

SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICOS



TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: ANOREXIA Y BULIMIA

Documento de apoyo a las actividades
de Educación para la Salud
Documento 2
2ª edición

JUNTA DE EXTREMADURA



Trastornos del comportamiento alimentario:
Anorexia y Bulimia

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

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

Mérida, septiembre de 2018. 2ª Edición, actualizada.

Autores:

- Laura Rodríguez Santos. Psicóloga. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura.
- Manuel Antolín Gutiérrez. Psicólogo. Psicología Resuelve.
- Francisco José Vaz Leal. Psiquiatra. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura.
- M^a Angustias García Herráiz. Psiquiatra. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Badajoz.
- Guadalupe Espárrago Llorca. Psiquiatra. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Cáceres.
- María Isabel Ramos Fuentes. Psicóloga. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura.

Coordinador:

- Eulalio Ruiz Muñoz. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública. Unidad de Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. SES.

Revisores:

- Eulalio Ruiz Muñoz.
- Laura Gragera Becerra. Psicóloga Clínica. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicios Centrales. SES.
- Ignacio Torres Solís. Psiquiatra. Responsable de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicios Centrales. SES.
- Beatriz Martín Morgado. Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicios Centrales. SES.

Edita:

Junta de Extremadura
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales
Servicio Extremeño de Salud
Dirección General de Salud Pública

Depósito Legal:

BA-000609-2018

Imprime:

Gráficas Borame. Badajoz.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	7
I. HISTORIA	9
II. ANOREXIA NERVIOSA	10
III. BULIMIA NERVIOSA	13
IV. OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO RECOGIDOS EN LA DSM-5	15
V. FACTORES DE APARICION Y MANTENIMIENTO EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	17
VI. PREVALENCIA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO	22
VII. DETECCIÓN PRECOZ	24
VIII. PREVENCIÓN: Familiar. Escolar. Social	26
IX. PREVENCIÓN: Alimentación equilibrada	29
X. PREVENCIÓN: Autoestima. Imagen Corporal. Redes Sociales. Sociedad	32
XI. RECURSOS	38
XII. BIBLIOGRAFÍA	41

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en las últimas décadas, siendo motivo de gran preocupación para las familias de los pacientes que los sufren, para los profesionales que los tratan y también para la sociedad actual, que ya los percibe como enfermedades graves y difíciles de tratar.

Aunque son más frecuentes en adolescentes mujeres, en los últimos años existe un aumento de estos trastornos en varones, en la infancia, en la edad prepuberal y en edad tardía, observándose en el caso de edades tempranas que la enfermedad puede evolucionar hacia una forma grave en un corto periodo de tiempo.

La presión social por una imagen física “perfecta” y ajustada al modelo de belleza imperante en los países económicamente más avanzados determina que desarrollen la enfermedad las personas con una mayor vulnerabilidad, condicionada por la edad, el sexo u otros factores biológicos y psicológicos. La constante información sobre dietas y productos adelgazantes, cremas para parecer más joven y aparatos o métodos deportivos para modelar la figura, se ha convertido en un enorme negocio. Además, en los últimos años, el uso de las redes sociales no han hecho otra cosa que multiplicar el efecto, haciendo que se haya incrementado la incidencia y la precocidad de los casos.

Las acciones de prevención de los trastornos alimentarios que se imparten a niños y adolescentes tienen como principal objetivo la detección precoz y el fomento de factores protectores. A este tipo de prevención se le denomina “inespecífica”, ya que a esta población no se les ofrece información explícita sobre los trastornos alimentarios, dado que puede provocar el efecto contrario, es decir, que personas que estén predispuestas a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario imiten conductas patológicas, o que personas que estén sufriendo esta patología aprendan conductas que aún no conocían y las lleven a cabo (como por ejemplo, que una persona que restringe las comidas pero que no toma laxantes, si tiene información sobre que otras personas con esta patología los toman, empiece también a tomarlos). Así, la forma de prevención que creemos más adecuada, siguiendo la evidencia científica y nuestra propia experiencia en materia de prevención, es la que fomenta los factores de protección: fomentar una alimentación saludable, potenciar la autoestima, el manejo de las críticas, o desarrollar una actitud crítica sobre el cuerpo perfecto, productos milagro y demás información que llega desde los diferentes medios de comunicación.

Otro tipo de prevención diferente es la que va dirigida a padres y madres o profesorado, ya que el fin de ésta es la detección de posibles problemas alimentarios en sus familias o centros educativos, por lo que la información para ellos debe ser más centrada en conocer estos trastornos, saber cómo detectarlos en casa o en el centro escolar, así como potenciar los factores de protección anteriormente descritos.

En este documento se intenta utilizar un lenguaje coloquial y terminología sencilla, para facilitar la realización de actividades que ayuden a la prevención y detección de estos trastornos.

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

I. HISTORIA

1. Historia de la Anorexia Nerviosa

Aunque en la actualidad hay muchas personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria y personas vulnerables a padecerlos, podemos encontrar siglos atrás casos semejantes a lo que hoy conocemos como anorexia nerviosa (AN), sobre todo en mujeres religiosas que ayunaban con frecuencia, algo habitual en los siglos XIII-XV, en la que se ha denominado Época de la Anorexia “Santa” (*Holly Anorexia*).

Hay una segunda época en la que el interés por los TCA reaparece y se habla de Con-sunción Nerviosa, siendo Richard Morton quien introdujo este término en 1689.

En un tercer período se habla de Anorexia Histórica (S.XVIII y S.XIX), y en el S.XIX, Lasègue y Gull describen por primera vez la AN.

2. Historia de la Bulimia Nerviosa

La palabra bulimia viene del griego: **bous**, que significa buey, y **limus** que significa hambre. Literalmente significa “comer como un buey” y también se ha traducido como “ser capaz de comerse un buey”.

Se habló primero de **hiperfagia**, comer hasta el punto de no concentrarse en otra cosa que no sea la comida, o comer en exceso hasta encontrarse desagradablemente lleno y vomitar, posteriormente de **bulimarexia**, y finalmente de **bulimia nerviosa** (BN).

La BN es descrita por Russell en 1979, definiéndola “más por comer y purgar que por querer ayunar, con momentos de gran ingesta”.

II. ANOREXIA NERVIOSA

1. Concepto-Diagnóstico

La anorexia nerviosa es una enfermedad caracterizada por un miedo intenso a aumentar de peso, lo que lleva a la persona a rechazar alimentos y a realizar conductas alimentarias para conseguir tal fin. También la persona enferma con anorexia nerviosa, suele presentar una distorsión de la imagen corporal.

Los criterios internacionales de diagnóstico de Anorexia Nerviosa según el DSM-5¹ son los siguientes:

A) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo, definido como un peso que es inferior al mínimo normal, o en niños y adolescentes es inferior al mínimo esperado.

