 62% están entre los 40-45 años de edad, este porcentaje es muy similar a la distribución por sexos, donde el 67,85% de las mujeres están entre 40-45 años, y el 54,54% de los hombres se encuentran en esa misma edad. Estos datos nos hacen ver que vamos a trabajar con personas de mediana edad, lo cual nos permitirá adecuar las acciones futuras a personas y edades determinadas.

En cuanto al sexo de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

	TOTALES	PORCENTAJE
Hombres	22	56%
Mujeres	28	44%

DISTRIBUCIÓN POR SEXOS

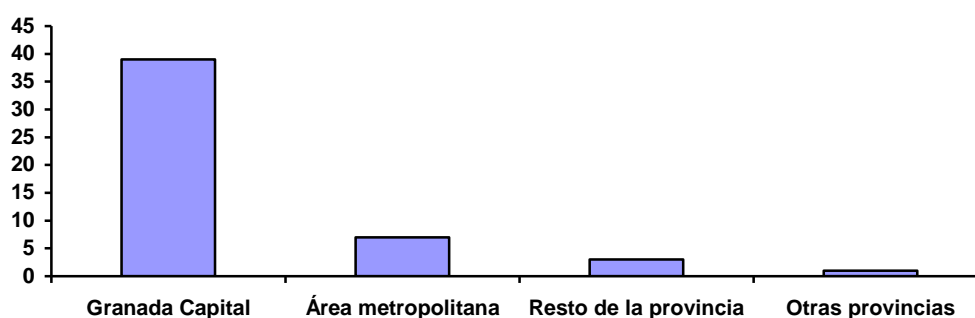


Como podemos comprobar, el 56% de las personas que contestaron al cuestionario son mujeres, esto supone que más de la mitad de los sujetos que acuden en ayuda al centro son madres de afectados/as. Esto puede deberse a que suelen ser las

madres las encargadas del cuidado de los hijos e hijas, de alimentarlos y de llevar el control en su crecimiento.

En cuanto al lugar de procedencia de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

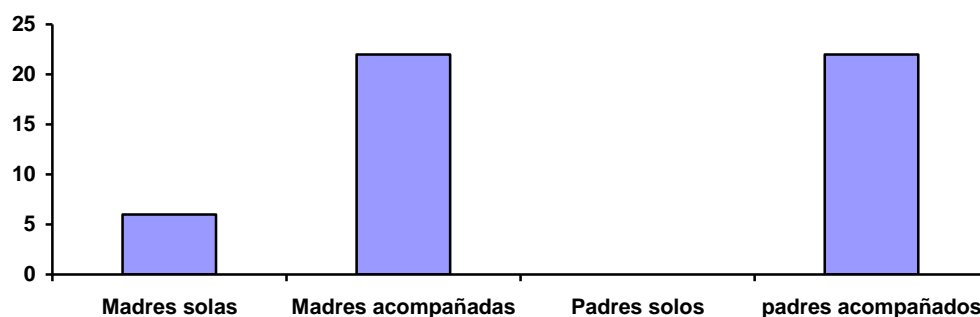
	Granada capital	Área metropolitana	Resto de la Provincia	Otras provincias
TOTALES	39	7	3	1
PORCENTAJES	78%	14%	6%	2%



Los datos obtenidos aquí reflejan que existe una gran dispersión, lo que indica que los casos de trastornos en la conducta de la alimentación son una realidad social en diferentes escalas y lugares. Si bien la procedencia es variada, sí es cierto que existe una amplia diferencia entre lugares. Como podemos comprobar el 78% de los casos proceden de Granada capital, el 14% lo hacen desde su área metropolitana, sólo el 6% llegan del resto de la provincia, e incluso aparece un 2% que han llegados de otras provincias. El hecho de que la capital aporte un número elevado de asistentes, se puede justificar en la magnitud de la urbe granadina, pues como se observa en el gráfico, los niveles de procedencia van descendiendo a medida que nos alejamos de la capital, y por consiguiente se disminuye el número de habitantes.

En cuanto a si vienen solas o acompañadas las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

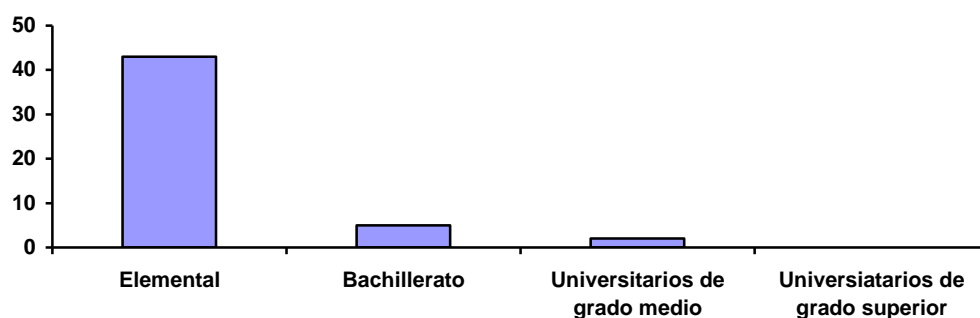
	Madres solas	Madres acompañadas	Padres solos	Padres acompañados
TOTALES	6	22	0	22
PORCENTAJES	12%	44%	0%	44%



Estos datos están íntimamente relacionados con los obtenidos a la distribución por sexos, pues como se puede comprobar, el porcentaje de mujeres que acudieron solas es de un 6%, contrastando con la nula aparición de hombres solos; éstos acudieron siempre en compañía de sus esposas. Esto nos viene a demostrar que son las madres las que suelen tomar la iniciativa a la hora de acudir en busca de ayuda, pues son las personas que más tiempo suelen pasar con los hijos e hijas, suelen ser las encargadas de hacer las comidas, en definitiva, estar al cuidado íntegro de los hijos e hijas, permitiéndoles detectar cualquier anomalía que se produzca en las vida de los mismos.

En cuanto al nivel de estudios de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

	Elemental	Bachillerato	Universitarios de grado medio	Universitarios de grado superior
TOTALES	43	5	2	0
PORCENTAJES	86%	10%	4%	0%

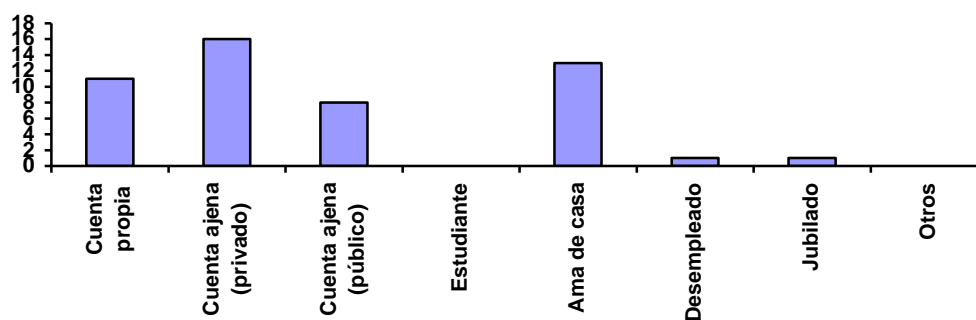


Los datos arrojan un resultado claro, la gran mayoría de los padres y madres han realizado únicamente estudios elementales, esto es un indicador importante en cuanto

nos permite saber con qué tipo de personas vamos a trabajar, adecuando dicho trabajo a los niveles de estudio obtenidos, de manera que podamos sacar el mayor beneficio posible.

