

## Tema 6

### *“La Alimentación y el desarrollo emocional prevención de los trastornos de la alimentación”*

#### 6.1. Introducción

##### 6.1.1. Objetivos específicos

#### 6.2. La alimentación y el desarrollo emocional

##### 6.2.1. La alimentación y las emociones

#### 6.3. Prevención de los trastornos de la alimentación

##### 6.3.1. Características evolutivas de la pubertad y la adolescencia.

##### 6.3.2. ¿Qué son la anorexia y bulimia nerviosas?

###### 6.3.2.1 Anorexia nerviosa

###### 6.3.2.2 Bulimia nerviosa

###### 6.3.2.3 Semejanzas y diferencias entre anorexia y bulimia

##### 6.3.3. Consecuencias de la anorexia y la bulimia

##### 6.3.4. ¿Quién puede desarrollar una anorexia o una bulimia?

###### 6.3.4.1. a) Factores predisponentes

###### 6.3.4.1. b) Factores precipitantes

###### 6.3.4.1. c) Factores de mantenimiento

##### 6.3.5. ¿Cómo puede detectar el profesorado que está ante una alumna/o con anorexia o bulimia?

##### 6.3.6. ¿Cómo prevenir estos trastornos?

###### 6.3.6.1. ¿Cómo ayudar a las familias?

###### 6.3.6.2. ¿Qué puede hacer el profesorado en la prevención?

##### 6.3.7. Trabajo del profesorado en la prevención

###### 6.3.7.1. Autoestima: Concepto y desarrollo

###### 6.3.7.2. La imagen corporal

###### 6.3.7.3. Los condicionantes socioculturales

#### 6.4. Bibliografía

#### 6.5. Glosario de términos



## 6.1. Introducción

Los trastornos de alimentación y en particular la anorexia y la bulimia están aumentando en nuestros días. **Para entender la génesis de estos trastornos es preciso tener una perspectiva multidimensional que abarque tanto factores biológicos, psicológicos como socioculturales.** La forma en que éstos interactúan entre sí puede influir en la aparición del problema y su mantenimiento.

Estamos ante trastornos cuyas repercusiones son graves: tienen un tratamiento largo y complicado, se cronifican en buena parte de los casos, conllevan un gran sufrimiento personal y familiar y pueden dar lugar a la muerte.

Las adolescentes son las más vulnerables y no es raro puesto que están en proceso de construcción de su identidad, no poseen aún criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos vigentes. El ideal de belleza impone un cuerpo cada vez más delgado y la industria basada en la delgadez es cada vez mayor: productos para adelgazar, para no engordar, publicaciones sobre dietas, etc.

Sin duda el conocimiento y la reflexión por parte del profesorado sobre este tipo de trastornos puede ayudar a la prevención y detección precoz.

**El trabajo en el aula dirigido a ayudar a los adolescentes a desarrollar un juicio más crítico sobre los ideales estéticos, a formarse sus propios valores, a valorar su cuerpo y todas las posibilidades que éste ofrece, animarles en la elección de modelos positivos, a reconocer sus capacidades y limitaciones, a respetar las diferencias, etc, será fuente de prevención.**

### 6.1.1. Objetivos específicos

#### (6-12 años)

- Ayudar a conseguir un mayor autoconocimiento y fomentar la elección de modelos positivos más acordes con sus posibilidades físicas y emocionales.
- Tomar conciencia de la propia imagen corporal y favorecer su aceptación, así como respetar las diferencias físicas sin ningún tipo de discriminación.
- Identificar las emociones y sentimientos relacionados con la alimentación.
- Reconocer las propias preferencias alimentarias y aumentar la responsabilidad de alimentarse autónomamente.

#### (12- 16 años)

- Relacionar la autoestima y la autoaceptación corporal con los modelos alimentarios.
- Tomar conciencia de “los usos” de la alimentación en diferentes situaciones: calmar la ansiedad, compensar la frustración, consuelo, desahogo, refugio, soportar el aburrimiento, etc.
- Identificar incentivos ligados a su actual comportamiento alimentario y desarrollar hábitos de autocontrol para combatir las presiones sociales.
- Valorar positivamente el propio cuerpo y reconocer las distintas posibilidades que ofrece, no sólo las estéticas.

## 6.2. La alimentación y el desarrollo emocional

Cuando el niño deja de ser bebé y aprende nuevas habilidades como hablar, andar o jugar se va diferenciando de las personas que le cuidan, consiguiendo mayor autonomía. La alimentación es una faceta en la que va a ejercer esta mayor libertad, mostrando sus gustos y aversiones. El período que transcurre entre los seis y los doce años es fundamental en el aprendizaje, por lo que es importante conseguir que adquiera hábitos de alimentación adecuados.

En el aula es conveniente trabajar todos aquellos contenidos que van a ayudar al niño a desarrollar los sentidos en relación con la comida, para poder aumentar el conocimiento y el gusto por los alimentos. De esta manera tendrá mayor conciencia de cuáles son sus preferencias alimentarias y de cómo esto les diferencia de otras personas.

Los objetivos serán que el niño estuviese preparado para apreciar paulatinamente una mayor cantidad y variedad de sabores y conseguir que se alimente autónomamente de una manera apropiada.

Las preguntas claves son: ¿Qué suelo comer y beber?, ¿Qué es lo que más me gusta?, ¿Qué comen los demás?, ¿Cuándo y dónde como?. A medida que el niño va creciendo, en torno a la pubertad, ya está en disposición de preguntarse también los porqués, reconociendo qué factores sociales y familiares influyen en sus hábitos y cómo repercuten éstos en su salud.

En la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto, se puede ya trabajar con hipótesis y no con objetos reales, pudiendo reflexionar acerca de los propios pensamientos y sentimientos; por tanto se está en condiciones de comprender que es posible modificar las preferencias y hábitos alimentarios.

Se debe trabajar intentando conseguir que los adolescentes consigan identificar los componentes emocionales del acto de comer, identificando la necesidad de cambiar con respecto a los actuales modelos alimentarios así como desarrollar un mayor autocontrol para poder elegir la propia comida y disfrutar del placer de comer, al margen de las presiones sociales.

