



nuevo futuro:

## Guía para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en centros de protección



Revisión: Marzo 2022

SUBVENCIÓN 0,7% IRPF



Comunidad  
de Madrid



# nuevo futuro:

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>2. FINALIDAD</b>	<b>5</b>
<b>3. DEFINICIÓN - ¿QUÉ ES UN TCA?</b>	<b>6</b>
<b>4. ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE TCA</b>	<b>12</b>
<b>5. ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN ANTE TCA</b>	<b>18</b>



# nuevo futuro:



## INTRODUCCIÓN

Esta guía se presenta a los equipos educativos de los centros de protección de menores, con la finalidad de poder ofrecerles una herramienta útil en la detección, prevención e intervención antes los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Se organiza de la siguiente forma: en primer lugar, se definen los objetivos de la misma, características de las conductas a trabajar, señales de alerta y estrategias que ayuden a crear un ambiente preventivo dentro de los centros de protección de menores. Ofreceremos pautas de intervención a los equipos educativos que les sean útiles cuando ya se ha detectado un problema. Además, se incluyen una serie de actividades y materiales para la intervención grupal con los niños, niñas y adolescentes.

Aunque entraremos más adelante con mayor profundidad, entendemos que estos trastornos están caracterizados por conductas patológicas frente a la ingesta y una obsesión por el control de peso. Su origen es multifactorial, con una interacción de distintas causas: biológicas, psicológicas, familiares y socioculturales. Son enfermedades que provocan consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de la persona. Por todo ello es importante promover en los centros de protección de menores un ambiente que prevenga la aparición de estas conductas, o si ya han aparecido tener herramientas para ayudar en la intervención.

Antes de empezar, creemos que podría ser interesante hacer una reflexión histórica. Los primeros casos de trastornos relacionados con la alimentación son diagnosticados a finales del siglo XIX, es en ese momento donde comienza la “cultura de la delgadez”. Hasta ese momento las sociedades primitivas se han buscado una mujer opulenta, como símbolo de riqueza, de fertilidad y de salud. Sir William Gull fue el primero en introducir el término “Anorexia Nerviosa” en 1874 para definir a un grupo de pacientes que perdían peso sin justificación médica. En 1979, el Dr. Gerald Russell habló por primera vez de “Bulimia Nerviosa” para referirse a un grupo de pacientes que tenían episodios de atracón y purga, manteniendo su peso habitual. Russell consideraba la Bulimia Nerviosa como una variación de la Anorexia Nerviosa (Belmonte, 2017).

A lo largo de la historia, se ha otorgado especial importancia al cuerpo de la mujer. Desde mediados de este siglo XX se ha acentuado el ideal de delgadez, que busca una mujer con formas tubulares, es decir, formas rectilíneas. La mujer ha intentado modificar su cuerpo para adecuarlos a los cánones de belleza vigentes. Esto queda patente si tenemos en cuenta que la media de peso actual en la mujer se ha reducido alrededor de 18 kilos y, sin embargo, la altura femenina es 5 cm mayor. El uso a lo largo de la historia del miriñaque para resaltar la zona de las caderas, el polisón para acentuar las nalgas o el corsé, son prueba de ello.

La evolución histórica de los trastornos alimentarios ha hecho que estén cada vez más extendidos y que su incidencia crezca cada vez a un ritmo más rápido (Bolaños, 2009). Por ejemplo, los cambios en la población afectada hacen que ya no solo afecte a



## nuevo futuro:

mujeres jóvenes de nivel sociocultural medio-alto y que la diversidad de manifestaciones sintomáticas haya favorecido que se consideren nuevos tipos de trastornos alimentarios como la vigorexia, ortorexia y permarexia... Estos nuevos tipos de trastorno alimentario, al igual que la obesidad, son tratados por algunos expertos de manera secundaria.

Cuando los/as menores llegan a la adolescencia, etapa de elaboración de la identidad propia y donde la aprobación social (sobre todo de su grupo de coetáneos) adquiere mayor importancia, ya que está estrechamente relacionada con el fortalecimiento de la autoestima. Es en ese momento, cuando más influyen los estereotipos culturales transmitidos por diversos medios, como por ejemplo la publicidad (Basoco, 2018). Persiguen en muchos casos un objetivo totalmente adecuado como es sentirse bien con uno mismo y gustar a los/as demás, sin embargo, puede llegar a convertirse en un problema muy serio tanto a nivel físico como psicológico.

Los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección realizan un proceso de búsqueda de su propia identidad, que suele ser más costoso para ellos/as que, para la población general, ya que en ese proceso deben encajar piezas de su pasado y circunstancias socio familiares que afectan a la creación de una identidad fuerte, avalada por una autoestima sana. Necesitan fortalecer el sentimiento de pertenencia, siendo frecuente que este sentimiento de pertenencia se apoye en el aspecto físico, debido a que son variables que se pueden controlar y cambiar, aunque con ello se realicen conductas que ponen en peligro su salud.