En cuanto a la situación laboral de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

	Cuenta propia	Cuenta ajena (privado)	Cuenta ajena (público)	Estudiante	Ama de casa	Desempleado	Jubilado	Otros
TOTALES	11	16	8	0	13	1	1	0
PORCENTAJE	22%	32%	16%	0%	26%	2%	2%	0%

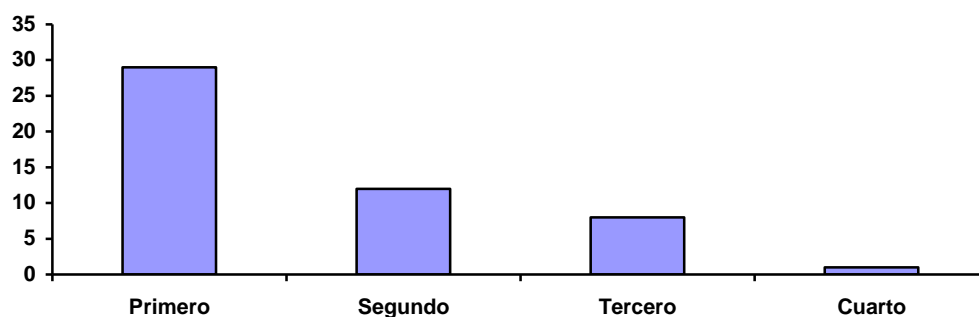


Como podemos ver, casi la totalidad de los padres y madres están ocupados, solo un 4% está jubilado o desempleado. Este factor hay que tenerlo en cuenta pues a la hora de organizar actividades o trabajar con ellos, los horarios pueden ser un factor que dé problemas.

En cuanto al número de hijos de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, la suma total resultó ser de 113 hijos (de los 50 casos), estando la media en 2,5 hijos por persona.

En cuanto al lugar que ocupa el hijo/a afectado de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

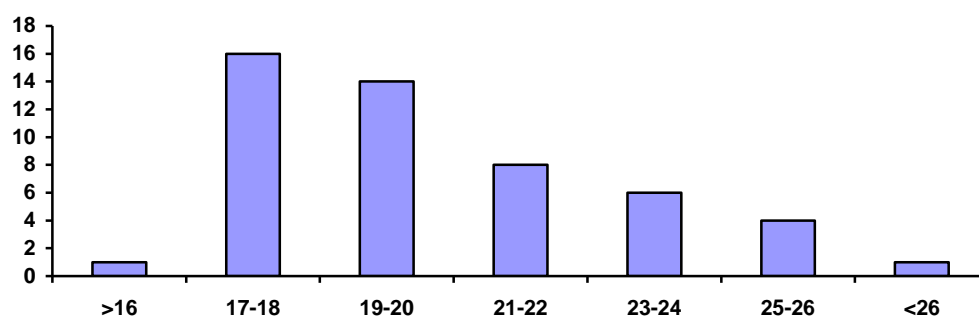
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
TOTALES	29	12	8	1
PORCENTAJES	58%	24%	16%	2%



Por lo que vemos, el hijo o hija afectado/a suele ser el primogénito, el resto de puestos son muy parecidos, este factor no es muy relevante salvo a la hora de trabajar con el resto de la familia (hermanos y hermanas), pues el hermano mayor puede ser un ejemplo a seguir por los menores.

En cuanto a la edad de los hijos/as afectos/as de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

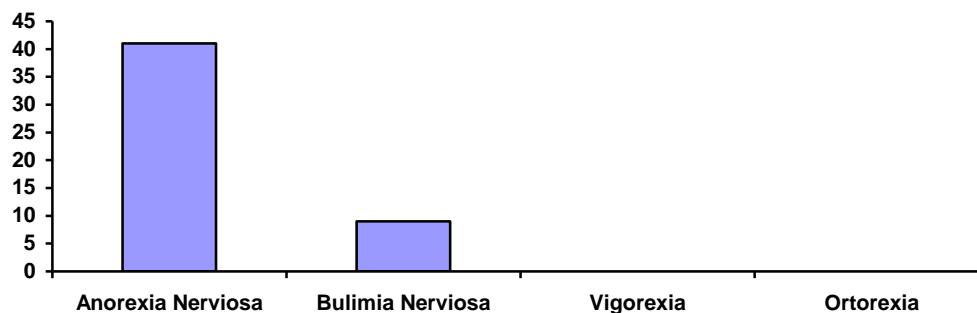
	>16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	<16
TOTALES	1	16	14	8	6	4	1
PORCENTAJES	2%	32%	28%	16%	12%	8%	2%



Como vemos, la franja crítica se sitúa entre los 17 – 22 años, es decir, la salida de la pubertad, esta época es especialmente difícil en la vida de los hijos e hijas, repercutiendo en el resto de la familia. Los padres se enfrentan a unos hijos e hijas en constante cambio lo que genera crispaciones, saber llevar el asunto, y tratar los problemas de la mejor manera es esencial para todos.

En cuanto al trastorno que padecen los hijos/as de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

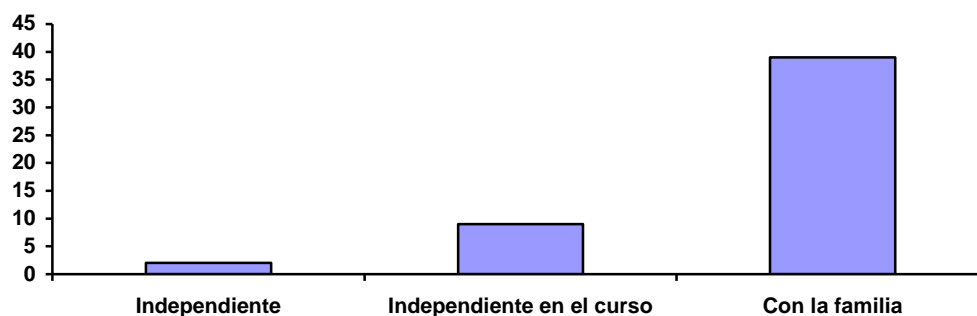
	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	Vigorexia	Ortorexia
TOTALES	41	9	0	0
PORCENTAJES	82%	18%	0%	0%



Como era de esperar, (por lo visto en la revisión teórica), la anorexia nerviosa es el trastorno más común, seguido de la bulimia nerviosa. Esto condiciona que la ayuda a estos padres debe centrarse ante todo en aspectos relacionados con este trastorno, sin olvidar el resto, que suelen darse en el inicio o en momentos puntuales en el desarrollo de la misma.

En cuanto a si el hijo/a afectado/a vive con la familia que acudió a la asociación y que respondió el cuestionario o lo hace de forma independiente,

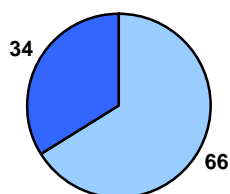
	Independiente	Independiente durante el curso académico	Vive con la familia siempre
TOTALES	2	9	39
PORCENTAJES	4%	18%	78%



La mayoría de los hijos e hijas afectados viven con la familia, esto nos ayuda a enfocar el trabajo con los padres y madres en el sentido de que la convivencia es mayor, al contrario de lo que ocurre con el resto de afectados, que viven de forma independiente ya sea durante el curso académico o de forma continua.

En cuanto a si las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, habían oído hablar antes del trastorno,

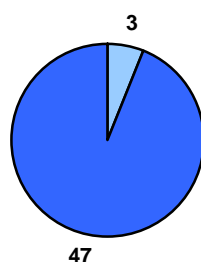
	SÍ	NO
TOTALES	33	17
PORCENTAJES	66%	34%



Más de la mitad de los padres y madres han oído hablar del trastorno que padece su hijo o hija, este dato nos indica que la enfermedad es conocida por una masa importante de la ciudadanía, que sabe que existe un trastorno asociado a las disfunciones en la ingesta de las comidas. El hecho de conocer, al menos, dicho trastorno, nos allana el camino hacia la formación de las familias en el tema.