### 6.2.1. La alimentación y las emociones

La ingesta de alimentos constituye un proceso de comunicación, de significados emocionales (A. Corral, 1.999.) Confundir la comida con las emociones es algo frecuente. Las personas, en ocasiones, recurrimos a la comida para sentirnos mejor cuando nos sentimos frustrados, ansiosos, aburridos o solos. La tristeza o la cólera son emociones que nos pueden llevar a comer sin tener hambre o a no comer cuando deberíamos hacerlo.

Durante el primer año de vida, los niños aprenden a conocer el mundo utilizando su boca. La primera relación de afecto es la que se desarrolla entre el bebé y quienes le alimentan. Así pues, se genera una relación básica que perdurará durante toda nuestra vida: el afecto y la nutrición.

Cuando el niño no recibe una adecuada atención, ya sea por exceso (ofreciendo comida ante cualquier malestar), o por defecto (negligencia), probablemente crecerá en la perplejidad y la confusión, sintiéndose incapaz de distinguir cuándo tiene hambre de cuando está satisfecho y, en el futuro, tendrá dificultad para diferenciar entre la necesidad de alimento y otras necesidades o emociones.

También en el ámbito familiar se crean diferentes patrones de interacción en los que se utiliza la comida con fines distintos a la nutrición, puede ser usada como arma ofensiva o defensiva, como castigo o recompensa.

También los niños utilizan la comida, aunque de manera menos obvia, para oponerse al control paterno y marcar su independencia. Comer o no comer llega a establecerse como fuente

de poder o como la única forma en la que se pueden expresar emociones totalmente normales como el enfado o la ira. (E. Abramson, 1.993).

Desde niños se nos debería ayudar a **identificar las emociones**. Todo el mundo experimenta cierta dificultad para identificar lo que está sintiendo, en algunos casos el problema es tan profundo que se convierte en una patología, la *alexitimia*. Con este nombre se conoce a la incapacidad para ser consciente de lo que se siente y expresarlo. Las personas que sufren trastorno del comportamiento alimentario tienen una gran confusión sobre sus estados internos, incluidas las sensaciones de hambre o saciedad.

**Quienes recurren a la comida o la rechazan como forma de compensar sus emociones probablemente hayan aprendido desde niños a minimizar, negar o no mostrar ante otras personas lo que están sintiendo.**

Las emociones se corresponden con cambios físicos más o menos intensos (aumento del ritmo cardíaco y presión arterial, alteraciones intestinales o estomacales...), aun así a algunas personas les puede resultar difícil saber qué las causa, sobre todo si se experimentan diferentes emociones a la vez o si se fluctúa de una a otra, por ejemplo, de la cólera a la culpa.

Las emociones que generalmente acompañan a un uso inadecuado de la comida suelen ser la tristeza, el miedo, la ansiedad, el aburrimiento y la soledad. Entre todas ellas destaca la ansiedad. Todo conflicto psicológico produce ansiedad (Abramson, 1.993.)

Generalmente la ansiedad es más intensa cuanto menos se conoce la causa que lo provoca. Por ello, para reducirla es importante identificar la fuente de la ansiedad: qué situaciones, acontecimientos la disparan y qué pensamientos ilógicos, exagerados (que generalmente auguran un desenlace catastrófico) la acompañan. Sustituir estos por otros más racionales y acordes con la realidad y aprender a relajarse son formas de enfrentarla.

También es frecuente utilizar los alimentos, cocinándolos o comiéndolos, como forma de combatir el aburrimiento o como forma de compañía, de "llenar un vacío" relacional. Comer o dejar de hacerlo por estar enfadado es algo que ocurre más en mujeres que en varones, ya que tradicionalmente a éstas se les ha reprimido mostrar cólera. Las personas que creen que no tienen derecho a enfadarse o las que se asustan mucho ante sus propias reacciones de furia son más propensas a usar la comida inadecuadamente.

Es conveniente enseñar a los niños y adolescentes a expresar asertivamente la ira es decir, hacerles distinguir entre la expresión espontánea y directa del resentimiento, el sarcasmo o la insinuación; y fomentar el empleo de un lenguaje expresivo, sin acusaciones, violencia o ataques, utilizándolo de forma descriptiva, haciendo saber lo que se siente, cuál es el problema e intentando plantear posibles soluciones.

## 6.3. Prevención de los trastornos de la alimentación

### 6.3.1. Características evolutivas de la pubertad y la adolescencia

Para realizar un trabajo preventivo es necesario conocer los cambios psicológicos que tienen lugar en la pubertad y adolescencia.

La gran cantidad de transformaciones que tiene lugar en la adolescencia (fisiológicos, endocrinos, morfológicos, relacionales...) produce una fragilidad en el adolescente, por ello, son muchos los autores que han descrito los trastornos de la alimentación como fracasos en la superación de la adolescencia, como conflictos en el proceso de construcción de la identidad.

Se ha intentado situar la adolescencia tanto en términos cronológicos como psicosociales. Comenzaría en la pubertad: entre los 10'5 años para las chicas y 11'5 para los chicos. La duración

de estos cambios se estima entre tres y cuatro años. También se han hecho esfuerzos para situar el final de la misma. La OMS señala los 20 años como edad tope, otros autores hablan de 22 años, incluso se dice que podría alargarse más porque los adolescentes no pueden acceder a conductas socialmente consideradas de adultos: responsabilidades sociales, familiares, laborales, etc.

Como referencia podría servir el siguiente esquema:

9-11 años	-	prepubertad
11-13 años	-	pubertad
13-15 años	-	adolescencia temprana
15-22 años	-	adolescencia

Stanley Hall sostenía que el desarrollo de la adolescencia transcurre según pautas universales que van más allá de las características del ambiente sociocultural en el que se vive. Esta idea ha sido muy discutida. Sin embargo, sí parece haber un cierto acuerdo sobre que el fenómeno de la adolescencia tiene características psicológicas determinadas, que el individuo vivirá en función de las características propias de su cultura.