Para apoyar este proceso todas las intervenciones que se llevan a cabo dentro de los Hogares están enmarcadas en un contexto de buen trato y de un entorno protector, es un espacio seguro de participación, expresión y desarrollo para los niños, niñas y adolescentes que viven en ellos, sensible a cualquier manifestación de violencia hacia ellos/as y que establece mecanismos para una detección precoz, así como la intervención eficaz de estos riesgos.



## nuevo futuro:



### FINALIDAD

El objetivo general de esta guía es informar, ayudar y proporcionar herramientas a los equipos educativos de los centros del sistema de protección de menores. Se ofrece un instrumento para facilitar una mejor atención a los niños, niñas y adolescentes, generando pautas para los/as profesionales a cargo de los mismos.

De forma más concreta, los objetivos específicos son:

- Mejorar la atención prestada en los Centros del Sistema de Protección.
- Ofrecer información a los equipos educativos sobre los trastornos de la conducta alimentaria.
- Establecer estrategias para detectar los trastornos de la conducta alimentaria de forma precoz
- Generar estrategias preventivas dentro de los Centros.
- Ofrecer herramientas de intervención adecuadas y adaptadas a los niños, niñas y adolescentes de los Centros de protección

## ¿QUÉ ES UN TCA?

Los Trastornos alimentarios se caracterizan por “alteraciones graves de la conducta alimentaria”. La Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, incluye los Trastornos Alimentarios dentro de los Trastornos del comportamiento asociados de disfunciones fisiológicas y a factores somáticos dentro de los códigos F50-59 sin incluir una definición general de este tipo de patologías. La literatura científica ha considerado, durante mucho tiempo, que los trastornos alimentarios se organizan en sólo dos categorías: la *Anorexia Nerviosa (AN)* definida como el “rechazo a mantener el peso corporal dentro de los límites normales” y la *Bulimia Nerviosa (BN)* caracterizada por la “presencia de atracones recurrentes con conductas compensatorias inapropiadas” (Losada y Bidau, 2017).

También incluimos en esta guía el *Trastorno por atracón (TA)*, ya que cada vez su prevalencia es cada vez mayor, siendo la adolescencia uno de los grupos de riesgo. El Dr. Albert Stunkard, en 1959 ya hablaba del “Trastorno por Atracón. El atracón es una variable diferenciadora entre la Anorexia y la bulimia. Se caracteriza por comer un periodo discreto de tiempo (por ejemplo 2 horas) una cantidad de comida que es claramente superior a la que comería una persona en un periodo de tiempo similar en circunstancias parecidas, y por tener la sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio, por ejemplo la sensación de que no puede parar de comer o de que no se puede controlar la cantidad de comida que se ingiere (Baile y González, 2016; Cuadro y Baile, 2015). No es lo mismo que comer mucho de vez en cuando, sino que se debe de dar al menos una vez a la semana dentro de un lapso mínimo de 3 meses. Las personas con este tipo de trastorno, suelen comer en exceso para afrontar las emociones o determinadas situaciones.

Tanto en la AN como en la BN, la sintomatología suele acompañarse de una grave dismorfofobia (alteración de la percepción de la forma y peso corporales). Es normal que aparezca una baja autoestima, tanto anterior al problema como durante el mismo, una mala relación familiar una vez iniciado el trastorno, como sentimientos de irritabilidad y tristeza. También son frecuentes conductas poco habituales como pesarse continuamente, evitar mirarse al espejo o un excesivo perfeccionismo en relación con los estudios. Parece que no hay diferencias entre la influencia de los factores de riesgo y el desarrollo de sintomatología entre países (Munguía, Mora y Raich, 2016).

### CARACTERÍSTICAS COMUNES ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA

- Miedo a engordar y deseos intensos de perder peso
- Elevada ansiedad
- Obsesión ante temas relacionados con peso, comidas, silueta
- Distorsión de las dimensiones corporales sobreestimación
- Baja autoestima
- Mala relación familiar, discusiones en relación con la comida
- Sentimientos de tristeza, irritabilidad...



