



Catálogo de Preguntas y Respuestas sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria



Catálogo de Preguntas y Respuestas sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria

CATÁLOGO de preguntas y respuestas sobre los trastornos de la conducta alimentaria.
[Recurso electrónico] : Alianza para una visión positiva y saludable de la imagen personal /
coordinación general, Juan Manuel Espinosa Almendro ; coordinación técnica, Manuel Flores
Muñoz, Antonio Garrido Porras ; autores, Pilar Ramos Valverde ... [et al.]. -- [Sevilla] :
Consejería de Salud, 2016

Texto electrónico (pdf), 39 p.

I. Trastornos de la conducta alimentaria 2. Promoción de la salud 3. Folleto informativo
para pacientes I. Espinosa Almendro, Juan Manuel II. Flores Muñoz, Manuel III. Garrido
Porras, Antonio IV. Ramos Valverde, Pilar V. Andalucía. Consejería de Salud.
WM 175

Coordinación General:

Juan Manuel Espinosa Almendro

Coordinación Técnica:

Manuel Flores Muñoz

Antonio Garrido Porras

Autores:

Pilar Ramos Valverde

Manuel Flores Muñoz

M^a Carmen Moreno Rodríguez

Concha Martínez García

Pilar Rodríguez Ortega

Tomás Eugenio Martínez García

Lourdes Hernández González

Ana Ruiz Bernal

Marisa Gómez Armenteros

Revisores:

José Díaz-Borrego Horcajo, Miguel Picó Juliá, Alma Martínez de Salazar Arboleas, Carolina Alonso Hernández, Begoña Gil Barcenilla, Matilde Rojo Villalba, Omar Estrada Contreras, José Ignacio Navarro Díaz, Teresa Vera Balanza, Ramón Santos Luque, Alejandro Pérez Milena, Isabel Moya García, Sara Herrera Hidalgo, Begonia Rodríguez García, M^a Dolores Cerezo Espinosa de los Monteros, Equipo Técnico del Observatorio de la Infancia de Andalucía, Grupo del Adolescente (SAMFyC).

Entidades Colaboradoras y Adheridas a la Iniciativa "Imagen y Salud":

ADAB San Fernando, ADANER Jaén, ADANER Málaga, ADANER Sevilla, Asociación de Personas con Enfermedad Mental, Familiares y Allegados, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), FACUA Andalucía, Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD), Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Andalucía (CODINAN), Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, Asociación Española de Trabajo y Salud de Andalucía, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), Sociedad Andaluza de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SAEDYN), Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), Centro Asociado a la UNED de Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer, Observatorio de la Infancia de Andalucía, Plan Integral de Salud Mental (PISMA), Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Málaga, Fundación Audiovisual de Andalucía (FAVA), Colegio Profesional de Periodistas de Andalucía, Agencia Pública Empresarial de la Radiotelevisión de Andalucía (RTVA), Asociación de Operadores de Telecomunicaciones Locales de Andalucía (ACUTEL), Confederación Andaluza de Federaciones Deportivas, Real Federación Andaluza de Fútbol, Club Natación Mairena de Aljarafe, Ayuntamientos de Bollullos de la Mitación, Castilblanco de los Arroyos, Cazalla de la Sierra, Gerena, Guadix, Nerva y Pozoblanco, Asociación de Empresarios de la Confección (AECON), Escuela de Moda de Sevilla, Sevilla de Moda, Asociación de Amigos de la Moda, Feria de Muestras Iberoamericana de Sevilla (FIBES), Azahar Salud.

Diseño y Maquetación: Pilar San Juan Lozano.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2016.

www.juntadeandalucia.es/salud

Repositorio institucional SSPA: www.repositoriosalud.es

**Catálogo de Preguntas y Respuestas
sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Abril de 2016
Secretaría General de Salud Pública y Consumo

ÍNDICE:

Descripción, sintomatología y epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Preguntas 1 a 16	Pág. 1
Promoción de Salud y Protección ante los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Preguntas 17 a 25.....	Pág. 11
Creencias erróneas y realidades en el control del peso y la imagen corporal. Preguntas 26 a 34.....	Pág. 17
Teniendo en cuenta los cambios corporales asociados a la pubertad. Preguntas 35 a 36.....	Pág. 21
Acerca de los entornos: familia, contexto escolar e iguales. Preguntas 37 a 49.....	Pág. 22
¿Dónde pedir ayuda? Pregunta 50.....	Pág. 33
Referencias bibliográficas.....	Pág. 34

DESCRIPCIÓN, SINTOMATOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.- ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?



Los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada de la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos también inadecuados encaminados a controlar el peso. Se trata de enfermedades graves, con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en alto riesgo la salud de las personas que las padecen.

Se distinguen tres categorías clínicas: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

2.- ¿Por qué se producen los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Aunque se desconocen las causas de estas enfermedades, sí que se conocen los factores predisponentes y desencadenantes que influyen notablemente en la aparición de estos trastornos.

Han sido identificados como tales: una baja autoestima, baja aceptación de la propia imagen corporal, un estilo de personalidad perfeccionista o impulsiva, pensamiento con marcada rigidez e inflexibilidad para hacer cambios, presión del grupo de iguales, la familia, los medios de comunicación, la moda o la industria dietética, así como la realización de dieta sin seguimiento por profesional sanitario. Estos factores, unidos a situaciones estresantes o que suponen dificultad para la persona, pueden dar lugar a un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Por tanto, se tratan de trastornos multicausales en los que, si bien influyen factores genéticos y biológicos, ocupan un lugar destacado los factores psicológicos y socio-culturales.

3.- ¿El inicio es igual en todos los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

En muchos casos sí. Se inicia una dieta restrictiva o pérdida de peso y en algunas personas, de acuerdo a su predisposición psíquica y/o biológica, se generará un cuadro de anorexia y, en otras, de bulimia o trastorno por atracón.

En otros casos, algunos síntomas, como la ansiedad o la depresión, pueden preceder el inicio de los atracones. Posteriormente, el deseo de compensar el posible aumento de peso provocará conductas de dieta restrictivas o purgas, iniciándose un círculo vicioso de atracón-purga.

4.- ¿Cómo detectar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en una persona?



Aunque detectar un trastorno alimentario no es fácil, hay algunos indicios que permiten sospechar de su existencia:

- La persona se queja reiteradamente de su aspecto físico, viste con ropa ancha sin mostrar nunca el cuerpo, se niega a salir, a probarse ropa o a ponerse bañador.
- Se evidencian dificultades en la alimentación que antes no se daban: reprime constantemente alimentos con un alto nivel calórico, esconde comida por casa, o bien desaparecen cantidades importantes de alimentos de los armarios o nevera, siente vergüenza al comer delante de los demás, o realiza compensaciones de forma reiterada, es decir, come lo que le apetece y después realiza ayunos, come con excesiva rapidez o realiza mucho ejercicio físico para compensar.
- Se hace más difícil la convivencia por los cambios de carácter de la persona y una mayor irritabilidad.
 - Se encuentran vómitos o la persona acuden muy frecuentemente al baño, sobre todo después de las comidas.

- Se aprecia debilidad. En período de exámenes, por ejemplo, llegan a producirse desmayos por no haber desayunado.

5.- ¿Son muy frecuentes los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Los datos epidemiológicos sobre este tipo de trastornos son incompletos por múltiples razones: no conciencia de enfermedad por quien la sufre; temor a la estigmatización de los problemas de salud mental; demandas asistenciales que se centran en la atención a sintomatología orgánica; organización y sistema de registros de los servicios sanitarios; sesgos en la atención sanitaria por razón de género; escasez de estudios que crucen datos entre la asistencia pública y la privada, etc.

Los estudios epidemiológicos sobre los TCA, en España, empiezan a tomar forma a partir de 1.990 aun a pesar de las diferencias metodológicas y muestrales existentes entre ellos, se refleja un escenario que se caracteriza por: (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

- 1.- Un incremento en la incidencia (casos nuevos) de los Trastornos Asociados a la Conducta Alimentaria
- 2.- Una aparición fundamentalmente localizada en el período de la adolescencia, si bien existe una tendencia al establecimiento de conductas de riesgo en la etapa preadolescente y en la fase adulta.
- 3.- Una distribución por género de 9 mujeres y 1 hombre de cada 10 casos identificados.
- 4.- Mayor frecuencia en casos de bulimia que de anorexia. Incremento en la tasa de prevalencia de la bulimia afectando entre un 1% y un 3% de las mujeres jóvenes.
- 5.- El tipo más frecuente entre los TCA es el incompleto y el no especificado (TCNA) afectando aproximadamente al 3% de los sujetos.

7.- Pelaez Fernandez, M.A. (2003). *Estudio epidemiológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid*. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Psicología Clínica I). Tesis.

8.- Peláez Fernández, M.A., I. Labrador Encinas, F.J., Raich Escursell, R.M (2005) *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas*. International Journal of Phicology and Psicological Therapy, vol 5, nº 2, pp 135-148

9.- Morandé, G. (1.998). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia?* Anales Españoles de Pediatría, 48, 229-232.