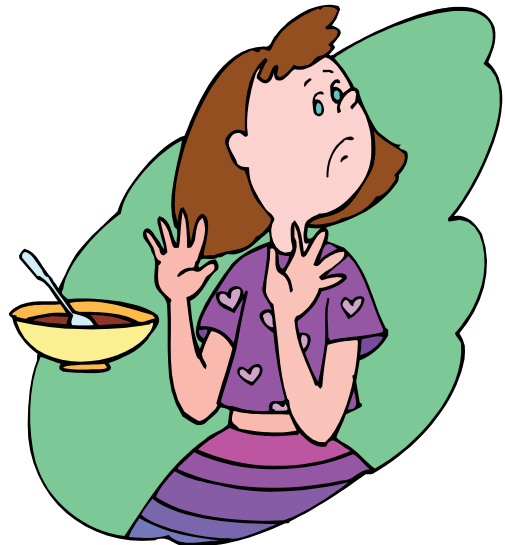
B) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C) Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Subtipos:

-**Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purga (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o purgas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se debe a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.

-**Tipo atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o purgas).



¹ American Psychiatric Association. DMS-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

2. Síntomas físicos

La desnutrición y pérdida de peso que sufren las pacientes con AN pueden provocar los siguientes síntomas físicos:

- Hipotermia/incremento de la sensibilidad al frío: se produce una bajada de la temperatura corporal, de manera que los pacientes experimentan mucho frío y llaman la atención por ir con un exceso de ropa.
- Bradicardia: hay un enlentecimiento del ritmo cardiaco.
- Hipotensión: la tensión arterial en estos enfermos es baja, y se pueden producir vértigos y desvanecimientos.
- Anemia: es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, que produce cansancio y alteraciones menstruales.
- Osteoporosis: es una disminución de la masa ósea que determina una mayor susceptibilidad para las fracturas.
- Amenorrea: ausencia de la menstruación durante un periodo de tiempo prolongado.
- Caída del cabello.
- Lanugo: es un vello (similar al de los recién nacidos) que nace por todo el cuerpo (cara, brazos, piernas...).
- Sequedad de piel.
- Fragilidad en las uñas.
- Estreñimiento: la evacuación intestinal es muy infrecuente o existe una dificultad para la expulsión de las heces.
- Hinchazón del vientre.
- También pueden existir alteraciones no apreciables visualmente como un metabolismo basal bajo, alcalosis (aumento de la alcalinidad en la sangre), hipoglucemia (disminución de glucosa en sangre), hipoproteinemia (disminución de proteínas en sangre), leucopenia (disminución de leucocitos en sangre), entre otros. Todo ello pueden provocar daños importantes en el organismo y sólo se pueden confirmar a partir de un análisis de sangre.

3. Alteraciones psicológicas

A continuación se relacionan las principales alteraciones psicológicas:

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

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

También suelen sobrevalorar sus dimensiones, aunque hay excepciones, ya que hay personas que sufren este problema y se ven delgadas, pero aun así quieren estarlo más o se niegan a recuperar un peso saludable.

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

Al mismo tiempo, presentan una baja autoestima, que se caracteriza por una mala autoimagen, falta de amor a sí mismas, falta de aceptación y valoración en todos los aspectos de la vida, lo que les lleva a evaluar sus pensamientos y acciones según la dicotomía “todo o nada” (por ejemplo, piensan cosas como “o estoy delgada o soy una vaca”).

Suelen presentar una gran irritabilidad y cambios bruscos de humor, bien sea por su baja autoestima o por no haber podido conseguir la meta propuesta con respecto a la comida o al peso, o también por falta de una buena alimentación, ya que la inanición también provoca irritabilidad.

Es frecuente el aislamiento familiar y social, muchas veces para que la gente no se dé cuenta del problema que tienen, ya que el hecho de tener que salir con amigos quizás implique tener que comer delante de ellos, además de comer cosas que no suele tomar. También se suelen aislar porque no se encuentran bien consigo mismas y están deprimidas.

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

III. BULIMIA NERVIOSA

1. Concepto-Diagnóstico

La bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones y conductas de purga, como vómitos o el uso de productos como laxantes y diuréticos, con el fin de no aumentar de peso.

Los criterios internacionales de diagnóstico de Bulimia Nerviosa, según el DSM-5, son los siguientes:

A) Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej. dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad ingerida).



B) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E) La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

2. Síntomas físicos

Los principales síntomas físicos que aparecen son:

- Taquicardias: aceleración del ritmo cardiaco.
- Dolor de garganta, que suele ser debido a los vómitos autoprovocados, o a la gran cantidad de alimentos ingeridos.
- Alteraciones menstruales: las reglas son irregulares, con disminución o aumento de los días de duración de la misma, e incluso con la desaparición total de los ciclos, como sucede en la AN.
- Caries dentales, debidas a los vómitos autoprovocados.
- Trastornos gastrointestinales, debido a los atracones, a los vómitos, a la toma de laxantes o diuréticos.
- Alteraciones metabólicas: deshidratación, edemas, bajadas de potasio (que causan alteraciones en el ritmo cardiaco, calambres y entumecimiento de extremidades).
- Aumento del tamaño de las parótidas y el resto de glándulas salivares.
- Signo de Russell: callosidad en el dorso de la mano dominante producido por el roce con los dientes al provocar el vómito.

3. Alteraciones psicológicas

Las personas que sufren BN suelen tener una gran impulsividad y un bajo autocontrol, lo que fomenta los atracones recurrentes y determina que a menudo se vean en situaciones peligrosas o entren en discusión con gran facilidad, observándose grandes cambios de humor.

Tienen una baja autoestima, que se manifiesta en una falta de valoración y aceptación personal. Estos factores contribuyen a la aparición de síntomas depresivos, muy frecuentes en personas con BN.

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

El factor psicológico fundamental en la bulimia es la ansiedad, que aparece en muchas ocasiones al enfrentarse a la comida, al peso y también tras llevar a cabo conductas de purga.

IV. OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS RECOGIDOS EN EL DSM-5

Trastorno de atracones

El trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, al menos una vez a la semana, durante al menos tres meses.

Un atracón es la ingesta descontrolada de una cantidad excesiva de alimentos, en comparación con lo que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo de tiempo circunstancias similares.

En el atracón, suele ser habitual: comer mucho más rápido de lo acostumbrado, comer grandes cantidades de alimentos sin sensación de hambre física, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer por vergüenza por la cantidad que se ingiere, sintiéndose la persona después del atracón a disgusto, deprimida o más avergonzada. Picar pequeñas cantidades de comida durante el día no se considera atracón.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Se caracteriza por una falta de interés general por la comida, con una persistente evitación/restricción de la ingesta de alimentos, hasta el punto de producirse un fracaso en cumplir las necesidades nutritivas y/o energéticas adecuadas.