En cuanto a si las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, conocían al alguien que padeciera el trastorno,

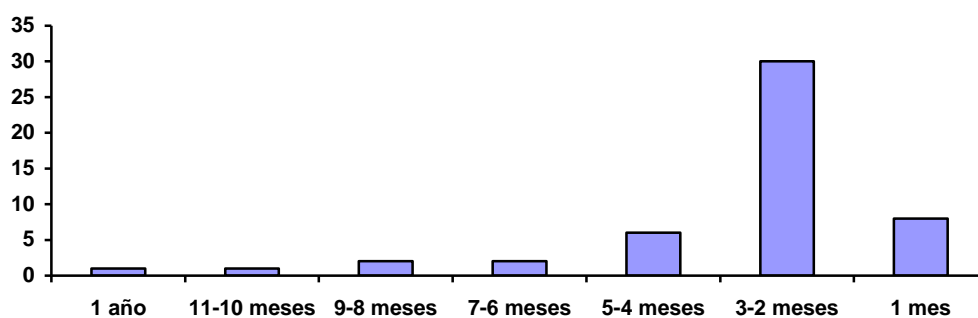
	SÍ	NO
TOTALES	3	47
PORCENTAJES	6%	94%



Estos datos contrastan enormemente con los anteriores, en este caso un 94% no conoce a nadie que padezca un trastorno en la conducta de la alimentación, esto nos hace pensar que aunque se conoce que existe dicha enfermedad, no se sabe cuales son sus síntomas, y por lo tanto no nos percatamos de que alguien la pueda padecer o no, lo que nos puede orientar en qué aspectos formar a los padres y madres.

En cuanto a cuándo se percataron las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, de que su hijo/a tenía un problema,

	1 año	11-10 meses	9-8 meses	7-6 meses	5-4 meses	3-2 meses	1 mes
TOTALES	1	1	2	2	6	30	8
PORCENTAJES	2%	2%	4%	4%	12%	60%	16%

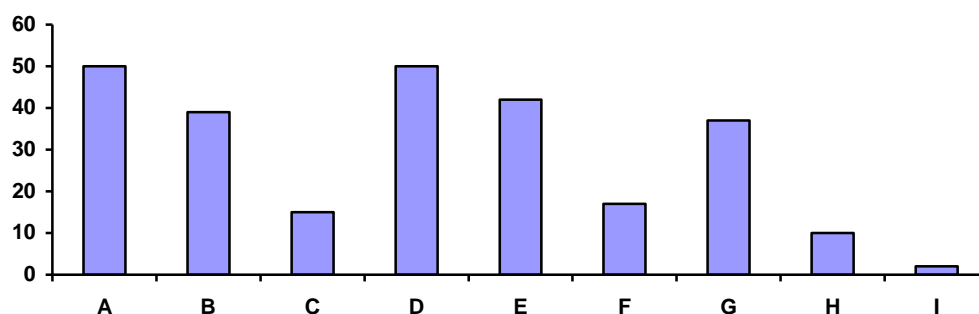


De los presentados, el 60% se percató de que su hijo/a tenía un problema entre dos o tres meses antes de acudir en busca de ayuda. Un 18% tardó un mes en darse cuenta, y un 12% entre cinco y cuatro meses. El resto lo realizó entre siete y doce meses, disminuyendo el porcentaje a medida que el tiempo es mayor. Esto nos indica que la preocupación familiar por el estado de sus hijos e hijas es elevado, como cabe corresponder a una familia normalizada, así, un 66% del total tardó una media de un mes y medio en darse cuenta del problema y pedir ayuda, esto representa una

proporción de tiempo muy pequeña, debido a las características del trastorno. Todo ello indica que se cuenta con una estructura familiar preocupada por lo que ocurre y en consecuencia dispuesta a trabajar en la búsqueda de una salida lo más eficaz y pronta posible.

En cuanto a cómo las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario notaron que se padecía un problema,

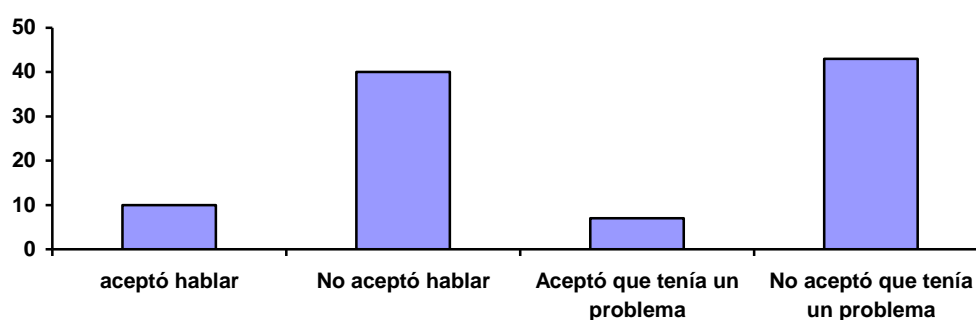
		TOTALES	PORCENTAJES
A	Perdía peso	50	100%
B	Cambió de carácter	39	78%
C	Iba perdiendo amigos/as	15	30%
D	No quería comer	50	100%
E	Se pesaba varias veces al día	42	84%
F	Medía las calorías que comía	17	34%
G	No salía de casa	37	74%
H	Se volvió muy competitivo/a	10	2%
I	Otros	2	0,4%



En la percepción de que existe un problema relacionado con los trastornos en la conducta de la alimentación, se coincide en un 100% en la característica más común y presumible de estos trastornos, la pérdida de peso. Todas las familias notaron que los afectados y afectadas perdían peso de manera progresiva. Otra característica muy unida a la anterior, y de la que también se percataron todos los familiares fue el que los sujetos afectos no querían comer. Otros aspectos que delataron el problema en un gran número de casos fueron el cambio de carácter, y que los afectados y afectadas se pesaban varias veces al día. Un gran número de casos dejaron de salir de casa, cosa que alentó las sospechas de las familias, este factor está muy unido al referido a la pérdida de amistades. El cuadro se completa con otros factores que combinados con los anteriores, en muchas ocasiones, hicieron sospechar a las familias que algo ocurría en las vidas de sus hijos.

En cuanto a cual fue la reacción de los hijos/as afectados/as de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, al hablar con ellos de lo que estaba pasando,

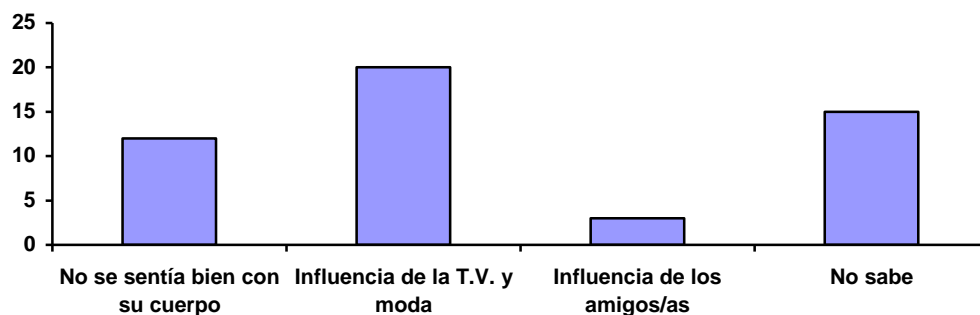
	Aceptó hablar sobre el tema	No aceptó hablar sobre el tema	Aceptó que tenía un problema	No aceptó que tenía un problema
TOTALES	10	40	7	43
PORCENTAJES	20%	14%	86%	80%



Como era de esperar, tal y como se indicaba en los aspectos teóricos, la mayoría de los afectados no admiten tener el problema. En esta investigación suponen el 86% de los casos. A su vez, el 80% de los casos no aceptó hablar sobre el tema con su familia. Estos comportamientos eran previsible pues tal y como se expone desde la teoría, los afectados no suelen aceptar que padecen el problema y evitan hablar del mismo.

