



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).
Propuesta de intervención preventiva para docentes

Eating Disorders (ED).
Proposal of preventive intervention for teachers

Autor/es

Diego Calvo Orduña
Olga Gaimón Agustín

Director/es

Isabel Ortega Sánchez

Facultad: Ciencias Sociales y del Trabajo

Año: 2019/2020

Resumen: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales, con una mayor prevalencia en mujeres, presentes en una sociedad occidental influenciada por una imagen corporal idealizada, y potenciados por una serie de factores socioculturales como el género, medios de comunicación, redes y entornos sociales. Esta fuerte idealización puede afectar a toda la población siendo más característica en los grupos de edad comprendidos entre los 11-21 años, correspondiente a la etapa adolescente. Por ello, es necesario realizar una atención primaria enfocada a la promoción y a la prevención de la salud dirigida a los jóvenes de la sociedad, para la cual, sugerimos una propuesta de intervención a través de un folleto básico informativo para docentes sobre los TCA.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia, Bulimia, Adolescencia, Factores Socioculturales.

Abstract: Eating Disorders (ED) are mental illnesses, with a higher prevalence in women, present in a western society influenced by an idealized body image, and empowered by a series of socio-cultural factors such as gender, media, networks and social environments. This strong idealization can affect the entire population, being more characteristic in the age groups between 11-21 years, corresponding to the adolescent stage. Therefore, it is necessary to carry out a primary care focused on health promotion and prevention addressed to young people in society, for which, we suggest an intervention proposal through a basic informative brochure for teachers about ATD.

Keywords: Eating Disorders, Anorexia, Bulimia, Adolescence, Sociocultural Factors.

Índice

Índice de tablas	3
Índice de ilustraciones	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO METODOLÓGICO Y TEÓRICO	6
Marco Metodológico	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Marco Teórico	7
Adolescencia	8
Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	9
Epidemiología	11
Diagnóstico	12
Tratamiento	12
Tipos de trastornos de la conducta alimentaria	12
Factores de riesgo y de protección de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	17
Contexto macro-social	18
Contexto micro-social	22
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	24
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	29
ANEXO 1. FOLLETO PREVENTIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	29

Índice de tablas

Tabla 1.Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el DSM-V.....	13
Tabla 2.Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el DSM-V.....	15
Tabla 3.Criterios diagnósticos del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado según el DSM-V	16

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Modelo causal de comportamiento alimentario10

INTRODUCCIÓN

Se define a los Trastornos de la Conducta Alimentaria como enfermedades mentales crónicas, que se caracterizan por alteraciones alimentarias o por comportamientos dirigidos a controlar el peso procediéndose así un daño tanto físico como psicosocial. El periodo de riesgo se encuentra en las mujeres que se encuentran en la etapa de la adolescencia, la cual se encuentra entre los 10 y 21 años, en la adolescencia se producen una serie de cambios tanto físicos como psicológicos, en la cual el individuo está formando su propia identidad y busca encajar dentro de la sociedad. El TCA produce una malnutrición que afecta al funcionamiento del organismo y del cerebro, es un problema de salud pública, debido a que el tratamiento y mejora requiere un largo periodo de tiempo, por lo que cuanto antes se diagnostiquen estos trastornos, el pronóstico será más favorable.

Los temas más importantes y en los que se va a centrar este trabajo son los relatados anteriormente, el TCA y la adolescencia. Se han escogido estos dos puntos como claves debido a que, hoy en día estos trastornos tienen más prevalencia y riesgos en esta etapa de la vida, la cual está caracterizada por cambios tanto físicos, psicológicos y sociales, la adolescencia es una etapa clave en la cual se crea la identidad de la persona. En los últimos años se observa un gran aumento de casos por trastornos alimentarios, sobre todo en adolescentes o en etapas previas a esta, también siendo mayoritariamente mujeres, por lo que, interesaría mucho poder actuar en esta etapa con la finalidad de reducir y prevenir la mayoría de los trastornos alimentarios posibles.

El objetivo principal de este trabajo será el de realizar una investigación documental sobre los trastornos alimentarios, a través de una revisión bibliográfica, y realizar una propuesta de intervención para su prevención a través de un folleto básico informativo para docentes. Detectar y prevenir los desencadenantes de estos trastornos en las primeras etapas es fundamental, por lo que consideramos que los centros educativos pueden ser instrumentos muy útiles para detectar los primeros signos. Como futuros trabajadores sociales, enfocaremos los TCA haciendo hincapié en los factores socioculturales. Todo esto se introducirá en lo que llamamos marco teórico y metodológico y al final se realizará una propuesta de intervención dirigida a la promoción y prevención de dichos trastornos cuyo objetivo sería el de reducir el futuro desarrollo de dichas conductas en personas que se encuentran en la fase de la adolescencia.

MARCO METODOLÓGICO Y TEÓRICO

Marco Metodológico

Objetivo General

Realizar una revisión bibliográfica y una propuesta de intervención de detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria dirigida a docentes de la educación.

Objetivos Específicos

Adquirir los conocimientos necesarios en base a la propuesta de intervención que queremos realizar (teoría, etiología, causas y tipos).

Detectar pre detonantes, detonantes y síntomas claves de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Analizar las etapas del ciclo vital con mayor incidencia de casos de la conducta alimentaria.

Conocer la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en función del género.

Identificar factores tanto externos como internos que afectan al posible desarrollo o empeoramiento de los TCA.

Dominar los aspectos necesarios para elaborar una propuesta de intervención y adecuarla a profesionales del ámbito de la educación.

Marco Teórico

A lo largo de la literatura e historia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ha habido diferentes teorías y modelos de intervención que daban una explicación biológica, psicológica, social y cultural a la etiología de esta enfermedad. Hablamos de una gran variedad de estudios, debido a que la incidencia e incremento de este trastorno alimentario ha aumentado en las últimas tres décadas. (Calado Otero & Lameiras Fernández, 2014)

Si analizamos el TCA desde una visión psicoanalítica clásica, se centra en una variable, la sexualidad en las mujeres. En este tipo de teoría no se hablaba aún de trastornos como la anorexia o la bulimia, sino de la histeria en relación al síntoma conversivo. Freud definía la histeria como un tipo de neurosis que tiene origen en un incidente sexual, cuyo recuerdo no ha podido ser elaborado asociativamente, transformándose en patógeno y provocando un síntoma. (Lora & Saldías, 2006)

En cambio, en el psicoanálisis contextual, autores como Diaz y Cruzat consideran que esta enfermedad se debe al tipo de interacción temprana que se produce entre la niña y su progenitora, es decir, nos encamina a la relación que hay entre el TCA y el apego. (Aravena Bravo, 2016) Según (Bowlby, 1993) el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño/a con su madre y que le ofrece la seguridad emocional para que la personalidad se desarrolle convenientemente. Explica dos tipos de apego, el apego seguro y el apego inseguro (evitativo, ambivalente y desorganizado). Ha habido muchas investigaciones sobre la teoría del apego y el trastorno alimentario, llegando a la conclusión de que sí que existe una relación entre ambos y que el patrón de apego inseguro es el más común en los pacientes con TCA. Este resultado es explicado por Armstrong y Roth a través de la relación que establecen entre los síntomas de los TCA y el apego inseguro (Biedermann, Martínez, Olhaberry, & Cruzat, 2009), y aunque este tipo de apego se desarrolle en la primera infancia y se va asentando con los años, es importante tenerlo en cuenta en la adolescencia.