Esta situación produce una pérdida significativa de peso o fracaso en alcanzar un peso adecuado, una deficiencia nutricional significativa, una dependencia de la nutrición enteral o de suplementos nutritivos por vía oral y una interferencia importante en el funcionamiento psicosocial (por ejemplo, incapacidad para participar en actividades sociales normales, como comer con otros y/o mantener relaciones). Es importante tener en cuenta que para determinar estos efectos se requiere una valoración clínica.

Se descarta el trastorno cuando se produce evitación y/o restricción de ingesta de alimentos por causas asociadas a la cultura, por falta de disponibilidad de alimentos, por comportamientos propios del desarrollo o cuando el mismo se produce en el curso de una AN o una BN.

Otro Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Este trastorno se diagnostica cuando, sin cumplir todos los criterios de ninguno de los trastornos de alimentación y de la ingesta de alimentos mencionados, se dan síntomas que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro importante en algún área de funcionamiento de la persona (académica, laboral, social...). Se debe especificar el motivo por el que la presentación de síntomas no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico.

Por ejemplo:

- AN atípica: se cumplen todos los criterios para la AN, excepto que a pesar de que hay pérdida significativa de peso, el peso está dentro o por encima del intervalo normal.
- BN de baja frecuencia y/o duración limitada: se cumplen todos los criterios para la BN, pero los atracones o comportamientos compensatorios inapropiados se producen de promedio menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- Trastorno de atracones de baja frecuencia y/o duración limitada: se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones se producen de promedio menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- Trastorno por purgas: purgas recurrentes con el objetivo de influir en el peso o constitución pero sin atracones.
- Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingesta por la noche (al despertarse del sueño o consumo excesivo de alimentos después de cenar) con consciencia y recuerdo del episodio y que causa un gran malestar y/o problemas de funcionamiento en la persona.

Pica

La característica principal es la ingesta persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes; esta ingesta sería inapropiada al grado de desarrollo del sujeto y no formaría parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normalizada. Las sustancias varían con la edad y la disponibilidad (jabón, papel, pelo, tiza, pintura, ceniza, barro...).

Trastorno de rumiación

La característica principal es la regurgitación repetida de alimentos después de comer, durante un periodo mínimo de un mes y a diario. La comida se devuelve a la boca sin náuseas, arcadas o desagrado y se puede volver a masticar para tragarla de nuevo o escupirla.

Se descarta el trastorno cuando la regurgitación se produce en el curso de una AN, de una BN, de un trastorno de atracones o de un trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y cuando se debe a algún problema gastrointestinal asociado a alguna otra afección médica.

V. FACTORES PRECIPITANTES, PREDISONENTES Y MANTENEDORES DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

1. Factores predisponentes

¿Qué es un factor predisponente?

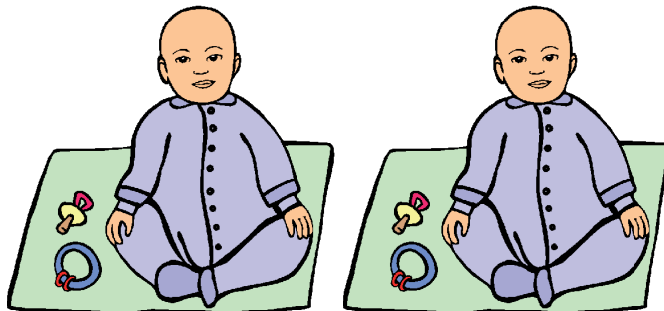
Un factor predisponente es aquél que favorece que la persona desarrolle una determinada enfermedad, en este caso anorexia y/o bulimia nerviosas.

A continuación se describen los principales factores que predisponen a la aparición de estos trastornos.

• Factores biológicos

Como señala el DSM-5, existe un mayor riesgo de presentar anorexia nervosa y bulimia nerviosa entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que tienen el trastorno. Se encuentra mayor concordancia en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos.

También se han encontrado alteraciones en imágenes funcionales del sistema nervioso central, alteraciones neuroendocrinas y en neurotransmisores. Lo que no está claro es si estas alteraciones biológicas son consecuencia de la desnutrición o previas a la aparición del trastorno alimentario.



• Factores individuales

Entre los factores individuales encontramos los siguientes:

1. La obesidad o el sobrepeso es un factor facilitador de la AN. Las primeras decisiones sobre adelgazamiento quedan justificadas cuando el exceso es objetivo.
2. “Sensibilidad excesiva a los cambios de peso”, es decir la facilidad para sobrevalorar el propio peso o las propias dimensiones corporales. Cualquier cambio físico se asocia a que se está engordando, cuando en muchos casos es producto del desarrollo físico y normal del adolescente.

3. La edad y el sexo femenino son otros de los factores individuales que facilitan la aparición del trastorno. Aunque cada día aparecen más casos en niñas, mujeres adultas y chicos, lo cierto es que la época de inicio más habitual es la adolescencia, ya que desde el punto de vista biológico es una etapa de profundos cambios físicos con repercusiones en la imagen corporal.



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

5. La aparición de estos trastornos se ve influida por la marcada tendencia al perfeccionismo y al autocontrol en la anorexia nerviosa, y la existencia de una mayor impulsividad, fragilidad e inestabilidad emocional, menor disciplina y autocontrol en la bulimia nerviosa.

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

• Factores familiares

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

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

2. Preocupación excesiva de los padres por la figura, las dietas bajas en calorías y la imagen. Muchas veces existe por parte de los padres una preocupación excesiva por estos temas, y esto lo transmiten diariamente a sus hijos/as, que podrían repetir estos comportamientos posteriormente al verlos como conductas normales.

3. Antecedentes familiares de trastornos alimentarios, de trastornos afectivos, de abuso de alcohol y drogas. Podría existir una transmisión de la enfermedad por aprendizaje dentro de la familia y algún patrón biológico común en los familiares.

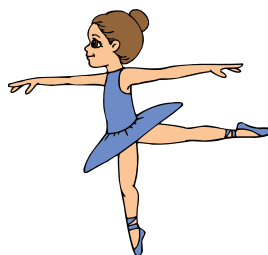
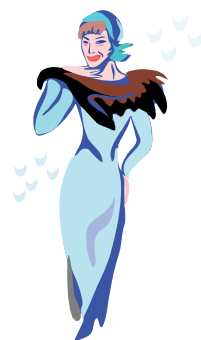


4. Sobreprotección. Se sabe que una excesiva protección hacia los hijos/as hace que aumenten las dificultades de éstos para resolver problemas o tomar decisiones por sí solos, por lo que cuando llega la etapa adolescente, les hace tener una mayor vulnerabilidad a influencias externas.
5. Distanciamiento entre padres-hijos/as. Una postura de distanciamiento de los padres repercutiría negativamente en los hijos, al sufrir una falta de afecto y seguridad.