En cuanto a qué creen las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, sobre la causa de que su hijo/as cayera enfermo/a,

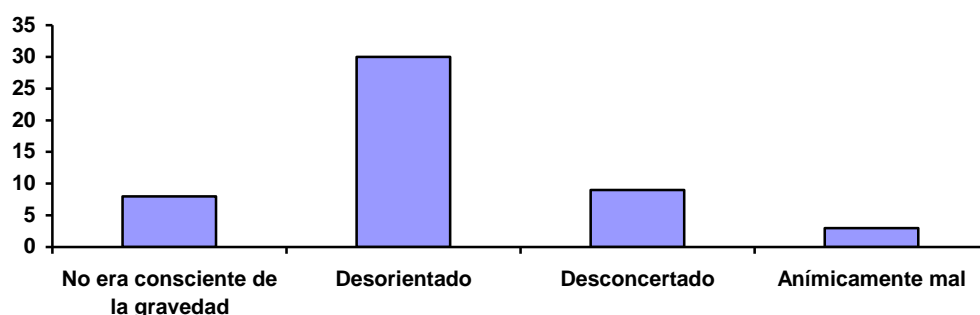
	No se sentía bien con su cuerpo	Influencia de la T.V. y la moda	Influencia de amigos/as	No sabe
TOTALES	12	20	3	15
PORCENTAJES	24%	40%	6%	30%



De los padres y madres cuestionados, el 40% creen que la causa de que su hijo o hija cayera enfermo fue la influencia de la televisión y la moda. Para el 24% la causa se debió a que su hijo o hija no se sentía bien con su cuerpo. Destaca que un 30% de los padres y madres no saben qué ha podido ocurrir para que su hijo o hija desarrollase un trastorno en la conducta de la alimentación. Estos datos desvelan que existe un alto porcentaje de padres que unen el problema desarrollado con una causa, pero también es de destacar que para un 30% no se sepa qué es lo que ha ocurrido y por qué.

En cuanto a como se sintieron al conocer el problemas las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

	No era consciente de la gravedad	Desorientado	Desconcertado	Anímicamente mal
TOTALES	8	60	18	6
PORCENTAJES	16%	60%	18%	6%

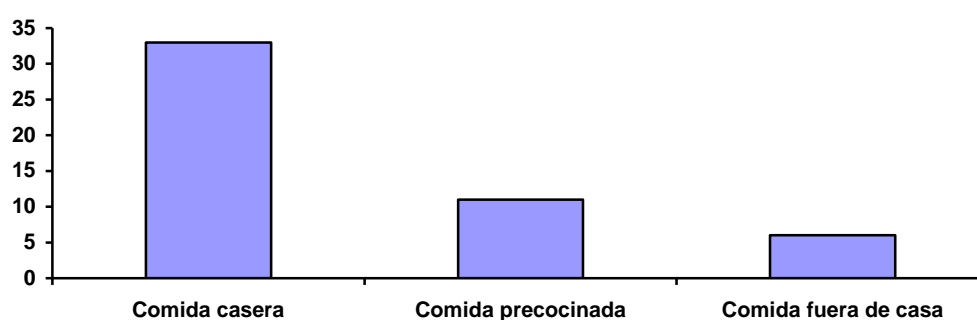


Los datos que de aquí se desprenden están íntimamente relacionados con los anteriores. Si bien un 16% de los padres y madres no era consciente de la gravedad del problema, más de la mitad de los padres y madres se sentían desorientados. Esto

demuestra que las familias están perdidas ante el problema y que necesitan ayuda y orientación.

En cuanto a los hábitos alimentarios que, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, tenían en el hogar,

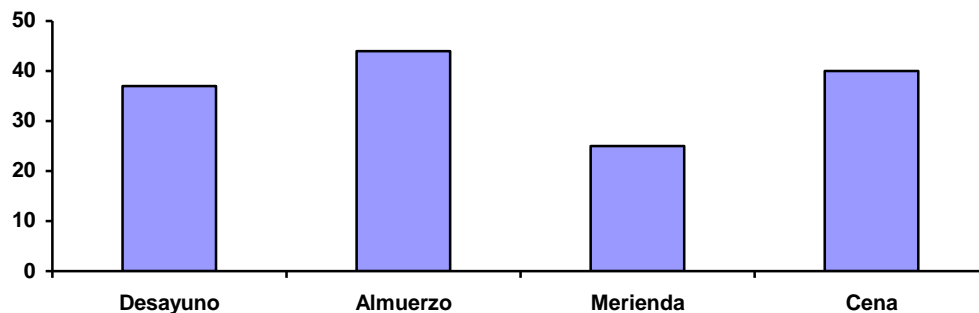
	Comida casera	Comida precocinada	Comida fuera de casa
TOTALES	33	11	6
PORCENTAJES	66%	22%	12%



Para más de la mitad de las familias, las comidas suelen ser caseras, el resto suelen ser precocinadas o realizadas fuera del hogar. A pesar de estos datos en los que la gran mayoría de las comidas se realizan en casa y con platos elaborados *in situ*, bajo la supervisión familiar, vemos como no existe relación alguna con el supuesto control sobre los hábitos alimentarios, siendo vulnerable cualquier persona en cuanto al desarrollo de un trastorno en la conducta de la alimentación.

En cuanto a qué comidas solían hacer las personas y sus familias, que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

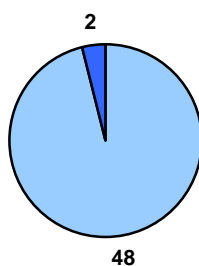
	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena
TOTALES	37	44	25	40
PORCENTAJES	74%	88%	50%	80%



Íntimamente relacionado con la cuestión anterior, el almuerzo, comida considerada de las más importantes y copiosas, suele ser realizada en casa por el 88% de los casos, muy cercano a este porcentaje, se encuentra la cena que con un 80% se sitúa como el segundo momento alimenticio que más se realiza en el hogar. El resto de comidas siguen la misma tónica, siendo la merienda la que más se suele tomar fuera del hogar. De estos datos, se puede desprender que las comidas se suelen hacer en casa, e ingiriendo alimentos caseros.

En cuanto a si las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, han cambiado estos hábitos,

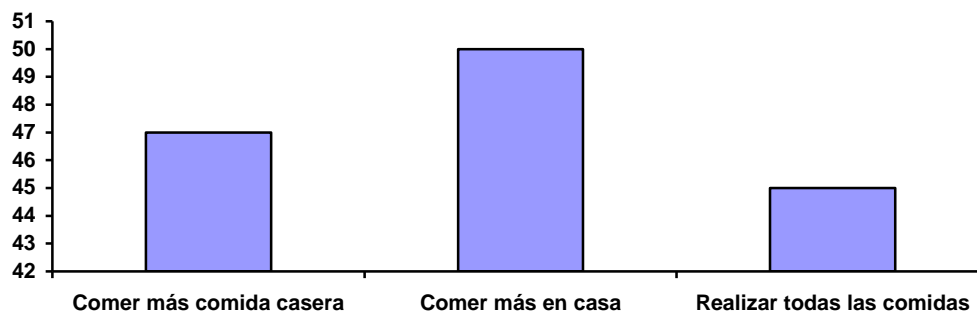
	SÍ	NO
TOTALES	48	2
PORCENTAJES	96%	4%



Tras percatarse del problema, y asumir que éste, casi la totalidad de las familias cambiaron sus hábitos de alimentación en el hogar.

En cuanto a qué han cambiado dichos hábitos, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario,

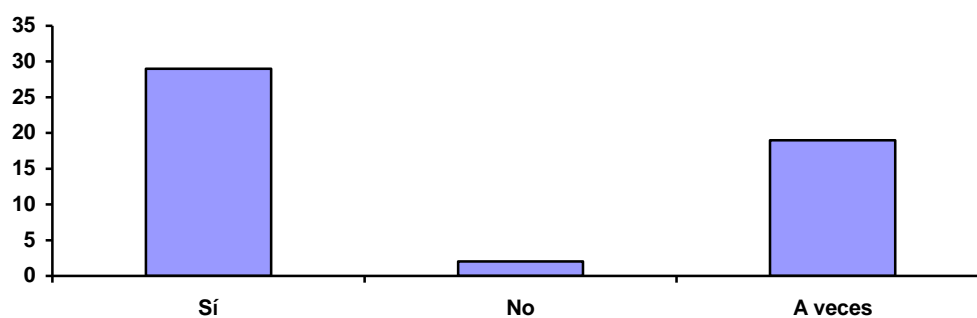
	Comer más comida casera	Comer más en casa	Realizar todas las comidas
TOTALES	47	50	45
PORCENTAJES	94%	100%	90%



Como podemos ver, los cambios llevaron en su totalidad a comer más en casa, aumentando el número de comidas caseras y elevándose el número de sujetos que comenzaron a realizar todas las comidas.