La adolescencia, como ya sabemos, se caracteriza por un periodo de cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos.

Arminda Aberastury habla incluso del “síndrome normal de la adolescencia” para describir este periodo, ya que según ella, para conseguir una cierta estabilización de la personalidad es necesario pasar por un cierto grado de conducta patológica. Los adolescentes, pasan así por desequilibrios e inestabilidades extremas.

Tanto Freud, Gringberg, como Winnicot afirmaban que sería incluso anormal que hubiera un equilibrio estable en un adolescente.

Todos los cambios implican ganancias y pérdidas que pueden costar más o menos elaborarlas, Pero: ¿qué pierde un adolescente?:

- El cuerpo infantil.
- La identidad y el rol infantil.
- Los padres de la infancia.

El cuerpo: La gran cantidad de cambios corporales pueden resultar difíciles de entender y aceptar; uno mismo puede llegar a no reconocerse.

La identidad y el papel de niño. La identidad es la percepción de sí mismo, como alguien diferenciado de los demás que mantiene continuidad y coherencia a lo largo de la vida. En la adolescencia esta continuidad se rompe y surge la pregunta *¿quién soy yo?*.

Los padres. Nos referimos con la separación a una independencia psicológica: no necesitar el afecto y apoyo continuo de los padres para sobrevivir.

Se produce una desidealización de las figuras parentales, pueden entender que los padres no son perfectos, que no lo saben todo, y que no lo hacen todo bien. En algunos casos se vive en el extremo opuesto: los padres no saben nada, no comprenden nada y hagan lo que hagan está mal.

En los padres también surgen dificultades. Pueden presentar lo que se llama la *ambivalencia dual*, ya que es la misma que presentan los hijos al separarse de los padres (desear y no desear la separación).

Algunos de los rasgos que caracterizan a la adolescencia son:

- Una búsqueda de sí mismo y de la propia identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosas; ateísmo/misticismo.
- Actitudes sociales reivindicatorias/ antisociales.
- Conducta dominada por la acción.
- Constantes fluctuaciones del estado de ánimo.
- Separación progresiva de los padres.
- Evolución sexual.

### 6.3.2. ¿Qué son la anorexia y la bulimia nerviosas?

La anorexia (AN) y la bulimia nerviosas (BN) pertenecen al grupo de los trastornos de la alimentación, trastornos cuya base y fundamento se encuentran en alteraciones psicológicas.

Es preciso establecer un diagnóstico diferencial con aquellas enfermedades físicas que conllevan una pérdida importante de peso y con algunas enfermedades mentales como la depresión. La diferencia fundamental de los trastornos como la AN o la BN con otras enfermedades radica en que, tanto en la anorexia como en la bulimia, la persona tiene el deseo específico de adelgazar o un miedo intenso a ganar peso.

#### 6.3.2.1. Anorexia Nerviosa (AN):

Se denomina así a la alteración que se caracteriza por:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso inferior al 85% del 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 un bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; p. ej., ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales como la administración de estrógenos).

Existen dos tipos:

**Tipo restrictivo:** no se recurre regularmente a atracones o a purgas

**Tipo purgativo:** se realizan atracones y purgas.

\* Descripción según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. American Psychiatric Association. 1995

### 6.3.2.2. Bulimia Nerviosa (BN):

Se denomina bulimia nerviosa a la alteración que se caracteriza por:

- La presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - Ingerir alimento en un corto periodo de tiempo (p. ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un espacio de tiempo similar en las mismas circunstancias.
  - Tener la sensación de perder el control sobre la ingesta del alimento (no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- Realizar conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana, durante un periodo de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa:

**Purgativa:** durante el episodio de bulimia la persona se provoca regularmente vómitos o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**No purgativa:** la persona ayuna o hace ejercicio físico intenso pero no se provoca vómitos ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

\* Descripción según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. American Psychiatric Association. 1995

### 6.3.2.3. Semejanzas y diferencias entre AN y BN

**Se puede dar un desplazamiento de la anorexia nerviosa a la bulimia nerviosa y al contrario, aunque esto último sea menos frecuente:** entre un 30% y un 50% de las personas que presentan anorexia nerviosa también manifiestan ataques de bulimia, sobreingesta y vómitos autoprovocados.

A veces, nos resulta difícil saber si estamos frente a un caso de bulimia o anorexia porque ambos trastornos tienen grandes **semejanzas**:

- Afectan a las mujeres mucho más que a los hombres.
- Se presentan en mujeres jóvenes y muy jóvenes preferentemente, siendo la bulimia más frecuente que la anorexia.
- Existe una obsesión por la figura corporal y el peso que se intenta controlar a través de distintas prácticas o dietas.

Aunque no puede afirmarse de forma general, se han descrito algunos rasgos que **diferencian** a las personas que poseen estos trastornos.

#### Características de las personas con Anorexia Nerviosa:

- Alexitimia: dificultad para darse cuenta de sus estados internos y sentimientos (hambre, ansiedad, tristeza....).
- Capacidad de ejercitar la voluntad para controlar el deseo de comer.
- Comportamiento ejemplar hasta la instalación de la enfermedad.
- Presencia de amenorrea, es decir, ausencia de la regla.
- Sexualmente inactiva también a nivel de deseo.
- Negación del hambre y la enfermedad, llegando a considerar su conducta alimentaria normal e incluso motivo de orgullo.
- Oscilación entre peso muy bajo a bajo, con apariencia flaca y demacrada.
- Introversión y retraimiento social.
- La edad en que se presenta el trastorno es más temprana, entre los 14 y 18 años (se está constatando el descenso de la edad de inicio).

#### Características de las personas con Bulimia Nerviosa:

- Mayor concienciación de sus estados internos, sentimientos y emociones.
- Menor capacidad de controlar sus propios impulsos.
- A veces, tienen trastornos de conducta asociados, como abuso de alcohol y otras drogas.
- Con frecuencia, es una persona sexualmente activa.
- Aceptación con más facilidad de la gravedad y seriedad del trastorno, teniendo conciencia de que algo anormal les ocurre y pueden pedir ayuda espontáneamente.
- Aspecto saludable e incluso presentación de sobrepeso, por lo que es más difícil de detectar desde fuera.
- Extroversión y una vida social activa.
- La edad en que se presenta la enfermedad es más tardía.