Los cambios corporales y hormonales según el sexo y la edad es uno de los factores biológicos más estudiados dentro de los TCA. En la adolescencia temprana y adolescencia media, es decir, entre los 11 a los 16 años, se empiezan a detectar los primeros síntomas y detonantes como, por ejemplo, dietas estrictas, ejercicio, consultas de páginas web, etc. (Garrote Rojas & Palomares Ruiz, 2011)

Pero no solo existen teorías que se centran en factores biológicos como la edad y el género, o en los psicológicos como el apego, sino también en factores culturales y sociales. Por ello hablamos de la teoría de sociocultural o mejor dicho de la internalización del ideal estético cultural. (Behar, 2010). Este ideal estético se relaciona con que “ser atractiva es igual a ser delgada”. Creando una discrepancia entre la forma corporal real y la ideal, llegando a causar el problema de la insatisfacción corporal. Esta insatisfacción es creada por imposiciones sociales basadas en el control corporal, que es favorecido por productos dietéticos, gimnasios e innumerables métodos para adelgazar. (*Ibidem*)

Como explicó Ludewig (1991), este fenómeno fue apareciendo en las diferentes culturas y sociedades de manera desigual, destacando fundamentalmente en los países con un alto desarrollo económico. Actualmente, no solo es un problema de estos países, ya que su prevalencia existe en todas las sociedades. Ahora el común denominador es “La cultura de la delgadez”. (Rivarola & Penna, 2006).

Esta teoría cultural es apoyada por el modelo conductista, el cual no se centra ni en el origen ni en las causas de este tipo de trastornos, así como tampoco en instrumentos de evaluación. Este modelo considera que los TCA se caracterizan por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo debido a los refuerzos y castigos tanto externos como internos. (Calado Otero & Lameiras Fernández, 2014). Por tanto,

el enfoque conductista se centra en las variables estímulo-respuesta que median con los pensamientos de las personas con alteraciones alimentarias. Es decir, sus conductas son consecuencia de las distorsiones cognitivas y las alteraciones de su imagen corporal. (*Ibidem*).

Tras el estudio de estas teorías y modelos, hemos decidido enfocar nuestro trabajo de intervención en los factores y causas socioculturales.

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS, 2020). Por tanto, se considera como un periodo evolutivo caracterizado por cambios biológicos, psicológicos, conductuales y familiares donde el sujeto busca un equilibrio consigo mismo y con la sociedad de manera autónoma e independiente. (Valles Casas, 2013)

Para algunos autores no existe un único esquema de desarrollo psicosocial en la adolescencia, que consideran un periodo de transición marcado por grandes cambios que no tienen por qué empezar a la misma edad o de la misma manera. Aun así, de manera general, la adolescencia se puede dividir en tres etapas (temprana, media y tardía) con sus respectivas características comunes y con una duración máxima de tres años cada una. (Gaete, 2015)

Según diversos autores como (Gaete, 2015; Valles Casas, 2013; Lozano Sanchez, 2012), definen tres tipos de etapas durante la adolescencia.

Primeramente, la adolescencia temprana, comprendida entre los 10 y los 14 años de edad, se caracteriza por el inicio de cambios corporales sobre todo a nivel fisiológico, afectando a todo el organismo y a las funciones sexuales. Estas modificaciones biológicas pueden producir las primeras sensaciones de inseguridad, ansiedad o incluso insatisfacción corporal sobre todo en las mujeres. Además, en esta etapa se produce un distanciamiento de los/as adolescentes con sus progenitores y en cambio mayor interés por su grupo de iguales.

Por otro parte, la adolescencia media, entre los 15 y los 17 años de edad, se centra en el alejamiento afectivo con la familia y un desarrollo de los estilos de vida que determinarán sus relaciones, habilidades y grado de desarrollo social, aislamiento o integración con su entorno. Desde un punto de vista psicológico, el adolescente empieza a adoptar mayor sentido de individualidad, pero también de gran vulnerabilidad, por ejemplo, su autoimagen dependerá más del criterio de su grupo de iguales y de la sociedad. Es, por tanto, en la adolescencia media donde el grupo de amigos/as tiene mayor poder e influencia y entra en juego el uso de las redes sociales como forma de relacionarse.

Y, por último, la adolescencia tardía, comprendida entre los 18 y los 21 años de edad, es la última etapa de la adolescencia donde se afianza un acercamiento con los progenitores y los amigos/as pasan a un nivel menos prioritario. Se produce una aceptación de la imagen corporal y la identidad personal, las metas son realistas y desarrollan valores y pensamientos sólidos.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad en la adolescencia tienen una gran relación con factores ambientales y comportamentales, como por ejemplo trastornos de la conducta alimentaria. Estos trastornos se desarrollan entre los 12 y 25 años de edad y el 90-95% son mujeres, las cuales realizan actitudes y conductas enfocadas hacia el control del peso, la figura y el comer, con el fin de conseguir “el ideal de belleza” impuesto por la cultura occidental. Esta presión social obliga a las adolescentes, grupo de edad de

gran vulnerabilidad, a aceptar o rechazar su cuerpo, a realizar dietas restrictivas sin ningún control y supervisión adecuada, pudiendo desarrollar una patología alimentaria. (Lozano Sanchez, 2012; Valles Casas, 2013).

Han sido muchas las investigaciones que se han centrado en estudiar el grado de satisfacción corporal teniendo en cuenta variables como el peso y la altura. Este trabajo se apoya en la investigación realizada por Fernández Bustos, Gonzalez Martí, Onofre, & Cuevas (2014), que analizó a 447 adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años de edad con el objetivo de comprobar el grado de satisfacción en función de su IMC¹. Los resultados del estudio fueron que cuanto mayor era el IMC, peor autoconcepto tenían las adolescentes, en cambio, las mujeres clasificadas con IMC de peso normal-bajo, fueron las que mostraron sentirse mejor físicamente. Posiblemente porque su cuerpo sigue los cánones de belleza impuestos por la sociedad occidental.

Consideramos necesario en este apartado de adolescencia hacer referencia a la familia y a las redes sociales, ya que como se ha explicado en este trabajo, los trastornos de la conducta alimentaria prevalecen durante la adolescencia, por lo que es necesario considerar a la familia como principal agente preventivo y, por otro lado, a los medios de comunicación, en concreto a las redes sociales como un factor de riesgo a tener en cuenta.

La familia es un grupo natural que elabora sus pautas de interacción creando una estructura sólida. Esta estructura determina el funcionamiento y normas de sus miembros y favorece una interacción recíproca. No obstante, los progenitores ya no son los únicos que guían los comportamientos de sus hijos e hijas, actualmente los medios de comunicación y el grupo de iguales también forma parte de la enseñanza de un individuo, adoptando conductas externas como propias. Por ello es fundamental que desde la familia se aporte seguridad, afecto, respeto y límites. Dejando a su hijo o hija la libertad para crear las bases de su desarrollo físico y personal. (Lozano Sanchez, 2012)

Otro aspecto a tener en cuenta en la adolescencia es el uso de medios de comunicación como las redes sociales, según el estudio realizado por IAB, una asociación mundial de comunicación, publicidad y marketing digital en el año 2019, el 85% de la población hace uso de las redes sociales, siendo un 40% adolescentes. Cuanto mayor sea el uso de las redes sociales, mayor será la posibilidad de desarrollar una imagen negativa de su propio cuerpo o, en los casos más graves, padecer un trastorno de la conducta alimentaria. En la actualidad, las redes sociales son un factor de riesgo en el incremento de los trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia, sobre todo en adolescentes. En el apartado de factores de riesgo profundizaremos en este tema. (Lozano Sanchez, 2012)

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Fairburn (1998) (citado en Lechuga y Gámiz, 2005) expone que, actualmente, los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen un auténtico problema de salud. Maganto y Cruz (2000) declaran que existe una alarma social en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), un aumento progresivo de personas con estos trastornos, ya que cada vez aparecen en edades más tempranas (adolescentes y jóvenes). Encontrar una explicación a esto no es fácil, pero como hemos visto en el marco teórico, los factores sociales y culturales tienen una gran influencia en el crecimiento de estos trastornos. Un

¹ Índice de Masa Corporal

gran factor involucrado es la construcción de la “imagen corporal”, esto quiere decir que se produce una insatisfacción y distorsión de la imagen que se tiene del propio cuerpo y, por consiguiente, un aumento de los trastornos alimentarios. Los estudios explican que la base de los trastornos se fundamenta en una insatisfacción corporal y en la visión distorsionada del propio cuerpo.