En cuanto a si la familia de las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, comía toda junta,

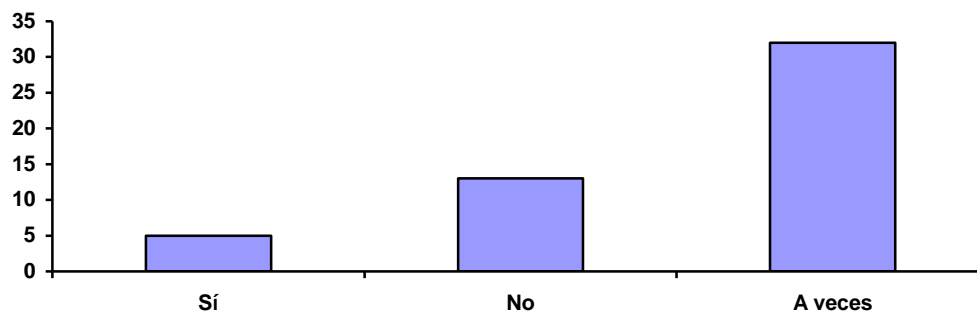
	SÍ	NO	A VECES
TOTALES	29	2	19
PORCENTAJES	58%	4%	38%



Los datos obtenidos nos muestran que casi el 60% de las familias realizan las comidas todos juntos, y que casi un 40% lo hace a veces.

En cuanto a si se han preocupado alguna vez las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, por las comidas, dietas...

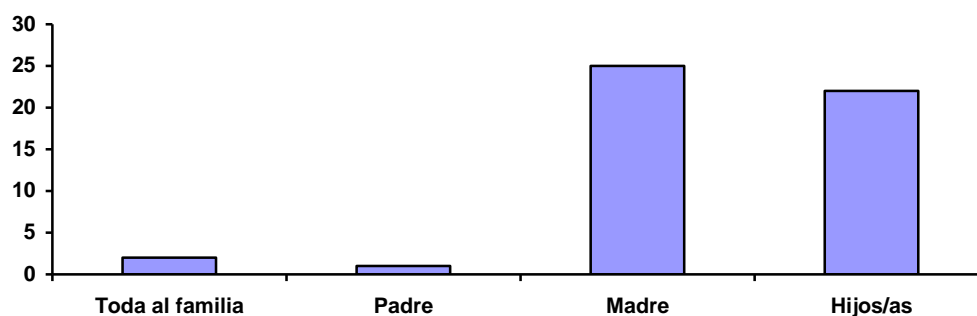
	SÍ	NO	A VECES
TOTALES	5	13	32
PORCENTAJES	10%	26%	64%



Como podemos ver, un 74% de las familias han estado preocupadas por la comida, las dietas, su silueta... en algún momento de la vida familiar. Lo que nos pone de relieve que, tal y como se menciona en los aspectos teóricos, las dietas son algo muy común entre los ciudadanos occidentales.

En cuanto a quienes hacían tales dietas, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario respondieron que,

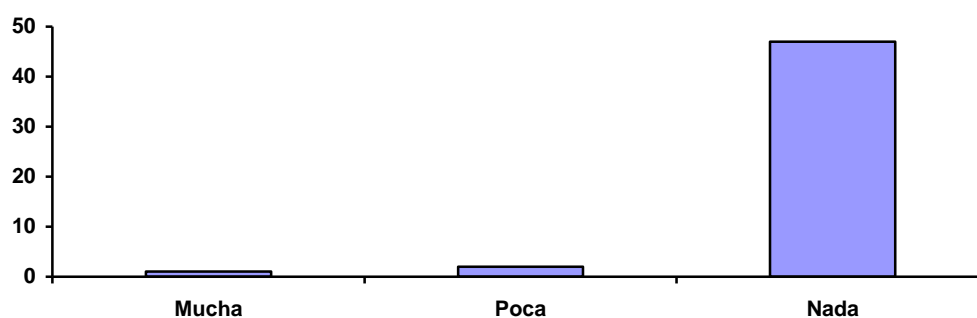
	Toda la familia	Padre	Madre	Hijos/as
TOTALES	2	1	25	22
PORCENTAJES	4%	2%	50%	44%



Estos datos, íntimamente relacionados con los anteriores, nos dejan ver que son las mujeres y los hijos e hijas los que suelen realizar dietas. Son por lo tanto sectores de población con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno en la alimentación, tal y como ocurre en la realidad.

En cuanto a si se cree que hay suficiente información sobre el problema, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, contestaron que,

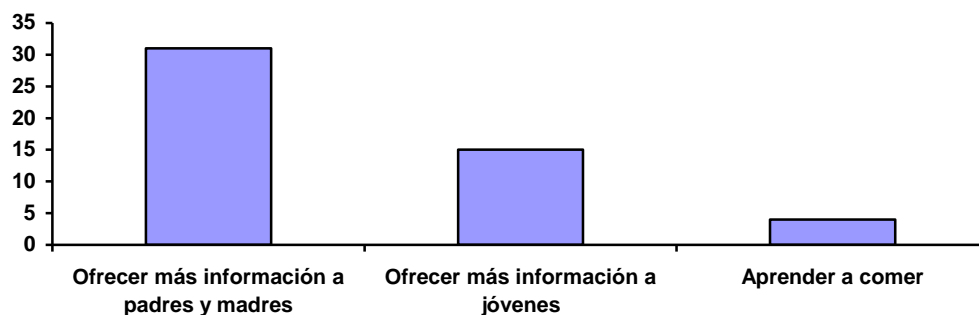
	Mucha	Poca	Nada
TOTALES	1	2	47
PORCENTAJES	2%	4%	94%



Como vemos casi la totalidad de los cuestionados creen que no existe nada de información sobre los trastornos en la conducta de la alimentación. Esto nos hace pensar que las familias están perdidas ante el desarrollo de un trastorno, que por lo tanto pueden demandar dicha información.

En cuanto a qué es lo que harían para solucionar esto, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario dijeron que,

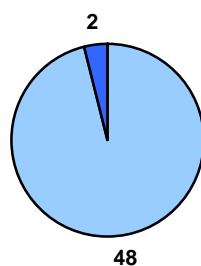
	Ofrecer más información a padres	Ofrecer más información a los jóvenes	Aprender a comer
TOTALES	31	15	4
PORCENTAJES	62%	30%	8%



Estos datos, estrechamente relacionados con los anteriores, nos hacen imaginar que se podría solicitar información y formación por parte de los padres y madres, pues para solucionar el problema de esta falta de información, el 62% indica que se debería ofrecer más información a éstos mismos, por otro lado un 30% indica que la información debería ofrecerse a los jóvenes.

En cuanto a si las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, han acudido a algún centro médico para tratar el problema,

	SÍ	NO
TOTALES	48	2
PORCENTAJES	96%	4%



De los padres cuestionados, casi la totalidad acudieron a un centro médico. Esta suele ser la primera opción que los padres toman cuando detectan el problema. Ofreciendo más información podrían saber que además de los centros médicos existen otros lugares donde acudir.

En cuanto a si las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario, como familiares han recibido algún tipo de ayuda o asesoramiento por parte de alguna institución y organismo público o privado, respondieron que

	SÍ	NO
TOTALES	0	50
PORCENTAJES	0%	100%

Este cuadro nos desvela que ninguna de las familias que acudieron en busca de ayuda, han recibido como tales ayuda alguna, por lo tanto el desamparo de las mismas es muy elevado, de lo que se puede estimar que muchos pidan ayuda especializada para sí mismos.

En cuanto a si la familia necesita más información sobre el trastorno y sus problemas, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario respondieron,

	SÍ	NO
TOTALES	50	0
PORCENTAJES	100%	0%

Como era de esperar, los datos que se arrojan de la tabla nos indican que las familias necesitan más información sobre el trastorno que está padeciendo su hijo o hija, pues les afecta de manera directa e integral en sus vidas. De esto se vuelve a desprender la idea de que estas familias necesitan asesoramiento y formación.