### **6.3.3. Consecuencias de la anorexia y de la bulimia nerviosas.**

A continuación, vamos a describir qué consecuencias tienen estas enfermedades para las personas que sufren estos trastornos tanto a nivel **físico, cognitivo, perceptivo como emocional**.

Es importante que tengamos en cuenta que las consecuencias o los daños que se producen son mayores cuanto mayor es la gravedad o la duración de la enfermedad.

Algunas de las consecuencias físicas de la **Anorexia nerviosa** son semejantes a las descritas en la bulimia nerviosa y otras son específicas como:

- La disminución del gasto energético y de la temperatura del cuerpo que produce sensación de frío.
- Disminución de las pulsaciones cardíacas (bradicardia), la bajada de la presión arterial y arritmias que pueden provocar un paro cardíaco y causar la muerte.
- Piel seca, áspera, quebradiza y fría especialmente en las manos y pies.
- Puede aparecer un vello fino y largo, tipo pelusa, llamado lanugo en las zonas que normalmente no tienen vello como la espalda, los brazos y las mejillas.
- Retardo en la evacuación gástrica lo que genera una sensación de saciedad precoz.

- Estreñimiento que puede llegar a requerir la utilización de enemas. Ausencia de menstruación o amenorrea por un período de tres meses o más.
- Osteoporosis que implica la posibilidad de fracturas espontáneas, a causa de la disminución de calcio.

De hecho la gravedad de la anorexia nerviosa viene dada también por la tasa de **mortalidad** que oscila entre un 5% y un 10 % según las distintas investigaciones. En el caso de la bulimia esta tasa no está definida, aunque se sabe que es menor que la de anorexia.

En la **Bulimia nerviosa**, a nivel físico se puede producir:

- Una pérdida irreversible del esmalte en los dientes.
- Daños en las encías, el paladar y la garganta.
- El rostro se redondea a consecuencia del aumento de las glándulas salivales.
- Aparece debilidad muscular, hormigueos y calambres por disminución de sodio.
- El cuerpo se deshidrata.
- En el aparato digestivo – esófago, estómago e intestino - hay también daños como gastritis, reflujo gastro-esofágico por el cual el cuerpo se acostumbra a vomitar espontáneamente, sin tener que hacer ningún esfuerzo; diarreas y dolores abdominales.
- En el aparato cardiovascular se da una disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca o taquicardia, aparición de arritmias cardíacas, que si son graves, pueden ocasionar paro cardíaco y la muerte (que también puede darse debido a la pérdida de potasio en sangre).
- Si se abusa de diuréticos por mucho tiempo se puede llegar a sufrir daños en el aparato urinario.
- Irregularidades menstruales o ausencia de la menstruación.
- Callosidades y erosiones en las manos en el punto de roce contra los dientes cuando se utilizan para provocar el vómito.

Tanto en la anorexia como en la bulimia se pueden observar **pensamientos persistentes referidos principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal**: “estoy demasiado gorda”, poco a poco se constituye en una temática casi exclusiva y asociada a una ansiedad cada vez mayor.

Este tipo de pensamientos genera gran ansiedad y causa también una buena parte de los conflictos que se tienen con las personas con las que se convive.

Entre las distorsiones de pensamiento podemos citar el hecho de llegar a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales de un tema (“*sólo puedo controlarme a través de la comida*”), generalizaciones excesivas (“*cuando comía hidratos de carbono estaba gorda, por lo tanto debo evitarlos*”), magnificación de posibles consecuencias negativas (“*si aumento un kilo de peso, no lo podré resistir*”), pensamiento dicotómico, todo o nada (“*si no me controlo del todo, no me podré controlar en absoluto*”), ideas de autorreferencia (“*cuando como, me parece que todo el mundo me mira*”).

La autopercepción o **la representación mental que se tiene del propio cuerpo aparece alterada**. Estando extremadamente delgadas, llegan a percibirse como gordas.

**También se actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad y otras sensaciones corpóreas, como la fatiga, no fueran percibidos.**

La ansiedad puede llegar a ser generalizada y provocar **alteraciones del sueño**. Asimismo, se puede dar una **cierta fobia social**, evitando determinadas situaciones sociales para no ser observadas ni juzgadas y, a su vez, la relajación que ello conlleva, conduce cada vez más al **aislamiento**.

También aparecen **fenómenos obsesivos compulsivos**, es decir, pensamientos circula-

res, repetitivos, persistentes -“que no me puedo quitar de la cabeza”- y conductas más o menos extravagantes relacionadas con la comida y el peso, realizadas día a día, siempre de la misma manera y reiteradamente, practicadas con muy poco grado de libertad y de forma compulsiva.

Asimismo, se da una **baja autoestima** al estar ésta basada en la imagen corporal “si no me considero atractiva, es que no sirvo para nada”, acompañada de un intenso miedo al rechazo o al abandono.

Aparecen también síntomas de **depresión** como tristeza, llanto frecuente, incapacidad de disfrutar de situaciones que antes eran placenteras, irritabilidad, etc.

#### **6.3.4. ¿Quién puede desarrollar una anorexia o una bulimia?**

Como ya hemos dicho anteriormente, este tipo de trastornos se dan en una proporción mucho mayor en las mujeres, sobre todo en aquellas sociedades que enfatizan la delgadez como ideal de belleza.