## nuevo futuro:

- Pesarse y comprobar sus medidas continuamente o por el contrario evitarlo totalmente
- Perfeccionismo

Las personas con Trastorno por atracón, suelen presentar obesidad y generalmente sienten vergüenza por su falta de control al comer y puede llegar a ocultar su problema. Entre sus características, se encuentran:

### CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

- Aislamiento social
- Obesidad
- Enfermedades relacionadas con la obesidad: problemas de articulaciones, enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, trastornos respiratorios,...
- Ansiedad
- Baja autoestima
- Problemas para dormir
- Problemas del ciclo menstrual
- Inestabilidad emocional
- Mala calidad de vida

Además, estos atracones producen en la persona:

- ✓ Sentimientos: los primeros sentimientos pueden ser placenteros. El sabor y la textura pueden parecer agradables. Sin embargo, estos sentimientos son reemplazados por otros más negativos, incluso de asco, en la medida que se sigue comiendo,
- ✓ Velocidad de la ingesta: se come de manera rápida (el doble o más que en situaciones normales).
- ✓ Agitación: la persona se pasea de un lado para otro, puede coger alimentos que no le pertenecen, robar, ingerir alimentos que han sido tirados.
- ✓ Sensación de conciencia alterada: se come de manera automática, “como si se estuviera en trance”
- ✓ Mantenerlo oculto: debido a los sentimientos de vergüenza.
- ✓ Pérdida de control: que puede ocurrir antes de empezar a comer, mientras que en otros casos aparece a medida que van comiendo. También puede surgir súbitamente cuando se dan cuenta de que han comido demasiado.
- ✓ Comidas ingeridas: los atracones se componen principalmente de comidas que la persona intenta evitar comer.

El desarrollo de un atracón se produce como respuesta a una serie de variables desencadenantes como las siguientes:

- ✓ Sentimientos desagradables: depresión, ansiedad, desesperación, soledad, aburrimiento, irritación, enfado...
- ✓ Sentirse gordo.



## nuevo futuro:

- ✓ Aumentar de peso.
- ✓ La dieta y el hambre asociada a ella: mucha gente con atracones come poco fuera de ellos, lo que supone una presión psicológica y fisiológica hacia la ingesta.
- ✓ Romper alguna regla de la dieta.
- ✓ Falta de estructuración del tiempo: lo que puede estar acompañado de sentimientos de aburrimiento.
- ✓ Estar solo.
- ✓ Tensión premenstrual: como respuesta a la sensación de sentirse hinchada o a estados emocionales negativos.
- ✓ Beber alcohol o tomar ciertas drogas: al reducir la capacidad para resistir deseos inmediatos o incluso aumentar el deseo de ingesta.

Algunas de las consecuencias de los atracones son:

- ✓ Alivio: en un principio ya que rápidamente los efectos positivos son reemplazados por sentimientos de vergüenza, disgusto y culpabilidad.
- ✓ Depresión: por la incapacidad de controlar la ingesta.
- ✓ Ansiedad: ligada al miedo a ganar peso.
- ✓ Efectos físicos: cansancio, dolor de estómago...
- ✓ Aumento de peso.

La anorexia nerviosa se caracteriza por otros aspectos más específicos (Heble, Marquínez, Sánchez y Valle, 2014); como es una disminución excesiva de peso (15% inferior al peso normal). La utilización de diferentes estrategias para controlar el peso y la ingesta: uso de laxantes, diuréticos, vómitos, exceso de ejercicio físico, o llevar a cabo numerosas dietas.

En la bulimia nerviosa, aparte de caracterizarse por la utilización de las mismas conductas compensatorias de la anorexia nerviosa; la disminución de peso no es tan acusada. Existe la presencia, con diferente frecuencia, de atracones, en los cuales hay una sensación de pérdida de control, y que provocan un intenso sentimiento de culpabilidad. En la bulimia nerviosa los cambios del estado de ánimo son mucho más bruscos. Existiendo una clara dificultad para percibir las sensaciones de hambre y de saciedad. En algunos casos pueden darse ciertos problemas de impulsividad (Gómez, Yela, Salgado y Cortes, 2011).

En el Trastorno por atracón, sin embargo, no se hace nada para no se hace nada para compensar la sobreingesta alimentos, es decir, no se provocan vómitos, ni hacen ejercicio en exceso, etc.

<b>CARACTERÍSTICAS ANOREXIA NERVIOSA</b>	<b>CARACTERÍSTICAS BULIMIA NERVIOSA</b>	<b>TRASTORNO POR ATRACÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución excesiva del peso corporal, a través de: Dietas, laxantes, diuréticos,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presencia de atracones</li><li>• Uso de conductas compensatorias: vómitos,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No uso de conductas compensatorias</li></ul>





## nuevo futuro:

---

y/o vómitos	laxantes, diuréticos, ejercicio físico, para intentar disminuir las calorías ingeridas en el atracón	• Sentir que la conducta alimentaria esta fuera de control
• Aislamiento social y excesiva preocupación por los estudios		• Comer compulsivamente en un período de 2 horas
• Dificultad para identificar y expresar sus sentimientos	• Intenso sentimiento de culpabilidad después de darse los atracones	• Comer con mucha rapidez
• Conductas anormales respecto a la alimentación: Disminución de la cantidad y tipo de alimentos, cortar los trozos excesivamente pequeños, quitar la grasa....	• Cambios bruscos del estado de ánimo	• Dificultad en identificar señales de hambre y saciedad
• Aumento del ejercicio físico para perder peso	• Dificultad en identificar las sensaciones de hambre y saciedad	• Depresión
	• Impulsividad	

---

Estos trastornos provocan complicaciones tantas a nivel físico/somático; como a nivel cognitivo, emocionales y afectivas y por supuesto comportamental. Como consecuencias de estas alteraciones se crea un ambiente bastante tenso durante las comidas, convirtiéndose en una constante discusión. En algunos casos, las personas con las que convive, aun no siendo la causante del problema, puede estar ayudando a mantenerlo, cediendo a los caprichos alimenticios y por una excesiva protección del mismo.