En cuanto la necesidad o no de la actuación con las familias mediante acciones educativo-formativas, para ayudarlas en el problema que soportan, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario opinan,

	SÍ	NO
TOTALES	50	0
PORCENTAJES	100%	0%

Esta tabla viene a afirmar lo anteriormente dicho, la totalidad de los padres y madres cuestionados estiman que es necesaria la actuación con las familias mediante acciones educativo-formativas, para ayudarlas en el problema que soportan.

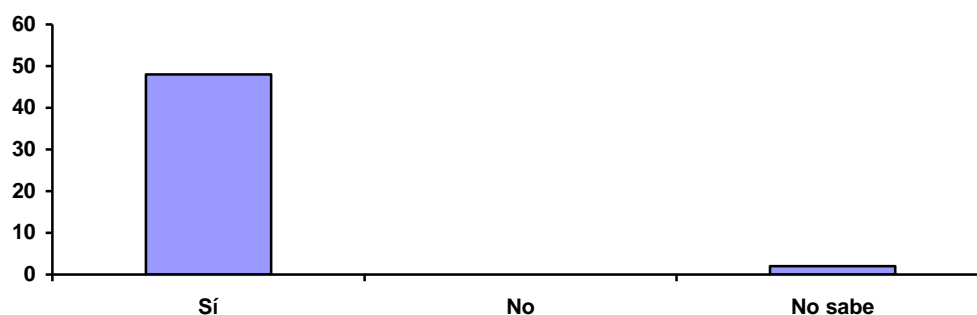
En cuanto a si se cree que la familia puede hacer algo para ayudar, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario piensan que,

	SÍ	NO
TOTALES	50	0
PORCENTAJES	100%	0%

Esta tabla nos arroja un dato esperanzador, la totalidad de las familias cuestionadas creen que su labor es necesaria, esto nos abre halagüeñas perspectivas en cuanto a poner en marcha actuaciones de formación – educación con las mismas.

En cuanto a si se ve necesaria o no la creación de una escuela de padres y madres en la asociación, las personas que acudieron a la asociación y que respondieron el cuestionario dijeron que,

	SÍ	NO	NO SABE
TOTALES	48	0	2
PORCENTAJES	96%	0%	4%



Esta gráfica nos arroja datos definitivos y alentadores, pues para casi la totalidad de los padres y madres cuestionados, sí es necesaria la creación de una escuela de padres y madres en la asociación, en la cual formarse y obtener la orientación que

necesitan sobre los trastornos en la conducta de la alimentación, y más concretamente en el trastorno que les afecta directamente.

2.8.- Conclusiones.

Que los trastornos en la conducta de la alimentación son una realidad que alcanza cada día a más jóvenes es una verdad que no sólo podemos constatar desde una revisión bibliográfica, o desde el desarrollo un marco teórico, esta investigación nos viene a demostrar que le problema es serio, y que desde el mundo de la educación podemos y tenemos la obligación de aportar nuestro granito de arena en aras de conseguir que dichos trastornos se curen y sean superados, no sólo por los afectados directamente y en propia persona, sino por todos aquellos que le rodean, toda aquella primera sociedad que es su familia.

Así, de esta investigación se desprende que más de la mitad de las personas que acuden en busca de ayuda son mujeres, madres en todos los casos. Aun así, debemos tener presente que casi la totalidad acudieron en compañía de su pareja. Un dato curioso es que no acudió ningún hombre solo, todos iban con su pareja.

Esto nos hace pensar que son las madres las que antes suelen percatarse de que sus hijos o hijas tienen algún problema o trastorno en la conducta de su alimentación, bien por la cercanía de las madres hacia los hijos e hijas, el denominado instinto materno, o bien por ser éstas las que más tiempo pasan en el hogar siendo ellas mismas las personas encargadas de dar de comer, cuidar, educar y velar por la salud e integridad de los hijos e hijas, durante un elevado volumen de tiempo con respecto al padre.

La situación laboral nos desvela que una mínima parte de los padres y madres está desempleado, el resto tiene ocupaciones, este puede ser un factor a tener muy presente a la hora de organizar cualquier actividad con los mismos, debido a la complejidad y diversidad de horarios con los que nos podemos encontrar.

A este último factor se le suma la disparidad en la procedencia de las familias, aunque se cuenta con la ventaja de que el 92% proceden de la propia capital y de su área metropolitana.

El nivel de estudios es otro factor a tener muy presente, pues debemos adecuar el nivel de las actividades de manera que estén al alcance de todos y todas, este elemento no debe suponer problema, pues la gran mayoría tiene, al menos, estudios elementales.

Como se puede comprobar el promedio de hijos e hijas por familia es de 2,5 hijos/as, donde el hijo/a afectado suele ser el primogénito como lo demuestra el 58% de los casos; la edad de la mayoría de los hijos afectados oscila entre los 17 a 20 años, es

decir, la plena pubertad y la salida de la misma, caracterizada por el desarrollo hormonal y psicológico de los mismos, dato a tener muy en cuenta pues estamos hablando de posibles receptores de las enseñanzas y orientaciones que los padres y madres puedan recibir.

Otro dato interesante y a tener muy presente es que el 78% de los casos afectados por un trastorno en la conducta de la alimentación viven con la familia, por lo tanto la familia sigue siendo el espacio idóneo para trabajar en la superación de los trastornos. Cabe destacar que un 18% vive fuera del núcleo familiar durante el curso académico, lo que podría dificultar el control familiar y necesario para la recuperación.

Por otro lado, de los padres cuestionados, un 66% había oído hablar antes de la enfermedad, lo que supone que más de la mitad conocían que los trastornos de la conducta alimentaria existían; esto puede suponer un buen punto de partida a la hora de formar a los padres y madres. Sólo el 6% conocían a alguien que padeciera el trastorno, esto nos deja ver que se ha oído hablar algo del tema, pero que en realidad no se sabe bien qué es, lo que nos puede impulsar a ofertar con éxito la formación.

Mucho más de la mitad de los cuestionados se percataron, pasados unos tres meses, que su hijo o hija padecía un problema con la comida, esto nos indica que la preocupación familiar por el estado de sus hijos e hijas es elevado, pudiendo presumirse que se cuenta con una estructura familiar preocupada por lo que ocurre y en consecuencia dispuesta a trabajar en la búsqueda de una salida lo más eficaz y rápida posible. En un momento u otro en la etapa del problema, los padres y madres hablaron con sus hijos e hijas, con la familia y con el médico de cabecera, acudiendo en busca de ayuda especializada.

La preocupación que desde las familias se detecta por el problema que les implica, hace sospechar la necesidad de unión, de un foro donde unirse con más padres afectados. La formación sobre el tema se estima que va ser recibida y acogida por su necesidad de formación, que a tenor de los datos se cree elevada y necesaria.

Como era de esperar, tal y como se indica desde los aspectos teóricos del trabajo, la mayoría de los afectados no admiten tener un problema, y se niegan a hablar con su familia de todo lo relacionado con el mismo. Capacitar a los padres y madres para entender por qué sus hijos o hijas se comportan así, saber reaccionar adecuadamente antes estas conductas, pueden ser acciones necesarias que las familias pueden aprender o desarrollar una escuela de padres.

La percepción de los padres y madres del por qué de la aparición de los trastornos en la conducta de la alimentación desvela que la gran mayoría posee una ligera noción de por qué ha ocurrido, pero esta noción no es clara y concisa, de lo que se deduce que no existe la suficiente información. El estado anímico de las familias afectadas se ve mermado considerablemente y en diferentes apreciaciones, bien por su desorientación, desconcierto... Los padres y madres necesitan por lo tanto ser igualmente atendidos que los hijos afectados.

En cuanto a los hábitos alimentarios, se desprende que se suelen hacer en la mayoría de los casos comidas caseras y en el propio hogar, estando además en la mayoría de los casos toda la familia junta, esto nos brinda de nuevo la oportunidad de usar la familia como plataforma donde trabajar para una exitosa, pronta y completa recuperación.

Las familias, en ocasiones, se han preocupado por las comidas, y han hablado e incluso realizado dietas, sobre todo las madres y los hijos e hijas. Este es un factor a tener en cuenta y a tratar en una posible intervención educativa, pues la educación nutricional se desvela como un factor importante a desarrollar y potenciar.