• Factores socioculturales

Entre los factores socioculturales se encuentran:

1. Ideales de delgadez y prejuicios contra la obesidad. Nadie duda, que en el aumento vertiginoso de estos trastornos están implicados factores sociales, como la presión continua y creciente por la delgadez y/o por un cuerpo fuerte, fibroso y definido, el culto a la imagen física, así como los prejuicios en relación a la obesidad.
2. Son trastornos que se dan fundamentalmente en la cultura occidental, en la sociedad del estado de bienestar, en una sociedad consumista y competitiva, donde la comida se da en abundancia, pero paradójicamente el éxito social va asociado a una imagen de delgadez.



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

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

2. Factores precipitantes

Los factores precipitantes son aquellos que desencadenan la aparición de este tipo de trastornos dentro de un contexto de vulnerabilidad.

Entre los más destacados encontramos:

1. Cambios físicos interpretados como gordura.
2. Críticas físicas, burlas.
3. Dietas estrictas, sin control especializado.
4. Dificultades para afrontar los cambios evolutivos al no tener la suficiente capacidad de adaptación y madurez.

En muchos adolescentes/as, los cambios físicos típicos de la pubertad son percibidos como un signo de haber engordado y los rechazan. Las dificultades para entender muchos de los cambios que les sobrevienen durante la pubertad y la adolescencia les hace estar preocupados e inseguros, viéndose afectada su autoestima. Algunos autores describen un miedo a la madurez, que les hace rechazar estos cambios evolutivos.



El que una persona reciba o perciba críticas hacia su cuerpo o burlas por su aspecto físico (en muchas ocasiones lo sufren quienes tienen cierto sobrepeso), puede contribuir a que las personas más sensibles se obsesionen y quieran adelgazar.

El llevar a cabo dietas muy estrictas (en la mayoría de las ocasiones sin control médico) puede precipitar la aparición de un trastorno alimentario.

También influyen los cambios que requieren una adaptación y una mayor madurez (ir a la universidad, una pareja, empezar a trabajar, vivir fuera del domicilio familiar...), pudiendo precipitar el trastorno. En mujeres adultas, a veces es un acontecimiento vital el que precipita el trastorno, como estrés por separación o divorcio, matrimonio o embarazo, o pérdida de la juventud, entre otros.

3. Factores mantenedores

Los factores mantenedores son aquellos que mantienen el trastorno una vez que éste ya se ha desarrollado. A continuación citamos los más relevantes:

1. La negación de la enfermedad por parte de las personas que lo sufren mantiene el problema, ya que no suelen seguir las recomendaciones de los profesionales, manteniendo una conducta de oposición.
2. La desnutrición en la AN provoca unos cambios biológicos (en el eje hipotálamico-hipofisario y el aparato digestivo) y psicológicos (mayor obsesividad y compulsividad, déficit en la concentración, labilidad emocional...) que mantienen el problema.
3. El hecho de hacer dietas muy estrictas aumenta el riesgo de que aparezcan atracones, ya que mantener una restricción alimentaria tan estricta aumenta el deseo por consumir esos alimentos prohibidos.
4. Otro aspecto es el refuerzo positivo que obtiene la persona por las dietas, ya que normalmente suele hacer valoraciones positivas sobre su cambio físico (“¡qué guapa te estás quedando!”) y destacar la “fuerza de voluntad” que tiene por poder llevar a cabo esa dieta.
5. El aislamiento social se observa especialmente en la AN. Muchas veces el paciente se aísla de la familia y amigos, debido a su estado depresivo y a su insatisfacción personal.

6. La iatrogenia, ya que desde la práctica profesional se pueden cometer errores que contribuyan al mantenimiento del problema (ausencia de seguimiento, tratamiento exclusivamente físico o psicológico...).

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

1. Sobreprotección. La excesiva protección por parte de los padres de la persona enferma mantiene los síntomas (aceptar caprichos, ocuparse de sus problemas, decidir por ella...). Debe evitarse, e intentar fomentar la autonomía.
2. Falta de acuerdo. Uno de los factores mantenedores que aparecen con más frecuencia es la falta de acuerdo entre los padres. Lo que se consigue con esa actitud es que la persona que sufre el trastorno utilice a uno u otro padre según quién le favorezca más en un momento determinado. Es mejor tomar decisiones unánimemente, consensuándolas previamente. Aunque no se esté de acuerdo con la decisión del otro, es bueno hablarlo en un momento en el que no esté presente la persona afectada.
3. Inconsistencia en las decisiones. Si los padres o demás familiares que estén alrededor no son firmes en sus decisiones, la persona no tomará en serio lo que se le dice, y muchas veces los padres entrarán en contradicción.
4. Minimizar los problemas. El quitarle importancia a estos problemas y no prestarles la suficiente atención puede hacer que el problema se agrave y se mantenga durante un largo periodo de tiempo.
5. Negar la enfermedad del familiar con TCA. Que algún miembro de la familia piense que son cosas de la edad y ya se le pasará sólo conseguirá retrasar la petición de ayuda profesional y permitirá a la persona afectada reforzar su idea de no necesitar ayuda.

Es importante recordar que uno sólo de estos factores no suele llevar a padecer un trastorno alimentario, sino que es la confluencia de varios de ellos lo que pueden hacer que aparezca.

VI. PREVALENCIA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

1. Prevalencia

Según los datos del DSM-5, la prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4%. Aunque se sabe menos sobre la prevalencia en hombres, ésta es menos común, siendo normalmente en población clínica una proporción mucho mayor en mujeres que en hombres, de aproximadamente 10:1.

La prevalencia a los 12 meses de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes es del 1-1,5%. Es mayor entre los adultos jóvenes, puesto que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. Se conoce poco sobre la prevalencia de la bulimia nerviosa en hombres, aunque ésta es mucho menos común en los hombres que en mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10:1.

2. Evolución

El DSM-5 señala, que los trastornos de la conducta alimentaria suelen evolucionar de acuerdo a diferentes patrones.

Algunas personas con anorexia nerviosa se recuperan completamente después de un solo episodio, algunos muestran un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída, y otros presentan un curso crónico durante muchos años. La mayoría remite a los 5 años del comienzo, siendo la tasa bruta de mortalidad de aproximadamente un 5%, normalmente por complicaciones médicas o suicidio.

En relación a datos de recuperación clínica:

- 50% Normalidad absoluta.
- 30% Mejoran pero mantienen sintomatología.
- 20% Cronificación del trastorno.

En el caso de la bulimia nerviosa, los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de los casos. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternándose con la aparición repetitiva de atracones. Parece ser que a largo plazo los síntomas tienden a disminuir, asociándose los períodos de remisión mayores de un año a mejores resultados a largo plazo. La tasa bruta de mortalidad está cercana al 2% normalmente por complicaciones médicas o suicidio

En relación a datos de recuperación clínica²:

- 50% Normalidad absoluta.
- 27% Mejoran pero mantienen sintomatología.
- 23% Cronificación del trastorno.