Por tanto, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se encuentran dentro de los trastornos mentales y se definen como una alteración tanto de la ingesta alimentaria, como los distintos comportamientos dirigidos al control del propio peso. La alteración produce problemas físicos y psicosociales. Son enfermedades que producen una preocupación por la autoimagen, el peso corporal y causan un comportamiento distorsionado por la alimentación. Los principales trastornos representantes de este grupo serían la Anorexia Nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (TCANE) (Vargas Baldares, 2013)

Madruga, Leis y Lambruschini (2010) definen los TCA como enfermedades crónicas y dentro del ámbito de la salud mental, caracterizadas por una alteración en la alimentación o por conductas de control del peso, el cual produce un deterioro psicosocial y físico, la población característica es el de mujeres en la etapa de la adolescencia o previa a ella. Esta malnutrición afecta al organismo y funcionamiento del cerebro (producen tanto problemas físicos como psicológicos). Constituye un problema de salud pública, ya que el tratamiento y su posterior mejora requiere un largo periodo de tiempo.

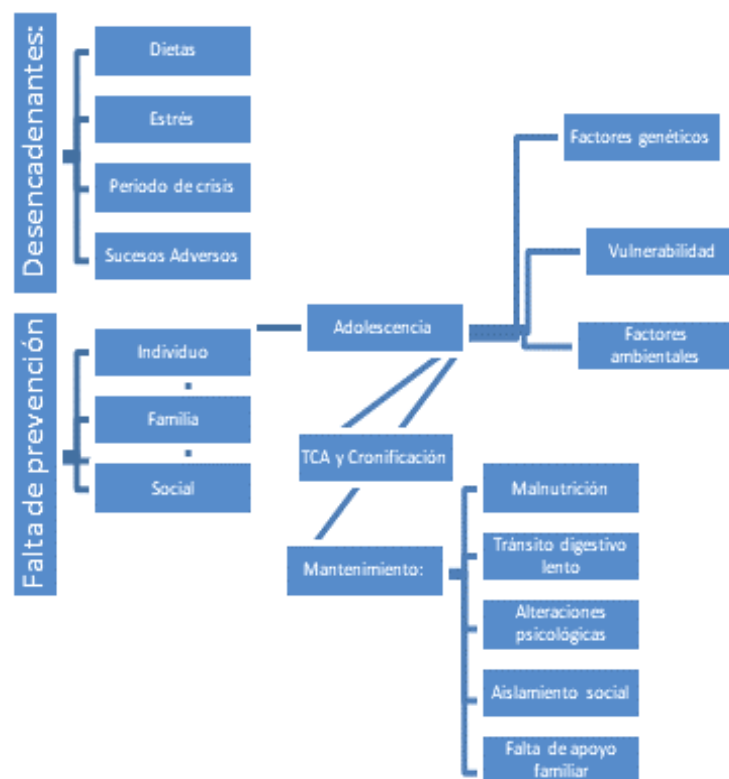


Ilustración 1. Modelo causal de comportamiento alimentario

Fuente: Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Madruga Acerete, D., Leis Trabazo, R., & Lambruschini Ferri, N. (2010) Protocolo AEPED. Capítulo 7, 325-339.

Intervienen factores psicológicos y fisiológicos que interactúan entre sí y los factores socioculturales tienen un papel importante en el desarrollo de estos trastornos.

Epidemiología

Se fundamenta una mayor prevalencia de mujeres jóvenes a padecer estos trastornos, sobre todo en el periodo de la adolescencia. Las personas con TCA poseen una mayor incidencia de trastornos afectivos en relación con la población general (Vargas Baldares, 2013).

La adolescencia/pubertad es la etapa donde hay mayor vulnerabilidad, por lo que es necesario profundizar en las variables que se asocian a estos trastornos, con la finalidad de establecer medidas preventivas. La etiología no está confirmada, pero se afirman diferentes factores que se explicarán a continuación (Maganto, 2011):

1) Factores genéticos, biológicos y/o endocrinológicos: Fava *et. al.* (1989) (citado en Maganto, 2011) plantean en su investigación que la herencia juega un papel importante en el futuro desarrollo del trastorno. Se han detectado anomalías en la neurotransmisión cerebral, así como irregularidades en el eje hipofisario y gonadal. En el nivel endocrinológico se han encontrado alteraciones hipotalámicas con un aumento de los niveles de serotonina y alteraciones del metabolismo. Sin embargo, actualmente se necesita descubrir si estos factores son considerados primarios o secundarios a la hora del desarrollo de la enfermedad.

2) Factores socioculturales: El estudio de Bell, Lawtton y Dittmar (2007) (citado en Maganto, 2011) explica cómo los factores sociales están relacionados en su mayoría con la insatisfacción corporal, especialmente los que son promovidos por los medios de comunicación (televisión, internet, revistas, ...), ya que envían mensajes que influyen sobre lo que es aceptable o no en el físico.

3) Factores familiares: Se atribuyen diversos factores al desarrollo de estos trastornos, los cuales son las diferencias de género en base a la educación y socialización parental. Las niñas son educadas para adquirir valores “femeninos” (ordenadas, preocupadas por la imagen corporal y cuidado de los demás), en cambio los niños son educados para mantener actitudes autónomas, orientadas a los logros. Otro de los factores es la fragmentación de la familia tradicional, seguida también de los cambios en los hábitos de alimentación. La falta de control parental en lo que se refiere a la alimentación es un factor clave a la hora de un posible desarrollo del trastorno y también la preocupación o antecedentes parentales relacionado con estos problemas. Según Hurley, Cross y Hughes (2011) (citado en Maganto, 2011), las relaciones familiares que se basan en la recompensa emocional asociada por una gran docilidad, llevan a una rebeldía silenciosa en la época de la adolescencia con grandes consecuencias, especialmente en mujeres.

4) Factores psicológicos: La insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, conlleva unos índices de masa corporal (IMC) extremos, el uso de dietas agresivas, la ansiedad y la depresión. El estudio de Vargas Baldares (2013) introduce dentro de estos factores los tipos de personalidad, los factores cognitivos y emocionales, y se describen 3 áreas que quedan afectadas. Trastorno delirante de la imagen, percepción inadecuada de los estímulos del cuerpo (no se dan cuenta de la sensación de hambre) y expresan una sensación paralizante de ineffectividad, la cual produce un convencimiento de que sólo actúa en respuesta a las demandas de los otros.

Diagnóstico

Ante la sospecha de presencia de un TCA, se procede a realizar una historia clínica en la cual se busca descartar alguna patología orgánica o psiquiátrica asociada a esta. Se debe conocer desde las variaciones de peso que ha habido, a saber, el tipo de alimentos que consume, cuáles son los métodos utilizados para perder peso, etc. Sobre todo, es necesario evaluar el estado mental del usuario para poder precisar la gravedad de la enfermedad, más concretamente se debe indagar sobre la alteración de la imagen corporal, el deseo de perder peso, qué métodos se usan para perderlo y como afecta a su vida personal y sociofamiliar. Hay que realizar un examen físico, donde se incluya el peso, la talla, presión arterial, IMC (Índice de Masa Corporal) y una analítica de sangre. (Vargas Baldares, 2013)

Tratamiento

Una vez que se ha realizado el diagnóstico, se elegirá un tratamiento dependiendo de las características, la gravedad y el tipo de trastorno que tenga la persona que lo padece. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria suelen tener un marco crónico y complejo, su tratamiento suele ser a largo plazo (unos 5 o 6 años). Es importante intervenir lo antes posible para evitar cualquier daño permanente, existe una coordinación entre un grupo multidisciplinario, el cual incluye un médico, un nutricionista, trabajador social, un psicólogo y un psiquiatra. El principal objetivo es promover un estado de vida saludable. (Vargas Baldares, 2013)

Según el INSALUD (1995) (citado en Lechuga y Gámiz, 2005) para la elección de un buen tratamiento es importante primero una evaluación inicial de la situación del paciente, una vez hecho se elegirá el tratamiento correspondiente, el cual se divide en tres: Ingreso Hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio.

Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

A continuación, hablaremos sobre los tres tipos de trastornos alimentarios oficiales, en los cuales se diferencian los TCA, explicaremos y diferenciaremos cada uno de ellos. Los TCA se diferencian en Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y los trastornos no especificados o atípicos (TANE), en los cuales se han producido un aumento en los últimos años debido a la influencia de los factores socioculturales. (Madruga, Leis & Lambruschini, 2010) Según López y Treasure (2011), el trastorno más común que se padece en la etapa de la adolescencia es el trastorno de la conducta alimentaria no específico.

Todos ellos comparten síntomas pues, en general, existe en todas las pacientes una preocupación por la comida, por su imagen corporal y finalmente el uso de medidas insalubres para reducir el peso. Los TCA pueden dejar secuelas permanentes en la persona, por lo que cuanto antes se realice un diagnóstico y tratamiento mejor.

- *Anorexia nerviosa (AN)*

La anorexia nerviosa fue descrita médicamente por Richard Morton ya en el siglo XVII, que relató casos de personas, la mayoría de ellas mujeres, que padecían pérdidas de peso y no se debía a causas naturales. La AN es definida como un trastorno psiquiátrico serio que se caracteriza por mantener un peso bajo no saludable (para la edad y constitución de la persona) de una manera intencionada y lograda a través de medidas extremas para poder controlarlo, medios como ejercicio físico excesivo, conductas purgativas y restricciones en el consumo de alimentos. Estos síntomas se unen a la vez por un miedo intenso de la persona

a ganar peso o considerar que no se encuentra en un peso bajo. Existen dos subtipos dentro de la anorexia nerviosa: 1) Anorexia restrictiva, en la cual la persona controla y disminuye su peso mediante métodos de actividad física y control en la ingesta de alimentos, sin recurrir a métodos de purga o atracones. 2) Anorexia Compulsiva/purgativa, la persona sufre de atracones y seguidamente utiliza métodos purgativos (vómitos inducidos, uso de laxantes, etc.) estos son utilizados para controlar o disminuir de peso. En todo caso, los atracones que se dan en la AN no son comparables con los dados en la Bulimia Nerviosa. (López y Treasure, 2011)

Se piensa que la etiología de la AN es multifactorial, queriendo decir que existen componentes genéticos, socioculturales, metabólicos, de personalidad, maltrato, perfeccionismo, etc., y coexiste con otros trastornos mentales. Aun perdiendo peso, las personas siguen teniendo una autoimagen corporal distorsionada, se ven gordas, por lo que continúan evitando la comida y siguen realizando acciones compensatorias (actividad física, conductas de purga, etc.). Normalmente no suelen tener conciencia de enfermedad, ya que todo su interés se centra en la pérdida de peso y no son consecuentes del problema que acarrear este tipo de actuaciones. Frecuentemente estas personas son personas con una alta necesidad de aprobación, perfeccionistas y sentimiento de ineficacia personal. Se centra sobre todo en mujeres, principalmente adolescentes (14 a 18 años) y afecta al 1% de la población. (Vargas Baldares, 2013)

A continuación, se presenta la tabla de criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa según el DSM-V.²

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el DSM-V

A.	Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
B.	Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
C.	Alteración en la forma en 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. Nota de codificación: el código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).
D.	En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).
E.	Especificar si:
a.	Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

² El DSM V es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), contiene descripciones, síntomas y criterios para diagnosticar trastornos mentales. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2011)

	b. Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).
F.	Especificar si:
	a. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución). En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.
G.	Especificar la gravedad actual:
	a. La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.
	b. Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$.
	c. Moderado: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$.
	d. Grave: $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$.
	e. Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

Fuente: Elaboración propia a partir de: El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz. (2015). Revista mexicana de trastornos alimentarios, 6(2), 108-120.

- **Bulimia nerviosa (BN)**

Una de las principales características de este trastorno es la presencia de “atracones”. Fue reconocida como TCA a finales del siglo XX por Gerald Russel, aunque encontramos descripciones anteriores de Otto Dör-Zegghe en 1972 e Hilda Bruch en 1973. Las personas afectadas por la BN normalmente no presentan cambios en el peso, esta es una de las diferencias que la Bulimia Nerviosa tiene con la Anorexia Nerviosa. La mayoría siente una gran vergüenza al no poder controlar sus ansias en la ingesta de alimentos, por lo que frecuentemente se mantiene en secreto. En este tipo de trastorno de la conducta alimentaria podemos encontrar, como en la AN, dos subtipos: 1) Bulimia purgativa, se refiere a las personas que recurren a métodos de purga como por ejemplo vómitos autoinducidos, uso de laxantes, etc. 2) Bulimia no purgativa, es aquella en la que las conductas compensatorias serían el ayuno o el ejercicio físico. (López y Treasure, 2011)

En este trastorno no se producen necesariamente variaciones del peso, y pueden tener un peso normal, bajo o sobrepeso, por lo que la Bulimia Nerviosa puede pasar desapercibida. Es frecuente en la adolescencia, más prevalente en mujeres que en hombres (igual que en la anorexia nerviosa) y afecta a un 1,9% de la población en general. (Vargas Baldares, 2013)

A continuación, se presenta la tabla de criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa según el DSM-V.

Tabla 2. Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el DSM-V

A. Episodios recurrentes de atracones. 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 h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un periodo 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 de lo que se ingiere).

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 compensatorio inapropiadas 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.

F. Especificar si:

a. Tipo purgativo: durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

b. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

c. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

G. Especificar la gravedad actual:

a. La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

b. Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

c. Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

d. Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

-
- e. Extremo: un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
-

Fuente: Elaboración propia a partir de: El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz. (2015). Revista mexicana de trastornos alimentarios, 6(2), 108-120.

- *TCA no específico (TCANE)*

Los TCANE son un tipo de TCA en el cual la persona no cumple los criterios para diagnosticar una AN o BN. En la última década se reporta una creciente prevalencia en estos trastornos. Los TANE cumplen con todos los criterios de la AN, diferenciada solo porque las mujeres mantienen un peso normal y que permanecen con sus ciclos menstruales. Con la bulimia nerviosa diferenciamos que los atracones y los métodos de purga son menores de dos veces por semana. Anteriormente en los TANE se introducían la categoría de los trastornos por atracón (definido como la persona que mastica, pero devuelve una gran cantidad de los alimentos) pero el manual del DSM-V ha recomendado separarla y darle una subcategoría. (López y Treasure, 2011)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no específicos suelen ser cuadros de Anorexia Nerviosa o de Bulimia Nerviosa incompletos. Por lo tanto, encontramos en ellos síntomas similares, pero sin llegar a ser ninguno de ellos, aunque el hecho de que el cuadro sea incompleto no quiere decir que por ello sean menos graves. Dentro de estos trastornos encontramos el empleo de conductas compensatorias (por ejemplo, después de comer alguna porción de alimento, masticar la comida y expulsarla seguidamente) y episodios de ingesta, pero sin conductas compensatorias. (Vargas Baldares, 2013)

A continuación, se presenta la tabla de criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) según el DSM-V.

Tabla 3. Criterios diagnósticos del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado según el DSM-V

A. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados", seguido del motivo específico p. ej., "bulimia nerviosa de frecuencia baja". Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizan la designación "otro especificado" son los siguientes:

a. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

b. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

-
- c. Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo norma.
-
- d. Bulimia nerviosa (de frecuencia de baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
-
- e. Trastorno de atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
-
- f. Trastorno por purgas: comportamientos de purgativas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
-
- g. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertar del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluso el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.
-

Fuente: Elaboración propia a partir de: El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz. (2015). Revista mexicana de trastornos alimentarios,6 (2), 108-120.

Factores de riesgo y de protección de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Para poder llevar a cabo nuestra propuesta de intervención hemos considerado imprescindible investigar sobre los factores de riesgo (factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento) así como los factores de protección de los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente.