10.- Gandarillas-Grande, A., Febrel, C. (2.000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.

11.- Rivas, T., Bersabe, R., Castro, S. (2.001). *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España)*. Salud Mental, 24(2): 25-31.

12.- Vega, T., Rasillo, M. A., Lozano, J. E. (2001). *Estudio del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enseñanza secundaria de Castilla y León*. En: Junta de Castilla y León. Trastornos de la conducta alimentaria en Castilla y León. España: Lovader, p. 27-62.

13.- Pérez-Gaspar, M., P Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., F Lahortiga; F., Cervera; S. (2000) *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*. Medicina Clínica, vol 114

6.- ¿Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son problemas de la adolescencia?

Los trastornos alimentarios pueden afectar a cualquier persona a cualquier edad. La mayoría de casos se sitúan entre los 12 y 25 años, siendo el grupo de mayor incidencia el de 14 a 18 años. Sin embargo, aunque el comienzo se inicia con frecuencia en la adolescencia, e incluso preadolescencia, también puede iniciarse en personas adultas.

El hecho de que los trastornos alimentarios suelen comenzar habitualmente en la adolescencia se debe a la coincidencia de cambios físicos, psicológicos y sociales (la pubertad, el ingreso en la educación secundaria, el comienzo de las relaciones sexuales...), así como la reestructuración de la identidad personal que, con mayor o menor intensidad, experimentan las personas durante esta etapa vital.

7.- ¿Las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria sólo buscan llamar la atención? ¿Son un problema de salud o es un gusto por ir a la moda?



Entender los Trastornos de la Conducta Alimentaria como una estrategia para llamar la atención es uno de los mitos más peligrosos sobre esta enfermedad. Es importante saber que las personas con trastornos alimentarios a menudo pueden tener otros problemas emocionales tanto de causa mental (trastornos relacionados con sustancias, de ansiedad, obsesivo-compulsivo, de la personalidad, del estado de ánimo y del control de impulsos), como de causa orgánica (diabetes mellitus, obesidad, síndrome de mala absorción y enfermedades del tiroides), que, si no se les da tratamiento, pueden ocasionar severos problemas de salud.

Por otra parte, a pesar de que en el inicio de estos trastornos la moda pueda ser un factor influyente dentro de la multicausalidad que los caracteriza (ya que la ropa con frecuencia está diseñada y modelada para cuerpos delgados), cuando la enfermedad se desarrolla, la persona frecuentemente olvida este propósito inicial. En ese momento, la persona ya no piensa en la ropa que desea ponerse sino en cumplir su propia voluntad, la de estar delgada. En este sentido, las modas son peligrosas desde el momento en que se vuelven extremas, como suele suceder con la “moda de la extrema delgadez”.

Por tanto, estas enfermedades no son solo una moda y no se pasarán solas como frecuentemente se piensa, son enfermedades serias que requieren de un tratamiento eficaz.

8.- ¿Qué es la anorexia nerviosa?

La anorexia nerviosa (a menudo llamada simplemente anorexia) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria que se caracteriza por:

- Un deseo irrefrenable de estar delgado/a, acompañado de la práctica voluntaria de restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo.
- A pesar de la pérdida de peso progresiva, presentan un miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso.
- Alteración en la forma en que la persona 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 peso corporal bajo actual.
- No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por sus conductas.
- Generalmente hay rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas.

9.- ¿Cuáles son los síntomas de la Anorexia Nerviosa?

- Distorsión de los pensamientos: los pensamientos negativos y distorsionados sobre el peso y el cuerpo se mantienen e intensifican a medida que la pérdida de peso o la gravedad de la enfermedad aumenta, constituyéndose en una temática casi exclusiva.
-

- Cambios emocionales y afectivos: el carácter de la persona también cambia y se va mostrando más susceptible, más irritable y ansiosa, con cambios bruscos en su estado de ánimo.
- Mayor actividad: realizan ejercicio físico excesivo, tanto en intensidad como en frecuencia, además de una gran actividad cotidiana (estudios diversos, actividades complementarias...) con el fin de quemar calorías y conseguir una mayor pérdida de peso.
- Maniobras con la comida: reducen los alimentos en la dieta cotidiana (aunque no es raro que realice recetas succulentas para ofrecerlas a los demás), su forma de comer se lentifica, trocea la comida, la ordena y distribuye en el plato, esconde la comida como puede y su conducta en la mesa a veces tiende al disimulo y otras a la extravagancia; en otros casos prefieren comer a solas.
- Otras conductas: suelen pesarse, palpar su cuerpo o ponerse prendas de forma repetitiva para observar si ha habido algún cambio en su cuerpo.
- Personalidad: tienden hacia la introversión, un alto grado de autocontrol y a una gran inclinación hacia el perfeccionismo. Estas características, si no se interviene para reconducirlas positivamente, la ayudan a mantenerse dentro de su enfermedad.

No todos los síntomas se observan por igual en todas las personas, pudiendo presentarse de forma diferente.

10.- ¿Qué problemas físicos puede desencadenar la Anorexia Nerviosa?



Los principales problemas físicos que puede provocar la anorexia nerviosa son:

- *Complicaciones hormonales.* La más frecuente es la amenorrea, aunque otros problemas hormonales pueden producir retraso en la pubertad o del crecimiento en preadolescentes y adolescentes. Asimismo, el insuficiente estrógeno en las mujeres puede causar sequedad vaginal y disminución de la fertilidad.

- *Complicaciones cardiovasculares.* Las alteraciones más frecuentes son la bradicardia (menos de 60 pulsaciones por minuto) y la hipotensión. Por otra parte, los vómitos repetidos y el abuso de laxantes y diuréticos o la deficiencia de potasio, calcio y magnesio, así como la desnutrición general, pueden provocar alteraciones hidroelectrolíticas y arritmias cardíacas. En algunos casos hay riesgo de muerte súbita.
- *Complicaciones gastrointestinales.* Las más habituales son el estreñimiento, la sensación de plenitud y de hinchazón que tienen tras las comidas, dolor abdominal y flatulencia.
- *Complicaciones dermatológicas.* Puede aparecer un aumento del vello, llamado lanugo, en brazos, piernas, hombros, espalda y cara. La piel del cuerpo se reseca y puede llegar a alcanzar una coloración amarillenta en extremidades (hipercarotinemia). El cabello se seca, pierde brillo y cae abundantemente. Las uñas se vuelven quebradizas.
- *Osteoporosis.* En pacientes cuyas edades giran en torno a la pubertad, puede producirse un estancamiento en el crecimiento y no llegar a alcanzar la talla previsible. El riesgo que corren de tener fracturas (huesos rotos) puede aumentar.
- *Anemia y complicaciones renales.* Puede producirse deshidratación y desnutrición, que pueden llevar a desmayos, convulsiones o pancreatitis (inflamación del páncreas).
- *Caries o infecciones de encías.* Provocada por la presencia reiterada de vómitos.

11.- ¿Cuáles son las causas que perpetúan la Anorexia Nerviosa?

El deseo de la persona por perder peso le lleva a realizar todo tipo de conductas para hacerlo realidad. Una vez que una persona ha logrado adelgazar vivencia un sentimiento de triunfo por haber superado las tentaciones de la comida y, al mismo tiempo, porque se siente reforzada en una imagen corporal que tiene idealizada a partir de lo que le ha llegado, entre otros, de los medios de comunicación. Esta sensación de logro podría ser el principal motivador de la perpetuación de la anorexia.

Por otra parte, el hambre lleva a intensificar el bajo estado de ánimo, lo cual contribuye a reducir más la autoestima y autoconfianza, aumentando por parte de quien padece la enfermedad la vigilancia sobre el autocontrol del peso. Además, la inanición y la baja actividad del estómago pueden contribuir a la sensación de tenerlo lleno, haciendo cada vez más fácil el no comer.

12.- ¿Qué es la Bulimia Nerviosa?

La bulimia nerviosa (a menudo llamada simplemente bulimia) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria que se caracteriza por:

- Episodios repetidos de atracones (que pueden entenderse como episodios de ingesta voraz e incontrolada).
- 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.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación que hace la persona de sí misma se ve excesivamente influenciada por la forma y el peso corporal.
- Suele ser un trastorno oculto, y se vive con sentimiento de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está muy avanzado

13.- ¿Cuáles son los síntomas de la Bulimia Nerviosa y cómo afectan al cuerpo?



Los principales síntomas de las personas que padecen bulimia nerviosa pueden agruparse en los tres siguientes aspectos:

- Síntomas comportamentales: atracones alimentarios a escondidas, intentos manifiestos de restricción dietética en comidas normales, consumo indiscriminado de tabaco, chicles, evitación de comidas sociales. Aparición de conductas destinadas a compensar los atracones y perder peso: vómitos autoprovocados, uso importante de laxantes, diuréticos, aumento del

ejercicio físico; evitación de compartir la vida familiar, actividad sexual fluctuante, problemas con amistades, consumo de tóxicos con el objetivo de intentar controlar el apetito y el peso.