### **Epidemiología y prevalencia**

Se calcula que la prevalencia de Anorexia y Bulimia está entre un 0,2 y un 0,8% en Sociedades Occidentales (concretamente en España, entre 0,5 y 1%). Las edades afectadas son de 12 a 25 años (siendo las edades fuera de este rango, irrelevantes estadísticamente hablando). Como variables de riesgo podemos hablar de: mujeres entre 14 a 18 años, nivel cultural medio-alto (aunque esta variable se está homogeneizando), mujeres urbanas y la práctica de ciertos deportes (Benítez, Sánchez, Bermejo, Franco-Reynolds, García-Herraiz y Cubero, 2019).

Sin embargo, esta prevalencia aumenta considerablemente cuando analizamos el Trastorno por atracón. Según los últimos estudios de la Asociación ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia), la tasa de prevalencia en la población adolescente es entre 3,1% entre los 12 y 21 años.



## nuevo futuro:

En los últimos 10 años los casos de anorexia nerviosa se han multiplicado por 30, al mismo tiempo también se ha producido un incremento de la información sobre el tema, aunque ésta todavía no ha producido un descenso en los casos registrados. La anorexia nerviosa es la segunda causa de muerte en la adolescencia, la frecuencia de mortalidad es 6 veces mayor que en población general bajo las mismas condiciones (entre 5 y el 10% de los pacientes con anorexia mueren).

La frecuencia de la bulimia nerviosa se estima entre 1 y el 5%, aunque se cree que es bastante más alta por la existencia de casos ocultos. Comienza más tarde que la anorexia nerviosa, entre los 16 y 18 años. Aproximadamente un tercio de las personas que padecen bulimia nerviosa, han sufrido con anterioridad anorexia nerviosa.

Tanto en anorexia como en bulimia nerviosa la proporción de varones por mujeres con el trastorno es la misma, 1 varón por cada 10 mujeres (Lázaro, Fernández, Medel, Hornero, del Barrio y Otero (2016). Ambos trastornos pueden llevar asociados diferente sintomatología, entre la más frecuente se encuentran: síntomas depresivos, ideación suicida, sintomatología obsesiva, descontrol de impulsos...

Se estima que en anorexia nerviosa desde el comienzo de la enfermedad hasta que se diagnostica, transcurre aproximadamente un año. Siendo este periodo de tiempo mayor en bulimia nerviosa.

Se manejan datos de un tercio de cronicidad de anorexia nerviosa, un tercio de curación total; el tercio restante consigue llevar una vida bastante normal, con algún tipo de sintomatología. En bulimia nerviosa, se habla de un tercio a un medio de curación total (Ibarzábal Hernández, Luna, Vélez, Delgadillo, Manassero... y Córdova, 2016).

### **Factores predisponentes**

Como factores predisponentes podríamos apuntar a características como son: ser mujer, tener una edad comprendida entre 13-21 años, ser una persona insegura, con baja autoestima, contar con pocas habilidades para afrontar las dificultades, tener un exceso de peso o practicar ciertos deportes que implican un riguroso control sobre la ingesta (danza, atletismo...), así como la presión sociocultural (ideales de delgadez), problemas psicológicos y/o emocionales, baja autoestima, imagen corporal negativa, relación histórica con la comida (dietas, ayunos, etc.).

### **Factores desencadenantes**

En cuanto a los factores desencadenantes, algunos de los más genéricos: situaciones vitales estresantes (enamoramientos, problemas familiares, problemas académicos), la menarquía (aparición de la primera menstruación), la insatisfacción corporal, comentarios negativos sobre la imagen; siendo el factor más influyente el hacer dieta.



## nuevo futuro:

Esto no quiere decir que personas que presenten algunos o todos de estos factores (predisponentes o desencadenantes) vayan a desarrollar un trastorno de conducta alimenticia; simplemente, son más vulnerables a padecerlo.