Se entiende como factor de protección, las características propias del individuo que disminuyen la probabilidad de que puedan desarrollar un trastorno alimentario, como por ejemplo alta autoestima, entorno favorable o relaciones familiares y habilidades sociales adecuadas. (Valles Casas, 2013). En cambio, los factores de riesgo son características relacionadas con la enfermedad que no tienen por qué ser las causas, pero sí que aumentan la probabilidad de que aparezca un síntoma de la enfermedad, en nuestro caso, de la conducta alimentaria. Como hemos explicado en apartados anteriores, los trastornos alimentarios son de origen multicausal donde entran en juego factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales

identificamos como factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. (Calado Otero & Lameiras Fernández, 2014) (Valles Casas, 2013).

Dentro de los factores predisponentes hablamos, por un lado, de factores personales, como hábitos alimentarios inadecuados, dietas restrictivas, excesiva preocupación por la imagen corporal o baja autoestima; factores biológicos, que se centran en las características físicas, genéticas o biológicas que hacen a la persona más inerte a padecer la enfermedad; factores familiares, que hacen referencia a la influencia de la relación paternofamiliar en el desarrollo del trastorno o comportamientos de riesgo; y, por último, los factores sociales y ambientales, que están relacionados con la sociedad y su ideal estético, los medios de comunicación o la influencia de la red social. Por otro lado, los factores precipitantes son circunstancias estresantes de la vida de la persona que hace que la enfermedad se desarrolle, como por ejemplo problemas familiares o económicos, comentarios negativos de tu grupo de iguales, bullying, etc. Y por último los factores de mantenimiento, que se encargan de que la enfermedad se mantenga en el tiempo como son las relaciones sociales, baja autoestima, excesiva preocupación por la delgadez, etc. (Valles Casas, 2013)

Como dijimos en nuestro marco teórico, nos hemos querido centrar en investigar y conocer las causas que engloban los factores socioculturales ya que cada vez son más las investigaciones, como las de Toro (1988), Carrillo (2005) o Calado (2010), que centran sus estudios en este tipo de causas.

Los factores socioculturales tienen una gran influencia en los trastornos de la conducta alimentaria. Los aspectos sociales del sujeto están divididos por su macro-contexto y su micro-contexto. El macro-contexto social está marcado por elementos como las exigencias sociales respecto al cuerpo, relaciones de amistad, medios de comunicación, publicidad y moda. Estos elementos se adaptan a la conducta de la sociedad generando actitudes y comportamientos de riesgo para el desarrollo del TCA. En cambio, estos contextos macro-sociales no influyen por sí mismos y de la misma manera, sino a través de los micro-contextos individuales como son las características personales tanto físicas como psicológicas y las características familiares. Estos contextos, dependiendo como sean, harán que los sujetos desarrollen una actitud u otra ante la sociedad y sus vidas. (Carrillo Durán, 2005).

Contexto macro-social

Hoy en día existe un ideal estético que nos dice que la belleza se encuentra en la delgadez, lo cual a veces es difícil de conseguir, generando de esta manera una insatisfacción corporal. En los últimos 50 años, podemos ver cómo se ha producido un aumento de la obesidad. A la vez, ha aumentado la presión social por mantener una silueta delgada, estas presiones se fundamentan en el control corporal, favoreciendo así la oferta de distintos productos dietéticos, gimnasios y muchos métodos para poder adelgazar. En la segunda mitad del siglo XX aparece la denominada “la estética de la mujer moderna” de origen noroccidental, delgada, empoderada y ejecutiva. Esto ha producido que se institucionalice como una norma, produciendo así cuerpos irreales, donde lo natural y artificial se desdibuja. (Behar, 2010)

- *La cuestión del género*

En una mayor o menor medida, es cierto que las personas intentan adecuarse a un modelo de imagen corporal establecido, las personas tienen un “esquema” que le dice si está o no ajustado a la imagen de belleza que impone la sociedad. La cultura ejerce un modelo mayor de delgadez sobre la mujer respecto del hombre, en el cual un pequeño número de ellas encaja en este modelo de belleza, por lo que esta minoría sentirá satisfacción, mientras que las que no se encuentren dentro de este modelo de belleza podrán sufrir una baja autoestima. Actualmente podemos presenciar un proceso de cambio en el rol ejercido por la mujer,

donde luchan por poder encontrar un equilibrio entre los ideales del éxito (autosuficiencia, ambición, delgadez,) y las expectativas que se esperan de su rol (sumisión, madre, abnegada,). Estas exigencias desencadenan en un conflicto entre ellas, por lo que pueden provocar crisis de identidad y finalmente caer en alguno de los diferentes trastornos alimentarios. Existe una preocupación que se encuentra generalizada por el control del peso y la obesidad, donde la figura esbelta y delgada está representada como un tipo de éxito. (Maganto y Cruz, 2000)

La epidemia de los TCA unida a la creciente insatisfacción corporal de las mujeres adolescentes y jóvenes refleja los resultados de una cultura popular que domina y centra la atención en las mujeres y en los cuerpos. El modelo estético de delgadez se mantiene pese a los años, la figura esbelta es considerada un valor social, con una mayor presión sobre el género femenino que sobre el masculino. (Ruiz, Peláez-Fernández, Calvo, Pérez, Gómez y Calado, 2016)

La etapa de la adolescencia es significativa a la hora de los cambios físicos y psicológicos que se producen, donde la imagen propia cobra una importancia clave. En esta etapa suele asociarse la delgadez a la belleza, así como el éxito social, muchos encuentran una insatisfacción, en relación con su imagen propia. Se expresan deseos de imitar y parecerse a distintos modelos, favoreciendo así un incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal. (Maganto y Cruz, 2000)

Ruiz, Peláez-Fernández, Calvo, Pérez, Gómez y Calado (2016) realizan una investigación entre adolescentes de diferentes provincias de España con un discurso cultural y de género, el objetivo general era abordar la epidemiología de TCA y sobrepeso en adolescentes. Por lo tanto, en el estudio se llegó a la conclusión de que se confirmaban las teorías socioculturales de género, donde se evidencia que las mujeres jóvenes tienen más riesgo que los hombres de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Demostrando que la insatisfacción corporal es reflejo de la cultura popular actual que centra la atención en los cuerpos de las mujeres.

Al tratarse este apartado de la cuestión de género, hemos querido citar esta investigación para resaltar evidencias empíricas de que estos trastornos tienen más prevalencia en mujeres jóvenes y que una de las razones de peso son los distintos factores socioculturales que implantan un modelo de belleza excesivamente delgado.

- *Imagen corporal*

Podemos definir la imagen corporal como *“la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en el que nuestro cuerpo se manifiesta”* Esto significa que no necesariamente la imagen corporal se relacione con la verdadera apariencia física, siendo clave la actitud que lleve la persona con su cuerpo. Una vez que una persona no da un juicio que esté relacionado a su cuerpo real se produce una alteración de la imagen. (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Mirraño, 2013)

La imagen corporal se construye en las diferentes etapas de la vida, uno de los aspectos más importantes que se relacionan con la imagen corporal y se incluye dentro de la personalidad es el autoconcepto. Este se forma en la etapa escolar (6 a 12 años), pero en esta etapa se producen cambios físicos que harán que las personas no puedan establecer un autoconcepto hasta la llegada de la adultez. En la adultez, las personas le dan bastante más importancia a la imagen externa y sumando la opinión de la sociedad, hace que las personas tengan la necesidad de sentirse integradas en la sociedad. En la adolescencia, su autoconcepto se basa sobre todo en lo que los demás dicen y está demostrado que, si los comentarios

hacia el cuerpo son negativos, la persona puede desarrollar una insatisfacción corporal e incluso un trastorno alimentario. (García- Moscoso, 2020)

La imagen corporal está formada de distintos elementos: Primero podemos encontrar la parte perceptual (percepción que se tiene del cuerpo o partes de él), la cognitiva (valoración que se puede tener del cuerpo o sus partes), el afectivo (sentimiento hacia el cuerpo o sus partes) y el conductual (acciones que se dan en respuesta a la percepción que uno tiene de su cuerpo). (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Mirraño, 2013)

La preocupación por la imagen corporal no es exclusiva de nuestra época. Durante la historia se han integrado distintos estándares de belleza y cada cultura desarrolla distintos conceptos sobre la imagen del cuerpo. Por lo que la imagen corporal es influenciada por factores biológicos, ambientales y socioculturales. Actualmente, los estándares de belleza promueven la delgadez, un factor clave para que las personas desarrollen alteraciones de la imagen corporal (García- Moscoso, 2020)

El trastorno que se relaciona con la distorsión de la autoimagen es el TDC (Trastorno Dismórfico Corporal), muy prevalente hoy en día. Por lo que hemos decidido ahondar un poco sobre este para poder entender como la distorsión de la imagen no sólo desemboca en un TCA, sino que se diferencian más.