Un dato importantísimo es el que desprende que un 94% de los padres y madres cuestionados creen que no hay suficiente información sobre el problema. Esto nos anima a creer que la necesidad de información y formación más que necesaria, es una realidad. Ello se constata en que para la gran mayoría de los padres y madres se deberían ofrecer más información a los padres y a los jóvenes. Otro detalle que se suma es que un 8% cree que es necesario aprender a comer.

De los padres cuestionados la inmensa mayoría acudieron a un centro médico, pero como familias no han recibido ningún tipo de ayuda o asesoramiento, tan sólo lo recibieron los hijos o hijas afectados. Así la totalidad cree necesario que la familia reciba más información, a su vez, la totalidad también opina que se debería actuar con la familia mediante acciones educativas y formativas para ayudarlas en el problema que soportan, pues tal y como se desprende de los resultados, la totalidad cree que la familia puede hacer algo para ayudar. Puesto que en la actualidad la ayuda que se ofrece desde los organismos públicos es exclusiva para el afectado/a, concluye que es aconsejable y necesaria la ayuda y atención a la familia.

Así, ante la propuesta de creación de una escuela de padres y madres, casi la totalidad lo vieron interesante, esto nos hace concluir que, es necesaria la puesta en marcha de la misma, pues el sector a la que va dirigida la aceptaría, siendo por lo tanto

una acción viable en su puesta en marcha, por cuanto se cuenta con los usuarios localizados que usarían la misma.

2.9.- Propuesta educativa.

A tenor de lo expuesto en el marco teórico y más concretamente por la información obtenida desde el marco metodológico de la presente investigación, se presenta la siguiente propuesta educativa que viene a dar respuesta a las demandas y necesidades de formación e información que desde el colectivo investigado se desprenden, y en virtud de proporcionar toda la ayuda que desde los parámetros de las ciencias de la educación se puedan proporcionar.

La falta de información y formación que los padres y madres de hijos e hijas con trastornos en la conducta de su alimentación atesoran es clara. Desde la educación se puede ayudar y mucho a este sector de la población que padece los estragos de estos trastornos de una manera directa. La educación es quizá y hablando en términos médicos, el Vademécum donde encontrar la medicina que alivie el dolor, en este caso la incomprensión de qué es lo que está pasando y por qué, esta medicina puede llamarse educación no formal, y entre los componentes de este “jarabe” nos encontramos con las llamadas escuelas de padres y madres.

La educación no formal, siguiendo a Feroso (1994) y Sarramona (1998), se convierte aquí en el espacio idóneo por ser una actividad organizada, sistemática, educativa, realizada fuera del marco oficial, para determinadas clases de aprendizaje fuera de los grados propios del sistema educativo reglado. Es una actividad que se acomete a lo largo de la vida de las personas, y no está directamente dirigida a la provisión de grados del sistema educativo reglado. Otras características que la hacen ideal para este caso, es que su extensión temporal es indefinida, afecta a todas las personas, y no está institucionalizada. A todo esto se puede sumar que existen, siguiendo a Trilla (1993), diferentes ámbitos de la educación no formal, entre los que se encuentra la educación sanitaria, en la cual podríamos enclavar nuestra propuesta, pues promueve en la población, conocimientos, actitudes y hábitos relacionados positivamente con la promoción de la salud, abarcando aspectos preventivos y curativos, donde podemos incluir la educación nutricional o la formación de padres y madres sobre los trastornos en la conducta de la alimentación.

Así pues, conociendo el ámbito donde vamos a trabajar, conociendo los destinatarios y sus problemas, conociendo que se dispone de espacio para desarrollar las

propuestas, se cree que la información y la educación de los interesados puede ser desarrollada desde lo que vamos a llamar “Escuela de Padres y Madres”.

3.- BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Ramos, M^a. C. (2001): *Educación familiar, ¿reto o necesidad...?*, Dykinson, Madrid.
- Asociación de Psiquiatría Americana (1995): *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona.
- Bell, R. M. (1985): “Holy Anorexia”, en Toro, J. (1996): *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Ariel, Barcelona.
- Blasco González, M. P. y García Merita, M. L. (1995): *Trastornos de la conducta alimentaria*, Promolibro, Valencia.
- Brownell, K. D. y Fairburn, C. G. (1995): *Eating disorders and obesity*, The Guilford Press, New York.
- Brunet Gutiérrez, J. J., y Negro Faílde, J. L. (1994): *¿Cómo organizar una escuela de padres? Vol. I*, Ediciones San Pío X, Madrid.
- (1995): *¿Cómo organizar una escuela de padres? Vol. II*, Ediciones San Pío X, Madrid.
- Buckroyd, J. (1997): *Anorexia y bulimia*, Ediciones Martínez Roca, Barcelona.
- Calvo Sagardoy, R. (1988): *Manual de Psicoterapia Cognitiva*, Planeta, Madrid.
- Calvo Sagardoy, R. (2002): *Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*, Planeta, Madrid.
- Carazo Marín, E. (1995): *Nutrición para educadores*, Díaz de Santos Editor, Madrid.
- Cepeda Gómez, P. (1996): *Anorexia nerviosa: la prevención en familia*, Editorial Pirámide, Madrid.
- Cevera Laviña, M. (1996): *Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia*, Martínez Roca Ediciones, Barcelona.
- Chinchilla Moreno, A. (1995): *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*, Masson, Barcelona.
- Claude-Pierre, P. (1998): *¡Alerta!: anorexia y bulimia*, Vergara Editor – Grupo Z, Buenos Aires.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998): *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber: mapa para recorrer un territorio trastornado*, Gedisa Editorial, Barcelona.

- Escarbajal de Haro, A., Sáez Carreras, J., y García Martínez, A. (2000): *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*, Arán Editorial, Madrid.
- Espido Freire, L. (2002): *Cuando comer es un infierno: confesiones de una bulímica*, Aguilar, Madrid.
- Faílde Garrido, J. M^a. (et alt.) (2000): *Trastornos de la conducta alimentaria del tratamiento a la prevención*, Universidad de Vigo, Vigo.
- Fermoso, P. (1994): *Pedagogía Social – Fundamentación científica*, Editorial Herder, Barcelona.
- Fernández Aranda, F. y Turón Gil, V. J. (1998): *Trastornos de la alimentación, guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Masson Editorial, Barcelona.
- García Hoz, V. (Dir.) (1993): *La educación en el nivel primario*, Rialp Ediciones, Madrid.
- García Rodríguez, F. (1993): *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*, Díaz de Santos Editor, Madrid.
- Garner, D. M. (aut.) (1998): *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*, Tea Ediciones, Madrid.
- Gavino Lázaro, A. (1995): *Problemas de alimentación en el niño*, Ediciones Pirámide, Madrid.
- Gismero González, E. (1996): *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*, Universidad Pontificia Comillas Editora, Madrid.
- Gual García, P. (2000): *¿Anoréxica yo?, ¿anoréxica mi hija?*, Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Guerrero-Pardo, D. (et alt.) (2000): *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática*, (sin publicar).
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994): *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Masson, Barcelona.
- Herrera Menchén, M^a. M. (1998): *El desarrollo de procesos de acción socioeducativa desde la perspectiva de la animación sociocultural*, Universidad de Sevilla - Diputación de Sevilla, Sevilla.
- Maganto Mateo, C., Roiz Mur, O., y Del Río Cano, A. (2000): *Guía de trastornos de la alimentación*, Dirección de Juventud, Cooperación y Tolerancia – Ayuntamiento de San Sebastián, San Sebastián.