² Resultados del estudio Steinhausen HC The outcome of anorexia nerviosa in the 20TH century en Morandé G, Graell M, Blanco MA. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

3. Tratamiento

El tratamiento de estos trastornos es multidisciplinar y cada caso requerirá un tratamiento individualizado.

Está centrado principalmente en los factores de mantenimiento y debe iniciarse lo antes posible tras la valoración clínica.

Se incluyen intervenciones médicas de estabilización y nutricionales, psicoeducación, psicoterapia individual, siendo importante la participación de la familia, realizando si es necesario apoyo o terapia familiar. También es recomendable la participación de las familias en grupos de apoyo para familiares donde se les proporcione información, pautas de afrontamiento y apoyo emocional (ADETAEX)³.

El tipo de tratamiento va a depender del estado clínico del paciente, y también de las condiciones familiares o sociales, ya que en función de éstos se realizará un tratamiento ambulatorio u hospitalario. Suele ser un tratamiento intensivo y prolongado en el tiempo.

El tratamiento debería ser realizado por un equipo interdisciplinar, en el que haya distintos profesionales especializados que aborden el tratamiento de las alteraciones físicas, psicológicas y sociales de la persona enferma (psiquiatras, endocrinólogos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales...).

³ Asociación para la Defensa del Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de Extremadura. (Ver “Recursos: asociaciones” de este documento).

VII. DETECCIÓN PRECOZ

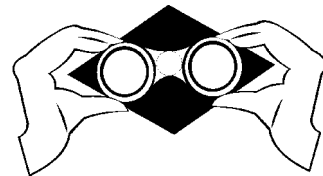
La detección precoz nos va a permitir identificar a personas que puedan estar iniciando un trastorno alimentario. Por eso debemos estar atentos a las siguientes conductas, síntomas e indicadores.

1. Conductas de riesgo

- Seguimiento de dietas restrictivas.
- Reducción progresiva de la cantidad de comida.
- Saltarse comidas con frecuencia.
- Evitar de forma continuada tomar ciertos alimentos (dulces, pan, carnes).
- Ejercicio desmesurado para perder peso.
- Falta de la menstruación (amenorrea) por dietas.
- Pérdida de peso continuada.
- Cambio de estado de ánimo. Depresión. Irritabilidad.
- Mayor aislamiento.
- Preocupación excesiva por el cuerpo.
- Pesarse con frecuencia.
- Excesiva preocupación por publicidad sobre productos adelgazantes.
- Evitar ir a lugares públicos a comer.
- Desaparición de comida de la cocina.
- Inquietud y nerviosismo a las horas de las comidas.
- Seguimiento excesivo en redes sociales de un gran número de personas que comparten información constante sobre “dieta sana”, ejercicio, moda.

2. Síntomas de alarma

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



3. Indicadores en la escuela

- Recreo. Es el momento para tirar la comida o no comer nada.
- Alumno/as perfecto/as. Suelen tener características perfeccionistas y obsesivas que les llevan a tener un gran rendimiento académico, viéndose potenciado por el aislamiento que conlleva la enfermedad.
- Educación física. Exceso de ejercicio para perder peso. Suele realizar un ejercicio físico extenuante y preferiblemente en soledad.

- Estado de ánimo alterado. Irritabilidad. Cambios bruscos de humor. Depresión.
- Falta de concentración. Motivado por las obsesiones y la desnutrición.
- Agotamiento. Con síntomas de cansancio, sueño.
- Primavera y verano. Son épocas de mostrar el cuerpo y la obsesión por adelgazar aumenta.

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

Es importante tener en cuenta que deben darse varias de estas conductas para que pueda suponer un problema.

Los síntomas de alarma pueden ayudar a detectar con mayor facilidad la aparición de la enfermedad.

La detección precoz es fundamental para mejorar el pronóstico.

VIII. PREVENCIÓN

1. Social:

La implicación de los distintos sectores sociales que están relacionados de una u otra forma con la aparición y desarrollo de los TCA son fundamentales para una prevención integral. Es fundamental la colaboración de profesionales del sector de la publicidad, modelos, diseño de moda, televisión, tratamiento, farmacia, deporte, asociaciones de familiares; todos ellos, tienen gran relevancia en la prevención de estos trastornos.

Consideramos que urge una ley que regule el tallaje de las prendas de ropa para evitar confusión entre los usuarios, y que haya una gran variedad de tallas equivalente a la diversidad corporal que existe en nuestra sociedad. Desde las asociaciones de familiares, se intenta lograr, entre otras muchas cosas, que las tallas de las prendas correspondan realmente a las medidas de la población.

Otro frente en el que se lucha a nivel social, es intentar evitar que muchos anuncios en prensa o televisión incidan en la pérdida de peso de una forma no responsable y engañosa, o se asocie delgadez a logros profesionales o personales.



2. Familiar:

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

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

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



3. Escolar:

Estos son algunos temas que podemos profundizar en el aula:

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

Es muy importante que desde la escuela se proporcionen conocimientos a los niños sobre alimentación y nutrición.

También que se fomente su autoestima y que tengan unas buenas habilidades de comunicación, de relación con los otros.

Hay que fomentar en el alumnado una buena imagen corporal, aspecto clave para la autoestima y para una sexualidad positiva.

Que tengan una buena educación en valores positivos y que desarrollen una actitud crítica ante la información que les llega desde los diferentes medios.

Estrategias prácticas para prevenir trastornos de la conducta alimentaria

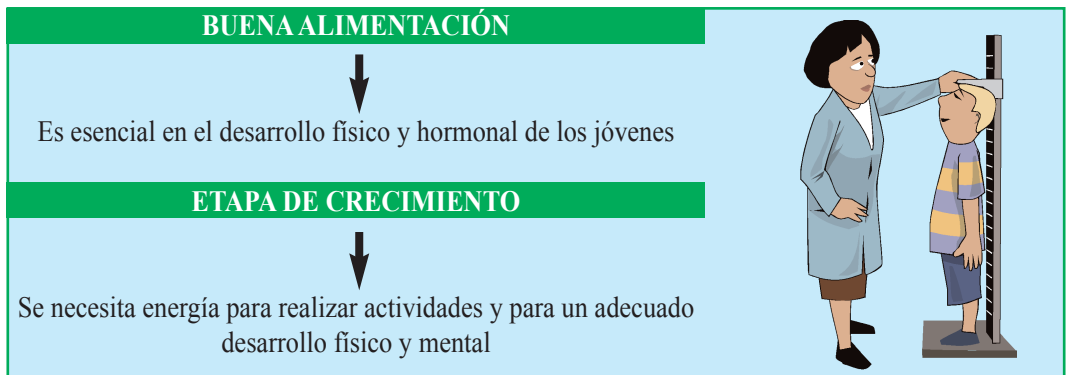
- Llevar una alimentación equilibrada.
- No hacer caso de las “dietas milagrosas” de libros y revistas.
- Comer en familia o acompañado.
- Respetar el horario de comidas.
- Consultar al médico, en el caso de requerir una dieta.
- Hacer deporte.
- Fomentar unas relaciones sociales positivas.
- Controlar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



IX. PREVENCIÓN: ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

1. ¿Por qué es necesaria una alimentación equilibrada?