- *El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)*

Constituye como una excesiva preocupación por un defecto mínimo o imaginario en la imagen corporal de una persona, una patología crónica que suele iniciarse principalmente en la adolescencia, lo que provoca un deterioro de la calidad de vida que le insta a la persona a recurrir a tratamientos médicos o quirúrgicos. Un reconocimiento precoz ha demostrado un aumento en la calidad de vida y pronóstico de los usuarios. Distinguimos los siguientes apartados para explicar el TDC (Sandoval, García- Huidobro y Pérez-Cotapos, 2009):

- Epidemiología: La relación entre hombres y mujeres oscila en los diferentes estudios, a veces existe prevalencia de hombres y en otras de mujeres. Las personas perfeccionistas, con ansiedad y tristes son propensas a desarrollar este tipo de trastorno.

- Etiología: Actúan diferentes factores, biológicos, psicológicos y socioculturales. Se han encontrado semejanzas entre el TDC y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), presencia de pensamientos intrusivos y respuestas repetitivas. Finalmente se nota un deterioro progresivo en la calidad de vida de la persona.

Y en cuanto a su diagnóstico, actualmente el TDC se encuentra dentro de los trastornos somatomorfos, también se divide en sin y con ideas delirantes (psicótico). Dentro del DSM-IV encontramos una serie de criterios para el TDC:

- Estado de preocupación excesiva por algún defecto imaginario en el físico.
- La preocupación provoca un malestar importante y por consiguiente se procede a un deterioro en el entorno social importante para el individuo.
- Tratamiento: El TDC tiene dos diferentes tratamientos:
 - Farmacológico: Inhibidores de serotonina (Fluoxetina). Lo que hace la medicación es reducir las preocupaciones, el estrés y las conductas compulsivas del paciente.
 - No Farmacológico: La terapia psicológica más efectiva es la cognitiva conductual, utilizada para creencias. El objetivo es que la persona se exponga en las situaciones que le provoquen malestar, controlando que no haya conductas de evitación.

- *Medios De Comunicación*

Vivimos en una era digital donde los medios de comunicación son considerados los principales agentes de socialización en la sociedad, aunque principalmente en la infancia y en la adolescencia, donde actúan como instrumentos de aprendizaje de ideas, normas y actitudes. Llegando a sustituir la formación y función educativa de la familia y de los centros educativos. (Valles Casas, 2013; Calado Otero & Lameiras Fernández, 2014)

La imagen que se transmite en los medios de comunicación puede influir de manera negativa en niños/as y adolescentes. Recordemos que son un grupo de edad de gran vulnerabilidad y con poca capacidad crítica, sobre todo, a la hora de observar el contenido que muestran los medios de comunicación. Siguiendo un análisis de Calado Otero (2011), identifica mensajes socioculturales con influencia en la imagen corporal, centrándose en los estereotipos de género de manera global y en los estereotipos corporales, ya que los considera un factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Tras el análisis de los mensajes, existe una clara diferencia en los estereotipos de género respecto a los roles labores, familiares o educativos. Fomentando el modelo social masculino e invisibilizando el papel de las mujeres, siendo definidas como “objetos “antes de como “sujetos”. Y respecto a los estereotipos corporales, los medios de comunicación nos invaden con un ideal de belleza basado en un cuerpo delgado para las mujeres de la sociedad occidental. (Calado Otero & Lameiras Fernández, 2014)

Dentro de los medios de comunicación, algunos autores destacan que la televisión y las revistas ejercen una influencia negativa en la sociedad, al hacer uso de imágenes manipuladas que son representadas como realistas, y que aumentan la probabilidad de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria (Rivarola & Penna, 2006).). Teniendo en cuenta esto, Toro realizó una revisión de revistas dirigidas principalmente a un público femenino en los meses de mayo durante los años 1984, 1985 y 1986, con el fin de estudiar las características de la publicidad y de la población receptora, se llegó a la conclusión de que uno de cada cuatro anuncios incita directa o indirectamente al adelgazamiento. Las partes del cuerpo más mencionadas eran las piernas, caderas y abdomen, las palabras más utilizadas estaban relacionadas con el cuerpo y adelgazar, se promocionaban alimentos hipocalóricos y adelgazantes y por último, eran revistas dirigidas a una población con edad comprendida entre 14 y 24 años de edad. (Toro, 1988). En esta misma línea, se realizó un estudio para comprobar la relación que existe entre la insatisfacción corporal en adolescentes y las imágenes publicadas en revistas femeninas. Aquellas adolescentes que veían imágenes de mujeres de cuerpos obesos, sentían mayor aceptación por su propio cuerpo, en cambio las jóvenes que observaron mujeres de cuerpo delgado, sintieron emociones más negativas, predominando la rabia y la culpa. (Jiménez Cruz & Silva Gutierrez, 2010). Como hemos visto, a pesar de la diferencia temporal, la conclusión de estos estudios es que los medios de comunicación están resultando claves en desarrollar una imagen corporal negativa e inalcanzable en las mujeres adolescentes de las sociedades occidentales.

A la televisión y la prensa escrita, hay que sumarle la influencia de internet y las redes sociales. Internet se ha convertido en una plataforma de comunicación al alcance de casi todo el mundo y están permitidas todo tipo de informaciones nocivas e ilegales que pueden atentar contra la salud de la población, en especial contra los grupos de edad más jóvenes. En los últimos años, ha habido un aumento de páginas web pro-ana (anorexia) y pro-mía (bulimia) que hacen apología de los trastornos de la conducta alimentaria. Estas páginas web abordan la anorexia y la bulimia como un estilo de vida, además de aportar trucos sobre como adelgazar o vomitar o incluso como engañar a la familia. De alguna manera, se convierten en un espacio de comprensión y fuente de información para la persona que se encuentra detrás de la pantalla. A ello, hay que sumarle también las redes sociales, donde existen perfiles que promueven material escrito, imágenes,

audios y videos fomentando actitudes y comportamientos con el fin de alcanzar un peso corporal excesivamente bajo. (Agencia de Qualitat d'Internet, 2010; Lozano Sanchez, 2012)

Contexto micro-social

Una vez analizado el contexto macro-social, pasamos a estudiar los contextos micro sociales que pueden llegar a influir en la apreciación de la imagen corporal, encontramos los siguientes (Behar, 2010; Raich, 2011):

1. Las diferencias de género en torno a las actitudes corporales. Las mujeres parecen modelarse más que los hombres en el patrón de belleza actual, se cree que están más influidas por el ideal de delgadez, poseen una insatisfacción mayor por su cuerpo. Por lo tanto, debido a esta percepción, las mujeres intentan reducir su peso más a menudo que los hombres y, finalmente, presentan más factores de riesgo a la hora de poder desarrollar un trastorno alimentario.

2. La feminidad y los trastornos de la conducta alimentaria Los roles sexuales en los que se educa a las mujeres (dependiente, inmadura complaciente y necesidad de aceptación) favorecen una orientación hacia los trastornos alimentarios. La pertenencia a grupos de riesgo (deportistas, bailarinas, modelos y nutricionistas) aumenta el riesgo a la hora de padecer trastornos alimentarios.

3. El factor étnico. Parece que hoy en día los trastornos de la alimentación están distribuidos globalmente. El ideal de delgadez se da en sociedades donde hay una gran disponibilidad de alimentos y la obtención de ellos no supone ningún problema. La migración transaccional y la modernización aumentan el riesgo de insatisfacciones corporales.