Como veremos, es necesario que se den un conjunto de situaciones, circunstancias o factores para explicar por qué alguien desarrolla una anorexia o una bulimia; sin embargo, lo que sí se puede afirmar es que **el progresivo incremento de la incidencia de estas enfermedades en las sociedades occidentales y el hecho de que se dé en una proporción mucho mayor en las mujeres, tiene como causa la presión por el ideal estético, especialmente por el ideal de belleza femenina.**

Los factores que pueden llegar a explicar por qué alguien es más vulnerable a estos trastornos se suelen clasificar en:

- a) **Factores predisponentes:** son los que hacen que seamos más vulnerables a desarrollar un trastorno cuando se dan determinadas combinaciones de características individuales, familiares y factores socioculturales.
- b) **Factores precipitantes:** hacen que se desencadene la enfermedad en un determinado momento o circunstancias estresantes como una separación, una pérdida, un exceso de actividad física y/o la decisión de empezar una dieta.
- c) **Factores de mantenimiento:** son los que hacen que se perpetúe o perdure la enfermedad y tienen que ver fundamentalmente con las consecuencias, con los efectos fisiológicos y emocionales de no comer.

##### **6.3.4.1.a) - Factores predisponentes**

Dentro de ellos, se puede hablar de dos tipos de factores: individuales y familiares.

- **Los factores individuales** que hacen más vulnerable a una persona a poseer un trastorno de la alimentación tienen que ver con determinadas características como:
  - Falta de autonomía.
  - Vivir muy pendientes de lo que los demás esperan de una misma o de darles satisfacción.
  - Una baja autoestima.
  - Tendencia al perfeccionismo.
  - Miedo a madurar, a crecer y a manejar la independencia que esto implica.

Algunos autores consideran que caemos en un error cuando nos referimos a la AN y la BN en singular, descuidando la complejidad que hay en cada una de ellas y más aún cuando personificamos y nos referimos a “la anoréxica” o “la bulímica” como si todas las personas fueran idénticas. Estos autores se refieren a la AN o a la BN como un conjunto de síntomas que aparecen asociados a diferentes cuadros psicopatológicos

(depresión, neurosis obsesiva, trastornos bipolares...) e incluso, una misma persona puede presentar rasgos pertenecientes a diferentes categorías.

**Así, por ejemplo la AN puede ser, en unos casos, la expresión de una insatisfacción general desplazada al cuerpo, una angustia frente a la sexualidad y de ahí la necesidad de presentar un cuerpo aplanado, sin formas; un intento fallido de separarse de los padres, de lograr una individuación o de todo lo contrario, la necesidad de retener a la madre haciendo que ésta se preocupe por la alimentación (H. Bleichmar, 1.998)**

■ Los **factores familiares** hacen referencia a ciertas características comunes en las familias de muchas personas que presentan estos trastornos.

Entre estas características se puede contemplar:

- Una escasa comunicación entre los miembros de la familia.
- Incapacidad para la resolución de conflictos.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Familias para las que el cuidado de la imagen externa es fundamental.
- Expectativas demasiado altas del padre y de la madre respecto a sus hijas e hijos.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Antecedentes de anorexia o bulimia en hermanas o hermanos.
- Haber sufrido abuso sexual o malos tratos.

Es más probable que surja un problema de anorexia o bulimia en familias que tienen dificultades para comunicarse y que no saben solucionar los conflictos de forma adecuada, sino a través de la angustia, la pasividad o las culpabilizaciones mutuas. Cuando no se facilita la expresión de sentimientos, sobre todo los negativos como la ira, la frustración, la decepción, la rabia, la irritación, etc., se favorece que las hijas e hijos los expresen de maneras menos sanas e indirectas, como a través de la comida. Cuando no hemos podido expresar los sentimientos, ocurre que dejamos de identificarlos o llegamos a tener una gran confusión con respecto a lo que sentimos. A veces puede ocurrir que no se establezcan normas y límites adecuados a la edad de los hijos, o bien que sean tan excesivos, que no permiten la autonomía necesaria para permitirles una maduración. Asimismo, se creará mucha confusión en la familia, si se dan normas contradictorias o cuando el padre y la madre se desautorizan mutuamente.

También, los padres implican a los hijos en sus propios problemas de pareja, asuntos que deberían ser discutidos y resueltos en la intimidad.

#### **6.3.4.1.b) Factores precipitantes**

Son los que marcan el inicio de la enfermedad. Entre los factores que pueden precipitar o desencadenar la enfermedad se encuentran:

- El inicio de una dieta adelgazante.
- Las transformaciones propias de la pubertad.
- Un incremento rápido de peso seguido de comentarios críticos de la familia o amigos.
- Alguna enfermedad somática previa.
- Un exceso de ejercicio físico.
- Acontecimientos vitales como un cambio de casa, de escuela, una enfermedad

importante o la muerte de un miembro de la familia, una separación o un conflicto con un amigo.

- Las primeras relaciones sexuales.
- Nacimiento de una hermana o hermano.
- Separación de los padres.

Hemos de tener en cuenta que las consecuencias del estrés o de determinados acontecimientos vitales no son las mismas para todo el mundo. Hay ciertos mecanismos o recursos que unas personas han desarrollado más que otras y que ayudan a superar situaciones difíciles: atribuirse el control de las situaciones en vez de depositarlo fuera de sí, tener habilidades de solución de problemas y una cierta confianza en la propia capacidad de respuesta; tener buenas relaciones sociales que permitan expresar miedos y angustias, etc.

#### **6.3.4.1.c) Factores de mantenimiento**

Una vez que se ha instalado la enfermedad su curso no es siempre el mismo: hay una serie de factores que actúan manteniendo el cuadro anoréxico o bulímico.

Entre estos factores podemos citar:

- Las consecuencias psicológicas de la inanición.
- La propia purga. Ya que saber que puedes deshacerte de los efectos engordantes después del atracón, proporciona la seguridad necesaria para llevarla a cabo.
- La reducción progresiva de las relaciones sociales que facilita pensar solamente en la comida, el peso y la belleza.
- El medio social que valora la delgadez.

En resumen, la anorexia y la bulimia nerviosas son complejos trastornos en los que intervienen múltiples factores de riesgo predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Una persona predispuesta, que atraviese determinadas experiencias, desarrollará un trastorno de alimentación, trastorno que en sí mismo encierra una serie de fenómenos susceptibles de mantener y agravar la enfermedad.