- Síntomas físicos: los continuos y repetidos vómitos y uso de laxantes les puede llegar a provocar graves complicaciones físicas como una pérdida en los niveles de potasio, hipertrofia de la glándula parótida, infecciones urinarias, arritmias cardíacas y crisis epilépticas. Los laxantes terminan provocándoles estreñimiento y la repetición del vómito puede producir erosión del esmalte dental y caries, entre otros síntomas. En la mujer suele presentarse irregularidades en el ciclo menstrual y amenorrea.
- Síntomas mentales y emocionales: terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo, trastorno severo de la imagen corporal, sensación de ansia de comer persistente, dificultad en controlar los impulsos, sensación de culpa, baja autoestima, síntomas depresivos, irritabilidad, ideación suicida, egocentrismo, oscilaciones rápidas de humor y del estado de ánimo.

No todos los síntomas se observan por igual en las personas que sufren la enfermedad, pudiendo experimentarse de forma diferente.

14.- ¿Cuáles son las causas que perpetúan la Bulimia Nerviosa?

El hecho de que las personas con bulimia nerviosa hagan dieta para controlar su peso contribuye al aumento de sentimientos de ansiedad, irritabilidad y bajo estado de ánimo. Estos sentimientos negativos se restauran ante la presencia de atracones (en particular, la ingesta de productos dulces contribuye al aumento de la serotonina, un producto químico en el cerebro que reduce la depresión y el estrés). Es decir, entregarse al impulso de comer compulsivamente funciona como una droga, en el sentido de eliminar la tensión inicial.

Sin embargo, ese modo de actuar provoca un sentimiento de culpabilidad en la persona, que le lleva a tener una necesidad urgente de mantener el control, especialmente en su peso corporal para así compensar el exceso anterior. De este modo la persona intenta restablecer el peso anterior vomitando, usando laxantes o con otras conductas purgatorias. De hecho, estas conductas pueden estimular la producción de opioides en el cerebro, que provocaría cierta sensación de placer asociado a las conductas purgativas, lo que aumentaría una adicción al ciclo bulímico.

Además, algunos estudios señalan que dicho ciclo de comer en exceso y purgarse posteriormente provoca una disminución del ritmo metabólico, por lo que conlleva un mayor riesgo de aumentar de

peso, incluso cuando la ingestión de calorías es normal. El nuevo aumento de peso lleva a la persona a intentar controlarlo y, por tanto, a vivir de nuevo los sentimientos negativos iniciales.

15.- ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria no especificados o incompletos?

Son aquellos trastornos que cursan con presentaciones clínicas que no cumplen completamente con todos y cada uno de los criterios diagnósticos para poder ser clasificados como anorexia nerviosa o bulimia nerviosa propiamente dichas. Hoy en día constituyen las alteraciones predominantes y en concreto son los trastornos inespecíficos en que personas de peso normal, que tras ingerir pequeñas cantidades de comida realizan conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito o el ejercicio físico intenso.

16.- ¿En qué se diferencia la Anorexia Nerviosa de la Bulimia Nerviosa?

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Dificultad para darse cuenta de sus estados internos y sentimientos (hambre, ansiedad, tristeza...).	Mayor concienciación de sus estados internos, sentimientos y emociones.
Capacidad de ejercitar la voluntad para controlar el deseo de comer.	Menor capacidad de controlar sus propios impulsos.
Comportamiento ejemplar hasta la instalación de la enfermedad.	A veces, tienen trastornos de conducta asociados, como abuso de alcohol y otras drogas.
Sexualmente inactiva también a nivel de deseo.	Con frecuencia, es una persona sexualmente activa.
Negación del hambre y la enfermedad, llegando a considerar su conducta alimentaria normal e incluso motivo de orgullo.	Aceptación con más facilidad de la gravedad y seriedad del trastorno, teniendo conciencia de que algo anormal les ocurre y pueden pedir ayuda espontáneamente.
Oscilación entre peso muy bajo a bajo, con apariencia flaca y demacrada.	Aspecto saludable e incluso presentación de sobrepeso, por lo que es más difícil de detectar desde fuera.
Introversión y retraimiento social.	Extroversión y una vida social activa.
La edad de inicio es más temprana, entre los 14 y 18 años (se está constatando el descenso de esta edad de inicio).	La edad de inicio es más tardía.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PROTECCIÓN ANTE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

17.- ¿Cuáles son los principales factores y comportamientos protectores ante los TCA?

A continuación se resumen los factores que se muestran fundamentales en la protección ante el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria:

- Mantener la comida como un acto social, como una ocasión de diálogo con la familia o amistades.
- Tener hábitos de alimentación saludables (dieta variada y equilibrada, no saltarse comidas...).
- Practicar ejercicio físico (es importante practicar la cantidad de actividad física o deporte y durante el tiempo óptimo para cada persona).
- Fomentar la reflexión y discusión de ideas y actitudes relativas a la alimentación y al cuerpo que son difundidas por los medios de comunicación. De manera complementaria, sería oportuno proporcionar modelos de conducta adaptada y fomentar la aceptación de la diversidad corporal.
- Promocionar la autoestima, asertividad y la aceptación de la propia imagen corporal.
- Enseñar a valorar y cuidar la salud.
- Potenciar la autonomía y responsabilidad. Fomentar la elaboración de una opinión personal y capacidad de crítica.
- Favorecer las relaciones interpersonales. Es recomendable facilitar la participación en actividades escolares y extraescolares.
- Potenciar las relaciones familiares. Más concretamente, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos de afecto, promover la cohesión familiar, reconocer y elogiar el esfuerzo, motivar la creación de proyectos y la autoconfianza.



Además, será importante la promoción de recursos y oportunidades que estimulen un desarrollo ajustado durante la adolescencia. Uno de los modelos teóricos generales más reconocidos para explicar el desarrollo positivo es el de las 5 ces: *competencia* (capacidad para mostrar un buen desempeño en distintas áreas de actividad: social, académica, cognitiva y vocacional), *confianza* (sentido interno de valoración global positiva de uno mismo, autoestima y autoeficacia), *conexión* (vínculos positivos con: familia, iguales, adultos e instituciones que se reflejan en intercambios bidireccionales), *carácter* (respeto por las normas sociales y culturales, adquisición de modelos de conducta adecuada, moralidad, integridad, autocontrol o ausencia de problemas externos o conductuales) y *cuidado-compasión* (sentido de simpatía y empatía e identificación con las demás personas).

18.- ¿Cómo prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde la preadolescencia?

A partir de los nueve años aproximadamente, se inicia una etapa de cambio corporal que puede convertirse en un momento especialmente delicado, apareciendo las primeras oscilaciones del estado de ánimo al hilo del deseo de crecer y también el temor a hacerlo.

Este cambio temporalmente se produce antes en las niñas, por lo que ellas se muestran más vulnerables. En esta etapa las niñas comienzan a cuidarse solas y a ser responsables de sí mismas, pero padres, madres y educadores no deben bajar la guardia; de hecho es importante que supervisen su evolución y sus hábitos: la alimentación, las horas de sueño, la televisión que ven, el ejercicio físico que realizan, las tareas escolares, sus actividades sociales, etc.

El desarrollo corporal que se produce exige por parte del/la especialista en pediatría un especial rigor en el seguimiento antropométrico, no limitándose sólo a controlar el peso y la altura. En esta línea, se recomienda una relación fluida con el niño y la niña, al margen de la intervención de padres y madres, dando confianza para que pueda plantear sus inquietudes y dudas, además de crear un contexto favorable para el aprendizaje de hábitos de autocuidado.

En el ámbito educativo, el papel de los y las profesionales de la educación resulta fundamental para generar un clima de confianza, de escucha y de expresión desde el que fomentar prácticas y referentes sociales saludables.

19.- ¿Cómo prevenir los Trastornos de la Conducta alimentaria en la adolescencia?



También en la adolescencia es fundamental la prevención y el seguimiento de los hábitos de la población juvenil, especialmente por parte de padres y madres. Para ello, es importante que exista un clima de comunicación y confianza entre ambas generaciones: “hablar de los asuntos que nos interesan y/o preocupan es la mejor arma preventiva”. Asimismo, es importante prestar atención a los hábitos de alimentación, de sueño y a los cambios fisiológicos propios de la adolescencia, especialmente de la menstruación.

Desde el espacio educativo, es importante propiciar espacios de comunicación, de debate, desarrollando la capacidad analítica y crítica respecto a los medios de comunicación, de la moda, promoviendo la aceptación de la diversidad corporal y fortaleciendo la autoestima.