### **Factores de mantenimiento**

Dentro de los factores de mantenimiento podemos hablar tanto de aspectos cognitivos (baja autoestima, imagen corporal negativa, miedo a ganar peso, sentimientos de control sobre la comida, o también afectos negativos) como conductuales (inanición, exceso de actividad física, aislamiento social, conductas purgativas) Los elogios de familiares y amigos, al principio de la enfermedad, la atención de la propia familia al problema, así como la presión sociocultural, también constituyen al mantenimiento del trastorno (Calvo, Solorzano, Morales, Kassem, Codesal, Blanco y Gallego, 2014).



## nuevo futuro:

### ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE TCA

El objetivo que en un principio se persigue es totalmente aceptable; todos/as en mayor o menor medida estamos preocupados por nuestra imagen corporal, y para ello utilizamos diferentes estrategias para mejorarla. Esto se convierte en un problema cuando esa preocupación por la imagen es el centro de nuestra vida; utilizando medidas peligrosas para la salud con el fin de conseguir dicha meta, quedando la autoestima y la valía personal únicamente determinada por la imagen física y es ahí, donde se consideraría trastorno.

NORMAL	PATOLÓGICO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar preocupado por la imagen</li><li>• Hacer una dieta equilibrada</li><li>• Hacer ejercicio físico moderado y controlado por un profesional</li><li>• Intentar conseguir metas personales: obtener buenas notas, destacar en el trabajo...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La preocupación por la imagen se convierte en el centro de su vida</li><li>• Restringir alimentos de forma indiscriminada, convirtiendo determinados alimentos en “prohibidos” o “malos”</li><li>• Utilizar medidas inadecuadas y peligrosas para controlar el peso y sobre todo ineficaces a medio y largo plazo (vómitos, ejercicio físico excesivo e incontrolado, laxantes, diuréticos...)</li><li>• Autoestima únicamente determinada por la imagen física o por tus resultados académicos y/o laborales</li><li>• Asociar determinadas emociones y/o situaciones estresantes a la comida</li><li>• Perder el control en las comidas</li></ul>

Hay una serie de signos a los cuales debemos estar atentos, sin llegar a ser alarmistas, pero sí tomarlos como señales a las que tenemos que hacer un seguimiento para poder descartar que sea el comienzo de un trastorno alimenticio. Algunas de las señales a las que debemos prestar atención son:

- ✓ Pérdida llamativa de peso en un plazo corto de tiempo o grandes fluctuaciones del mismo.
- ✓ Clara insatisfacción con la figura corporal y gran deseo de cambio.
- ✓ Preocupación excesiva por la imagen física y el peso que lleva a realizar una disminución progresiva de la ingesta (evitar los alimentos hipercalóricos y



## nuevo futuro:

preferencia por los light), a aumentar el interés por el valor calórico y nutricional de los alimentos...

- ✓ Pesarse con frecuencia, compararse continuamente con los demás, mostrar gran interés por dietas adelgazantes, todo ello de forma excesiva. Intentar comprobar de forma recurrente su peso en la balanza o, por el contrario, evitar pesarse y mirarse al espejo.
- ✓ Sacar constantemente temas de conversación relacionados con dietas, y/o su imagen corporal, aludiendo a su insatisfacción con ella, insistencia en que les sobran unos kilos (aún en el caso de que estén adelgazando).
- ✓ Comportamientos inusuales en las horas de las comidas: evitar comer con otras personas, procurar llegar tarde a la mesa, mentir indicando que se ha comido fuera de casa, comer compulsivamente, etc.
- ✓ Síntomas claros de tensión, agresividad u hostilidad, durante las comidas. Quejarse de que tienen demasiada comida en el plato, cortarla en trozos muy pequeños, jugar con ella y comer muy despacio. Pueden llegar a pactar con la comida, intentando tomar los alimentos de la forma menos calórica (a la plancha, cocidos...)
- ✓ Acudir repetidas veces el baño después de las comidas.
- ✓ Frecuente desaparición de dinero y/o comida.
- ✓ Aparición habitual de restos de dulces o envoltorios en cantidades que exceden lo normal.
- ✓ Apatía general, aislamiento progresivo y abandono de actividades que antes realizaba.

Puesto que muchos de los casos de los trastornos de alimentación, tienen en su origen una dieta, encaminada a reducir peso de cara al verano (donde se suele mostrar más el cuerpo); se recomienda en esta época del año, estar atento a una serie de conductas que pueden desembocar en serios problemas. Durante el verano, debemos observar si evitan ir a la playa o a la piscina, o si se cubren rápidamente después de bañarse, temiendo ser observadas/os. Por el mismo motivo, observar si procuran siempre llevar ropas más holgadas que en el pasado.

Otra forma habitual como método para reducir el peso es mediante el incremento de la actividad física: mostrándose más activas/os de lo normal; (no utilizan el ascensor, permanecen mucho tiempo de pie, aumentan de forma excesiva las horas dedicadas al deporte...) Durante el verano todos realizamos actividades diferentes al resto del año; nuestros hábitos de comida cambian (se come más fuera de casa, la dieta varía...) y solemos aumentar la actividad física. Todo esto no es causa de la aparición de un trastorno de alimentación, pero unido a una serie de características personales que podemos considerar como predisponentes y desencadenantes, puede estar tratándose,



no de un comportamiento típico de la época, sino del comienzo de un trastorno de la alimentación.