#### **6.3.5. ¿ Cómo puede detectar el profesorado que está ante una alumna/o con anorexia o bulimia?**

Para el profesorado tal vez no resulte fácil observar la presencia de algunos de estos trastornos en su alumnado.

El primer signo que resultará llamativo será la pérdida significativa de peso sin una causa que lo justifique, pero también pueden observarse ciertos cambios en el comportamiento como la preocupación excesiva por el ejercicio físico, una hiperactividad, un incremento de las horas de estudio en detrimento del tiempo utilizado para actividades lúdicas, una falta de concentración y aprendizaje o también observar cambios en el carácter como irritabilidad, retraimiento o aislamiento social.

Si existe la sospecha de enfermedad es aconsejable un acercamiento al alumnado para interesarse por su estado físico y emocional. Para ello, habrá que tener en cuenta que:

- *Puede que a la persona afectada le resulte difícil y conflictivo hablar del tema y sobre todo puede llegar a negarlo.*
- *Hay que respetar a la persona en cuanto a la información que desea dar.*

- *Habrá que intentar ponerse en su lugar para entender cuáles son sus miedos y preocupaciones.*
- *Hay que hacerle ver que comprendemos sus sentimientos y darle a entender que nos preocupa, pero no manifestar una excesiva alarma.*
- *Si se considera apropiado comunicarlo a la familia, la persona afectada debe saberlo previamente y, si es posible, debe estar presente cuando se cite a los padres.*

A la familia se le preguntará si ha observado algunos de estos síntomas físicos, psíquicos o comportamentales:

## ANOREXIA

### SÍNTOMAS FÍSICOS

Pérdida alarmante de peso  
 Amenorrea  
 Intolerancia al frío, aparición de vello  
 Tensión arterial baja, arritmias  
 Vómitos

### COMPORAMENTALES

Negación del hambre  
 Pánico a ganar peso  
 Restricción de alimentos que tengan un alto contenido calórico  
 Disminución de la ingesta de líquidos  
 Conducta alimentaria extraña: comer de pie, cortar el alimento en pedacitos, estrujar los alimentos, lavar los alimentos.  
 Hiperactividad tras la comida  
 Aumento del ejercicio físico  
 Incremento de las horas de estudio y de las actividades supuestamente útiles  
 Disminución de las horas de sueño  
 Irritabilidad  
 Pesarse compulsivamente  
 Uso de laxantes y diuréticos  
 Aislamiento social

Los síntomas de la **BULIMIA** son

Aumentos y disminuciones de peso  
 Atracones y vómitos posteriores  
 Lesiones en las manos por vómitos autoprovocados  
 Constantes dietas, ayunos y utilización de laxantes y diuréticos  
 Realización de ejercicio físico intenso

\* Extraído del Manual Informativo de la Asociación Contra la Anorexia y Bulimia ACAB

### 6.3.6. ¿Cómo prevenir estos trastornos?

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

Debemos alertar contra la masiva venta de productos adelgazantes y sensibilizar a la población sobre el riesgo de realizar dietas de forma incontrolada.

Las organizaciones de autoayuda cumplen una importante labor de sensibilización social, de información y apoyo a los familiares así como a la persona que está sufriendo un trastorno de alimentación. Asimismo, éstas realizan acciones reivindicativas para intentar conseguir una mejor asistencia médica y psicológica.

#### 6.3.6.1. ¿Cómo ayudar a las familias?

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

Otras veces, sí reconocen el problema pero mantienen una actitud de espera por miedo a que intervenir agrave la situación, cree otros conflictos familiares o sencillamente, porque no saben qué se puede hacer. También, puede suceder que pretendan resolver por sí mismos el problema sin pedir ayuda profesional, ya sea porque hacerlo sería admitir que han fracasado en la educación de su hija o por miedo a que salgan, de esta manera, otros problemas familiares.

Puede transcurrir mucho tiempo antes de que los padres se den cuenta de que un trastorno de alimentación puede ser muy grave y esto puede dificultar y retrasar la recuperación. Por ello, será importante ayudar a las familias a mejorar su comunicación. Un ambiente familiar que favorezca la comunicación y la expresión de sentimientos y afectos es la mejor vacuna contra un trastorno de alimentación. Hablar de forma sincera y franca comporta muchas ventajas, así como negociar las cuestiones que implican a la familia. Aceptando que el acuerdo en todo es casi siempre una utopía y que la unión perfecta es imposible; lo mejor es intentar buscar soluciones que satisfagan a todos.

La familia ha de prestar atención a las preocupaciones que por el peso manifiesta su hija, su miedo a engordar, y las quejas continuas sobre su aspecto físico, intentando escuchar sin apresurarse a quitar importancia a sus comentarios, habrá que valorar hasta qué punto esto les hace sentirse mal e intentar descubrir qué factores están provocando estas emociones y, en los casos en los que no se sepa cómo actuar, pedir ayuda profesional. Cuando los hijos crecen es habitual que se desorganicen las comidas familiares. Es muy importante, mientras se pueda, mantener la rutina de la comida juntos, al menos una vez al día.

#### 6.3.6.2. ¿Qué puede hacer el profesorado en la prevención?

Como decíamos en la introducción la labor del profesorado es esencial en la prevención.

Son muchos los factores implicados en la aparición de estos trastornos y su prevención nos corresponde a todos.

Los educadores tienen la función de promover en el alumnado la formación de un juicio crítico ante las imposiciones sociales, enseñarles a valorar su propio cuerpo y todas las posibilidades que éste ofrece; ayudarles a desarrollar una idea ajustada de sí mismos, que reconozcan sus capacidades y también sus limitaciones como personas; animarles en la elección de metas más realistas, de acuerdo con sus posibilidades físicas y emocionales y transmitir la importancia de saber aceptar errores, soportar y tolerar las frustraciones.