Una vez que se detecta el problema, se recomienda hablar con los y las adolescentes con claridad para explicarles que está ocurriendo algo grave y que hay que atajarlo lo antes posible. En este momento, el apoyo debe hacerse más próximo, insistiendo en acudir a las visitas médicas, haciendo coincidir el horario en las comidas, proporcionándoles apoyo psicológico,... En definitiva, se trata de formar un equipo, de unirse todos con el objetivo común de la curación.

20.- ¿Qué es la autoestima? ¿Qué fuerza tiene en los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

La autoestima es la percepción que tienen las personas de sí mismas, de cuánto se considera que valen, cuánto de competentes se ven en las diferentes áreas en las que se desenvuelven (en su profesión, en el ejercicio de un deporte o en su vida cotidiana) o en cómo de atractivos o atractivas se muestran a los demás (su aspecto físico, su competencia social), cuánto creen que merecen la pena, en qué medida creen merecer la compañía y afecto de otras personas, el cariño y el respeto.

En la medida en que se tiene una buena autoestima se es más capaz de moverse con seguridad por el mundo, de atreverse a emprender cosas nuevas, de relacionarse mejor con su entorno y también, con ellos y ellas mismas.

Si, por el contrario, su autoestima es baja, la percepción afectiva que se tiene de sí misma es baja (se quieren poco), somos más vulnerables, les va a costar más afrontar retos porque siempre creen, de partida, que no serán capaces de realizarlos. De este modo, su visión negativa de sí mismas y de lo que les rodea, irá cada vez cobrando más peso y eso puede conducir a problemas de insatisfacción vital, infelicidad, depresión y, también, a padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria.

21.- ¿Qué es la distorsión de la imagen corporal?

Cuando la apariencia física de una persona no coincide con su imagen corporal, es decir, con la representación mental que tiene de su cuerpo, se puede desarrollar una alteración de la imagen corporal.

Esta alteración puede concretarse en dos aspectos: alteración cognitiva y afectiva (insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que su cuerpo le suscita) o alteraciones perceptivas (inexactitud con que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma), lo que conduciría a la distorsión de la imagen corporal. Ahora bien, existe debate acerca de la relación entre ambas: es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se tiene insatisfacción con el cuerpo, o porque al existir una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

22.- ¿Qué sugerencias se pueden dar para mantener una alimentación saludable?

Transmitir mensajes a familias y adolescentes sobre pautas que indirectamente protegen de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, como:

- No saltarse comidas, haciendo un mínimo de tres comidas diarias, sin olvidar que lo recomendable es hacer cinco.
- Comer de forma regular, intentando mantener unos horarios estables.
- No excluir alimentos, ya que sería un error tanto evitar alimentos por el temor a que engorden, como ingerir otros por el hecho de que puedan ayudar a adelgazar. Los alimentos son un conjunto de diferentes nutrientes necesarios para que el organismo funcione bien.

- Intentar mantener una dieta variada, que contenga todo tipo de alimentos que el cuerpo necesita.
- La dieta ha de tener las calorías necesarias para que la persona y su organismo funcionen bien.
- Comer hidratos de carbono como pan, arroz, pasta o cereales con cada comida.
- Evitar picar cosas azucaradas o de alto contenido en grasa.
- En caso de ponerse a dieta, consultar siempre al profesional de la salud.

23.- ¿Qué factores pueden facilitar el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

No existe evidencia concluyente de que haya una causa única y clara en el desarrollo de estos trastornos. La evidencia sugiere que existen una serie de factores que pueden aumentar el riesgo de que una persona sufra Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Por una parte, existirían factores de carácter individual:

- Biografía personal relacionada con hábitos alimentarios inadecuados, intentos de dietas rígidas o imposibles de cumplir y preocupación excesiva por la imagen corporal.
- No aceptar las transformaciones del cuerpo propias de la pubertad.
- Baja autoestima o infravaloración de los propios sentimientos y pensamientos.
- Características de personalidad relacionadas con perfeccionismo y autoexigencia (en anorexia nerviosa) e impulsividad y escasa asertividad (en bulimia nerviosa).
- Acontecimientos vitales traumáticos, ya sean puntuales (episodios de abuso o muerte de un ser querido, por ejemplo) o mantenidos (como problemas sentimentales, económicos o laborales que la persona cree no poder resolver; una enfermedad importante; o situaciones que de manera continua causen estrés).
- Percepción de carencia de afectos o rupturas dolorosas de relaciones importantes como padre, madre, amistades o pareja.
- Problemas emocionales, tales como ansiedad y depresión.
- Trastornos bioquímicos y orgánicos.

Por otra parte, se podrían agrupar los factores que tienen que ver con cuestiones más relacionales y socioculturales:

- Carencia de afectos o rupturas dolorosas de relaciones importantes como padre, madre, amistades o pareja.
- Sensibilidad a dinámicas familiares disfuncionales.
- Antecedentes familiares de trastornos alimentarios o excesiva preocupación por el peso o la imagen (por ejemplo, hacen comentarios sobre dietas, compensaciones o valoraciones negativas de la imagen de una persona).
- Infravaloración de sus sentimientos y pensamientos de parte de otras personas y percepción de expectativas externas demasiado altas.
- Participación en actividades deportivas que pongan énfasis en un peso bajo o una determinada imagen corporal (bailarinas, gimnastas...).
- Presión del grupo de amistad por la delgadez. Puede ocurrir que las personas de un mismo grupo se "contagien" entre sí para obtener reconocimiento de las demás o por la creencia de "si lo hacen las demás, será lo correcto".
- Presiones socioculturales relacionadas con el ideal de belleza asociado a la delgadez que se transmiten a través de la publicidad, medios de comunicación y sector de la moda, en general.

24.- ¿Qué conductas podemos considerar de riesgo ante los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

En general, las siguientes conductas aumentarían el riesgo de desarrollar un trastorno de alimentación:

- Hacer dieta para adelgazar sin supervisión médica y sin conocimiento de padres/madres en caso de menores de edad.
- Provocar el vómito después de la ingesta de comida.
- Saltarse comidas como forma de adelgazar (conducta especialmente peligrosa, sobre todo cuando se trata del desayuno).
- Competir con otras personas sobre el ritmo de adelgazamiento logrado por la dieta.
- Combinar las dietas adelgazantes con ejercicio físico excesivo.
- Utilizar laxantes para adelgazar.

25.- ¿Es cierto que la publicidad y la moda pueden influir en el desarrollo de comportamientos relacionados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria?



Existe acuerdo en considerar los factores sociales como los más relevantes en el aumento de estos trastornos. La presión ejercida por la publicidad, los medios de comunicación, así como la industria de la estética, provocan la interiorización de la delgadez como ideal de belleza, ya que se consideran sinónimos de éxito y felicidad.

En el ámbito de la industria de la estética y su publicidad, es habitual que los anuncios estén protagonizados por mujeres (y en menor medida, hombres) jóvenes, bellas y delgadas. Por ejemplo, los anuncios de alimentos light van acompañados de comentarios como: *sentirse mejor, estar más guapa, salud o todo te saldrá bien*, es decir, mensajes muy sugerentes para personas que pueden llegar a creer que la solución es adelgazar.

En general, el culto a la delgadez, tan frecuente en las sociedades desarrolladas, es alentado de forma abierta por los medios de comunicación.

CREENCIAS ERRÓNEAS Y REALIDADES EN EL CONTROL DE PESO Y LA IMAGEN CORPORAL

26.- ¿No desayunar es una buena solución para compensar un día en el que se come demasiado?

El desayuno es una de las comidas más importantes del día y, su ausencia conlleva la falta de atención, de concentración y de energía que son necesarios para afrontar la actividad cotidiana física y psíquicamente de forma adecuada.

El ayunar agota las reservas de hidratos de carbono que tiene el organismo en el descanso nocturno en forma de glucosa, que es el principal componente que usa las neuronas para realizar sus funciones y, todas las células, para el metabolismo energético.

El gasto energético es un equilibrio entre lo que consumimos en forma de energía y lo que quemamos en forma de ejercicio. Para tener un peso adecuado y un buen estado nutricional debemos tener este gasto bien balanceado.

27.- ¿Hay alimentos que engordan o adelgazan? ¿Los alimentos light adelgazan?

No hay alimentos que engorden o adelgacen, sino que tienen mayor o menor cantidad de calorías según su composición (grasas, carbohidratos y proteínas) y la cantidad en gramos de los mismos.

Sí hay alimentos saludables, que suelen ser la base de la dieta mediterránea: pan, verduras, frutas, legumbres, aceite de oliva, pescado azul, nueces, entre otros. Los alimentos más elaborados, como la bollería industrial o los dulces, no son necesarios pero pueden tomarse en pequeñas cantidades y ocasionalmente.

Los alimentos light tienen menor densidad energética en alguno de los nutrientes que lo componen y, por esto, también pueden incitar más a su consumo (mensaje “trampa”).

28.- ¿Si queremos adelgazar tenemos que dejar de comer pan y pasta?