Para prevenir estos trastornos en la población adolescente hay que fomentar otros factores que pueden ser protectores ante una situación de riesgo. Uno de estos factores es la importancia de llevar una alimentación equilibrada. Con la siguiente figura explicamos por qué se ha de llevar una buena alimentación y hacemos hincapié en que están en una etapa de crecimiento y que necesitan energía para realizar las muchas actividades diarias y además, seguir creciendo.



2. ¿Qué es una alimentación equilibrada?

Es aquella que:

- Permite desarrollar actividades diarias de forma normal.
- Sin síntomas de cansancio, desconcentración, o de estar irritable.
- Gran variedad de alimentos en cantidad suficiente.
- Se come despacio. Se mastica bien.
- Se toma un primer plato, un segundo y un postre.
- No se salta ninguna comida.
- No se abusa del azúcar, de la bollería, de las grasas saturadas, es decir, de la “comida basura”.
- Se evita asociar alimentos al manejo de emociones como pueden ser la tristeza, la ira, la ansiedad...



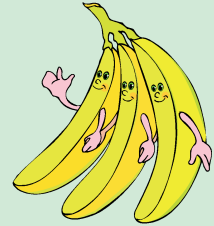
3. Creencias falsas sobre la alimentación

Uno de los objetivos más importantes es que desaparezcan ciertas creencias o mitos falsos que existen sobre la alimentación. A continuación, en las próximas figuras, se presentan algunos que son

habituales o están más extendidos. Hay que explicarles por qué cuando todo se lleva al exceso o al defecto da lugar a problemas.

FALSO: lo que más hay que comer son vitaminas.

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



FALSO: Lo que más hay que comer son proteínas.

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

Otra de las actividades que se pueden llevar a cabo para modificar creencias falsas es explicarles el plato saludable de Harvard, con la que tendrán un modelo más claro de lo que es llevar una alimentación sana.

Para más información recomendamos la lectura de este post del nutricionista Juan Revenga en su blog “El nutricionista de la general”.

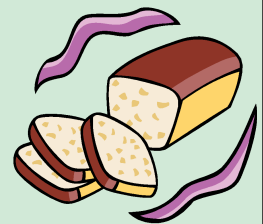
<https://juanrevenga.com/2015/05/el-nutricionista-de-la-general-un-blog-seguido-en-harvard/>

Existe una imagen de calidad sobre “El plato para comer saludable” en:

<https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish/>

FALSO: El pan engorda excesivamente.

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



FALSO: Hay alimentos que engordan y otros que adelgazan.

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



FALSO: El agua en las comida engorda.

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



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

FALSO: Las dietas para adelgazar no son peligrosas.

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



X. PREVENCIÓN: AUTOESTIMA. IMAGEN CORPORAL. REDES SOCIALES. SOCIEDAD.

A continuación se presenta información y una serie de figuras que pueden ser de ayuda para trabajar la autoestima, la imagen corporal y la influencia de las redes sociales.

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

Uno de los objetivos será, que conozcan y aprendan a aceptar los cambios físicos y psicológicos que van a sufrir durante la pubertad. Para lograrlo debemos trabajar en cómo reciben y actúan ante las críticas y/o comentarios positivos que los demás hacen hacia su forma de ser y su cuerpo. También que aprendan a quererse a sí mismos, haciéndoles ver que todos tienen cosas positivas y negativas; y a no valorarse y valorar a los demás únicamente por su aspecto físico.

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

Que expresen las cosas que les gustan, así como las que no les gustan de una forma asertiva; esto les ayuda a relacionarse con más seguridad y a tener relaciones más auténticas y honestas con los demás.

1. ¿Cómo somos?

**Periodo de cambio físico
y psicológicos
El cuerpo y la mente cambian**



Recibimos críticas sobre nuestra forma de ser y nuestro cuerpo

¿Nos lo creemos?
¿Nos defendemos?

Recibimos piropos

¿Nos los creemos?



¿Me considero una persona valiosa o poca cosa?

¿Me hundo ante cualquier problema o tengo capacidad para resolverlo?



¿Sé resolver mis problemas?

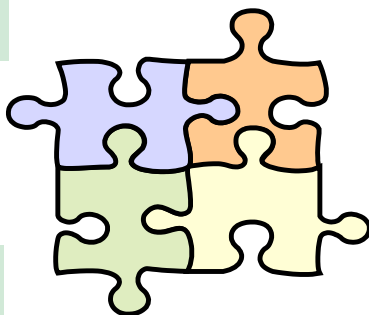
¿Soy capaz de decir lo que me gusta y lo que no a los demás?

2. Grupos de iguales

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

¿Nos dejamos llevar por nuestro grupo?

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



¿Se permiten diferentes opiniones en mi grupo de amigos/as?

¿Puedo elegir con libertad?

3. Influencia de Internet y las redes sociales

Cada vez los jóvenes acceden antes a Internet y las redes sociales. Esto tiene sus ventajas en cuanto a acceso a información, estudios... pero también conlleva enormes riesgos. Nos preocupamos por los amigos de nuestros hijos, pero no tanto de sus “amigos online”.

El 88,4% de niños/as de 10 años usa ordenadores y el 88,8% usa internet. Respecto al uso de teléfonos móviles es llamativo que el 25% de niños/as de 10 años usa el móvil, a los 11 años un 45,2%, a los 12 un 75%, a los 13 un 83,2%, a los 14 un 92,8% y a los 15 un 94%. (Datos INE, 2017)⁴.

La edad MÍNIMA recomendada para tener un móvil según numerosos expertos es 14 años. Y también es importante conocer la edad mínima para acceder a distintas redes sociales <https://www.inter-nautas.org/html/9654.html>

Otro aspecto a tener en cuenta son las páginas pro-Ana (páginas que fomentan la anorexia como estilo de vida) y pro-Mía (páginas que fomentan la bulimia). Estas páginas son realmente perjudiciales para los jóvenes con trastornos alimentarios, ya que pueden inducir un agravamiento de la enfermedad, y también para las personas que están inseguras con su cuerpo y su peso, ya que pueden encontrar ideas para adelgazar de forma rápida, autolesionarse o incluso aprender a engañar a sus padres.

Según un estudio publicado en 2017 en la revista *Nutrición Hospitalaria*⁵ sobre difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida, la búsqueda de pro-Ana y pro-Mía dio 1 millón de entradas, eran páginas mal posicionadas correspondiendo mayoritariamente a blogs peligrosos para adolescentes que quieren bajar de peso, y que se añade el hecho de tener una mayor difusión en redes sociales.