Si se tiene la sospecha de la presencia de un trastorno alimentario trataremos de cuidar y observar, sin que la persona se sienta vigilada. En caso de que el problema sea real, se debe evitar discutir del tema con la persona afectada. Tratar de convencerla de que cambie su actitud o de que vaya al médico es inútil dada la baja conciencia de enfermedad al inicio del trastorno.

En el apartado de Actividades hay información complementaria para la detección de un TCA, a través de la tabla “Patologías Medicas Asociadas” y de la tabla “Signos de Detección” (actividad 9)

### **La prevención del TCA**

La comida además de una necesidad biológica, es un acto social, es importante que se cuide el escenario donde se lleva a cabo. Para ello debemos ajustar los horarios de comidas de todos/as los miembros, o la mayoría de ellos/as, del hogar para logra hacer comidas y cenas en grupo, donde la comida o la cena sea un medio para hablar, conocer, reír, disfrutar de la compañía. Es importante evitar las comidas rápidas, muy normales sobre todo en épocas estivales.

Los equipos educativos tienen que tener una idea clara de las diferentes necesidades alimenticias marcadas por las distintas en cada etapa evolutiva de los niños, niñas y adolescentes, así como de los diferentes problemas que provocan los TCA.

Desde los equipos educativos y también desde las familias, sobre todo cuando los niños, niñas y adolescentes realizan de manera frecuente comidas con ellos/as, debemos restar importancia a los aspectos físicos y reforzar más los valores personales de estos/as menores.

Cuando insisten en perder peso, deben de ser escuchados, y acudir a un especialista que valore la necesidad o no de dicha pérdida, así como el método a utilizar si existe una necesidad de pérdida de peso.

Está demostrado ampliamente los beneficios de practicar deporte de manera regular, es un acto social, una manera de divertirse, de establecer relaciones de amistad, de mantenerse físicamente sano y tonificado. Como la mayoría de las conductas no son ni buenas ni malas en sí mismas, los beneficios o los perjuicios que conllevan los determina la intensidad y frecuencia con la que se practican. Practicar deporte es un método que nos permite reducir de peso, pero puede llegar a ser peligroso si se practica de forma obsesiva.

Es importante conocer los miedos y los complejos de los niños, niñas y adolescentes, para poder entenderles mejor, animarlos y aconsejarles.



## nuevo futuro:

Debemos de tener en cuenta que hay momentos evolutivos (adolescencia) y épocas (periodos de verano) donde la observación y las pautas de prevención adquieren mayor relevancia, con la finalidad de poder detectar de forma temprana la aparición de un trastorno de alimentación, evitando su cronificación.

Para poder crear un ambiente preventivo dentro de los centros de protección debería de incluir la educación preventiva de niños, niñas y adolescentes en los propios centros del sistema de protección, así como información sobre prevención de los trastornos alimentarios orientada a los equipos educativos y responsables de estos centros.

A nivel conductual es importante tener en cuenta unas cuantas pautas preventivas:

- Establecer un horario fijo de comidas, con el objetivo de que el sistema alimenticio se habitúe a la regularidad.
- No saltarse ninguna de las comidas, aunque no se tenga en ese momento apetito.
- Comer siempre que sea posible acompañados/as, es mucho más entretenido.
- Toma siempre dos tentempiés: uno al medio día y otro a media tarde.
- No hacer ninguna otra actividad cuando se está tomando un tentempié.
- No comer andando por la calle.
- Procurar aumentar el agua que se consume (no con gas) y reducir otras bebidas.
- Comer siempre en el mismo lugar de la casa, con el objetivo de que exista un lugar asociado a las comidas.
- Llevarse siempre la comida preparada de casa, si hay que comer fuera por trabajo o por estudio.
- Intentar mantener una conversación agradable durante la comida y después de ella (la hora siguiente). En la comida no es momento para discutir, puede ayudar pensar con antelación los temas de conversación.
- No dejar que pasen más de cuatro o cinco horas entre comida y comida, porque nos podemos enfrentar a la siguiente comida con mayor apetito, y tener sensación de descontrol.
- Comer pequeñas cantidades en cada bocado, con el objetivo de normalizar el tiempo que tarda en comer.
- No comer nunca dos cosas a la vez.
- Masticar adecuadamente los alimentos, saborearlos, dejando los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado.
- En la mesa sólo deberán estar los platos con la ración servida y el pan cortado, se retirarán las cazuelas y la barra de pan. Si quiere algo más lo deberá pedir.
- No comenzar el plato siguiente sin haber retirado las sobras del anterior.
- Servir los platos con las cantidades “normales” dependiendo de la edad y el momento evolutivo del menor.
- Seguir el orden establecido de los platos: 1º plato, 2º plato y postre.
- Retirar toda la comida sobrante nada más terminar de comer.