No, porque la pasta y el pan son imprescindibles en una dieta equilibrada y, al ser principalmente hidratos de carbono, se aconseja una pieza de pan en cada comida, o un sustituto de pasta, que es lo que se precisa para alcanzar el valor nutricional de nuestras necesidades energéticas diarias.

29.- ¿El agua en las comidas engorda? ¿Cuando bebo más agua peso más porque retengo más líquido?

El agua no engorda, es acalórica, y es importante para mantenernos hidratados, ya que debemos recordar que nuestro cuerpo tiene un 70% de agua lo cual posibilita la mayoría de reacciones corporales como, entre otras, el transporte de nutrientes a las células, contribuye a la regulación de la temperatura corporal, colabora en el proceso digestivo y es el medio de disolución de todos

los líquidos corporales, como la sangre, que la mantiene menos espesa para facilitar su bombeo por el corazón.

Solo estaría indicada la restricción adecuada de agua en el caso de prescripción médica, por problemas orgánicos de retención de líquidos, pero sin estos problemas el agua ayuda a eliminar toxinas corporales y se elimina fácilmente por el riñón a través de la orina.

30.- ¿Provocarse el vómito es una forma efectiva de perder peso?



El vómito es un síntoma de enfermedad o situación anómala. Cuando se realiza de forma frecuente provoca trastornos hidroelectrolíticos que puede comprometer la salud de quien la realiza.

La pérdida de peso hay que realizarla bajo vigilancia del profesional de la salud, que dirija la alimentación adecuada y la actividad física proporcional para cada persona.

31.- ¿Si tomo anticonceptivos engordaré?

La toma de anticonceptivos no tiene efecto sobre el peso a corto plazo, tanto en mujeres con peso considerado normal, como en mujeres obesas. Cuando se encuentra algún efecto en este sentido, se ha relacionado con otros factores médicos asociados, por ello debe individualizarse la consulta al profesional sanitario.

32.- ¿Por que de los cientos de miles de personas que realizan una dieta para adelgazar y se exponen a padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria, sólo una parte los desarrolla?

Hay que matizar que la población de mayor riesgo en desarrollar un trastorno de la alimentación son las mujeres, en edad infantil y adolescencia. Se trata de la población más sensible en adoptar medidas de riesgo cuando se enfrentan a su imagen corporal y se ejerce mayor presión por la información o influencia de amistades, televisión, prensa, Internet, hábitos alimentarios inadecuados, modelos culturales, exigencias por razón de género, etc. Las personas adultas con sobrepeso u obesidad y una pérdida de peso controlada por su especialista en nutrición o endocrinología, tienen menos riesgo de desarrollar este problema.

33.- ¿Es verdad que fumar ayuda a no engordar?

El tabaco ni aporta ni quita calorías.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el tabaco es una adicción y que tras su abandono suelen aparecer episodios de ansiedad. Para calmar esta situación las personas suelen acudir a un "sustitutivo" que en este caso es el incremento en la cantidad de comida y/o el uso de "tentempiés" de alto contenido calórico.

Debido a las graves complicaciones para la salud que genera el consumo de tabaco lo recomendable es no iniciar la conducta, y en caso de abandono de ésta se recomienda llevar a cabo una alimentación saludable y desarrollar actividad física, sin excesos.

34.- ¿Por qué las mujeres padecen Trastornos de la Conducta Alimentaria con más frecuencia que los hombres?

La razón de esta diferenciación comienza desde que niños y niñas reciben una educación diferencial por razón de su sexo (niño-niña), provocando así la diferenciación, y con reiterada frecuencia la discriminación, por género (masculino-femenino).

A veces esta diferenciación puede ocurrir de un modo sutil, como por ejemplo ocurre en los catálogos de juguetes, donde abundan las imágenes de niñas con toda clase de juguetes que reproducen actividades que tienen que ver con el mundo de lo privado, el cuidado a otras personas,

las tareas domésticas y vinculados con la belleza y la moda. En contraposición, las imágenes de los niños en este tipo de publicidad están más relacionadas con juguetes que reproducen actividades que tienen que ver con el mundo de lo público, del deporte, de la velocidad, de la lucha, del trabajo, como balones, coches o material de construcción. Sumado a esto, en las últimas décadas han proliferado las muñecas con medidas corporales extremadamente delgadas que sirven como modelos del ideal de belleza a niñas y adolescentes.

Una vez planteadas las bases de género desde la infancia, en los siguientes años la sociedad castigará a cada persona de manera más incisiva cuando incumpla lo que se espera de ella en función de su sexo. En el caso de las chicas, serán particularmente vigiladas en asuntos relacionados con su higiene personal, habilidades socioemocionales o conductas prosociales. En este sentido, las mujeres sufren mayor penalización social ante el sobrepeso, por lo que su obsesión por la delgadez es mayor (por ejemplo, en algunos puestos de trabajo la presencia de sobrepeso es razón suficiente para que la mujer ni siquiera pueda optar al puesto de trabajo, aunque –por supuesto– no figure de forma explícita en las cláusulas de su contrato).

TENIENDO EN CUENTA LOS CAMBIOS CORPORALES ASOCIADOS A LA PUBERTAD

35.- ¿Es normal que a las chicas les engorden los muslos?

Sí, así como las caderas y grasa abdominal, el sentido de este cambio radica en la funcionalidad biológica, dando la forma que las hace más adecuadas a un posible futuro embarazo y el parto.

La tarea pendiente es normalizar lo natural de la forma física, valorar la salud, la diversidad de cuerpos, la aceptación de la diferencia, alejarnos de los modelos referentes de la publicidad donde está mal vista y se rechaza.

36.- ¿A los chicos se les ensanchan el pecho y los hombros?



Sí, a los chicos les aumenta el perímetro torácico, hombros en función de sus características genéticas.

Desde un análisis de la discriminación por razón de género, podemos apreciar cómo este factor está reforzado de manera positiva por la moda y la publicidad. Sin embargo, la presión que se viene ejerciendo para el desarrollo-imposición de estos valores estéticos, puede dar lugar a trastornos severos para la salud como es la vigorexia

ACERCA DE LOS ENTORNOS

LA FAMILIA

37.- ¿Debo preocuparme si mi hijo o mi hija está haciendo una dieta para bajar de peso?

Si le preocupan los problemas que su hijo o hija muestra en su alimentación dígaselo abiertamente de forma descriptiva, sin indirectas ni rodeos (por ejemplo: he observado....., me doy cuenta que....., he notado que...).

Si tu hijo o hija quiere bajar de peso, porque es conveniente para su salud, es importante que hable con él o ella para saber cuál es la razón, igual no se siente bien con su cuerpo porque está sufriendo burlas en el colegio, o porque se compara con sus iguales sintiéndose inferior a ellos y viendo mermada su autoestima por ello.

Es importante que si quiere bajar de peso aunque sea poco, deba acudir al profesional especialista para que lo valore y en caso necesario lo supervise.

38.- ¿Cómo debemos actuar desde la familia cuando se presenta el Trastorno de la Conducta Alimentaria?

Una vez que detectamos que se detecta “que algo pasa” con la alimentación de nuestro hijo o hija, lo primero que tiene que hacer es acudir al profesional para que lo valore. Ese profesional puede ser el médico o la médica de Atención Primaria, quien valorará si se le deriva a los servicios de Salud Mental o si puede ser tratado en régimen ambulatorio. Cuanto antes detectemos el problema, mejor pronóstico tendrá.

Es importante que, si nuestro hijo o hija ha empezado a sufrir un trastorno de la alimentación, esté en manos de un buen especialista cuanto antes.

39.- ¿Qué debemos hacer la familia para que nuestro hijo/hija entienda que padece un Trastorno de la Conducta Alimentaria y debe recibir ayuda?

Lo mejor que puede hacer es comunicarse, conocer, hablar con su hijo o hija, y si es necesario, hacerle ver la conveniencia de acudir a profesionales que puedan ayudar a afrontar el problema tanto a él o ella como a la familia. En la conversación no debe percibir que se le presiona porque, si eso ocurriera, se cerraría más. Se le puede aconsejar visitar a algún profesional, decirle que le pueden acompañar si quiere, o que puede ir con alguien de confianza. Es importante darle opciones para que elija y así tenga una participación activa en la toma de decisiones, asumiendo las responsabilidades que le corresponden en este proceso.

Debe hacerlo con claridad. Sin asustarle y haciéndole entender que es un trastorno grave, que es una enfermedad y no un capricho, y que no es culpa de nadie. Hacerle saber y demostrarle que cuenta con el apoyo de la familia, que entienden lo que le pasa.

Es importante acudir al médico y solicitar la ayuda, así como el asesoramiento de las distintas Asociaciones de Familiares y Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

40.- ¿La familia influye en la aparición de la enfermedad?



La familia no es culpable de la aparición de la enfermedad, es un factor más que influye. Entre los factores que pueden predisponer a una persona a padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria están los personales, las circunstancias familiares, el grupo de iguales y, de manera especial, los sociales (la información que se recibe a través de los medios de comunicación, la publicidad, la moda, etc.).