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

### **6.3.7. Trabajo del profesorado en la prevención**

#### **6.3.7.1. Autoestima: concepto y desarrollo**

El ser humano es capaz de reconocerse a sí mismo, atribuirse una identidad y valorarse. Es decir, sabe quién es y se valora de una determinada manera: se estima a sí mismo en uno u otro grado. La autoestima es, por tanto, la valoración que cada persona hace de sí misma. Tener una adecuada autoestima es fundamental para la salud psíquica y social. Estimarse a sí mismo es necesario para sentirse bien y abrirse confiadamente a los demás (F. López, 1.995).

Las personas que tienen la autoestima alta suelen:

- *Quererse a sí mismas*
- *Ser activas y responsables*
- *Hacer amigos con facilidad*
- *Disfrutar de las relaciones*
- *Mostrarse felices y confiadas*
- *Conocer sus verdaderos límites y posibilidades.*

Las personas con baja autoestima suelen:

- *No valorarse a sí mismas por lo que esperan que sean los demás quienes lo hagan*
- *Enviarse continuamente mensajes negativos*
- *No poder desarrollar adecuadamente todas sus capacidades.*

La autoestima depende de las experiencias sociales con la familia y los iguales. El ser humano no nace con una autoestima determinada sino que la capacidad de quererse a sí mismo la aprende y, en ese proceso de aprendizaje, los primeros años de vida son cruciales. Tenerse estima y autoaprecio es algo que todas las personas pueden desarrollar y es un proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte.

En los primeros meses de vida no tenemos conciencia de ser una realidad distinta, ni separada de nuestra madre o de las personas que nos cuidan.

Las experiencias de una criatura están mediatizadas por otras personas. El mundo que percibe es el mundo que le muestran quienes le rodean y la imagen que, poco a poco, se construye de sí misma dependerá, casi por completo, de la visión y los mensajes que sobre ella le transmiten las personas más cercanas, sobre todo el padre y la madre.

En las primeras etapas de la vida, los mensajes que recibimos de los otros nos llegan a través del cuerpo, fundamentalmente a través de cómo somos alimentados, cogidos, acariciados y cuidados. A estos mensajes, poco a poco, se les van sumando los provenientes del lenguaje verbal, cómo nos hablan, las palabras que utilizan para referirse a nosotros y también lo que creemos que perciben y esperan de nosotros los demás.

Es un complejo proceso que incluye cómo se relacionan entre sí y con nosotros las personas que nos rodean, las identificaciones con personas significativas, las experiencias que vamos teniendo y los aprendizajes que desarrollamos.

A medida que los niños crecen y aprenden nuevas habilidades como andar, hablar, jugar, van diferenciándose de las otras personas, tomando mayor conciencia de su cuerpo y los límites de éste. Sin embargo, continuarán necesitando la atención y el reconocimiento de quienes les cuidan.

Con la entrada en la escuela, el concepto de uno mismo se amplía, se enriquece debido a las nuevas exigencias y relaciones. La percepción de las propias habilidades, logros, intereses, la adaptación a las nuevas personas con las que se relaciona (compañeras, compañeros, maestras...) y las imágenes que éstas les devuelven continuarán conformando su autoestima.

En la adolescencia las chicas y los chicos pueden formarse una idea más completa de sí mismos. En la conceptualización de su yo influirán cogniciones, sentimientos, intereses o ideales. La identificación con el grupo de edad y la valoración y el reconocimiento de amigos tiene una especial relevancia.

En esta etapa puede darse una disminución importante en la autoestima debido a las transformaciones que se producen y a la rapidez de éstas. Estos cambios fisiológicos, endocrinos, de personalidad, de relaciones, etc, hacen que las adolescentes tengan una autoestima más frágil.

En la vida adulta el valor que nos otorgamos no depende tanto de la apreciación externa como de la propia valoración subjetiva. No obstante, también podemos pasar por periodos de inestabilidad en la autoestima: nuevas exigencias laborales, familiares, conflictos relacionales, etc.

En general, nuestra autoestima depende del cariño y estima que recibimos en nuestras primeras relaciones, pero también de nuestras fantasías, ideales, expectativas y de todas las experiencias que vivimos a lo largo de nuestra vida.

### **¿Qué se puede hacer para desarrollar la estima en los otros:**

- 1.-Haciendo que la persona sienta que la miran, que interesa, que cuenta.
- 2.-Enfocando lo positivo. Reparando en sus capacidades y reforzándoselas.
- 3.-Dando importancia al elogio. El elogio sólo tiene efectos positivos cuando es creíble y honesto. Hay que intentar evitar aquéllos que son ambivalentes ej. *“Lo has hecho mejor que ayer”*.
- 4.-Fomentar la autonomía. Dar la oportunidad de independencia, de demostrarse a sí mismo lo que puede llegar a hacer.
- 5.-Dar responsabilidades.

Los sentimientos de valía sólo podrán florecer en un clima en el que:

- La comunicación sea abierta, se potencie la manifestación de afectos positivos,
- se permitan las diferencias individuales, es decir, se acepte a cada persona como es, con sus defectos y cualidades,

- los errores sirvan de aprendizaje,
- las normas sean flexibles,
- se fomente la sinceridad.

### 6.3.7.2. La imagen corporal

El cuerpo es la expresión externa de lo que somos. Es la forma a través de la cual nos ven los demás. Por tanto, la figura corporal mediatiza todas las relaciones y todas las consideraciones que hacemos sobre nosotros mismos.

Valorar nuestro cuerpo, conocerlo y cuidarlo es imprescindible para mantener la salud y para adquirir una identidad positiva como mujer o como hombre.

Es muy importante aceptar bien la figura corporal para tener confianza en uno mismo y abrirse a los demás.

En la formación del esquema corporal intervienen diversos factores: nuestros pensamientos, ideales, estado de ánimo, lo que nos transmiten otras personas y las presiones de tipo sociocultural como la moda.

### 6.3.7.3. Los condicionantes socioculturales

La moda, los medios de comunicación, la publicidad y muchos otros factores socioculturales, contribuyen a que **la delgadez corporal se asocie a prestigio social, autoestima alta, belleza, elegancia, aceptación social, estar en forma, búsqueda de perfección, y juventud**. Esta sistemática asociación es lo que ha hecho que la delgadez se convierta en un fin en sí misma, en un valor.