## nuevo futuro:

- Tomar una dieta equilibrada, ingerir en su justa proporción todos los grupos alimenticios (proteínas, hidratos de carbono, fibra...)
- Variar el tipo de alimentación que se toma. Tomar diferentes verduras, diferentes legumbres, distintos pescados...
- Cambiar la forma de preparar los alimentos, variar de carnes a la plancha a asado, fritos, de platos cocidos a guisados...
- Introducir en la dieta toda clase de alimentos. No existen los alimentos buenos ni malos, todos son necesarios.
- Levantarse de la mesa en el momento en el que se ha terminado de comer.
- Planificar de antemano lo que se va a comer. Saber en qué momento y que se va a comer.
- Si la comida la prepara o ayuda a ello un/a menor, preparar la comida cuando no se tenga hambre, y estando acompañado/a.
- Planificar de antemano los alimentos que se deben comprar, preparar una lista, comprar sólo lo que esté en esa lista, llevar el dinero justo e ir a comprar siempre acompañada y con el estómago lleno.
- Almacenar los alimentos “peligrosos” en lugares poco visibles y de difícil acceso.
- Comprar alimentos que requieran ser cocinados antes de ser consumidos.

Los programas instaurados con carácter preventivo dentro de los centros del sistema de protección, deberían contemplar estos 5 objetivos fundamentales (INFOCOP, 2008):

**a.- La educación sobre los medios de comunicación.** A través de talleres sobre los medios de comunicación, los/as menores aprenden a interpretar y entender de forma crítica los mensajes que ofrecen estos medios: la construcción de los ideales de belleza, las estrategias de manipulación de imágenes mediante el uso del photoshop, la selección de mujeres extremadamente delgadas y jóvenes para las campañas publicitarias, etc.

**b.- La mejora de la autoestima.** Se debe desarrollar la autoestima de una manera activa, proponiendo tareas para la mejora de la propia autoestima.

**c.- La mejora de la imagen corporal.** Debe conseguirse de una forma activa, utilizando tareas para la mejora de la imagen de uno mismo y la de los/as amigos/as.

**d.- La mejora de las emociones a través de la reducción de la ansiedad y el estrés negativo.** Un objetivo básico para la prevención de los trastornos alimentarios es aprender a afrontar y manejar las emociones y el estrés que son negativos.

**e.- La ingesta de alimentos sanos y la realización de actividades deportivas.** Algunas preguntas relevantes que se pueden hacer son: ¿Qué es la ingesta de alimentos sanos? ¿Cómo puedes alcanzar y mantener un peso sano? ¿Por qué es más eficaz un estilo de





## **nuevo futuro:**

vida que conlleve la ingesta de alimentos sanos y la realización de actividades deportivas que un estilo orientado al adelgazamiento?

## ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN DE TCA

Habitualmente el tratamiento de estos trastornos puede ser largo y complejo. Dentro de los Centros del Sistema de Protección de Menores debe de tratarse de dar apoyo al menor afectado, colaborar en su posible tratamiento y por supuesto paliar las consecuencias de la enfermedad. El/la educador/a puede colaborar en:

- Apoyo al tratamiento de las complicaciones físicas derivadas de una inadecuada alimentación

- Procurar una educación sobre los hábitos alimenticios saludables.

- Apoyo al malestar psicológico Lo cual conlleva una intervención en el propio Centro y con apoyo de profesionales de la salud.

- Atención a las posibles recaídas

Se debe de tener en cuenta un factor relevante en los trastornos de la alimentación: la falta de conciencia de enfermedad. Es un rasgo típico y se presenta en gran parte casos, más habitualmente al inicio de la enfermedad. Esta falta de conciencia puede comportar que la persona afectada, a pesar de sentirse mal, no sea capaz de reconocer el posible apoyo que se le está brindando, tanto por los/as educadores o por un posible tratamiento con un profesional de la salud mental. En dichas situaciones, el/la Educador/a puede jugar un papel destacado para ayudar a la persona afectada a tomar conciencia de enfermedad y aceptar la ayuda de los/as profesionales. Para lograrlo es importante no realizar argumentaciones racionales, ya que existe una elevada probabilidad que la persona afectada no se muestre receptiva a dicho tipo de razonamientos. La estrategia más adecuada es comunicarse con la persona desde la vertiente emocional, cómo se siente, qué le preocupa, etc. De esa forma, además, se podrá aumentar la motivación y aumentar la responsabilidad de la persona en su recuperación

La intervención desde los Centros del Sistema de Protección de Menores puede mejorar el estado de un trastorno de la alimentación ya que:

- Aumenta el conocimiento de la enfermedad y de las estrategias para abordarla

- Se contribuye a una rebaja en el desajuste y/o desgaste que la enfermedad produce en la persona y su entorno.