En el caso de la familia, determinados factores como son un clima tenso en casa, rígido, distante, o todo lo contrario, familias muy sobre protectoras con los hijos o hijas, antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria, preocupación excesiva por las dietas en el padre o la madre, serían algunos indicios a tener en cuenta.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son enfermedades y, en este caso, nadie tiene la culpa. Se puede estar más o menos predispuesto a padecer ciertas enfermedades. No es culpa de la persona que padece el problema y tampoco es culpa de la familia, por ello, una vez detectado el problema, sí que debemos ayudar en la recuperación, asumiendo corresponsablemente lo que puede ser de ayuda para la persona enferma.

41.- ¿Cuál es el papel de la familia durante el tratamiento?

La familia tiene un papel fundamental en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Para ello debe saber en qué consiste el problema para poder así entender mejor a la persona que lo padece.

Una vez iniciado el tratamiento, serán los y las profesionales quienes vayan guiando a la familia sobre qué cosas pueden beneficiar al paciente y qué otras le perjudican. En cualquier caso, se le debe mostrar apoyo y cariño, sin juzgarle.

42.- ¿Qué consejos pueden ser de utilidad para los padres y madres de cara a la prevención frente a los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Decálogo de prevención:

1. Vigilar el desarrollo físico de los hijos e hijas.
2. Procurar realizar las comidas en familia.
3. Evitar los llamados "alimentos de picoteo".
4. Procurar que comprendan que su personalidad es más importante que su aspecto físico.
5. Evitar ponerles metas muy altas.
6. No tener en casa productos adelgazantes o diuréticos y cuidar los propios hábitos alimentarios.
7. Hacer un seguimiento especial si forman parte de un grupo de alto riesgo: bailarinas, gimnastas, modelos.

8. Si el hijo o hija desea hacer un régimen, llevarlo al médico/a.
9. Si quiere iniciar un régimen, hablar con él o ella.
10. Acudir al médico/a en caso de sospecha.

CONTEXTO ESCOLAR

43.- ¿Qué pueden hacer profesionales de la educación y mentores para prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria?



La propuesta didáctica del profesorado ha de adaptarse a la edad del alumnado. En edades más tempranas ha de hacerse mayor hincapié en la promoción de la salud de forma transversal, mediante referentes saludables, normalizando aceptando y respetando la diversidad física, trabajando la autoestima, el autoconcepto, la capacidad crítica para reforzar el propio criterio, empoderar para la toma responsable de decisiones, aprender a dialogar, y cuidar su socialización inclusiva.

Por otra parte, trabajando la dieta sana con ellos y ellas, trabajando con las familias las pautas de alimentación saludable y cuidando el menú del centro, los alimentos de media mañana, y el desayuno diario, para garantizar ese principio.

En edades cercanas a la adolescencia, en primer lugar, se recomienda al profesorado que proporcione formación a su alumnado sobre los estilos de vida saludables, en concreto, aquellos que tienen que ver con la alimentación saludable, así como con la promoción del ejercicio físico. Por ejemplo, se pueden desarrollar actividades orientadas a que conozcan la importancia de cada uno de los nutrientes, su función y necesidad en el organismo para un

desarrollo saludable y cómo influye su déficit en nuestra salud (falta de menstruación, infertilidad, osteoporosis, etc.).

En segundo lugar, también con adolescentes, sería oportuno que educadores, educadoras y personas mentoras fomenten actitudes y valores asociados a la Promoción de la Salud y sus cuidados. En este sentido, se aconseja como objetivos importantes: promocionar la autoestima, el valor de la salud y el esfuerzo, potenciar la autonomía y responsabilidad, enseñar a elaborar una opinión personal y a tener capacidad de crítica, favorecer las relaciones interpersonales, fomentar y reforzar la conducta adaptada, educar en valores, proporcionar modelos de conducta adaptada, facilitar la participación en actividades escolares y extraescolares, mantener relaciones fluidas con las familias, etc.

En este sentido, se podrían organizar por ejemplo debates sobre cómo creen los alumnos y alumnas que les influye los prototipos de jóvenes con éxito que salen en televisión y en el cine. Otro tipo de actividad podría ser identificar ejemplos de "gente famosa" cuyo éxito no se asiente en la imagen y comentar qué cualidades creen que les ha hecho triunfar.

Independientemente de la actividad concreta que se lleve a cabo, potenciar estos aspectos va a incidir en la salud mental de los y las adolescentes, quedando más fortalecida y, por ende, el impacto de las situaciones difíciles y estresantes, en su relación con el entorno, será menor y se enfrentará mejor a ellas.

44.- ¿Qué objetivos se pueden contemplar en un proyecto educativo preventivo ante los Trastornos de la Conducta Alimentaria y promotor de la salud?



La Red de Trabajo de Educación para la Salud y Educación Vial ASDE-Scouts de España, junto al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), propone los siguientes objetivos educativos que deberán adaptarse en sus contenidos a los niveles educativos:

- Mejorar el conocimiento nutricional y alimentario.
- Presentar valores alternativos a la belleza exterior.
- Potenciar estilos de vida saludables.
- Ayudar a construir una personalidad y autoestima fuertes a la presión social y de grupo, apostando por una formación y valoración integral de la persona, que radique en sus cualidades, actitudes y comportamiento y no en su aspecto físico.
- Evitar metas estéticas, deportivas y académicas inalcanzables, trabajando cada uno con arreglo a sus capacidades mentales y constitución física.
- Revisar opiniones, estereotipos culturales, mitos y tabúes sociales, fomentando la discusión y el análisis.
- Analizar y trabajar en la influencia de los medios de comunicación y la publicidad en este tipo de problemas.
- Asumir positivamente los cambios biopsicosociales que se viven en la adolescencia.
- Conocer estrategias para dar respuesta a las necesidades de chicos y chicas.
- Conocer los recursos que existen en la comunidad en torno al tema.

Entre las áreas de trabajo se pueden identificar:

- La adolescencia y los cambios asociados a esta fase evolutiva
- Los hábitos de vida saludables, especialmente relacionados con alimentación, la belleza y la actividad física.
- Identidad, autonomía personal, autoestima y seguridad personal.
- La educación emocional incluyendo el afrontamiento del estrés y la ansiedad.
- Las relaciones interpersonales, sociales y de grupo. La inclusión y el respeto. El entrenamiento en habilidades sociales.
- Los cambios biopsicosociales en la vida. La adolescencia y los cambios asociados a esta fase evolutiva.

- Análisis crítico de la influencia sociocultural de los medios de comunicación social y publicidad. La diferencia en los mensajes y las exigencias impuestas por razón de género.
- La influencia de los modelos que transmiten o refuerzan cuentos, revistas juveniles, series, la literatura, las redes sociales. La diferencia en los mensajes a chicas y a chicos y las desiguales exigencias impuestas por razón de género.
- El análisis crítico de patrones sociales que llevan a la discriminación en razón de la imagen, el género, la etnia, las condiciones económicas, etc.

45.- ¿Cómo hablar con el alumno o la alumna ante la sospecha de que padezca un Trastorno de la Conducta Alimentaria?

Ante la sospecha de que un o una estudiante sufre un Trastorno de la Conducta Alimentaria, lo recomendable es solicitar ayuda al Equipo de Orientación Escolar y acordar la manera de tener una reunión con la persona afectada y establecer cómo actuar para poder desechar o confirmar esa sospecha.

Para ello, se recomienda observar los siguientes aspectos:

- Cambios de actitud y de estado de ánimo.
- Posibles enfrentamientos con compañeros y/o compañeras.
- Consecuencias físicas y emocionales del trastorno.

Relación con su familia y el modo de informarla del asunto (si rechaza hablar con su padre-madre sobre este asunto, el o la docente puede ofrecerse para mediar en esta labor).

Se recomienda que sea la persona del centro la que mantenga una mejor relación con ella o con él, quien facilite el encuentro y se encargue de hablar con él o ella.

Esta conversación no debe adquirir en ningún momento un tono acusatorio, ya que no se trata de conseguir que la persona “confiese” su trastorno de alimentación, sino que el objetivo sería poder crear un clima de confianza en el que el o la joven pueda expresarse y tomar conciencia del problema que tiene y lo que éste le está suponiendo. Para ello, se recomienda abordar los siguientes temas:

- Cambios de actitud y de estado de ánimo.
- Posibles enfrentamientos con compañeros y/o compañeras.
- Consecuencias físicas y emocionales del trastorno.

46.- ¿Cómo actuar para ayudar desde el aula a un alumno o alumna que padezca un Trastorno de la Conducta Alimentaria?



La recomendación general es la normalidad al tratar a la persona afectada igual que al resto de la clase. Se debe evitar hacerla más protagonista o sacarle temas de conversación relativos a su enfermedad, es decir, aquellos que tengan que ver con el peso, la imagen corporal, o la alimentación.