La presión por adelgazar se ejerce mayoritariamente sobre las mujeres y se impone a través de:

- **Los medios de comunicación social** que hacen posible que el mensaje de la delgadez como ideal de belleza llegue a millones de mujeres y hombres a través del cine, la televisión, fotografías en revistas, miles de artículos y reportajes sobre métodos y dietas de adelgazamiento, publicidad (de cada cuatro anuncios dirigidos a mujeres uno invita directa o indirectamente a perder peso o a hacer deseable un peso bajo).
- **La moda del vestir** presentada por modelos de dimensiones corporales reducidas, casi esqueléticas y la dificultad de encontrar tallas más grandes; como si el cuerpo fuese quien tuviera que adaptarse a la moda.
- **Los intereses económicos** y la gran presión ejercida por los laboratorios e industrias dedicadas a la fabricación de productos para adelgazar y de productos light.
- **La transmisión oral de dietas** y el gran número de horas que dedicamos a hablar de la gordura o de la delgadez en los distintos grupos o colectividades a los que pertenecemos: familia, amigos, compañeros...
- La exigencia de una imagen determinada para desarrollar **ciertos puestos de trabajo** hace que algunas personas se exijan el cumplimiento del ideal de belleza para que su promoción profesional sea factible.
- La difusión del **estar en forma** como sinónimo de agilidad, delgadez, juventud, etc., asociado con frecuencia a la práctica de ejercicio físico más o menos compulsivo y a dietas restrictivas. El ejercicio físico deja de ser una forma de disfrutar con el movimiento para convertirse en una lucha por conseguir el cuerpo ideal.
- **La práctica de la danza y de ciertas actividades deportivas** como gimnasia fe-

menina, natación, patinaje y carreras de fondo, en las que la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y ligando poco a poco al concepto de rendimiento. Quienes practican este tipo de deportes tienen mayores riesgos de padecer un trastorno de la alimentación.

Todos estos factores se influyen y se potencian mutuamente y están actuando permanentemente. Los niños llegan a la pubertad habiendo interiorizado y asumido este modelo. Este es un momento crítico de sus vidas, porque su estructura corporal está cambiando, fundamentalmente está aumentando de peso y de volumen. Puede ocurrir que su imagen corporal diste de esa figura corporal socialmente reconocida. La falta de valores propios convierten a los adolescentes muy vulnerables a los juicios y presiones ajenas, sobre todo en personas potencialmente candidatas a sufrir estos trastornos en la alimentación.

Es importante ayudar a identificar lo que sienten hacia su esquema corporal y darse cuenta de cómo su autoestima está dependiendo en gran medida de la valoración que hacen de su cuerpo.

La distancia entre cómo son y cómo les gustaría llegar a ser, hace a muchas jóvenes sentirse esclavas de su cuerpo, las hace modificar la forma de comer, dejar de disfrutar ya que para ellas sólo hay un objetivo: conseguir esa imagen ideal difundida por los medios de comunicación.

(Es frecuente tratar la anorexia y la bulimia utilizando el género femenino, casi exclusivamente pues es un problema que afecta en una proporción mucho mayor a las jóvenes, siendo bastante minoritarias en la población adolescente masculina).

## 6.4. Bibliografía

### Trastornos de la alimentación

Madrid. Consejería de Sanidad Y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid, *Las representaciones sociales de la salud de los jóvenes madrileños*. Documentos técnicos de salud pública, nº 45, 1.997.

Madrid. Consejería de Sanidad. Consejería de Educación. INSALUD, Dirección Territorial de Madrid. *Prevención de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa en la Adolescencia. Información para el Profesorado*.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. *Anorexia y Bulimia*. Colección Guías de Salud XVI.

OCHOA, E.: *De la Anorexia a la Bulimia*. Serie Psicología y Bienestar. Madrid, Aguilar, 1.996.

SELVINI PALAZZOLI, M; CIRILLO, S; SELVINI, M; SORRENTINO, A.M.: *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona, Paidós, Terapia Familiar, 1.999

TORO, J.: *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad*. Ariel Ciencia, 1.996.

TORO, J.; VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Barcelona, Martínez Roca, 1.987.

VANDEREYCKEN, W; CASTRO, J; VANDERLINDEN, J.: *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona, Martínez Roca, 1.991.

### Autoestima

Alcántara, J.A.: *Cómo educar la autoestima*, CEAC. Barcelona, 1.990.

BONET, J.V.: *Sé amigo de ti mismo*. Santander, Salterrae., 1.994.

BRANDEN, N.: *La psicología de la autoestima*. Barcelona, Paidós., 1.987.

MACHARGO, J.: *El profesor y el autoconcepto de los alumnos*. Madrid, Escuela Española, 1.991.

VALLÉS ARÁNDIGA, A.: *Autoconcepto y autoestima*. Cuadernos de Tutoría de Educación Secundaria Obligatoria. Madrid, Escuela Española, 1.998.

## 6.5. Glosario de términos

Anorexia Nerviosa.: Rechazo del alimento, acompañado de otros síntomas, debido a un trastorno psíquico.

Ansiedad: Sensación de aprensión o preocupación acerca de un acontecimiento futuro que se piensa será desagradable o peligroso, acompañada de reacciones físicas del organismo como aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, sequedad en la boca, etc.

Asertividad: Es la conducta que nos ayuda a comunicar de forma clara y segura nuestras necesidades, deseos y sentimientos a otras personas, sin atender contra sus derechos y sin negarnos los nuestros.

Autoestima: Conjunto de percepciones, pensamientos, juicios y afectos que tenemos sobre nosotros mismos.

Bulimia Nerviosa: Aumento del consumo de alimentos en forma de atracones (y otros síntomas) debido a un trastorno psíquico.

Identidad: Percepción de si mismo como alguien diferente de los demás que permanece en el tiempo.

Imagen corporal: Yo corporal vivenciado, percepción sobre nuestro propio cuerpo.