- Se proporcionan estrategias para afrontar las dificultades de la vida diaria

Se ha comprobado la existencia de ciertos comportamientos que favorecen el mantenimiento del trastorno. Es fundamental trabajar conjuntamente con el/la menor y su entorno, para ello la participación de aquellas personas que compartan los momentos de alimentación del menor (equipo educativo, familia..), deben implicarse en el tratamiento.



Aunque ellos/as no son los responsables de la aparición del problema si que pueden contribuir a que se mantengan ciertos comportamientos inadecuados, fomentando de manera involuntaria su cronificación. Algunos de estos comportamientos inadecuados son:

- Son los/as educadores/as y los/as familiares los que deciden qué, cuándo y dónde se come. El entorno no tiene porque alterar sus hábitos alimentarios.
- No solo se debe comprar y cocinar sólo aquellos alimentos que el/la menor acepta: productos light, cocinar a la plancha...
- Consentir hábitos inadecuados en la mesa, por temor a que no coma: comer de pie, picotear del plato de los demás, comer separado del resto y/o a diferente hora...
- Compra por parte del entorno de laxantes, diuréticos y/o fibra, a petición del/la menor.
- Acumular grandes cantidades de comida como dulces, comida que no requiere preparación...
- Permitirle guardar comida o restos de ella en su habitación.

Para normalizar los hábitos alimentarios del menor es necesario que el equipo educativo y/o la familia funcionen dentro de unos hábitos adecuados, actuando como un modelo de comportamiento adaptado, facilitando gradualmente una regularización con respecto a su alimentación.

Después de las comidas es cuando más probabilidad hay de que aparezcan pensamientos que generan ansiedad, por ello:

- No intentar convencer al menor que lo que ha comido es poca cantidad o que no engordará, ya que aunque a corto plazo pueda tranquilizar, a largo plazo intensifica sus miedos.
- Planificar algunas actividades distractoras para llevar a cabo. De esta forma, se consigue no focalizar la atención en las sensaciones que generan malestar.

Ante las obsesiones del/la menor sobre el peso, imagen corporal, dietas...es útil:

- No responder a sus preguntas sobre estos temas. No sirve de nada; es mejor cambiar de tema e intentar distraer su atención.
- No fomentar su interés por las dietas comprando determinadas revistas o dejándose llevar por su discurso.
- Retirar la ropa que le queda pequeña y con la que se mide.
- No permitir que se pese constantemente. Si es necesario retira la báscula.



## nuevo futuro:

Cuando ya está instaurado un trastorno de la conducta alimentaria es necesario el seguimiento de un profesional en salud mental, no obstante el papel de /as educadores/as será realmente importante en el seguimiento y cumplimiento de las instrucciones del profesional, seguimiento de pautas, dietas, etc. Los tratamientos de estos trastornos son habitualmente largos.

Los objetivos del tratamiento son los siguientes (ACAB, 2019):

- Restaurar y/o normalizar el peso y el estado nutricional. Es decir, instaurar una alimentación saludable y normalizada
- Tratar las complicaciones físicas derivadas de una alimentación incorrecta.
- Proporcionar educación sobre un hábito alimenticio saludable
- Modificar/mejorar el malestar psicológico producido. Esto implica trabajar en un espacio terapéutico y acompañado de profesionales de la salud mental, sentimientos, emociones, sentimientos, experiencias y comportamientos que perjudican la calidad de vida de la persona. Para lograrlo es necesario que la persona haga terapia psicológica y, en los casos que sea necesario por el grado de sintomatología, combinarla con un tratamiento farmacológico también.
- Favorecer el apoyo social y proporcionar asesoramiento.
- Prevenir recaídas

El tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria incluye cada vez más, y en la medida que resulte posible, la implicación del entorno de la persona afectada, en este caso la implicación de los Centros de Protección.

Las intervenciones que se realicen en los Centros de Protección, se deben de abordar desde un ámbito comunitario, trabajando con los/as adolescentes y sus agentes educativos y de salud (educadores/as, psicólogos/as, pediatras, etc.), proporcionándoles estrategias para modificar comportamientos inadaptados que subyacen a estos trastornos.

Los resultados de los estudios apuntan que un aumento en la capacidad de regulación emocional y del auto-control, mejora positivamente la respuesta al tratamiento (Giner, 2016), por ello, será igualmente de importancia, proporcionar a los/as adolescentes, técnicas de desactivación emocional, desde respiración abdominal, a relajación muscular progresiva, pasando por parada de pensamiento o autoinstrucciones.