En este sentido, no es conveniente que el resto de compañeros y compañeras de clase conozcan el diagnóstico del o de la estudiante con trastorno de la alimentación. Ahora bien, si esto es algo que ya saben, puede valorarse la posibilidad de abordarlo de forma natural para tratar un tema tan importante, ayudándoles a reforzar su propia identidad y de paso explicarles lo que se espera de ellos y de ellas de cara a ayudar a la persona afectada. Así, se insistirá en la necesidad de acogerla con cariño, evitando su aislamiento.

Desde el aula, se hace oportuno trabajar en la promoción de algunas habilidades o estrategias interesantes para la prevención y la recuperación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En concreto, se destaca el desarrollo de actividades que fomenten las habilidades sociales y las relaciones interpersonales, la autonomía personal y la toma de decisiones, fomentar reglas y creencias propias más flexibles, aprender a identificar y verbalizar pensamientos y sentimientos, estimular la reflexión sobre las conductas y actitudes y cómo estas repercuten en los demás, así como potenciar la valoración positiva de sus logros.

Por último, es importante para atender a la persona con TCA, incorporar en el centro cierta flexibilidad, para que pueda recuperar exámenes, asistir a sus revisiones médicas, etc. Es importante hacerlo de forma cuidadosa, teniendo en cuenta que esa flexibilidad, no supone actitud paternalista o de liberación de sus tareas académicas, que incluso pudieran reforzar la enfermedad.

47.- ¿Cómo hablar desde el centro educativo con la familia de un alumno o alumna con Trastorno de la Conducta Alimentaria?

Es conveniente informar a la persona afectada, especialmente si es adolescente, de la convocatoria que se va a cursar a sus progenitores.

Se puede sondear al alumno o la alumna sobre su relación con su familia y el modo de informarla del asunto (si rechaza hablar con su padre-madre sobre este asunto, el o la docente puede ofrecerse para mediar en esta labor, pues siendo menores, es necesaria la comunicación con la familia).

En esa entrevista con la familia deben tenerse presente los siguientes objetivos:

- Hacer que sean conscientes de la gravedad del problema.
- No buscar culpables y reducir su ansiedad ante la misma si la manifiestan.
- Recomendar que se acuda a los servicios de salud.
- Hacerles ver que necesitan ayuda para su hija o su hijo.

Se recomienda que la primera parte de la o las reuniones sólo estén presentes los progenitores, y el tutor o docente abordará los temas relacionados con los cambios de actitud y de estado de ánimo de su hijo o hija, así como la reunión mantenida con él o ella.

Es oportuno hacer referencia a comportamientos específicos y concretos, no a generalizaciones o inferencias. Sería conveniente contrastar la información del tutor/a o docente con la que tiene la familia. De hecho, se le puede sugerir que observen a su hijo o hija durante un tiempo, para posteriormente reunirse y compartir la información.

Se recomienda transmitir la información a los padres y madres creando un ambiente cordial, que transmita confianza, sin caer en la culpabilización a la familia. En ningún caso es recomendable

acudir a términos diagnósticos (Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia, Bulimia), es de mayor utilidad abordar los comportamientos que han sido el motivo de la reunión.

En la segunda parte de la reunión se hará pasar al o la estudiante pudiendo abordarse la visión de la situación por cada una de las partes y la recomendación de las pautas sobre promoción de salud y prevención expuestas en los ítems anteriores. Es recomendable que, en el cierre de la reunión, el o la docente oriente a la familia para que soliciten atención sanitaria con objeto de que reciban ayuda en relación con la situación tratada.

Será ese especialista quien realice el diagnóstico clínico, no el docente, ya que tendrá que realizar previamente una evaluación clínica para poder plantear la intervención que el caso concreto requiera.

Si la familia rehúsa hablar con el/la tutor/a o docente, se deberá valorar la conveniencia de ponerse en contacto con los Servicios Sociales. El/la tutor/a o docente puede además consultar el tema con algún profesional sanitario relacionado con los programas de salud de su centro educativo.

Igualmente, es importante mantener el respeto a la confidencialidad de la persona, por lo que se recomienda que sea siempre la misma persona del equipo docente quien mantenga el contacto, y ofrecer una continuidad en la disponibilidad del centro educativo a la familia.

IGUALES

48.- ¿Qué hago si pienso que mi amigo o amiga tiene un problema con la alimentación?

En ocasiones puede resultar difícil hablar sobre este tema con la persona afectada, ya que es habitual que reaccione con respuestas de negación, ocultamiento y/o rechazo de ayuda. Ahora bien, a pesar de que pudieran existir estos sentimientos, es importante que el amigo o amiga muestre su ofrecimiento para ayudarlo, ya que este apoyo resulta muy eficaz para confrontar la enfermedad y buscar tratamiento.

Por tanto, si efectivamente un amigo o amiga observa comportamientos que le hacen sospechar este problema, es importante mantener la calma y buscar un momento adecuado y un lugar tranquilo donde poder conversar sin ningún tipo de interrupción, para poder escucharle y mostrarle su preocupación y deseos de ayuda.

Es importante darle tiempo a la persona afectada para hablar, mostrarse abierto a escuchar e intentar no juzgarle, ya que la persona podría desconfiar y encerrarse más en sí misma.

También puedo buscar información, que me pueda asesorar sobre cómo actuar y qué puedo hacer para ayudarle.

49.- ¿Cómo ayudar a un amigo o amiga con un trastorno de la alimentación?



Muchas de las personas que han superado la enfermedad reconocen que fueron capaces de aceptarlo y curarse gracias al respaldo de las personas que tenían en su vida, sobre todo por la ayuda durante los primeros pasos, como la primera llamada telefónica o el acompañamiento en las primeras citas con el/la especialista.

Efectivamente, el amigo o amiga puede proporcionar el nombre y datos de contacto de los recursos a los que acudir para pedir ayuda profesional. Para ello puede consultar los recursos incluidos al final de este documento o hablar con alguna persona adulta u otro amigo o amiga que ayude en la obtención de más información.

Por último, hay que tener en cuenta que la respuesta de las personas afectadas por esta enfermedad no suele ser inmediata, es decir, es normal que la persona necesite algún tiempo para aceptar el problema y comenzar a buscar ayuda. En estos casos, la tolerancia y solidaridad es la mejor ayuda.

ATENCIÓN Y APOYO.

50.- ¿Dónde pedir ayuda?

Al centro de salud, a través del médico/a de familia o pediatra, que tras una valoración inicial, ofrecerá información y orientación al respecto. Según el caso, se puede producir la derivación por criterio facultativo al nivel de atención especializada.

Asociaciones que se ocupan de ayudar a las personas afectadas y a sus familias:

ADAB San Fernando: C/General Florencio Montojo 23 San Fernando. Cádiz.

Tfnos 956592828 / 609667487.



ADANER Granada: C/ Ricardo del Arco 4, 1º B. Granada.

Tfnos 958 52 35 23/ 699 99 41 23

ADANER Jaén: C/ Baltasar de Alcázar 5, bajo-izda. Jaén.

Tfno: 953 26 41 36

ADANER Málaga: C/ Chico del Matadero, 4, local 5-6. Málaga.

Tfnos: 952 23 50 62/ 696 65 52 20

ADANER Sevilla: Avda San Francisco Javier, Edif Sevilla II, Planta Sótano, Módulo 21

Tfno 954 63 64 01



Referencias bibliográficas.

- American Psychological Association (2011). Centro de Apoyo. *Trastornos en la alimentación: el rol de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Recuperado el 16 de enero del 2015, <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion.aspx>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación aragonesa de familiares de enfermos con trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia (1997). *Que son los trastornos*. ARBADA. Recuperado el 19 de enero del 2015, <http://www.arbada.org/que-son-los-trastornos/>
- Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (2009). *Anorexia y Bulimia: Preguntas frecuentes*. ADANER. Recuperado el 16 de enero de 2015, <http://adaner.org/anorexia-y-bulimia/preguntas-frecuentes>
- Caballero, A. (2001). *Anorexia y bulimia: material didáctico sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Federación de Asociaciones de Scouts de España, Dpto. Técnico de Programas.
- Carrillo, M.V. (2005). *Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad*. Trastornos de la conducta alimentaria, 1, 120-141.
- Casasús, Pi. y Casasús, Pa. (1999). *Intervención psico-social en trastornos de la conducta alimentaria*. Revistas de estudio de Juventud, 47, 23-31.
- Clínica de Trastornos Alimentarios. (2000). Sobre los TCA. Preguntas Frecuentes*. Recuperado el 18 de enero del 2015, de <http://www.clinicacta.com/sobre-la-enfermedad>
- Clínica Mirapeix. (2007). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Recuperado el 19 de enero del 2015, de <http://www.clinica-mirapeix.com/alimentacion.html>
- Cruz Roja Española. *Promoción y educación para la salud. Anorexia y bulimia*. Recuperado el 4 de febrero del 2015, de <http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>
- Eating Disorders Association INC (2012). Eating Disorders: Frequently Asked Questions. An Information Pack for General Practitioners*. Recuperado el 20 de enero del 2015, de <http://eda.org.au/wp-content/uploads/Complete-GP-Information-Kit-2013.pdf>