- Ochoa, E. F. L. (1996): *De la anorexia a la bulimia*, Aguilar, Madrid.
- Oneca de Miguel, F. (1999): *Punto y final a la anorexia, punto y seguido a la vida*, Editorial Mintzoa, Pamplona.
- Otero Rodríguez (et alt.) (2001): *Incidencia de la anorexia nerviosa en una Unidad Pública de Salud Mental Infanto – Juvenil*, (sin publicar).
- Perpiñá Tordera, C. (1989): *Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión*, Promolibro, Valencia.
- Ponce de León Hernández, C. (2000): *Aspectos médicos en el abordaje de los trastornos del comportamiento alimentario*, (sin publicar).
- Quintana Cabanas, J. M^a. (Coord.) (1993): *Pedagogía familiar*, Narcea Ediciones, Madrid.
- Raich i Escursell, R. M^a. (1996): *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*, Pirámide, Madrid.
- Real Academia Española (2001): *Diccionario de la lengua española*, Espasa Calpe – Real Academia Española, Madrid.
- Rincón, A. (1996): *Trastornos de la conducta alimentaria en relación con la imagen: anorexia y bulimia en las mujeres*, Instituto Vasco de la Mujer, Vitoria.
- Saldaña García, C. (1994): *Tratamiento del comportamiento alimentario*, Fundación Universidad – Empresa, Madrid.
- San Sebastián Cabasés, J. (2000): *Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios*, (sin publicar).
- Sarramona, J. (et alt.) (1998): *Educación no formal*, Editorial Ariel, Barcelona.
- Schulndt, D. G. y Jonson, W. G. (1990): *Eating disorders*, Allyn & Bacon Editorial, Boston.
- Serrato Azat, G. (2000): *Anorexia y bulimia trastornos de la conducta alimentaria*, Libro-Hobby-Club Editorial, Madrid.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1997): *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?, Llaves sistemáticas para la apertura comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*, Gedisa Editorial, Barcelona.
- Striegel-Moore, R. H. y Smolak, L. (2001): *Eating disorders*, American Psychological Association, Washington D.C.
- Thompson, K. J., Smolak, L. (2001): *Body image, eating disorders and obesity in youth*, American Psychological Association, Washington D.C.

- Toro, J. (1996): *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Ariel, Barcelona.
- Toro, J. y Viladell, A. (1987): *Anorexia nerviosa*, Martínez Roca, Barcelona.
- Trilla, J. (1993): *La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social*, Ariel Editorial, Barcelona.
- Turón Gil, V. J. (1997): *Trastornos de la alimentación*, Masson Editorial, Barcelona.
- Vandereycken, W., Castro, J., y Vanderlinden, J. (1991): *Anorexia y bulimia: la familia en su génesis y tratamiento*, Martínez Roca, Barcelona.
- Varios (2001): *Guía de la campaña de comunicación para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)*, Instituto de la Juventud – Fundación Puleva, Madrid.

4.- ANEXOS

4.1.- Cuestionario para familias.

1. Edad: _____.
2. Sexo: _____.
3. Indique su lugar de procedencia.
Granada capital: _____. Área metropolitana: _____.
Provincia de Granada: _____. Otras provincias: _____.
4. Viene sólo o acompañado de su cónyuge: _____.
5. En caso afirmativo indique de quién: _____.
6. Señale su nivel de estudios:
Elemental: _____. Universitarios de grado medio: _____.
Bachillerato: _____. Universitarios de grado superior: ____.
7. Indique su situación laboral:
Cuenta propia: _____. Ama de casa: _____.
Cuenta ajena (privado): _____. Desempleado: _____.
Cuenta ajena (público): _____. Jubilado: _____.
Estudiante: _____. Otros: _____.
8. Número de hijos: _____.
9. Lugar que ocupa el hijo/a afectado/a: _____.
10. Indique la edad del hijo/a afectado/a? _____.
11. Indique el tipo de trastorno que padece su hijo/a? _____.
12. Indique si el afectado vive con la familia o lo hace de forma independiente
_____.
13. ¿Había oído hablar antes de este trastorno? _____.
14. En caso afirmativo, ¿qué conocimiento tenía de él? _____

_____.
15. ¿Conocía a alguien que padeciera el trastorno? _____.
16. ¿Qué pensaba del trastorno antes de conocerlo? _____

17. ¿Qué piensa ahora? _____

_____.

18. ¿Cuándo se percató o empezó a sospechar que su hijo/a padecía algún problema?

Hace 12 meses o más: _____.	11-10 meses: _____.
9-8 meses: _____.	7-6 meses: _____.
5-4 meses: _____.	3-2 meses: _____.
	1 mes o menos: _____.

19. ¿Cómo notó el problema que padecía?

Perdía peso: _____.	Se pesaba varias veces al día: _____.
Cambió su carácter: _____.	Medía las calorías que comía: _____.
Iba perdiendo amigos/as: _____.	No salía de casa: _____.
No quería comer: _____.	Se volvió muy competitivo/a: _____.
	Otro: _____.

20. ¿Qué comportamientos le hicieron sospechar?

21. ¿Qué hizo entonces?

22. ¿Cuál fue la reacción de su hijo/a?

Aceptó hablar sobre el tema: _____. No aceptó hablar sobre el tema: _____.
Aceptó que tenía un problema: _____. No aceptó que tenía un problema: _____.

23. ¿Cuál cree que fue la causa de que su hijo/a cayera enfermo/a?

No se sentía bien con su cuerpo: _____.	Influencia de moda, T.V.: _____.
Influencia de amigos/as: _____.	No lo sabe: _____.

24. ¿Cómo se sintió usted cuando descubrió el problema?

25. ¿Qué hábitos alimentarios tienen en su hogar?

26. ¿Qué comidas se solían hacer en casa?

Desayuno: _____.	Merienda: _____.
Almuerzo: _____.	Cena: _____.

27. ¿Han cambiado estos hábitos mencionados?

28. En caso afirmativo, ¿en qué los han cambiado?
29. ¿Comía toda la familia junta?
30. ¿Se han preocupado alguna vez por las comidas en casa, dietas...?
31. En caso afirmativo, ¿quién lo hacía?
32. ¿Cree usted que hay suficiente información sobre el problema?
33. En caso negativo, ¿qué haría usted para solucionarlo?
34. ¿Ha acudido a algún centro médico para tratar el problema?
35. ¿Ha recibido usted, como familiar, algún tipo de ayuda o asesoramiento por parte de alguna institución y organismo público o privado?*
36. ¿Cree que la familia necesita más información sobre el trastorno y sus problemas?
37. ¿Cree que se debería actuar con las familias, mediante acciones educativo-formativas, para ayudarlas en el problema que soportan?*
38. ¿Piensa que la familia puede hacer algo por ayudar?
39. En caso afirmativo, ¿qué se puede hacer?
40. ¿Ve interesante la creación de una escuela de padres y madres en la asociación?*

* Estas preguntas se realizaron para esta investigación vía telefónica previo contacto con las personas que respondieron el cuestionario.

4.2.- Páginas web consultadas y de interés sobre el tema.

- www.fumtadip.org.ar/articulos.htm
- www.geocities.com/newmodel_1999/bulimia/
- www.tuotromedico.com/temas/anorexia.htm
- www.paidopsiquiatria.com/anorexia/anorexia.htm
- www.dietanet.com/htm
- www.bulimianorexia.com.ar
- www.cipaj.org/document62n.htm
- www.angelfire.com/md2.diemo/Maldavcky.htm
- www.adolescentesxlavida.com.ar/a&b.htm
- www.ecomedic.com/em/anorexia.htm
- www.terra.es/personal8/anorexiabulimia/
- www.lafacu.com/apuntes/medicina/anorexia/default.htm
- www.lafacu.com/apuntes/medicina/buli_anore/default.htm
- www.aluba.org
- www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html
- www.centrealba.es/español/welcome.htm
- www.lanzadera.com/detrás
- www.acab.org/cat/altres/altres.htm
- www.adaner.org
- www.nationaleatingdesorders.org
- www.tuotromedico.com/temas/bulimia.htm
- www.ecomedic.com/em/bulimia/htm
- www.paniamor.or.cr/novedades/aportes/bulimia.shtml
- www.elmedicodefamilia.com
- www.humanas.unsl.edu.ar/bulimiayanorexia
- www.comenzar de nuevo.org
- www.monografías.com/trabajos/bulimiano/bulimiano.shtml
- www.fumtadip.org.ar/articulos.htm