En la misma línea, preocupa la aparición de grupos de WhatsApp de promoción de la enfermedad, que por su falta de control los hace aún más peligrosos.

Lozano Sánchez (2012)⁶ concluye que las redes sociales se han convertido en una nueva familia en la que el liderazgo lo ejerce quien utiliza mejor este medio y sus opiniones son asumidas por quienes le siguen, apareciendo diferentes patrones de conductas positivas y negativas. Además señala que las familias con sus formas tradicionales de relación no pueden competir con el atractivo de las redes sociales, siendo desplazados en la orientación y educación de sus hijos/as.

Por tanto, parece que los “nuevos padres y madres” son cantantes, famosos e “influencers” (personas que tienen muchos seguidores en redes sociales), entre otros/as.

⁴ Instituto Nacional de Estadística Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, TIC-H, 2017. Disponible en:

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

⁵ Gina R, González-Soltero MJ, Blanco Fernández de Valderrama MJ: Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*. 2017; 34(3):693-701.

⁶ Lozano Sánchez ZB. La familia y las redes sociales en los trastornos alimentarios en adolescentes de la época contemporánea. *Revista Científica In Crescendo*. 2012; 3 (2): 299-311.

En relación a esto es importante:

- Trabajar con las familias para que puedan llegar mejor a sus hijos/as.
- Hacer programas de prevención con adolescentes para que tengan un uso responsable y prevenir que no caigan en redes que puedan ser dañinos/as como las pro anorexia y pro bulimia.
- Recurrir a fuentes fiables con información rigurosa y seria sobre trastornos alimentarios <http://cometeelmundotca.es/>

Algunas recomendaciones para padres sobre redes sociales e Internet:

1. Supervisa las fotos de tus hijos/as antes de que las suban a Internet.
2. Pon filtros en el ordenador y en el móvil para que no puedan acceder a cualquier página, aplicación o red social. Activa contraseñas. Existen herramientas y aplicaciones de control parental, graduables en supervisión, según la edad del niño/a.
3. Coloca el ordenador en un lugar común de la casa. O ten una política de puertas abiertas en casa.
4. Presta atención a sus intereses *online*. Qué intereses tiene, qué páginas le gusta, quienes son sus amigos o gente que sigue en internet y redes sociales.
5. Procura que aprenda a satisfacer sus necesidades de interacción social de forma sana. Que establezca relaciones positivas offline y algunas online.
6. Infórmate de los riesgos y peligros de internet <https://www.youtube.com/user/pantallasamigas/videos>.
7. Instala antivirus tanto en el móvil como en ordenador.
8. Establece horarios de uso y de no uso de internet y móvil.

Es muy importante crear un pensamiento crítico en los niños/as y adolescentes, ya que podrán poner en cuestión toda la información que les llega, tanto lo que les dicen los demás como lo que les transmiten los medios de comunicación.

Para ello, podemos plantearles la pregunta ¿nos creemos todo lo que nos cuentan?, ¿lo ponemos en duda?, ¿qué intereses tiene la publicidad? **Ponerles algunos ejemplos relacionados con las dietas y la imagen corporal les podrá hacer ver cómo muchas veces son engañados/as.**

4. Medios de Comunicación

Recibimos una constante información, en distintos medios de comunicación, con el objetivo de adelgazar y tener un cuerpo joven, fuerte y atractivo.

▶ Publicidad

▶ Televisión



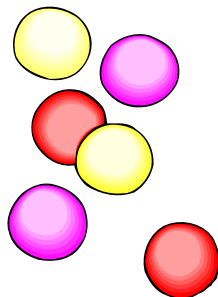
▶ Revistas

▶ Internet

Es importante que los jóvenes y mayores tengamos una actitud crítica frente a estos mensajes.
¿Nos creemos todos los mensajes que nos venden un determinado producto o estilo de vida? ¿Cuál es el objetivo de las marcas?



Aparatos de gimnasia



Pastillas Adelgazantes

5. Modelo de Belleza

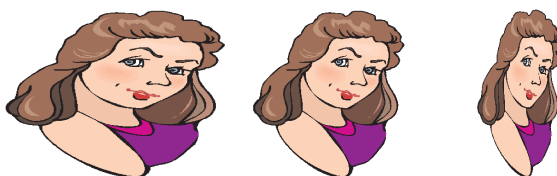
Un aspecto básico a tratar sería los prejuicios contra las personas con sobrepeso y el respeto a la diversidad corporal.

Así, un objetivo en la prevención con adolescentes es hacerles ver cómo ha cambiado el modelo de belleza, tanto masculino como femenino, a lo largo de la historia. En el caso de la mujer, en el cuadro de Las Tres Gracias, de Rubens, las mujeres eran admiradas por sus caderas y por tener más masa grasa. La mujer con caderas anchas era valorada ya que les permitía dar a luz con una mayor facilidad, siendo el dar descendencia un aspecto muy importante del papel de la mujer en ese momento de la historia. Por el contrario, hace unos años se valoraba la mujer con una estética muy masculina (sin pecho, excesivamente delgada, sin caderas...), que es cuando proliferaron los problemas alimentarios (sobre todo la AN). En este momento lo que se valora es una persona más bien delgada, pero con un cuerpo voluptuoso y con curvas. Y también existe una nueva tendencia que es el cuerpo *fitness*, muy definido, fuerte y con abdominales.

En el caso de los hombres se ha pasado de un modelo de belleza centrado en la gran fuerza física, a otro centrado en estar muy definido, fibroso, con gran musculatura.

¿Tenemos que estar cambiando continuamente nuestro cuerpo para adaptarnos al modelo de belleza imperante?

Cambios en el modelo de belleza a lo largo de la historia



6. Imagen corporal

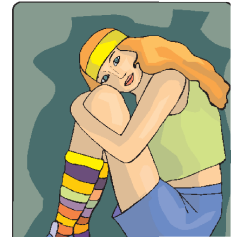
Es importante que el alumnado aprendan a identificar partes de su cuerpo que les gusten. “Todos tenemos aspectos corporales atractivos y también defectos, o partes del cuerpo que no nos gustan. Hay que aprender a aceptarse con nuestras virtudes y defectos corporales y con nuestras cualidades personales”. Podemos poner ejemplos de modelos y enseñarles cómo retocan las fotografías, etc.

Otro aspecto a trabajar es que aprendan que el cuerpo cambia de forma por muchas razones (cambios puberales, hormonales, embarazos, enfermedad, tratamiento farmacológico, alteraciones del sueño...).



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

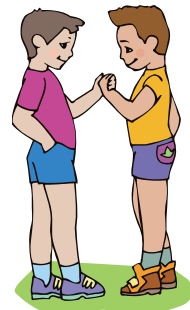
¿Acepto mi cuerpo?
¿Un cuerpo bonito puede tener defectos?
¿Mi cuerpo puede cambiar de forma, volumen, peso?