4. La familia enseña desde una edad muy temprana los propios patrones estéticos y comportamentales, la cual suele resaltar la importancia de una apariencia delgada, refuerza conductas dirigidas a hacer dietas y estimula o rechaza la obesidad. Se ha llegado a afirmar que la presión que las madres ejercen sobre las niñas suele ser el primer factor de la insatisfacción corporal.

5. Las amistades tienen un papel importante a la hora de desarrollar cualquier trastorno de la imagen corporal. Pueden particularizar y exacerbar los defectos físicos de una persona y por lo tanto tener influencia en ellas.

6. Las críticas, las burlas, el *bullying*. El acoso puede potenciar las inseguridades corporales de una persona e influir sobre su propia imagen llegada la edad adulta.

7. El desarrollo físico y el reforzamiento social. Los cambios que se originan en la pubertad pueden provocar preocupación por la apariencia física, estos cambios pueden llegar a ser comentados por otras personas, afectando a la autoestima y, por consiguiente, a la imagen corporal. Socioculturalmente, las personas que son consideradas como atractivas tienen un reforzamiento social del entorno, lo que puede afectar al desarrollo psicológico de la persona.

8. La adolescencia en el contexto de los trastornos alimentarios. Es un periodo importante en el que se ha demostrado un mayor desarrollo de patologías alimentarias. La cultura envía a adolescentes el mensaje de que se les valora y juzga por su cuerpo, se les compara con una imagen ideal de belleza prácticamente inalcanzable. En esta etapa es muy importante las relaciones que tienen con sus pares, en especial, la aprobación o descalificación por parte de ellos. Tienen la necesidad de pertenecer a un grupo en el que se mimetizan e imitan, buscando la aceptación y creación de vínculos.

9. Perfeccionismo e insatisfacción corporal. Ser perfeccionista no implica desarrollar un TCA, pero sí que se trata de un factor de riesgo. Estudios clínicos consideran que el perfeccionismo es común en aquellas personas que sufren un trastorno de la conducta alimentaria incluso antes de padecerlo. Estas personas trasladan su forma de ser perfeccionista en comportamientos acerca de su alimentación, el peso, silueta corporal provocando una insatisfacción corporal. Algunas de las características de estas personas son sobrevaloración, persistencia, inconformista, sobre exigencia, miedo a fallar.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación, se justifica y se explica en qué consiste la propuesta de intervención con la cual se quiere trabajar. Como se expone en el marco metodológico el objetivo principal es realizar una revisión bibliográfica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), recopilando toda la información necesaria para posteriormente poder realizar una formación dirigida a los/as profesionales de la educación en forma de folleto formativo **ANEXO 1. FOLLETO PREVENTIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**. Aportándoles herramientas para que puedan identificar lo antes posible comportamientos o síntomas relacionados con los trastornos alimentarios. Por lo tanto, la finalidad de esta propuesta de esta intervención está dirigida hacia la promoción y prevención de los TCA, además de intentar conseguir una mayor coordinación entre la familia del menor y el docente, ya que éstos son los que más tiempo pasan con ellos y son considerados como figuras referentes.

Esta propuesta se aborda desde una prevención primaria, según Albee y Gulotta (1986) (citados en Soldado, 2006) con el objetivo de disminuir o eliminar aquellos factores que hacen que se produzcan estos trastornos, a la vez que intentar aumentar las capacidades de la persona y el apoyo social, reduciendo así las probabilidades de padecer estos trastornos. Por lo tanto, la finalidad sería actuar desde la atención primaria, enfocándolo a los docentes de la educación con el objetivo de ofrecerles información relevante sobre los trastornos de la conducta alimentaria y capacitarles para identificar aquellos comportamientos o síntomas negativos logrando empatizar y entender al adolescente.

CONCLUSION

Tras la realización de una revisión bibliográfica sobre los trastornos de la conducta alimentaria podemos concluir en que la edad y el sexo son variables determinantes en el desarrollo de un trastorno alimentario, además estas variables se ven potenciadas a través de múltiples factores como los socioculturales donde el género, los medios de comunicación, las redes sociales y la familia van a tener un papel fundamental. Por todo ello, hemos considerado necesario elaborar una propuesta de intervención en forma de folleto informativo/preventivo para los/as profesionales de la educación siendo los centros educativos determinante en el crecimiento y desarrollo de los individuos. Por otra parte, se ha sopesado interesante continuar esta intervención a través de un trabajo social de grupos con enfoque psicoterapéutico, es decir, a través de una psicoeducación donde no solo se priorice la información a los/as docentes sino también se sensibilice y se aporten herramientas básicas para una detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.

No solo se propone esta psicoeducación para la detección, sino para la prevención y sensibilización de los/as adolescentes desde los centros educativos y desde sus profesores/as, los cuales precisamos referentes y puntos de apoyo en el desarrollo y en el crecimiento de estos grupos de edad tan vulnerables. Se considera a dichos docentes claves como figuras referentes para los/as adolescentes, ya que estos, aparte de la familia, tienen la función de educarles. Finalmente, se buscaría que también hubiese una mejor coordinación a la hora de lo que el trato entre familiar/docente se refiere, aportando otra manera preventiva dirigida hacia la promoción de la salud de los jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Qualitat d'Internet. (2010). Las páginas "Pro Ana" y "Pro Mia" inundan la red. From http://www.f-ima.org/fitxer/403/resumen_informe_anorexia_y_bulimia_en_internet.pdf
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2011). From DSM-5: the future of psychiatric diagnosis.: <http://www.dsm5.org>
- Aravena Bravo, C. (2016). *Trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva psicoanalítica contextual*. Cartagena: Federación Psicoanalítica de América Latina.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Chil Neuro.Psiquiat*, 319-334.
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M., & Cruzat, C. (2009, noviembre). Aportes de la Teoría del Apego al abordaje clínico de los trastornos de la alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 217-226. From <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775003>
- Bowlby, J. (1993). *El apego (El apego y la pérdida)*. Barcelona: Paidós.
- Calado Otero, M., & Lameiras Fernández, M. (2014). *Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso*. Valencia: Tirant Humanidades.
- García-Moscoso, C. (2020). Imagen Corporal.Trastorno de la Conducta alimentaria (TCA) y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). From http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/10624/1/Garca_Moscoso_CarmendelConsuelo_TFG_Psicologa.pdf
- Carrillo Durán, V. (2005). *Factores socioculturales en los TCA. No solo moda, medios de comunicación y publicidad*.
- Fernandez Bustos, J. G., Gonzalez Martí, I., Onofre, C., & Cuevas, R. (2014). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25-33.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 436-443.
- Garrote Rojas, D., & Palomares Ruiz, A. (2011, diciembre 20). Educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria. *Facultad de la Educación de Albacete*. Retrieved marzo 18, 2020 from <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>
- Jiménez Cruz, B., & Silva Gutierrez, C. (2010). *Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lechuga Navarro, L., & Gámiz Jiménez, M. N. (2005). Tratamiento psicológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Aproximación Cognitivo Conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, (2), 142-157. From file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-TratamientoPsicologicoDeLosTranstornosDeConductaAl-1382754.pdf
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1), 85-97. From https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf

- Lora, M. E., & Saldías, P. (2006). Sistema Conversivo en la histeria. *Ajavu*, 4(2), 228-243. Retrieved marzo 21, 2020 from <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v4n2/v4n2a5.pdf>
- Lozano Sanchez, Z. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *Revista Científica In Crescendo*, 299-311.
- Madruga Acerete, D., Leis Trabazo, R., & Lambruschini Ferri, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. *Protocolo AEPED. Capítulo 7*, 325-339. From https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/53741780/anorexia_bulimia.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAnorexia_bulimia.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=ASIATUSBJ6BAIB6J5U5K%2F20200426%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws
- Maganto Mateo, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop.Online*, 9-12. From <http://www.cop.es/infocop/pdf/1924.pdf>
- Maganto, C. &. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45-48.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Rivarola, M. F., & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72. Consultado el 9 de abril de 2020 en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80280205>
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Piramides.
- Ruiz Lázaro, P. M., Peláez-Fernández, M. A., Calvo Medel, D., Pérez Hornero, J., Calado Otero, M., & Gómez Del Barrio, A. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (39), 29-36. From [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-DiferenciasPorGeneroDeLosTrastornosDeLaConductaAli-5798979%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-DiferenciasPorGeneroDeLosTrastornosDeLaConductaAli-5798979%20(1).pdf)
- Sandoval, M. G.-H.-C. (2009). Trastorno Dismórfico Corporal. *chill dermatol*, 244-250. From http://www.sochiderm.org/web/revista/25_3/5.pdf
- Soldado, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, (4), 336-347. From [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-PrevencionPrimariaEnTrastornosDeConductaAlimentari-2159222%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-PrevencionPrimariaEnTrastornosDeConductaAlimentari-2159222%20(2).pdf)
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 26-48.
- Valles Casas, M. (2013). *La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad de Castilla La Mancha.
- Vaquero-Cristóbal, R. A.-M. (2013). Imagen corporal: Revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 27-35.
- Vargas Baldavares, M. (2013). Trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centro America*, 475-482.

Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Diaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6 (2), 108-120. From http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108

ANEXOS

ANEXO 1. FOLLETO PREVENTIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Definición de TCA: Es una alteración tanto de la ingesta alimentaria, como los distintos comportamientos dirigidos al control del propio peso. La alteración produce problemas físicos y psicosociales. Los principales trastornos representantes de este grupo serían la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (TANE). Son de origen multicausal donde entran en juego factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales identificamos como factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

1. **Factores predisponentes:** Se caracterizan por un conjunto de factores:
 - Personales: Hábitos alimentarios inadecuados, dietas restrictivas, excesiva preocupación por la imagen corporal o baja autoestima.
 - Biológicos: Se centran en las características físicas, genéticas o biológicas que hacen a la persona más inerte a padecer la enfermedad.
 - Familiares: Hacen referencia a la influencia de la relación paternofilial en el desarrollo del trastorno o comportamientos de riesgo.
 - Sociales y Ambientales: Relacionados con la sociedad y su ideal estético, los medios de comunicación o la influencia de la red social.
2. **Factores precipitantes:** Son circunstancias estresantes de la vida de la persona que hace que la enfermedad se desarrolle, como por ejemplo problemas familiares o económicos, comentarios negativos de tu grupo de iguales, bullying, etc.
3. **Factores de mantenimiento:** Se encargan de que la enfermedad se mantenga en el tiempo como son las relaciones sociales, baja autoestima, excesiva preocupación por la delgadez, etc.

Tipos de trastornos de la Conducta Alimentaria:

- **Anorexia Nerviosa (AN):** Se caracteriza por mantener un peso bajo no saludable (para la edad y constitución de la persona) de una manera intencionada y lograda a través de medidas extremas para poder controlarlo, se une un miedo intenso de la persona a ganar peso o considerar que no se encuentra en un peso bajo. Existen dos subtipos dentro de la anorexia nerviosa: 1) Anorexia restrictiva, en la cual la persona controla y disminuye su peso mediante métodos de actividad física y control en la ingesta de alimentos, sin recurrir a métodos de purga o atracones. 2) Anorexia Compulsiva/purgativa, la persona sufre de atracones y seguidamente utiliza métodos purgativos (vómitos inducidos, laxantes, etc.) estos son utilizados para controlar o disminuir de peso.
- **Bulimia Nerviosa (BN):** Las personas afectadas normalmente no presentan cambios en el peso. La mayoría siente una gran vergüenza al no poder controlar sus ansias en la ingesta de alimentos, por lo que frecuentemente se mantiene en secreto. En este tipo de trastorno de la conducta alimentaria podemos encontrar dos subtipos: 1) Bulimia purgativa, se refiere a las personas que recurren a métodos de purga como por ejemplo vómitos autoinducidos, uso de laxantes, etc. 2) Bulimia no purgativa, es aquella en la que las conductas compensatorias serían el ayuno o el ejercicio físico.

- **Trastorno de la Conducta Alimentaria No Específico (TANE):** Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no específicos suelen ser cuadros de Anorexia Nerviosa o de Bulimia Nerviosa incompletos. Encontramos en ellos síntomas similares, pero sin llegar a ser ninguno de ellos, aunque el hecho de que el cuadro sea incompleto no quiere decir que por ello sean menos graves. Dentro de estos trastornos encontramos el empleo de conductas compensatorias y episodios de ingesta, pero sin conductas compensatorias.

Factores de protección: Características propias del individuo que disminuyen la probabilidad de que puedan desarrollar un trastorno alimentario, como por ejemplo alta autoestima, entorno favorable o relaciones familiares y habilidades sociales adecuadas.

Factores de riesgo: Características relacionadas con la enfermedad que no tienen por qué ser las causas, pero sí que aumentan la probabilidad de que aparezca un síntoma de la conducta alimentaria. Dentro de estos factores encontramos los siguientes:

- **Imagen corporal:** *“La imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en el que nuestro cuerpo se manifiesta”* Siendo clave la actitud que lleve la persona con su cuerpo. Una vez que una persona no da un juicio que esté relacionado a su cuerpo real se produce una alteración de la imagen.
- **Medios de comunicación:** Vivimos en una era digital donde los medios de comunicación se han convertido en unos de los principales factores de riesgo de los trastornos alimentarios. Principalmente el uso de redes sociales y paginas web que hacen apología de la anorexia y bulimia han aumentado en los últimos años siendo un referente informativo para las adolescentes.

Factores de detección

Es importante que desde los centros educativos se tengan en cuenta:

- ▶ Cambios físicos y conductuales
- ▶ Alimentación restringida
- ▶ Comentarios constantes acerca del cuerpo perfecto
- ▶ Sobreexigencia y perfeccionismo
- ▶ Críticas negativas por parte de sus compañeros/as
- ▶ Bullying
- ▶ Estrés y depresión
- ▶ Pérdida de memoria y de concentración

Herramientas para prevenir

- ▶ Crear un vínculo seguro con los/as alumnos/as
- ▶ Saber escuchar y empatizar
- ▶ Eliminar la idea del ideal estético mostrando diferentes tipos de cuerpo
- ▶ Trabajar la autoestima y el autocuidado
- ▶ Abordar conflictos interpersonales
- ▶ Trabajar habilidades sociales y de la comunicación

EDUCACIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

FOLLETO INFORMATIVO DIRIGIDO A DOCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA



¿QUE SON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA?

Es una alteración tanto de la ingesta alimentaria, como de los distintos comportamientos dirigidos al control del propio peso. Esta alteración produce graves problemas físicos y psicosociales.



Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por mantener un peso bajo no saludable (para la edad y la constitución de la persona) de una manera intencionada y lograda a través de medidas extremas para poder controlarlo. Además se une un miedo intenso de la persona a ganar peso o considerar que no se encuentra en el peso deseado, es decir, infrapeso.

Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por un consumo de alimentos de manera insaciable e incontrolable que compensan realizando prácticas purgativas como vómitos autoinducidos.

Estas personas suelen no presentar cambios en el peso y pueden llegar a sentir vergüenza tras la ingesta.

Trastorno de la Conducta Alimentaria No Específico (TCANE):

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos suelen ser cuadros de Anorexia Nerviosa o de Bulimia Nerviosa incompletos. Encontramos en ellos síntomas similares, pero sin llegar a ser ninguno de los dos. Esto no implica que no sean igual de graves que el resto de trastornos alimentarios.

Población de riesgo

Los trastornos de la conducta alimentaria tiene mayor prevalencia en adolescentes de edades comprendidas entre los 10 y 21 años de edad. El 90% de los casos son de población femenina.

Esto se debe a :

- ▶ Desarrollo físico y psicológico en la adolescencia
- ▶ Grupo de edad de gran vulnerabilidad
- ▶ Imagen corporal idealizada
- ▶ Influencias de los medios de comunicación, en especial, de redes sociales