- Educagenero (2007). Día internacional de acción por la salud de las mujeres: *Quererse mejora la salud*. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Recuperado el 17 de enero del 2015, de <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/sites/miraporlaigualdad/images/descargas/Quererse%20mejora%20la%20salud.pdf>
- Fernández, G. (2011). *Anorexia y Bulimia: Información y prevención*. Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud. Recuperado el 17 de enero del 2015, de <http://adiex.org/nutricin%20en%20diversas%20enfermedades/anorexia%20y%20bulimia.pdf>
- Fernández, L. (2008). Tiempo de respuestas. *Guía de Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Obesidad*. Proyecto "Vivir en salud". Ed. Fundación Mapfre. Recuperado el 15 de enero del 2015, de <http://www.vivirensalud.com/pdf/Guiaformacionbulimia.pdf>
- Gómez del Barrio, J., A., García, M., C., y Corral, P. (2009). *Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones*. Ed. Médica Panamericana.
- Gómez del Barrio, J.A., Gaité Pindado, J., Gómez, E., Carral Fernández, L., Herrera Castanedo, S., Vazquez-Barquero, J.L. (2011). *Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Recuperado el 16 de enero del 2015, de <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Preveccion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
- Gonzalez, G. (2014). Creciendo: *Entrevista a Carlos González, pediatra y autor del libro 'Mi niño no me come'*. Recuperado el 20 de febrero del 2015, <http://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/creciendo/entrevista-carlos-gonzalez-pediatra-y-autor-del-libro-mi-nino-no-me-come-2643>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid:
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Evaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Recuperado el 20 de febrero del

2015, de

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_%284_jun%29.pdf

Gurian, A. y Goodman, R., F. (Sin fecha). *Acerca de los Trastornos de la Alimentación. The Child Study Center*. Recuperado el 15 de febrero del 2015, de http://www.aboutourkids.org/articles/acerca_de_los_trastornos_de_la_alimentacionpoa_cuten

Hall, L. y Cohn, L. (1995). *Preguntas y respuestas básicas acerca de la bulimia*. Antología de la revista Addictus, 2 (9), 10-14.

Insalum. (2006). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Recuperado el 12 de febrero, del 2015 <http://www.insalum.es/alimentacion.html>

Insight Behavioral Health Centers (2014). *Frequently Asked Questions About Eating Disorder Treatment. Partnering with Eating Recovery Center*. Recuperado el 10 de febrero del 2015, de <http://www.insightbhc.com/frequently-asked-questions-about-eating-disorder-treatment>

Institute of Mental Health (2014). *Eating Disorders: About More Than Food*. U.S. Department of Health and Human Services. Recuperado el 20 de enero del 2015, de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders-new-trifold/index.shtml>

Instituto Nacional de Salud Mental (2011) *Trastornos de la Alimentación. Folleto Informativo. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*. Recuperado el 10 de febrero del 2015, de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentacion/eating-disorders_142512.pdf

Intermountain Healthcare (2013). *Trastornos alimenticios. Folleto informativo para pacientes y sus familiares. Patient and Provider Publications*. Recuperado el 11 de febrero del 2015, de <http://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=522807622>

John Hopkins (sin fecha). *Eating Disorders. Frequently Asked Questions About Eating Disorders*. The Johns Hopkins Eating Disorders Program. Recuperado el 16 de febrero del 2015

http://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/specialty_areas/eating_disorders/faq.html

- Kakaiya, D. (2008). *Eating disorders among athletes*. IDEA Fitness Journal, 5(3), 44-51.
- López, C., García, A., Migallón, P., Pérez, A.M., Ruiz, C. (sin fecha). *Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios*. Madrid: Ministerios del Interior, de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo. Recuperado el 20 de febrero del 2015, de http://www.fhspereclaver.org/userfiles/file/guia_nutricion_saludable.pdf
- Loria, V., Pérez, A. y Gómez, C. (2011). *Nutrición y trastornos de la conducta alimentaria*. En Galvo, S., C., Escudero, E. y Gómez, C. (Eds.), *Patologías nutricionales en el siglo XXI: un problema de salud pública* (pp. 349-358). Ed. UNED.
- Márquez, S. (2008). *Trastornos Alimentarios en el Deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención*. Nutrición Hospitalaria, 23(3), 183-190.
- Mata, M., T. y Soldevilla, A. (2011). *Trastornos Alimentarios: "La detección precoz es vital"*. Recuperado el 15 de enero del 2015, de <http://mensalus.es/psicologos/trastornos-alimentarios-la-deteccion-precoz-es-vital/>
- Misra, M., Shulman, D., y Weiss, A. (2013). Hoja Informativa: *Anorexia*. Hormone Health Network. Recuperado el 10 de febrero del 2015, de <http://www.hormone.org/audiencias/pacientes-y-cuidadores/preguntas-y-respuestas/2013/anorexia>
- NewYork-Presbyterian (2009). *Trastornos de Salud Mental: Bulimia Nerviosa*. Recuperado el 5 de febrero del 2015, de <http://nyp.org/espanol/library/mentalhealth/edbulim.html>
- Núñez, P. (2013). *Anorexia Nerviosa y Bulimia, un problema de todos*. Defensor del Menor en la comunidad de Madrid. Recuperado el 10 de febrero del 2015, de <http://files.sld.cu/bmn/files/2013/10/anorexia-nerviosa-y-la-bulimia.pdf>
- Oblaré, E., García, M., T., Martín, J., Fernández, M., J., Quintanilla, G., M., Gómez, E., López, J., C., Fernández, G. y Martín, F., J. (2007). *Guía de información y prevención de Los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ed. Adaner-Granada. Recuperado el 10 de febrero del 2015, de <http://www.adanerggranada.org/documentos/guia.pdf>
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M. A., Ríos, M., Parra, A., Hernando, A., & Reina, M. C. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado el 15 de febrero del 2015, de http://personal.us.es/oliva/INSTRUMENTOS_DESARROLLO%20POSITIVO.pdf

- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. y Pertegal, A. (2010). *Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente*. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223-234.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M. y Raich, R. M. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Programa Equilibrio (2013) *Mitos frecuentes acerca de los trastornos alimentarios. Programa de tratamiento integral*. Recuperado el 20 de febrero del 2015
<http://www.programaequilibrio.com/index.php>
- Protégelos (2004). *Tú eres más que una imagen*. II Campaña de Prevención de la Anorexia y la Bulimia en Internet. Recuperado el 28 de enero del 2015,
<http://www.masqueunaimagen.com/esinicio.php>
- Robledo, F., Penna, M. y Sanchez, M. (2009). *A, B, C: Anorexia, Bulimia y Comedor Compulsivo, manual para docentes*. Madrid: Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios.
- Royal College of Psychiatrists (2009). *Trastornos Alimentario en gente joven* (Mediavilla, J. y del Real, A. trad.). Sociedad Española de Psiquiatría. (Obra original publicada en 2004). Recuperado el 10 de febrero del 2015, de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/24-Trastornos%20alimentarios.pdf>
- Salud en Familia (2011). *Jóvenes: Alimentación y Nutrición, Trastornos de conducta alimentaria*. Recuperado el 7 de febrero del 2015
<http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=398>
- Sánchez, J., M., Buscató, N., Beliver, I., y Gortázar, P. (2011). *Guía sobre alimentación sana dirigida a las familias. Información práctica sobre qué debemos comer y cómo podemos afrontar los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia) y reforzar la autoestima de los hijos e hijas*. Ed. CEAPA-Madrid. Recuperado el 16 de enero del 2015, de
<http://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/Gu%C3%ADa%20Alimentaci%C3%B3n%20-%20Web.pdf>
- The Center for Young Women's Health. (2001). *Desórdenes de la alimentación*. Recuperado el 20 de enero de 2015 <http://youngwomenshealth.org/2001/06/29/desordenes-de-la-alimentacion/>

The Eating Disorder Foundation (2013). *Frequently Asked Questions*. Recuperado el 30 de enero del 2015, de <http://www.eatingdisorderfoundation.org/EDFFAQ.htm>

Vicent, J. (sin fecha). *Prevenir la Bulimia y la Anorexia: ¿La escuela puede ayudar a prevenir la Bulimia y la Anorexia?*. En Buenas Manos. Recuperado el 18 de enero del 2015, de <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=744>

Walden Behavioral Care (2015). *Eating Disorder: Frequently asked questions*. Recuperado el 5 de febrero del 2015, de <http://www.waldenbehavioralcare.com/resources/eating-disorder-faqs/>

Wilkins Center for Eating Disorders (2010). *Frequently asked questions about Eating Disorders*. Recuperado el 20 de febrero del 2015, de <http://www.wilkinscenter.com/faq.html>



JUNTA DE ANDALUCIA