7. Familia y entorno social

A continuación se señalan algunas cosas que pueden hacer la familia y el entorno cuando hay un trastorno de alimentación. El apoyo social es muy importante para la persona que sufre un trastorno alimentario. Que el entorno pueda entender la enfermedad hace que el proceso sea más llevadero para todos/as.

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



XI. RECURSOS

1. ¿Dónde acudir?

Es muy importante saber dónde y a quién acudir ante la sospecha de un trastorno del comportamiento alimentario. Aquí exponemos personas y lugares a los que podemos recurrir en el caso que fuese necesario.

En la escuela:

- Madres y padres.
- Profesor/a, tutor/a.
- Orientador/a del centro.
- Asociaciones de familiares.

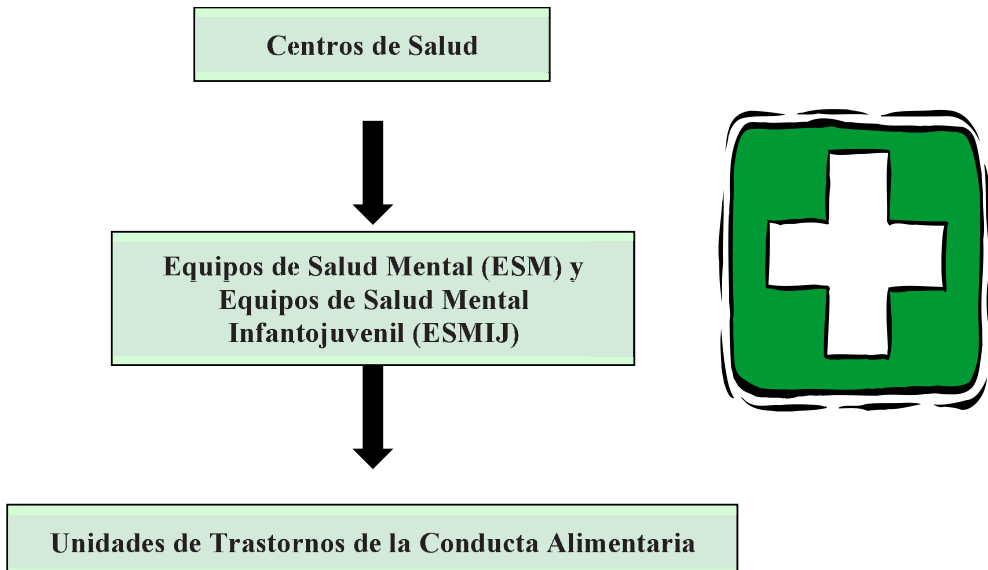
A nivel médico:

- Médicos/as de familia. Centros de salud.
- Equipos de Salud Mental y Equipos de Salud Mental Infanto-juvenil.
- Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria.



2. Recursos asistenciales

En el esquema siguiente aparece el itinerario a seguir en el ámbito asistencial:



- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Servicio Extremeño de Salud.
Avda. Jaime Montero de Espinosa, s/n. 06010 Badajoz.
Teléfono: 924 218004.
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Servicio Extremeño de Salud.
C/ Pedro Romero de Mendoza. 10004 Cáceres.
Teléfono: 927 274242.

3. Asociaciones

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

Cáceres:

C/ Almonte s/n. 10002. Cáceres
Teléfono: 619 683 927

Badajoz:

C/ Godofredo Ortega Muñoz, 1, local 9. 09011. Badajoz.
Teléfono: 679 322 593
Dirección electrónica: adetaex@teleline.es



Mérida:

C/ Concordia, 1. 06800. Mérida. Badajoz.
Teléfono: 620 248 877

E-mail: adetaex@gmail.com

Web: <http://www.badajoz.org/adetaex/>

4. Enlaces y recursos de Internet

- Cómete El Mundo.
<http://cometeelmundotca.es/>
Web especializada en trastornos alimentarios. Con información actualizada para pacientes, familiares, profesorado y profesionales especializados en TCA.
- AEETCA.
<https://www.aetca.com/>
Página de la asociación española para el estudio de los TCA

- FEACAB.

<http://feacab.org/>

Página de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia Nerviosas.

- IMA.

<http://www.f-ima.org/es>

Fundación Imagen y Autoestima.

- ADANER.

<http://adaner.org/>

Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia

- ADETAEX.

<http://www.badajoz.org/adetaex/>

Página de la Asociación en defensa del tratamiento de los trastornos alimentarios en Extremadura.

- DOVE.

<http://www.dove.com/mx/dove-self-esteem-project.html>

Guía y actividades de autoestima.

- DOVE por la belleza real.

https://www.youtube.com/results?search_query=dove+por+la+belleza+real

Videos de YouTube realizados por la empresa DOVE que son muy útiles para prevenir estos trastornos.

XII. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

1. Antolín M, Rodríguez-Santos, L. Trastornos alimentarios: Estudio sobre grupos de apoyo para familiares. *Mosaico* 2003; 27:15-8.
2. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Bell L, Rushforth J. Superar una imagen corporal distorsionada. Madrid: Alianza Editorial; 2008.
4. Bruch H. La Jaula Dorada. Barcelona: Paidós; 1978.
5. Calvo R. Anorexia y bulimia, guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta Prácticos; 2002.
6. Chinchilla A. Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Masson; 1995.
7. Díaz M, Navalón A, Güemes I, Rodríguez A, Rubio LM. ¿Qué hacer para que la alimentación no sea un problema? Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias; 2015.
8. Gómez A, García MC, Corral LP. Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia, bulimia y Trastorno por atracones. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
9. López C (coord). Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Ministerios de Sanidad y Consumo, Educación y Cultura e Interior; 1999. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/guia_nutricion_saludable.pdf
10. Martínez I (coord.) Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal. Madrid: Instituto de la Mujer; 2001.
11. Mitchell JE, Pyle RL. The bulimia syndrome in normal weigh individuals: a review. *Int J Eat Disord*. 1987;107:71-7.
12. Morandé G. La anorexia. Cómo combatir el miedo a engordar de las adolescentes. Madrid: Temas de Hoy; 1999.
13. Morandé G. Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar. Madrid: Temas de Hoy; 1995.
14. Morandé G, Graell M, Blanco MA. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

15. Rausch C, Bay L. Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Barcelona: Paidós; 1993.
16. Ruiz-Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia, 3ª ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbada; 2010.
17. Ruiz-Lázaro PM, Velilla JM, González E (dirs). Buenas prácticas en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Pirámide; 2017.
18. Toro J. El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel; 1996.
19. Treasure J, Smith G, Crane A. Los trastornos de alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2011.
20. Turón V. Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson; 1997.
21. Vaz FJ. (coord.). Bulimia nerviosa: perspectivas clínicas actuales. Madrid: Ergon; 2006.
22. Vaz FJ, Ramos MI, Rodríguez-Santos L. Trastornos Mentales. En: Díaz D, Latorre JM, ed. Psicología Médica. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 203-317.



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales